



**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
AİLE DANIŞMANLIĞI BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**PSİKOJENİK EREKTİL DİSFONKSİYONU OLAN
ERKEKLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE
BAĞLANMA BİÇİMLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ**

M. Zafer SINIK

Denizli - 2022

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
AİLE DANIŞMANLIĞI BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**PSİKOJENİK EREKTİL DİSFONKSİYONU OLAN ERKEKLERİN
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE BAĞLANMA BİÇİMLERİ
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

M. Zafer SINIK

Danışman

Prof. Dr. Nalan KALKAN OĞUZHANOĞLU

ETİK BEYANNAMESİ

Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü'nün yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu; atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi; kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı; bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

İmza

M. Zafer SINIK

İthaf

Doğuran, büyüten, geliştiren ve olgunlaştıran kadınları

ve

Geçmişe ve geleceğe olumlu katkı veren erkekleri

temsilen

Sıla ve Onat' a

ithaf edilmiştir.

TEŞEKKÜR

Aile Danışmanlığı alanında yüksek lisans yapma fikrini bana vererek hayatımda yeni bir sayfa açılmasına yol açan, kendi uzmanlık alanındaki farklı bakış açıları kazanmamı sağlayan, her zaman yanımda hissettiğim can hocam Prof. Dr. Osman Özdel' e,

Bu akademik yolculukta bu alanın temeli olan kuramları özümsememde ilk adımları atmamı sağlayan bu programın kurucularından üstad hocam Prof. Dr. Erdinç Duru' ya,

Bu süreç boyunca yılların verdiği deneyimlerini imbikten süzerek anlayabileceğim şekilde bana aktaran sayın hocalarım Prof. Dr. Şahin Kapıkıran, Doç. Dr. Turgut Türkdoğan ve Prof. Dr. Murat Balkıs' a,

Önce kuramsal kısmında, sonrasında danışmanlık seanslarımda bitip tükenmeyen sabrıyla beni yönlendirip güven veren ve danışanlarıma faydalı olmamı sağlayan değerli hocam Doç. Dr. Ahu Arıcıoğlu' na,

Yüksek lisans dersleri boyunca birlikte yürürken birbirimize omuz verdiğimiz ve sunumlarından çok katkı aldığım sevgili arkadaşım psikolog Halime Yamaç' a,

Araştırma bulgularının istatistiki değerlendirmesinde ve yorumlamasında ılık tutan Dr. Hande Şenol' a,

Tezimin fikir aşamasından bitirme anına kadar gerçek hayatta olduğu gibi bu yolda da kılavuz olarak beni aydınlatan, birikimini ve tecrübesini aktaran saygıdeğer hocam Prof. Dr. Nalan Kalkan Oğuzhanoğlu' na,

Verdikleri değerler ile insanlığa her yaşta iyilik ve güzellik yolunda hizmet ederek şu anki ben olmama yol açan kök aileme; başlangıç aşamasından sonuna kadar bu süreç boyunca bana her zaman destek olan, birlikteliğimizden aldığım zamanlara hoşgörü ile yaklaşan ve her yorulduğumda nefeslenmemi sağlayan üç dekatlık yaşam arkadaşım Dr. Belkıs Sınık' a çok teşekkür ederim.

M. Zafer SINIK

ÖZET

Psikojenik Erektile Disfonksiyonu Olan Erkeklerin Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçimleri Açısından İncelenmesi

SINIK, M. Zafer

Yüksek Lisans Tezi, Eğitim Bilimleri ABD,

Aile Danışmanlığı AnaBilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nalan Kalkan Oğuzhanoğlu

Haziran 2022, 90 sayfa

Bu tezde erişkin çağda ortaya çıkan psikojenik erektil disfonksiyonun çocukluk çağındaki travma ve bağlanma biçimleri değişkenleri ile olan ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Nicel araştırma yöntemleriyle kontrol grubu oluşturularak yürütülen bu çalışmada psikojenik erektil disfonksiyon bağımlı değişken, çocukluk çağı travması ve bağlanma biçimi bağımsız değişken olarak kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemini Denizli Özel Odak Hastanesi Üroloji polikliniğine başvuran ve bir yıldan uzun süredir düzenli partner ilişkisi olan 20-70 yaş arası erkeklerden oluşmuştur. Psikojenik erektil disfonksiyon şikayeti ile başvuran ve tanısı doğrulanmış olgular çalışma grubuna dahil edilmiştir. Cinsel işlev bozukluğu dışında bir şikayet ile polikliniğe başvurup erektil fonksiyonları normal olan gönüllü kişiler kontrol grubunu oluşturmuştur. Araştırmada demografik bilgi formu, ereksiyon durumunu sorgulamak için Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeksi (IIEF) Türkçe versiyonu, çocukluk çağı travmalarını incelemek için Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar (ACE travma) Ölçeği, bağlanma biçimlerini incelemek için İlişki Ölçekleri Anketi kullanılmıştır. Araştırma 43' ü çalışma, 48' i kontrol grubunda olmak üzere toplam 91 kişi arasında Ekim 2021 ile Şubat 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Psikojenik erektil disfonksiyonu olan grupta erektil disfonksiyon derecesinden bağımsız olarak fiziksel ve duygusal istismar ile ihmal, cinsel istismar ve toplam çocukluk çağı travması kontrol grubundan daha yüksek oranda saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışma grubunda saplantılı bağlanma, kontrol grubunda ise güvenli bağlanma biçimi daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$). Psikojenik erektil disfonksiyon değerlendirilirken çocukluk çağındaki travma varlığının ve bağlanma biçimlerinin sorgulanarak akla getirilmesi yeni farklı bir bakış açısı sağlayabilir. Çok merkezli ve daha fazla kişi ile yapılacak çalışmalar çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma biçimlerinin psikojenik erektil disfonksiyon ile olan ilişkisini daha fazla aydınlatacaktır.

Anahtar Kelimeler: Psikojenik erektil disfonksiyon, çocukluk çağı travmaları, bağlanma biçimleri

ABSTRACT

Investigation of Men With Psychogenic Erectile Dysfunction in Terms of Childhood Traumas and Attachment Styles

SINIK, M. Zafer

Master Dissertation in Educational Sciences,

Family Counselling

Supervisor: Prof. Dr. Nalan Kalkan Oğuzhanoğlu

June 2022, 90 pages

In this thesis, it is aimed to investigate the relationship between psychogenic erectile dysfunction in adulthood and childhood trauma and attachment styles variables. In this study, which was carried out by forming a control group with quantitative research methods, psychogenic erectile dysfunction was used as the dependent variable, childhood trauma and attachment style were used as independent variables. The sample of the study consisted of men aged 20-70 years who applied to Denizli Private Odak Hospital Urology outpatient clinic and had a regular partner relationship for more than a year. Cases who applied with the complaint of psychogenic erectile dysfunction and whose diagnosis was confirmed were included in the study group. Volunteers with normal erectile functions who applied to the outpatient clinic with a complaint other than sexual dysfunction formed the control group. In the study, demographic information form, Turkish version of International Erectile Function Index (IIEF) to question erection status, the Childhood Trauma Questionnaire and Childhood Adverse Experiences (ACE trauma) Scale to examine childhood traumas, and Relationship Scales Questionnaire to examine attachment styles were used. The research was carried out between October 2021 and February 2022 among a total of 91 people, 43 in the study group and 48 in the control group. In the group with psychogenic erectile dysfunction, regardless of the degree of erectile dysfunction, physical and emotional abuse, neglect, sexual abuse and total childhood trauma were found to be higher than the control group ($p<0.05$). Preoccupied attachment was more common in the study group and secure attachment was more common in the control group ($p<0.05$). When evaluating psychogenic erectile dysfunction, questioning the existence of childhood trauma and attachment styles can provide a new and different perspective. Multicenter studies with more people will further illuminate the relationship between childhood traumas and attachment styles and psychogenic erectile dysfunction.

Keywords: Psychogenic erectile dysfunction, childhood trauma, attachment styles

İÇİNDEKİLER

JÜRİ ÜYELERİ ONAY SAYFASI.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ETİK BEYANNAMESİ	iv
TEŞEKKÜR.....	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
BİRİNCİ BÖLÜM: GİRİŞ.....	1
1.1 Problem Durumu.....	1
1.2. Alt Problemler.....	4
1.3. Araştırmanın Amacı.....	4
1.4 Araştırmanın Önemi.....	4
1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları	5
1.6 Araştırmanın Sayıltıları.....	5
1.7 Tanımlar	6
İKİNCİ BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	7
2.1 Kuramsal Çerçeve	7
2.1.1. Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları	7
2.1.1.1 Cinsellik.	7
2.1.1.2 Cinsel işlev bozuklukları.....	7
2.1.1.3 Erektile disfonksiyon.	9
2.1.1.4 Psikojenik erektile disfonksiyon.	9
2.1.2 Çocukluk Çağı Travmaları.....	11
2.1.2.1 Çocuk istismarı ve ihmali türleri.....	12
2.1.2.2 Fiziksel istismar ve ihmali.	13
2.1.2.3 Cinsel istismar.....	13
2.1.2.4 Duygusal istismar ve ihmali.....	14
2.1.2.5 Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin yetişkinliğe etkileri.....	14
2.1.3 Bağlanma Kuramı	17
2.1.3.1 İçsel çalışan modeller.....	18
2.1.3.2 Ainsworth ve üçlü bağlanma modeli.	18

2.1.3.3 Hazan ve Shaver' in üçlü bağlanma modeli.....	19
2.1.3.4 Barthomolew ve Horowitz' in dörtlü bağlanma modeli.	19
2.1.3.5 Bağlanma kuramı ve psikopatoloji.	22
2.1.3.6 Bağlanma kuramı ve cinsel işlev bozuklukları.	22
2.2. İlgili Araştırmalar.....	26
2.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Cinsel İşlev Bozukluklarıyla İlgili Yapılan Araştırmalar	26
2.2.2. Bağlanma Biçimleri ve Cinsel İşlev Bozukluklarıyla İlgili Yapılan Araştırmalar	27
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: YÖNTEM	31
3.1 Araştırma Deseni	31
3.2. Araştırma Örnekleme	31
3.3. Veri Toplama Araçları	31
3.3.1. Katılımcı Bilgi ve Onam Formu	32
3.3.2. Demografik Bilgi Formu.....	32
3.3.3. Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi (IIEF) Türkçe Versiyonu.....	32
3.3.4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ).....	33
3.3.5. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği(ÇÇOYÖ)	33
3.3.6. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA).....	34
3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci	34
3.5. Verilerin Analizi	35
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR VE YORUM	37
4.1. Araştırma Gruplarının Demografik Veriler Açısından Analizi	37
4.2. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerin Analizi.....	38
4.2.1 IIEF Puanlarının Analizi	38
4.2.2 ÇÇRTÖ Puanlarının Analizi	39
4.2.3 ÇÇOYÖ Puanlarının Analizi	40
4.2.4 İÖA Puanlarının Analizi	41
4.2.5 IIEF, ÇÇRTÖ, ÇÇOYÖ ve İÖA Karşılaştırmalı Analizi.....	43
4.2.6 IIEF, ÇÇRTÖ, ÇÇOYÖ ve İÖA Puanlarının Korelasyonu	46
BEŞİNCİ BÖLÜM: TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	51
5.1 Tartışma	51
5.1.1 Demografik Bulguların Tartışılması	51
5.1.2 Çocukluk Çağı Travma Bulgularının Tartışılması.....	52

5.1.3 Bağlanma Biçimleri Bulgularının Tartışılması	53
5.1.4 Korelasyon Bulgularının Tartışılması	57
5.2 Sonuç	57
5.3 Öneriler	58
KAYNAKÇA	59
EKLER	67
Ek 1. Katılımcı Bilgi ve Onam Formu	67
Ek 2. Demografik Bilgi Formu	68
Ek 3. Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi (IIEF) Türkçe Versiyonu	69
Ek 4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği	73
Ek 5. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar (ACE travma) Ölçeği	74
Ek 6. İlişki Ölçekleri Anketi	75
ÖZGEÇMİŞ	76

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1 Dörtlü Bağlanma Modeli.....	20
Tablo 4.1. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Demografik Verilerinin Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.2. Çalışma ve Kontrol Gruplarının İlişki Süreleri Açısından Karşılaştırılması ...	38
Tablo 4.3. Çalışma ve Kontrol Gruplarının IIEF Puanları Açısından Karşılaştırılması ...	39
Tablo 4.4. Çalışma ve Kontrol Gruplarının IIEFED Puanları Açısından Karşılaştırılması	39
Tablo 4.5. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması	40
Tablo 4.6. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması	40
Tablo 4.7. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Grupları Açısından Karşılaştırılması	41
Tablo 4.8. Çalışma ve Kontrol Gruplarının İlişki Ölçekleri Anketi Bağlanma Biçim Puanları Açısından Karşılaştırılması	42
Tablo 4.9. Çalışma ve Kontrol Gruplarının İlişki Ölçekleri Anketi Bağlanma Biçimleri Açısından Karşılaştırılması	42
Tablo 4.10. Çalışma ve Kontrol Gruplarının İlişki Ölçekleri Anketi Bağlanma Biçimleri Gruplandırılmaları Açısından Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.11. IIEFED Puanlarına Göre İkiye Ayrılmış Çalışma Gruplarının ÇÇRTÖ, ÇÇOYÖ, İÖA Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.12. IIEFED Puanlarına Göre İkiye Ayrılmış Çalışma Gruplarının ÇÇOYÖ Varlığı ve İlişki Ölçekleri Anketi Bağlanma Biçimleri Gruplandırılmaları Açısından Karşılaştırılması	45
Tablo 4.13. Çalışma ve Kontrol Gruplarının ÇÇOYÖ Varlığı ve İlişki Ölçekleri Anketi Bağlanma Biçimleri Gruplandırılmaları Açısından Karşılaştırılması	46
Tablo 4.14. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Yaş, Eğitim Düzeyi, İlişki Süresi ile IIEF, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, İlişki Ölçekleri Anketi Puanları ile Korelasyonu.....	47
Tablo 4.15. Çalışma ve Kontrol Gruplarının IIEF Alt Puan Toplamları Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, İlişki Ölçekleri Anketi Puanları ile Korelasyonu.....	48
Tablo 4.16. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği ve İlişki Ölçekleri Anketi Puanları ile Korelasyonu	49
Tablo 4.17. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği ve İlişki Ölçekleri Anketi Puanları ile Korelasyonu.....	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Dört Kategori Modeli'nde temel bağlanma boyutları ve kategorileri.....	21
Şekil 2.2: Bağlanma biçimleri, cinsel sistem ve duygusal düzenleme stratejileri	23
Şekil 2.3. Çocukluk çağı cinsel istismar ile cinsel işlev bozukluğu ilişkisi	25



BİRİNCİ BÖLÜM: GİRİŞ

Bu bölümde problem durumu, problem cümlesi ve alt problemler tanımlanmış, araştırmanın amacı ve önemi belirtilerek sınırlılıkları ve sayıltıları belirtilmiştir.

1.1 Problem Durumu

Cinsel işlev bozuklukları toplumun çoğunluğunu ilgilendiren sık rastlanan bir sorundur. Cinsel sorunlar sadece haz ya da doyum sağlamada sorun olmanın yanında pek çok sıkıntının da kaynağıdır. İnsanda seilmeme, kadınlığın veya erkeklığının onanmaması, güven kaybı, mahcubiyet ve gururun kırılması duygularını yaşatır (Kayır, 2009).

Cinsel işlev bozukluğu, alışılmışın dışında cinsel ilgi ve yanıtın değişmesi ve bu anormal durumun sürekli hale gelmesidir (Kayır, 2009). Cinsel ilgi ve performansları kişi ve zamana göre o kadar değişebilmektedir ki bu nedenle normalin tanımlaması çok zordur. Bireyin ya da partnerinin bu bozukluğu sorun olarak algılaması da önemlidir. İçinde yetiştiği toplumun yetersiz cinsel eğitim vermesi, baskıcı yetiştirilme tarzı veya ailesinde cinselliğin utanılacak bir durum olarak algılanması nedeniyle problemin büyüklüğü saptanan oranlardan çok daha fazla olabilir.

Cinsiyetten bağımsız olarak insanların en az üçte biri yaşamlarının bir döneminde cinsel işlev bozukluğu ile karşı karşıya kalabilmektedir. Erkeklerde cinsel işlev bozukluğunun yaşam boyu prevalansına bakıldığında %16 karşı cinse istekte azalma, %5-50 sertleşme sorunu, %21-35 erken boşalma ve %3-4 diğer orgazm bozukluklarına rastlanabilmektedir. Toplumda oldukça sık rastlanmasına rağmen sorunun çözümü için başvuru genelde düşük olmaktadır (İncesu, 2004). Eretil disfonksiyonu olan erkeklerin yaklaşık %70' inin başvurmadıkları için tedavi edilmedikleri düşünülmektedir. Bu da bireyin genel yaşam kalitesini düşürdüğü gibi eşin cinsel doyumunu da azaltmaktadır (Bodie, 2003). Çeşitli epidemiyolojik çalışmaların bölgesel ve kültürel farkları nedeniyle ve bu çalışmalarda farklı kriterler kullanıldığı için eretil disfonksiyon probleminin boyutu net olarak bilinmemektedir (Nicolini, Tramecere, Parmigiani, Dadomo, 2019).

Kültürel ve toplumsal etkenler de farklı cinsel işlev bozukluklarının görülmesine yol açabilmektedir. Batı toplumlarında genellikle ilerleyen yaşlarda organik kaynaklı cinsel işlev bozukluğu ile başvuru daha sık iken, muhafazakâr doğu toplumlarında genç-orta yaş grubunda psikojenik kaynaklı cinsel işlev bozuklukları daha fazla görülebilmektedir (İncesu, 2004).

Tüm dünyada %52' lik prevalans (Nicolini ve diğ., 2019) ile sık karşılaşılan bir sorun olan erektil disfonksiyonun ülkemizde %33,2' si hafif, %27,5' u orta ve %8,5' u ciddi olmak üzere toplam %69,2 oranında prevalansı vardır. Kabaca her üç erkekten ikisinde yaşa bağlı olarak şiddeti gittikçe artan erektil disfonksiyon görülebilmektedir. 40-49 yaş aralığında prevalansı %49,9 iken 70 yaş üzerinde %94,7 oranında rastlanmaktadır (Akkuş ve diğ., 2002). Daha önceleri ileri yaş sorunu olarak kabul edilen erektil disfonksiyon son yıllarda yapılan çalışmalarda 40 yaş altında erkeklerde de sıklıkla rastlanmakta ve %15-72' sinde organik sebep eşlik edebilmektedir (Ludwig ve Philips, 2014; Nguyen, Gabrielson, Hellstrom, 2017). Yine ülkemizin düşük sosyoekonomik düzeye sahip muhafazakâr doğu bölgelerinde daha sık görülen bir rahatsızlıktır. Diabetes mellitus ve hipertansiyonu olanlarda daha sık görülmesi organik kaynaklı erektil disfonksiyonun vasküler hastalık olabileceğini düşündürmektedir (Akkuş ve diğ., 2002).

Erektil disfonksiyonun etyolojisinde genellikle tek faktör olmamakta, organik, psikojenik ya da sosyokültürel sebeplerin kompleks ilişkisi görülmektedir. Zaman içinde organik sebeplerin tetiklediği psikojenik faktörler ile iç içe geçme olabilmektedir (Latin American Erectile Dysfunction Consensus Meeting, 2003). Örneğin miyokard enfarktüsü geçiren kişilerde fiziksel sebeplere ek olarak kaygı ya da onkolojik hastalığı olanda beden imajı veya kendine güvenle ilgili bir sorun olabilmektedir (Kayır, 2009). Organik kaynaklı erektil disfonksiyonun sebepleri daha kolay tespit edilebilmesine rağmen psikojenik erektil disfonksiyonun oluşumu tam olarak bilinmemektedir. Psikojenik erektil disfonksiyonun erken gelişim dönemindeki sebepleri olarak çocukluk çağı cinsel travmaları, cinsel kimlik sorunları, çözülmemiş eş ya da ebeveyn bağlanma biçimleri, dini veya kültürel tabular öne sürülmektedir (Rosen, 2001).

Çocukluk çağı travmaları birçok nedeni ve trajik sonuçları olabilen tıbbi, hukuki ve biyopsikososyal yönüyle önemli bir toplumsal problemdir. Çocukluk çağı travmaları toplumsal olarak birçok insanı etkileyecek şekilde ya da insanların yaptığı bireysel düzeyde olabilir. Bireysel olarak yapılan çocuk istismarı veya ihmali kişide kısa ve uzun dönemde yol açtığı fiziksel ya da ruhsal sorunlarla topluma yük getiren, tam boyutları net olarak bilinmeyen ve ciddi yıkıcı sonuçları olabilecek toplumsal bir sorundur (Örsel, Karadağ, Kahiloğulları, Aktaş, 2011). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre yaşları 1-14 arasında değişen 40 milyondan fazla çocuk istismar ve ihmale uğrayıp desteğe ihtiyaç duymaktadır (Güleç, Topaloğlu, Ünsal, Altıntaş, 2012). Ülkemizde Aile Araştırma Kurumu' nun yaptığı bir çalışmada 7-14 yaş çocuklara ailelerin %43' ünün fiziksel ve %53' ünün sözel şiddet uyguladıkları bulunmuştur. Tüm dünyada yaygın olan istismar ve ihmal sonrası bu

çocuklarda ilerde özellikle duygudurum ve kaygı bozuklukları başta olmak üzere psikiyatrik bozukluk gelişme riski yüksektir (Örsel ve diğ., 2011).

Ayrılık ya da şiddet sonucu oluşan çocukluk çağı travmaları çocuğun bağlanma nesnesi ile olan ilişkisini etkileyerek çocukta temel güven kaybına neden olabilmektedir. Bunun neticesinde kendi ve başkaları ile olan bağlanma sorunlarına yol açarak önemli psikopatolojilere yol açabilmektedir (Zoroğlu, Tüzün, Şar, Kora, Alyanak, 2011). Bu nedenle çocukluk travmalarının sonuçlarını irdelerken bağlanma kuramı önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bowlby' nin ilk olarak 1969 yılında öne sürdüğü bağlanma kuramı, insanların birbiri ile kurduğu yakın ilişkilerdeki biliş, duygu ve davranış ile ilgili süreçleri açıklayan ve sosyal psikolojide sıklıkla kullanılan bir kuramdır. Türe özgü yenidoğanın evrimsel hayatta kalma davranış örüntüleri, yaşam boyu duygusal gelişim sürecini şekillendirerek kişilik gelişiminde önemli bir yer tutar. Bağlanmada bireysel farklılıklar yaklaşımı ile bağlanma biçimleri tanımlanmaya çalışılmıştır. Böylece normatif bağlanma sürecinden kalıcı ve sistematik sapmalar incelenmektedir (Sümer, 2006). Bağlanma kuramına göre bebeklikte kurulan bağlanma biçimi yetişkinlikte kurulan romantik ilişkilere de yansımaktadır (Hazan ve Shaver, 1987). Bağlanma iki kişinin karşılıklı olarak birbirlerinin gereksinimini sağlamasına yönelik bir süreç olduğu için iki taraflı bir ilişkidir (Tüzün ve Sayar, 2006). Bağlanma iki taraflı bir ilişki olduğu için bozuk bağlanma süreci çiftin her ikisini de etkileyerek çift ilişkilerini dolayısı ile cinselliği de olumsuz etkileyip cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir. Bağlanma biçimleri duygusal düzenleme bozuklukları, kaygı ve depresyon gibi psikopatolojiler ile ilişkili olabilmektedir (Rosen, 2001).

Çocukluktaki olumsuz yaşantıların ve bunun sonucunda oluşan içsel çalışan modellerin sadece çocukluk döneminde değil ergenlik ve yetişkinlik dâhil tüm yaşam boyunca kişide yansımaları olabilir (Fraley ve Shaver, 2000). Çocukluk çağına yaşanan örselenme davranışları ya da herhangi bir nedenle oluşan güvensiz bağlanma biçimleri birçok psikopatolojilere yol açabilir. Oluşan ruhsal bozukluklar da erkeklerde psikojenik erektil disfonksiyon gibi cinsel işlev sorunları ile ilişkili olabilir (Rosen, 2001). Toplumda oldukça sık rastlanan çocukluk çağı travmaları, bozuk bağlanma biçimleri ve psikojenik erektil disfonksiyonlar kişinin başta yakın ilişkide olduğu eşleri olmak üzere sosyal çevresini etkilemektedir. Bunun sonucunda bedensel, duygusal ve sosyal birçok soruna yol açarak önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturabilmektedir. Bu nedenle bu üç olgunun birbiri üzerine

etkisinin araştırılması psikojenik erektil disfonksiyona farklı bakış açısı kazandırarak sorunun tanımlanmasını ve çözümlenmesini kolaylaştırabilecektir.

Problem Cümlesi: Psikojenik erektil disfonksiyonu olan erkeklerin çocukluk çağında yaşadıkları travma varlığının ve bağlanma biçimlerinin psikojenik kökenli erektil disfonksiyonla ilişkisi incelenecektir.

1.2. Alt Problemler

1. Psikojenik erektil disfonksiyon yaşa, eğitim düzeyine, yaşadığı yere, ilişki şekline ve süresine göre önemli bir farklılık göstermekte midir?
2. Çocukluk çağında yaşanan travma varlığı ile psikojenik erektil disfonksiyon değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?
3. Bağlanma biçimleri ile psikojenik erektil disfonksiyon değişkenleri arasında istatistiki öneme sahip bir ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Amacı

Organik kökenli olmayan erektil disfonksiyonun ortaya çıkışında çocukluk çağında kişinin yetiştiği aile ortamında yaşadığı travmatik deneyimler ve ebeveynleriyle kurduğu bağlanma biçimi etken olabilir. Bu tezde erişkin çağda ortaya çıkan psikojenik erektil disfonksiyonun çocukluk çağındaki travma ve bağlanma biçimleri değişkenleri ile olan ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

1.4 Araştırmanın Önemi

Eretil disfonksiyon tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de psikososyal yönleri ve eşlik eden klinik komorbiditeleri nedeniyle önemli bir toplum sağlığı problemi olarak sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Eretil disfonksiyon bireyin genel yaşam kalitesi, özsaygı ve partneri ile yakın ilişkisini bozan önemli bir problemdir (Burnett, 2006). Eretil disfonksiyon organik ve psikojenik kökenli olabilmekte ve organik kaynaklı erektil disfonksiyona psikojenik faktörler de eklenebilmektedir. Organik erektil disfonksiyon nedenleri rahatlıkla tespit edilebilirken psikojenik erektil disfonksiyon kökenleri çok faktörlü olabilmektedir.

Bireyin ruhsal gelişiminde en ağır şiddet türü çocukluk çağında yaşanan travmalardır (Yöyen, 2017). Erken dönemde aile içindeki işlevsel olmayan ilişkiler hayat boyu sürecek kişilik sorunlarına, psikopatolojilere, yakın eş ve sosyal ilişki bozukluklarına neden olabilmektedir. Çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçimleri bu bozukluklara neden olup erektile disfonksiyon şeklinde belirtire verebilir. Psikojenik erektile disfonksiyon ile başvuran kişilerde kökene yönelik bu faktörlerin araştırılması ve varsa bu yönde terapi uygulanması sorunun çözümünü kolaylaştıracak, diğer psikolojik sonuçların gelişimini de önleyecektir. Alanyazında ülkemizde erektile disfonksiyonun çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçimleri ile ilişkisi hakkında çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Bundan dolayı çalışmamızın sonuçları toplum sağlığı alanında önemli bir sorunun etyolojisini ortaya koymaya yardımcı olabilir ve sorunun tedavisini kolaylaştırabilir.

1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Çalışma üroloji polikliniğine başvuran katılımcılardan oluşması ile sınırlıdır.
2. Araştırma, araştırmadaki kişilerin yaşları, erkek olmaları, ilişki durumları, yaşadıkları yer ve eğitim düzeyleri ile sınırlıdır.
3. Verilerin, katılımcıların kendi geri bildirimine dayalı olarak toplanması araştırmanın bir diğer sınırlayıcı yönüdür.
4. Cinselliğin araştırılan değişkenlerin içinde olması kişileri tam doğru cevaplar vermemeye itmiş olabilir.
5. Çocukluk çağı travmasının geriye dönük olarak değerlendirilmiş olması hatırlama yanlılığına neden olarak araştırmayı sınırlayabilir.

1.6 Araştırmanın Sayıltıları

1. Araştırmadaki ölçeklerin karşılaştırılan değişkenleri ölçtüğü varsayılmıştır.
2. Araştırmadaki ölçeklere katılımcıların doğru cevap verdiği varsayılmıştır.
3. Katılımcıların erektile disfonksiyon şikayeti ile tedaviye başvuran olguları temsil edeceği varsayılmıştır.

1.7 Tanımlar

Cinsel işlev bozukluğu: Cinsel ilgi ve yanıtın alışılmış normal tarzın dışına çıkması ve anormal durumun sürekli hale gelmesidir (Kayır, 2009).

Erektıl disfonksiyon: Ereksiyonun yeterli bir cinsel etkinliği akıcı ve düzenli biçimde sağlayamaması ve/veya sürdürmemesidir (Kayır, 2009).

Psikojenik Erektıl Disfonksiyon: Psikolojik veya kişilerarası faktörlere bağlı olarak doyurucu cinsel performansı sağlayacak ereksiyonu başlatamama ya da devam ettirememe durumudur (Rosen, 2001).

Çocuk İstismarı: Çocuğun, bakımını üstlenen kişiler veya diğer erişkinler tarafından fiziki, duygusal, zihinsel ve cinsel gelişimlerini engelleyen, ruh ile beden sağlığını bozan ve bilinçli olarak bu durumlarla karşı karşıya bırakılmasına neden olan davranışlardır (Örsel ve diğ., 2011).

Çocuk İhmali: Başta ebeveynler olmak üzere bakımla ilgili yetişkinlerin, çocuğun bedensel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerini ihmal ederek çocuğun temel gelişimini önlemesidir (İbiloğlu, Atlı, Oto, Özkan, 2018).

Bağlanma: Bir insanın yalnız kaldığında, rahatsızlandığında ya da korktuğunda güvenlik ve destek amacıyla güçlü istekle bir kişi ile yakınlaşıp ilişki kurmak ya da yakınlık aramak için kurduğu duygusal bir bağıdır (Bowlby, 1982).

İKİNCİ BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde psikojenik erektil disfonksiyon ve diğer cinsel işlev bozuklukları, çocukluk çağı travmaları ve bağlanma kuramının temel çerçevesi incelenmiştir. Ayrıca bu değişkenlerin birbiri ile ilişkisini araştıran kaynaklara yer verilmiştir.

2.1 Kuramsal Çerçeve

2.1.1. Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları

2.1.1.1 Cinsellik. Aşk ve cinsellik iki farklı insanın üç farklı boyutta birbiri ile etkileşime girmesidir. Düşünsel, duygusal ve davranışsal boyutlarda birbirine yakınlık kuran insanlar iç dünyalarını birbirine açmaktadır. Cinsellik insana sevmeye değer olduğu duygusunu yaşatan ve kadınlığının ya da erkekliğinin onaylandığını hissettiren bir ilişkidir. Doğumdan ölüme kadar bir yaşam dürtüsü olan cinsellik tek bir kalıba sığdırılmaz ve içine doğdukları kültürden etkilenerek çok farklılıklar gözlenebilir. Cinselliği tanımlamak bozukluklarını tanımlamaktan çok daha zordur (Kayır, 2009).

Masters ve Johnson 1994’ de insanlarda cinsel işlevi uyarılma, plato, orgazm ve çözülme olarak dört evreye ayırmıştır. Kaplan Singer cinsel isteği eklemiş ve cinsel işlevin bifazik niteliğine dikkat çekmiştir. Cinsel işlevler istek, uyarılma ve orgazm evrelerinde sorun olduğu zaman sırasıyla cinsel istek veya tiksinti bozukluğu, erkekte ereksiyon kadında uyarılma bozukluğu, erkekte ejakülasyon kadında orgazm bozukluğu ile sonuçlanabilir (İncesu, 2004).

Cinsel sağlık, kişinin genel sağlığının temel köşe taşıdır ve son 20 yıldır daha da önemli hale gelmiştir. Cinsel sağlıkta bozulma olması gelecekte olabilecek genel sağlık sorunlarının bir göstergesi olabilir (Capogrosso, Montorsi, Salonia, 2016). Cinsel sağlık cinsel davranışın fiziksel, psikolojik ve ilişkiler açısından bozuk olmamasının yanında işlevsel olmasına dayanır. Bu faktörlerden herhangi birinde sorun olması cinsel sağlığın bozulmasına ve cinsel işlev bozukluklarının gelişimine neden olur (DeRogatis ve Burnett, 2008).

2.1.1.2 Cinsel işlev bozuklukları. Cinsel bozukluklar parafililer, cinsel kimlik bozuklukları, cinsel yönelimle ilgili kaygılar ve cinsel işlev bozuklukları olarak sınıflanabilir. Bir kişinin arzu ettiğinde sağlıklı cinsel işleve katılamaması cinsel işlev bozukluğu olarak adlandırılmaktadır. DSM-5’ e (American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) göre erkeklerdeki cinsel sorunlar geç boşalma, sertleşme bozukluğu, cinsel isteğin düşük olması, erken boşalma,

madde veya ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğu, tanımlanmış ya da tanımlanmamış cinsel işlev bozuklukları olarak sınıflandırılmaktadır (Ishak ve Tobia, 2013).

Cinsel işlev bozukluklarının kökeninde organik nedenler dışında birçok faktörün birbiriyle etkileşimi olabilir.

Cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında ve sürmesinde, genellikle çok sayıda psikososyal ve kültürel etken birlikte rol oynamaktadır. Bunlar, doğuştan getirilen özellikler olabildiği gibi yetiştirme koşulları, ailenin tutumu, eğitim, yetiştiği alt kültürün cinselliğe bakışı, yaşanan psikolojik travmalar gibi sonradan edinilen özellikler de olabilir. Erken çocukluk dönemine ait bilinçaltı çatışmalar, çocukluk ve ergenlik dönemine ait psikoseksüel gelişim dönemlerindeki aksaklıklar, yanlış öğrenilmiş cinsel davranışlar, eksik ya da yanlış cinsel bilgi, cinsellikle ilgili yanlış ve abartılı beklentiler, geleneksel ve tutucu yetiştiriliş biçimi, utanma, suçluluk ve günahkârlık duyguları, eşler arasındaki uyumsuzluk ve iletişim sorunları, evlilik içi çatışmalar, eşin cinsel sorunlarının olması, eşinde ya da kendisinde var olan başta depresyon olmak üzere cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyen çeşitli psikiyatrik sorunlar ya da hastalıklar ve kişinin başta cinsel organlar olmak üzere kendi bedeniyle ilgili olumsuz düşünce ve inançları olarak sıralanabilir (İncesu, 2004 Syf 7).

Cinsel etkileşimin farklı evrelerine göre erkek ve kadında farklı cinsel işlev bozuklukları görülebilmektedir. Erişkin kadınların %40-45’inde, erişkin erkeklerin ise %20-30’ unda hayatlarının bir döneminde cinsel işlevde bozulma görülebilmektedir (Lewis ve diğ., 2010). Erkeklerde en sık rastlanan cinsel işlev bozukluğu cinsel uyarılma evresinde sertleşme süre ve şiddetinin yetersiz olması olarak tanımlayabileceğimiz erektil disfonksiyondur (İncesu, 2004).

Cinsel işlev sorunları cinsellik başladığı andan itibaren birincil ya da belli bir doyumda seyreden cinsel işlevsellik sonrası ikincil olarak kazanılmış olabilir. Eretil disfonksiyon sıklıkla ikincil gelişen bir durumdur (Kayır, 2009). Cinsel işlev sorunlarının gelişiminde organik ya da psikojenik nedenler yerine kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığı, içinde yetiştiği toplum değerlerinin çok boyutlu etkisi düşünülmelidir. Cinsel işlev bozukluğunun gelişimindeki etkenler hazırlayıcı, başlatıcı ve sürdürücü olarak sınıflandırılabilir (İncesu,2004).

Hazırlayıcı (yatkinlik yaratıcı) etkenler olarak cinsel eğitimin yetersizliği, cinsel mitler, muhafazakâr ortamda büyüme, yetersiz cinsel deneyim, yaşam biçimi, bozuk aile ilişkileri, baskıcı yetiştirilme tarzı, travmatik cinsel deneyimler, psikoseksüel roldeki güvensizlik ve intrapsişik dinamik nedenler sayılabilir. Ülkemiz gibi muhafazakâr ülkelerde hazırlayıcı etkenler sorunun önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bunun sonucunda bireylerin özgüveni düşük takıntılı katı ve kırılgan yapıya sahip olmalarına yol açmakta ve cinsel yaşamlarında psikojenik cinsel işlev sorunlarının çıkma olasılığı yükselmektedir. Bu etkenler ile alt yapısı oluşan kişilerde çeşitli organik rahatsızlıklar, ilaç ve madde kullanımı, ilişkideki sorunlar, yaşlanma, abartılı performans beklentisi, sadakatsizlik ve eş kaybı cinsel işlev bozukluğunu başlatabilmektedir. Sonrasında performans kaygısı, cinsel mitler, cinsellikle

ilgili suçluluk ve günahkârlık duyguları, kendini tanımada yetersizlik, ilişkide yaşanan sorunlar, eşlerin çekiciliğin kaybı ya da cinsel işlev bozukluğu olması da sürdürücü etkenler olarak açığa çıkabilmektedir (İncesu, 2004, Syf7-8).

2.1.1.3 Eretil disfonksiyon. Eretil disfonksiyon cinsel ilişki için doyurucu düzeyde penil ereksiyonun tekrarlayıcı şekilde olmaması ya da devam ettirilememesidir. Travma veya cerrahi sonrası gelişenler hariç belirtilerin 3 ay sürmesi tanı için genellikle yeterli olarak düşünülmektedir (Lewis ve diğ., 2010). DSM-5' e göre hastayı rahatsız eden yaklaşık 6 aylık bir süre ile tanımlanmaktadır (Maestre-Loren ve diğ., 2021). Eretil disfonksiyon tüm dünyada erkeklerde gittikçe sık görülen bir problemdir ve yaşla birlikte artmaktadır (Beutel, 1999). Eretil disfonksiyon 50-60 yaş erkeklerde 20' li yaşlara göre yaklaşık 3 kat daha sık görülmektedir (Bodie, Beman, Monga, 2003). Massacchusetts Erkek Yaşlanma Çalışmasında toplum bazlı 14 yıl takip edilen 1290 erkek arasında yapılmıştır. 40-70 yaş erkeklerin %5-15' inde komplet olmak üzere %52' sinde erektile disfonksiyon bulunmuştur. Artan yaş, düşük eğitim ya da gelir düzeyi, yalnız yaşama gibi sosyodemografik faktörler, hipertansiyon, diabetes mellitus, prostat hastalıkları, böbrek yetmezliği ve depresyon gibi rahatsızlıklar, çeşitli ilaçlar, sigara-alkol gibi yaşam tarzı faktörleri ile ilişkilidir (Akkuş ve diğ. 2002).

Eretil disfonksiyon patofizyolojisinde iki ana faktör olarak organik ve psikojenik köken düşünülebilir. Psikojenik erektile disfonksiyonda belirtiler ani başlar, libidoda azalma vardır, ön sevişmede sertleşme sorunu pek olmaz, spontan olarak ya da mastürbasyonda sertleşme kalitesi iyidir (Kayır, 2009). Organik kökenli erektile disfonksiyonda ise belirtiler yavaş yavaş artarak başlar ve libido normaldir (Nguyen ve diğ., 2017).

Eretil disfonksiyonun daha önceleri psikojenik kökenli olduğuna inanılırken daha sonra yapılan çalışmalarda çoğunluğunun vasküler hastalığın bir yansıması olduğu ileri sürülmüştür (Burnett, 2006). Fakat zaman içinde organik kökenli olsa dahi problemin psikolojik yansımaları önemli bir sorun yaratabilmektedir. Çağımızda stres, psikososyal faktörler ve kişisel sorunlar nedeniyle psikojenik erektile disfonksiyon sıklıkla karşımıza çıkabilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada 40 yaşından genç 526 olgunun %85,2' sinde psikojenik erektile disfonksiyon saptanırken, 40 yaşını geçmiş olgularda bu oran %40,7 olarak bulunmuştur (Çaşkurlu, Taşcı, Resim, Şahinkanat, Ergenekon, 2004).

2.1.1.4 Psikojenik erektile disfonksiyon. Eretil disfonksiyon erkeğin yaşamının psikososyal yönlerini hem etkileyebilen hem de o yönlerden etkilenebilen prevalan bir problemdir (Bodie ve diğ., 2003). Psikojenik erektile disfonksiyon sıklıkla içsel çatışma,

kaygı, kızgınlık ve toplumsal yasakların cinsel dürtüleri baskılayıp açığa çıkartmaması nedeniyle oluşur (Kayır, 2009). Daha önceleri erkeğin gücüyle özdeşleştirilen ereksiyon işlevinde herhangi bir bozukluk olduğunda aşağılayıcı bir terim olarak impotans tanımlaması birey üzerinde psikolojik bir yük oluşturmuştur. 1992’ de Ulusal Sağlık Enstitüleri impotans konsensüs konferansında erektil disfonksiyon teriminin kullanılması önerilmiştir (NIHCC, 1993). Eretil disfonksiyon tanımlaması kullanılsa da bu problem erkeklerde özsaygıda azalma, depresyon, stres ve kaygıya neden olabilmektedir. Normal cinsel fonksiyon konusunda bilgi eksikliği, erkek ve kadının cinsel fonksiyon farklarını bilmemek erektil fonksiyon konusunda yanlış inanış ve doyumsuzluklara yol açarak sorunu büyütebilmektedir (Bodie ve diğ., 2003). Yaşlanmaya bağlı olabilecek değişiklikler ile patoloji arasındaki ince çizgiyi anlayamamak ve sosyal çevrenin de yanlış yönlendirmesiyle ömür boyu tam erektil kapasite beklentisinden de etkilenebilmektedir (Beutel, 1999).

Psikojenik erektil disfonksiyon sınıflaması aşağıdaki şekilde yapılabilir (Rosen, 2001).

I- Jeneralize psikojenik erektil disfonksiyon:

A.Jeneralize yanıt olmaması:

1. Cinsel uyarılmanın birincil olarak olmaması
2. Cinsel uyarılmanın yaşla birlikte azalması

B.Jeneralize inhibisyon:

1. Cinsel yakınlığın kronik bozukluğu

II- Durumsal psikojenik erektil disfonksiyon:

A. Partner ilişkili:

1. Bir kişiyle olan ilişkide uyarılmanın olmaması
2. Cinsel nesne tercihindan dolayı uyarılmanın olmaması
3. Eş çatışması veya tehditin sonucu merkezi engellenme

B. Performans ilişkili:

1. Erken boşalma gibi başka cinsel işlev bozukluğu sonucu
2. Duruma bağlı performans kaygısı

C.Psikolojik stres ile ilişkili:

- 1.Negatif duygu durum (örn depresyon) veya majör hayat stresi (örn. eşin ölümü)

Psikojenik erektil disfonksiyon gelişiminde birçok faktör yer alabilir. Bunlar performans kaygısı, libidoya zarar verici duygular (korkular, suçluluk, utanma), cinsiyet, cinsel tercih, cinsellikle ilgili yanlış inançlar, vücut imajında bozulma (penis boyu, obezite, jinekomasti, yaşlanma bulguları), psişik değişiklikler (kaygı, stres, ilaç kullanımı), hayat akışında değişiklik (kayıplar, ayrılma, boşanma, ekonomik zorluklar), travma, cinsel taciz, eş ilişkisinde bozulma, çekicilikte azalma olarak sayılabilir (Latin American Erectile Dysfunction Consensus Meeting 2003; Althof ve Needle, 2011).

Özeleştirici düzeyi yüksek olan veya cinsel performans üzerinde fazla yargılayıcı olan kişilerde cinsel aktivitenin haz verici yanından ziyade performans kaygısı gelişebilir. Performans kaygısı sonucu ereksiyon kalitesine orantısız bir odaklanmayla kognitif oyalanmaya sebep olarak uyarılma sorunu yaratıp ereksiyonu bozabilir. Ayrıca bir cinsel başarısızlık kaygısına neden olarak korku sonucu cinsel ilişkiden kaçınma ve gelecekte başaramama riski ile kısır döngü sebebi olabilir (Nguyen ve diğ., 2017).

Çiftlerin birbiri ile ya da diğer insan ilişkilerinde problem yaşaması da erektil disfonksiyon etyolojisinde yer alabilir. Evlilik dışı ilişkiler, uzun süreli öfke ya da dargınlık, fiziksel yakınlık ya da güvenin azalması ve ilişkide bir tarafın baskın olması da önemli bir etken olabilir (Bodie, 2003).

Cinsel işlev bozukluğu, depresyon ve kaygı bozuklukları gibi çeşitli psikolojik bozukluklar ile bir arada bulunup karşılıklı olarak birbirlerini etkileyebilir. (Rosen, 2001). Kaygı artmış otonomik sempatik aktiviteye yol açarak merkezi nörokimyasal ve nöroendokrin değişiklikler yaratarak nörofizyolojik yollar üzerinden yüksek derecede inhibitör etki ile erektil disfonksiyonun başlamamasına ya da ereksiyonun devam ettirilememesine yol açabilmektedir (McDowell, Snellgrove, Bond, 2001). Travma sonrası stres bozukluğunda da erektil disfonksiyon yaklaşık 4 kat daha sık görülmektedir (Cosgrove ve diğ., 2002).

2.1.2 Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları çocuğun beden ile ruh sağlığına zarar veren ve erişkin yaşamına yansımaları olan bir durumdur (Taner ve Gökler, 2004). 20. yüzyılda savaşlar, doğal afetler, hastalıklar gibi kitlesel sorunlar çocukların yaşamları üzerinde örseleyici etkide bulunmuş ve geniş çalışma alanı bulmuştur. Rene Spitz çocukluk travmalarının sonuçları üzerinde çalışmış ve ardından Bowlby ayrılma ve kayıp yaşantıları sonrasında bağlanma kavramını tanımlamıştır. Bu nedenle çocukluk travmalarının yol açtığı gelişimsel

psikopatolojileri anlamada en iyi yollardan biri bağlanma kuramı olmuştur (Zoroğlu ve diğ., 2001).

Travmatik kitlesel yaşantıların dışında çocukluk çağında travma insan eliyle istismar ya da ihmal şeklinde olabilir. Çocuk istismarı ve ihmali, kendisine bakmakla yükümlü ebeveynleri, bakıcısı ya da başkaları tarafından çocuğa yapılan uygun olmayan veya zarar verici nitelikte çocuğun biyopsikososyal gelişimini bozan ya da sınırlayan hareket ve eylemsizliklerin tümüdür. Çocukluk çağı travmaları çocuğun fiziksel, duygusal, cinsel ya da ruhsal açıdan sağlığının zarar gördüğü ve aileler ile birlikte kamunun birçok alanını etkileyen önemli bir toplum sağlığı sorunudur (Taner ve Gökler, 2004; Dokgöz ve Kar, 2018). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2012 yılında 3,4 milyon çocuğun istismar ya da ihmale uğradığı tahmin edilmektedir. Çocukluk çağı travmaları erken mortalite ve morbidite sebebidir. Travma çeşidi arttıkça bu kişilerde fazla miktarda alkol ve sigara tüketimi, HIV riski, diabetes mellitus, miyokard enfarktüsü, koroner arter hastalıkları, felç, depresyon, genel sağlık durumunda ciddi bozulma ve ölüm riski artmaktadır (Norman, Byambaa, De, Butchard, Scott 2012; Campbell, Walker, Egede 2016).

2.1.2.1 Çocuk istismarı ve ihmali türleri. Çocuk istismarı fiziksel, cinsel ve duygusal olarak gerçekleşebilirken, çocuk ihmali ise fiziksel ya da duygusal olarak iki şekilde olabilir. İhmal ve istismar kavramları değerlendirilirken istismarın aktif, ihmalin ise pasif şekilde olması önemli olduğu akıldan çıkarılmamalıdır (İbiloğlu ve diğ., 2018). Artan olgu bildirimleri ile beraber cinsel istismar 1970'lerden sonra, duygusal istismar ve sözel şiddet de 1980'lerden sonra tartışılmaya başlanarak önemli bir sağlık sorunu olarak gündeme girmeye başlamıştır (Aktepe, 2009; Örsel ve diğ., 2011). Dünyada çocuk istismarı oranı kızlarda %52, erkeklerde %48 ve ülkemizde istismara maruz kalma %33 olarak bulunmuştur (Yöyen, 2017). Zoroğlu ve diğerlerinin (2001) yaşları 14-17,5 arasında değişen 912 lise öğrencisi ile yaptıkları bir çalışmada ihmal %16,5 ile en sık rastlanan travma olarak bildirmiş. %15,9 duygusal istismar, %13,5 fiziksel istismar bildirilirken ve %4,4 ü ensest olmak üzere toplamda %10,7 cinsel istismar gözlenmiştir. Yine Yöyen' in (2017) üniversite öğrencileri arasında yaptığı bir çalışmada %31,1'inde çocukluk çağı travması bulmuş, %26,4 duygusal istismar, %12,5 fiziksel istismar, %30,4 fiziksel ihmal, %15,7 duygusal ihmal ve %18,1 cinsel istismar saptamışlardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekliği kesin deliller ile ispatlanmış olguların verilerine göre %54 ihmal, %22 fiziksel, %8 cinsel ve %4 duygusal istismar ve %12 diğerleri bildirilmiştir (Bernet, 2000).

2.1.2.2 Fiziksel istismar ve ihmal. Fiziksel istismar küçük çocuk ya da gencin sağlığını bozacak şekilde fiziksel hasara uğramak olarak tanımlanır. Fiziksel istismar vurma, itme, sarsma, yakma ya da ısırma ile gerçekleşebilir. Fiziksel ihmal ise beslenme, hijyen, giyim konularında yetersiz bakım vermedir (Kaplan, Pelcovitz, Labruna, 1999).

Fiziksel istismar ve ihmalin yaygınlığını net olarak belirlemek zordur. Fiziksel istismar en çok 4-8 yaş arasında olmakta ve yaşla azalmaktadır. Cinsiyet farkı belirgin değildir. Anneler çocuklara, babalar ergenlere daha yüksek olasılıkla fiziksel istismar uygulamaktadır. Bakım veren kişilerde psikiyatrik bozukluk, alkol-madde kullanımı, geçmişte kendisine istismar uygulanması varsa fiziksel istismar uygulama olasılığı artmaktadır. Fiziksel olarak hem istismar hem de ihmal bilişsel, duygusal, davranışsal ve iletişim sorunları yaratabilmektedir fakat duygusal ihmal daha ağır sonuçlar doğurmaktadır (Taner ve Gökler, 2004). Bu çocukların akademik başarısı düşüktür. İlişkilerinde, yakın ilişki kurmakta zorlanan, duygusal yoğunluğu az, yoğun öfke ve istismar edici davranış tarzına sahiptir (Kaplan ve diğ., 1999). Yine bu çocuklarda kaygı sorunları, dikkat eksikliği hiperaktivite veya travma sonrası stres bozukluğu görülebilir (Demirci, 2016).

2.1.2.3 Cinsel istismar. Cinsel istismar, bir yetişkinin cinsel istek veya gereksinimlerini yerine getirmek için cinsel gelişimini tamamlamamış, yeterli bilgi veya gelişim düzeyine erişmemiş çocukları güç kullanıp ya da kandırıp sosyal tabulara aykırı şekilde araç olarak kullanmasıdır (Green, 1996; İbiloğlu ve diğ., 2018). Cinsel istismar sık görülen fakat utanç ve suçluluk nedeniyle az bildirildiği için çoğunluğunun gizli olduğu düşünülen bir sorundur. Mağdurların en az 2/3 ünün saklı tutularak yalnızca %10-15' inin adli makamlara bildirildiği ve genel olarak sıklığının %10-40 olduğu düşünülmektedir (Aktepe, 2009; Dokgöz ve Kar, 2018; Gewirtz-Meydan ve Finkelhor, 2020). Kadınlarda %12-35, erkeklerde %4-9 istenmeyen cinsel deneyim bildirilmiştir. (Gorey ve Leslie, 1997; Putnam 2003). Genellikle 7-12 yaş arasında ve kız çocuklarda 2-5 kat daha sık rastlanmaktadır (İbiloğlu ve diğ., 2018; Soylu, Pılan, Ayaz, Sönmez, 2012). Kızlar genellikle erkekler tarafından istismar edilirken, erkekler her iki cins tarafından mağduriyet yaşayabilmektedir (Gewirtz-Meydan ve Finkelhor, 2020). Cinsel istismarcı çoğunlukla erkektir ve genellikle çocukların tanıdığı ve güvendiği yetişkinlerdir (Putnam, 2003; Dokgöz ve Kar, 2018).

Cinsel istismarın aile içindeki bir kişi tarafından gerçekleştirilmesi daha sıkıntılı sonuçlara yol açabilmektedir. Çocuk büyük düş kırıklığı yaşamakta ve bağlanma nesnesi

tarafından cinsel istismara uğraması kendine ve dış dünyaya karşı temel güven duygusunun kaybı ile sonlanmaktadır (Soylu ve diğ., 2012).

Cinsel istismar çoğunlukla işlevselliği bozulmuş, düşük sosyoekonomik düzeye sahip rol çatışması olan sosyal izole kapalı ailelerde görülür. Ailenin parçalanmış olması, aile içinde şiddet varlığı, alkol-madde bağımlılığı, ailede üvey baba olması ve yoğun aile içi çatışmalar riski artırır (İbiloğlu ve diğ., 2018; Soylu ve diğ., 2012). Ebeveynlerin kendi aralarında cinsel sorun olması, baskın ve katı ebeveyn modeli riski artırabilir (Taner ve Gökler, 2004). Bu çocukların özsaygıları düşük olabilir, kaygı bozuklukları ve depresyon sık görülen sonuçlardan biridir (Green, 1996). Cinsel istismarın düzeyi, özellikle penetrasyon içermesi, sık ve tekrarlayan biçimde olması ya da birlikte fiziksel güç kullanılması daha ciddi sonuçlara yol açmaktadır (Soylu ve diğ., 2012). Cinsel istismar sonrası erken yaşta başlayan korunmasız cinsellik, ergenlikte korunmasız ilişkilere ve çok eşlilik gibi yüksek riskli cinsel eylemlere yol açabilir (Taner ve Gökler, 2004).

2.1.2.4 Duygusal istismar ve ihmal. Duygusal istismar ve ihmal sık görülmesine rağmen tanımlanması zordur. Çoğunlukla diğer istismar ve ihmal türlerine eşlik edebilmektedir. Bu yönüyle değerlendirildiğinde duygusal istismar ve ihmalin en sık görülen tip olduğu söylenebilir. Sözel istismarda, fiziksel olmayan ağır cezalar, yeterli duygusal destek sağlamamak ya da ilgisizlik ve sevgisizlik sık görülür. En çok 6-8 yaş arasında gözlenir ve sıklıkla birincil bakım veren kişi tarafından gerçekleştirilir. İçer atım sorunları, düşük özgüven ve birçok psikolojik bozukluk öncülü olabilir (Taner ve Gökler, 2004).

2.1.2.5 Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin yetişkinliğe etkileri. Aile içinde travma yaşayan çocuk, istirmacının kötülüğünü kendi içine alarak çatışmayı çözmekte ve ebeveynine bağlılığını korumaktadır (Güleç ve diğ., 2012). Bowlby' nin bağlanma kuramında cinsel istismar öyküsü olan çocuklarda organize olmayan bağlanma görülmektedir. Bunun sonucunda kaygı ve korku dolu davranışlar geliştirir. İnkâr sık rastlanan bir savunma mekanizmasıdır. Bireyselleşmesinde ve kendilik imgesinin bütünleşmesinde sorun yaşar, benlik ketlenmesi sonucu özsaygıda azalma olabilir (Aktepe, 2009). İç kötülük duygusu kalıcı olarak devam edebilir. Başkaları güvenilmez olarak görülür (Güleç ve diğ., 2012). Yöyen' in 2017 yılında 530 üniversite öğrencisi arasında yaptığı bir çalışmada çocukluk çağı travmasının benlik saygısını düşürdüğü gösterilmiştir. Yine ergenler üzerinde yapılan çalışmada fiziksel, duygusal ve cinsel istismar geçmişi olanlarda benlik saygısının daha az olduğu bulunmuştur (Eroğlu ve Türk, 2013).

Çocukluk çağında yaşanan travmalar kişilerde nörobiyolojik değişiklikler yoluyla beyin yapısını ve işlevselliğini etkilemektedir. Bunun sonucunda bu kişiler şiddete daha eğilimli olmakta ve kısır döngü olarak kuşaklar boyunca devam edebilmektedir. Bu çocuklar bilişsel olarak çevrelerini yanlış anlayıp paranoid kavrayış ve düşük empati yeteneği geliştirmektedir. Çocuk istismarı saldırganlığın bilinen en güçlü yaratıcısı olarak düşünülebilir (Güleç ve diğ., 2012; Demirci, 2016).

Çocukluk çağında istismar ya da ihmal şeklinde travma yaşayanlarda ilerde psikiyatrik rahatsızlık olma ihtimali yüksektir. Farklı istismar tipleri erişkin dönemde ruhsal bozukluk ihtimalini 3 kat arttırmaktadır. En önemli risk faktörleri zorbalık, kötü davranma ve ebeveyn kaybı olarak bulunmuştur (McKay ve diğ., 2021). Tutkun, Şar, Yargıç, Özpulat, Yanık (1995) yaptıkları bir çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görenlerin %35,5' unda fiziksel istismar, %34,2' sinde duygusal istismar, %33,2' sinde ihmal, %20,1' inde cinsel istismar ve %10,2' sinde ensest saptamışlardır.

Çocukluk çağı travmalarının yansımaları olarak travma sonrası stres bozukluğu ve bir çok psikolojik bozukluk görülebilmektedir (Demirci, 2016). Yine çocukluk travmalarını takiben ilerleyen dönemde travma şiddeti ile uyumlu olarak kendine zarar verme ve özkıyım davranışının daha fazla görüldüğü birçok çalışmada gösterilmiştir (Zoroğlu ve diğ., 2001; Örsel ve diğ., 2011). Kendine zarar verme davranışına genellikle disosiyatif belirtiler eşlik eder. Patolojik disosiyasyonun geçmişinde %90-100 travma öyküsü olması, kontrollü çalışmalarda travma olmayanlarda az gözlenmesi, travmanın ne kadar erken yaşta ve şiddetli olursa disosiyasyonun o kadar çok görülmesi ve ilerde travma sonrası stres bozukluğunu öngörmesi çocukluk çağı travması ile patolojik disosiyasyon arasındaki ilişkiyi göstermektedir (Zoroğlu ve diğ., 2001). Zoroğlu ve diğerlerinin (2001) lise öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada istismar ve ihmal sonucu olguların %41,6-45,6' sında kendine zarar verme davranışı gözlemlendiği ve tüm araştırma grubuna (%21,5) göre yaklaşık iki katı olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada özkıyım tüm denek grubunda %10,4 iken istismar ve ihmal öyküsü olanlarda bu oran % 26,7-34,2 arasında bulunmuştur.

Çocuklukta fiziksel istismar yaşayan çocuğun yetişkinlikte çöküntü, kaygı bozukluğu, yeme bozuklukları, alkol-madde bağımlılığı ve davranış bozukluğu gösterme riski daha fazladır. İlerdeki yaşamlarında öğrenilmiş bir davranış modeli olarak şiddeti sorun çözmekte kullanabilir. Çocukluk çağındaki fiziksel istismara maruziyet gelecekte şiddet suçu için önemli bir belirleyicidir (Güleç ve diğ., 2012).

Çocukluk çağında yaşanan travmalarının en önemlilerinden biri olan cinsel istismar ile yapılan bir çalışmada 2759 kişi 30 yıl boyunca izlenmiş ve üç kat daha fazla ruhsal yardım almak için başvurdukları gözlenmiştir (Cutajar ve diğ., 2010). Cinsel istismar fiziksel veya duygusal istismara göre daha fazla ruhsal yardım ihtiyacına neden olmakta ve özkıyım oranı daha yüksek olabilmektedir (Aslan, 2020). Cinsel istismarda yaşanan travmatik cinsellik ise ihanet, güçsüzlük ve damgalanma ile bilişsel ve duygusal gelişimi bozarak benlik algısında ve duygu durumunda bozulmalara yol açabilir (İbiloğlu ve diğ., 2018). Çocukluk çağında cinsel istismar yaşayanlarda ileride en sık travma sonrası stres bozukluğu olmak üzere sınır kişilik bozukluğu, cinsel ilişki sorunları, cinsel işlev bozuklukları, nevrozlar, depresyon, özkıyım düşünceleri daha sık görülebilmektedir (Örsel ve diğ., 2011; İbiloğlu ve diğ., 2018; Aslan, 2020).

Çocukluk çağında cinsel istismar yaşayan erkekler (%25) istismar olmayanlara göre (%5) erişkin dönemde daha fazla cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşamaktadır. Cinsel istismar yaşayan erkeklerin %60' ı bunun hayatlarında ciddi olumsuz etki yaptığını belirtmişlerdir. Kadınlardaki cinsel istismar öyküsü erkeklere göre daha fazla cinsel işlev bozukluklarına yol açmaktadır (Kinzl, Mangweth, Traweger, Biebl, 1996). Cinsel istismar öyküsü olan kadınların %25-59' unda cinsel işlev bozukluğu bildirilmiş ve kliniğe başvuranlarda bu oranın %63-94' e çıktığı görülmüştür (Gewirtz-Merdan ve Lahav, 2020). Çocuklukta yaşanan cinsel istismarı ileride her iki cinste erişkin dönemde aşırı cinsellik (aşırı mastürbasyon, devamlı cinsel düşünceler, sık partner değiştirme, değişik cinsel fanteziler), cinsel kurban olma (cinselliği istememe ve rahatsızlık-suçluluk duyma), cinsel zorluklar (genitoüriner belirtiler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsel işlev bozuklukları) ve psikolojik bozukluklara yol açabilmektedir (Luo, Parish, Laumann, 2008). Erkeklerde erişkin dönemde azalmış cinsel istek, erektil disfonksiyon ve prematür ya da gecikmiş ejakülasyon bozuklukları gibi cinsel işlev bozukluklarına neden olabilmektedir (Beitchman ve diğ.,1992; Steel ve Herlitz, 2007; Gewirtz-Merdan ve Lahav 2020). Çocukluk çağında cinsel istismar öyküsü erkeklerde 2 kat daha fazla cinsel işlev bozukluğu (Najman, Dunne, Purdie, Boyle, Coxeter, 2005) ve 3 kat daha fazla erektil disfonksiyon görülebilmektedir (Laumann, Paik, Rosen, 1999).

Cinsel istismar yakın ilişkilerin kurulmasında ve devam ettirilmesinde sorun çıkarır. Genel olarak yetişkinlikte başkalarına güvenmeyen, ambivalan yapıda benlik geliştirebilir, uyum sağlama sürecinde çekingenlik, pasiflik veya cinselliğe aşırı eğilim olabilir (Aktepe, 2009; Aslan, 2020).

Çocukluk çağındaki istismarın uzun dönemdeki etkilerinden bir tanesi de bu kişilerin yakın eş şiddetine ilerde daha çok maruz kalabilmeleridir. Çocukluk çağında herhangi bir istismar geçmişi olanların yaşam boyu 2,2 kat, hem fiziksel hem de cinsel istismar öyküsü varsa 7,1 kat daha fazla yakın partner şiddeti yaşadıkları görülmüştür (Barrios ve diğ., 2015).

2.1.3 Bağlanma Kuramı

İlk olarak Bowlby (1969) tarafından öne sürülen ve sonrasında birçok araştırmacı tarafından üzerinde çalışılan bağlanma kuramı, insanın doğduğu andan itibaren başta ebeveynleri olmak üzere başkaları ile kurduğu ilişki şeklinin ömür boyunca birçok açıdan etkili olduğunu söylemektedir. Erken dönemde başta travmalar olmak üzere yaşanan deneyimler erişkin dönemde yakın ilişkilerdeki beklentiler, inançlar, ihtiyaçlar, yaşanan duygusal düzenlemeler üzerinde önemli bir yer tutmaktadır. Bağlanma kuramı son zamanlarda sadece erken dönemde değil ergenlik ve yetişkin dönem yakın ilişki dinamiklerinde çerçeve kuram olarak kullanılmaktadır (Sümer, 2006; Sümer, Oruçlular, Çapar, 2015).

Bağlanma ile yapılan ilk hayvan çalışmaları Scherier ve Harlow' un 1958 yılında maymunlar üzerinde yaptıkları çalışmalardır. Bu çalışmada bağlılık ilişkisinde sadece fizyolojik gereksinimlerin bağlanmaya yol açmadığı fiziksel temasın da önemli olduğu görülmüştür. Ayrıca anne-bebek ilişkisinin bozuk olduğu bu maymunların büyüdüklerinde sosyal ilişkilerde yetersizlik, içe kapanma, cinsel donukluk yaşadıkları, erkeklerin çiftleşmede zorluk çektikleri ve dişi maymunların da kendi yavrularına ciddi cezalar verdikleri gözlenmiştir. Daha sonraki çalışmalar ile desteklenen bu bağlanma ilişkisinin insanlardaki ilk bağlanma süreçlerine benzediği düşünülmektedir (Soysal, Bodur, İşeri, Şenol, 2005; Tüzün ve Sayar, 2006).

Bağlanma temel olarak, bir bireyin kendisinin önem verdiği diğerlerine karşı hissettiği duygusal bağıdır ve doğumdan itibaren başlayan bir süreçtir (Nacar ve Gökkaya, 2019). Henüz tam olarak ispatlanamasa da anne ile çocuk arasındaki ilk bağlanmanın doğumdan önce başladığı ve annenin olumlu duyguları aktararak bağlanmanın ilk temellerini oluşturduğu öne sürülmektedir (Soysal ve diğ., 2005; Özeren ve Akın, 2016). Doğumdaki fiziksel özellikleri ve zayıflığı nedeniyle ancak bir yetişkin tarafından bakım sağlandığında hayatta kalma şansı olan insan, kendisine bakım sağlayanlar ile duygusal bağlar kurarak yaşayabilmektedir. Yakınlığı arayıp, kurup sürdürmek bağlanmanın ilk davranışlarıdır. Bu ilk bağlanma sistemi gerçekleştirildikten sonra gelişimdeki ikinci aşama keşif sistemidir ki temeli güven duygusudur. Yani bağlanma kişinin ulaşılabilir ve duyarlı

olması sonucu o kişiyi güvenli bir üs ya da sığınak olarak gören çocuk keşfe başlar. Yaşayabilmek için bağlanma sistemi önemli iken büyüüp gelişebilmek için ise bağlanma ve keşif sistemlerinin ikisinin birden sağlıklı ve uyumlu olması gereklidir (Sümer ve diğ., 2015). Bağlanma sistemi dört davranış biçimi olarak özetlenebilir; yakınlığı arama ve koruma, ayrılığı istememe, keşif sırasında bakıcıyı güvenli bir üs olarak görme ve tehdit anında sağlam bir sığınak olarak kullanma. Bu koşullar sağlıklı bağlanmayı ve çevreye uyumu sağlar (Sümer ve Güngör, 1999).

2.1.3.1 İçsel çalışan modeller. Çocuk ile bakım veren arasındaki erken dönem ilişkileri çocuk tarafından içselleştirilmektedir. Benlik ve başkaları modelleri olarak adlandırılan bu zihinsel temsiller kişinin hayatı boyunca etkili olan bir içsel çalışma modeli olarak yerleşerek davranışları etkilemektedir (Bowlby, 1973). Bu model tutarlı ve olumlu bir bağlanma üzerine geliştirdi ise kişi benlik olarak kendisini sevmeye layık ve değerli bir kişi olarak görürken, başkalarını da güvenilir ve duyarlı olarak gören duygu ve bilişlere sahip olur. Benliği hakkında içselleştirilmiş şekiller gerçekçi ve pozitif bir kimlik duygusunun gelişimini sağlarken başkaları hakkındaki şekiller ise haz alıcı kişilerarası ilişkinin kurulabilmesine yol açmaktadır (Çalışır, 2000). Bebeklik döneminde geliştirilen bağlanma şeklinin sonraki tüm yaşam evrelerinde kurulan ikili romantik ve toplumsal ilişkiler ağını etkilediği bilinmektedir. Benlik ve başkalarına ait zihinsel modeller küçük yaşta oluştuktan sonra zaman içinde genellikle değişim göstermeden devam etmektedirler (Sümer ve Güngör, 1999). Bağlanma biçimleri kendi kendini pekiştirici özelliğe de sahiptir. Ayrıca çevre şartlarının istikrarlı olması bağlanma tarzının sürekliliğini sağlamaktadır (Nacar ve Gökkaya, 2019). Zihinsel modellerin olumlu ya da olumsuz olması bağlanma biçimlerini belirleyen en önemli faktörlerdendir.

2.1.3.2 Ainsworth ve üçlü bağlanma modeli. Bowlby' nin bağlanma kuramına ev gözlemleri yaparak başlayan ve en çok katkıyı sağlayan araştırmacılardan biri olan Ainsworth (1979) bağlanmanın en önemli koşulunu anne duyarlılığı olarak ifade etmiştir. Modelini güvenlik ve fiziksel yakınlık olmak üzere iki eksen üzerine kurmuştur. Bağlanma kuramının işlemsel tanımını yapan kuramcıdır (Tüzün ve Sayar, 2006). Yabancı ortam adını verdikleri çalışmalarında yabancı bir kişinin ortamda olduğunda annenin ortamdaki ayrılıp dönmesi ile ilgili gözlemler yapmışlardır. Bu gözlemler sonucu annelerin bireysel farklılıklarından kaynaklanan farklı bağlanma biçimleri tanımlamışlardır. Güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçınan bağlanma olarak 3 adet bağlanma grubu önermişlerdir (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978). Güvenli bağlanma için bakım veren kişinin devamlı tutarlı

şekilde tepki vermesi ve her zaman ulaşılabilir durumda olması lazımdır. Güvenli bağlanma biçimine sahip bebekler merak duygusu ile keşfe çıktıklarında bir sorun oluştuğunda bakım veren kişiyi geri dönebilecekleri güvenli yer olarak algılamaktadırlar. Bu bebekler daha güvenlidir ve daha kolay sakinleşmektedirler. Kaygılı bağlanma biçimi olanlar ise bakım veren kişiden ilgi beklemekte fakat güvenli üs olarak benimsememektedir. Bu bağlanma modelinde bakım veren kişinin davranışları tutarsız olduğundan bebeklerin de bakım veren kişiye tutum ve davranışı değişkenlik gösterebildiği için kararsız bağlanma biçimi olarak adlandırabilmektedir. Kaçınan bağlanma biçiminde ise bakım veren kişi genelde reddedici ve soğuk davrandığı için ortamda iken onunla etkileşimde olmadan bebeklerin çevreyi keşfettikleri görülmüştür. Bakım veren kişi ortamda yoksa rahatsızlık hissetmemekte ve bakım veren kişi ortama döndüğünde memnuniyet belirtisi vermemektedir (Ainsworth ve diğ., 1978). Kabaca çocukların %55-60 güvenli, %15 kaygılı/kararsız ve %25 kaçınan bağlanma biçimine sahip oldukları gözlenmiştir (Campos, Barrett, Lamb, Goldsmith, Stenberg, 1983). Ainsworth' un çalışması sonraki araştırmalarda öz bildirime dayalı farklı içerik ve yordama gücüne sahip çok sayıda ölçek gelişimine yol açmıştır (Sümer, 2006).

2.1.3.3 Hazan ve Shaver' in üçlü bağlanma modeli. Hazan ve Shaver 1987 yılında yakın ilişkilerdeki romantik sevgi bir bağlanma biçimi olarak düşünmüşler, Ainsworth ve diğerlerinin (1978) çocuklardaki üç bağlanma biçimi olan güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçınan bağlanmayı temel alarak bu modelleri yetişkin romantik ilişkilere uyarlayıp benzer sonuçlara ulaşmışlardır. Güvenli bağlanan kişilerin hem çift ilişkisinde hem de ebeveynleri ile bağlanma biçiminde benzer biçime sahip oldukları görülmüştür. Kaygılı /kararsız bağlanma biçimine sahip olanların aşırı kıskanç ve takıntılı yapıya sahip oldukları gözlenmiştir. Kaygılı-kaçınan erişkinlerin ise yakın ilişkilere sıcak bakmadıkları gözlenmiş, kendini açmayan ve sosyal olmayan bireyler oldukları izlenmiştir (Çalışır, 2000). Ainsworth' ün çocuklardaki bağlanma biçimi dağılımına benzer şekilde yetişkinlerin de yaklaşık yarısının güvenli(%55), %20' sinin kaygılı-kararsız ve %25' inin kaygılı-kaçınan bağlanma biçimine sahip oldukları çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Sümer ve Güngör, 1999).

2.1.3.4 Barthomolew ve Horowitz' in dörtlü bağlanma modeli. Bartholomew ve Horowitz 1991 yılında üçlü bağlanma modeli üzerine kaçınan bağlanma biçimindeki kişilerin farklı davranış örüntüleri gösterdiklerini gözlemlemeleri sonucu güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu olmak üzere dört tip bağlanma modeli tanımlamışlardır. Bowlby' in benlik ve başkaları olarak ayırdığı iki temel zihinsel modeline karşılık olarak kaygı ve

kaçınma bağlanma boyutları tanımlanmıştır. Yapılan araştırmalar bu 2 bağlanma boyutu ve Ainsworth' un diskriminant işlevleri üzerine yapılan dörtlü bağlanma boyutu sınıflamasının bağlanma örüntülerini daha iyi tanımladığını göstermiştir (Sümer, 2006; Sümer ve diğ., 2015). Olumlu benlik modeli başkalarından onay beklemeden yüksek kendine saygı ve kendine inanarak içselleştirilmiş 'sevilebilirlik' duygusuna yol açarken olumsuz benlik modelinde kendine saygı düşüktür. Olumlu başkaları modelinde başta bağlanma kişisi olmak üzere diğer önemli kişilerin güvenilir ve ulaşılabilir olduğu düşünülür. Olumsuz başkaları modelinde ise başkaları güvenilmez inancından beslenen sosyal destek alışverişinde kayıtsız kalma ve yakın ilişkilerden olumsuz beklenti hakimdir (Sümer, 2006). Bartholomew ve Horowitz 1991 yılında bu temel boyutların kesişme noktalarında dört bağlanma biçimini tanımlamışlardır (Tablo 2.1).

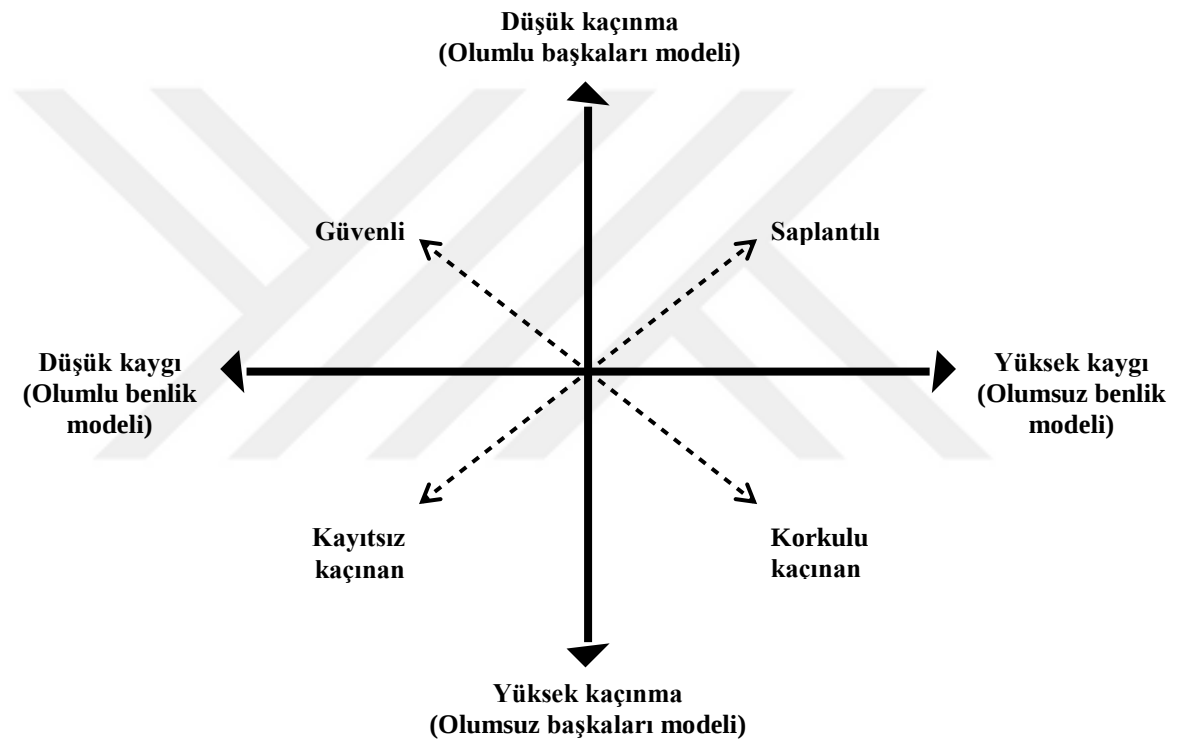
Tablo 2.1 Dörtlü Bağlanma Modeli

BENLİK MODELİ (Bağımlılık**)		
BAŞKALARI MODELİ (Kaçınma*)	Olumlu (Düşük**)	Olumsuz (Yüksek**)
Olumlu (Düşük*)	Güvenli (Yakınlık kurmada rahat ve özerk)	Saplantılı (İlişkilere takıntılı)
Olumsuz (Yüksek*)	Kayıtsız (Yakınlığa karşı kayıtsız ve karşıt bağımlı)	Korkulu (Yakınlıktan korkan ve sosyal açıdan kaçınan)

Not: 'Sümer N, Güngör D. (1999) Yetişkin bağlanma biçimleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. Türk Psikoloji Dergisi; 14(43), 71-106.' künyeli çalışmadan alıntılanmıştır.

Güvenli bağlanma biçiminde benlik ve başkaları birlikte olumlu tarafta yer almaktadır. Diğer üç bağlanma biçimi güvensiz bağlanma olarak adlandırılmaktadır. Saplantılı bağlanma biçiminde benlik olumsuz iken ama başkaları modeli olumludur. Kayıtsız bağlanma biçiminde saplantılı bağlanma biçimine ters olarak benlik olumlu başkaları modeli ise olumsuzdur. Korkulu bağlanma biçiminde ise benlik ve başkaları modelleri birlikte olumsuzdur ve güvenli bağlanma biçiminin karşıtıdır (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

Güvenli bağlanma biçiminde kişilerin özsayıları yüksektir, kendilerine güvenirler, diğerlerini destekleyici olarak görürler. Stresle kolay başa çıkarlar. Saplantılı bağlanma biçimine sahip kişiler özgüveni az, kendini karşıya kolay açamayan kaygılı bireylerdir. Kayıtsız bağlananlar ise yakınlık kurmayarak reddedilme riskini düşük tutan kendine saygısı yüksek olan ve özerkliğe daha düşkün olan kişilerdir. Korkulu bağlanma biçimine sahip olanlar ise yakınlık kurmak istemesine rağmen kırıma endişesi ile kaygılı/kaçınan kişilerdir (Nacar ve Gökkaya, 2019).



Şekil 2.1. Dört Kategori Modeli'nde temel bağlanma boyutları ve kategorileri

Not: Şekil örneği 'Sümer N, (2006): Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması Türk Psikoloji Dergisi; 21(57); 1-22' künelyi çalışmadan alıntılanmıştır.

Brennan, Clark ve Shaver 1998 yılında farklı bağlanma ölçeklerinde kullanılan 300' den fazla maddeyi çok fazla kişiye uygulayarak faktör analizlerini yapmışlar ve bunun sonucunda iki faktörün önemli olduğunu saptamışlardır. Bunlardan ilki yetişkin bağlanma davranışlarının yakın ilişkilerde reddedilme duyarlılığından kaynaklanan kaygı iken diğeri başkalarına yakın olmaktan veya bağımlılıktan hissedilen rahatsızlığı gösteren kaçınmadır. Geliştirdikleri yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri Bartholomew ve Horowitz' in (1991) dört kategori modelinin devamı niteliğindedir (Şekil 2.1). Ölçme teknikleri ve

sınıflandırmaları farklı olsa da bağlanma davranışlarını en iyi tanımlayan iki temel boyutun kaygı ve kaçınma olduğu düşünülmektedir (Fraley ve Waller, 1998).

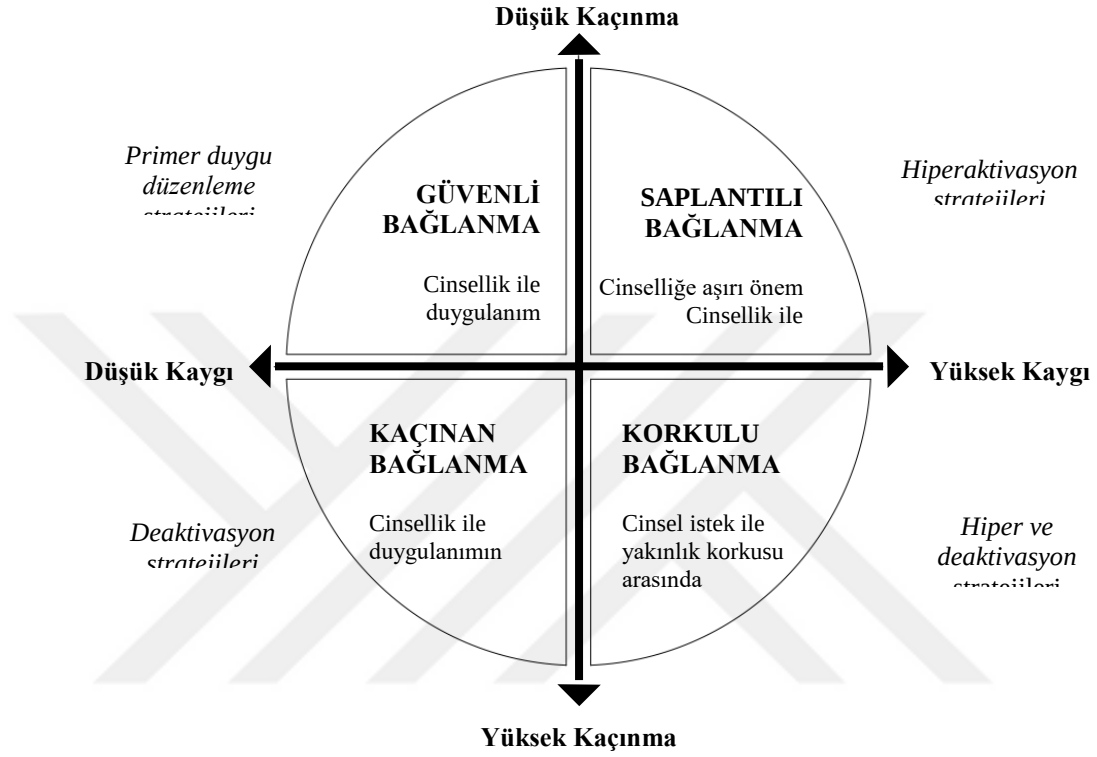
2.1.3.5 Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. Çocukluktaki ebeveyn çocuk ilişkisi, ebeveyne bağlanma ve duygu düzenlenmesi yetişkinlikteki psikiyatrik belirtilerin öncülü olarak kabul edilen potansiyel faktörlerdir. Bebeğin özellikle anne figürü ile erken bağlanma deneyimleri gen ekspresyonu dâhil duygu ve kendiliğinin düzenlenmesi, kişilerarası ve sosyal ilişkiler üzerinde etkili olmaktadır (Lima, Mello, Mari, 2010). Güvensiz bağlanma ve duygu düzenleme bozuklukları davranış bozuklukları, psikopatolojiler, psikosomatik hastalıklar ve cinsel problemlere neden olabilmektedir (Ciocca ve diğ., 2015).

Ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada psikopatoloji göstermeyenlerin %73'ünde, psikopatolojiye sahip olanların %13'ünde güvenli bağlanma biçimi olduğu görülmüştür (Brown ve Wright, 2003). Anne yokluğuna ya da depresif veya şizofrenik anne varlığına bağlı olarak uygun bağlanma biçimi geliştiremeyen bireylerin ilerde düşük özsaygıya sahip olmaları ve psikiyatrik belirti geliştirme ihtimalleri daha yüksektir. Yine benzer şekilde çocuklukta sorunlu bağlanma biçimi olanlarda yetişkinlikte travma sonrası stres bozukluğu daha yüksek olasılıklıdır. Güvensiz bağlanma biçiminin yetişkin dönemde en çok kaygı ve depresyon ile ilişkili olduğu görülmüştür (Lima ve diğ., 2010). Ayrıca yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları ile ilgisi olduğu bildirilmiştir (Ciocca ve diğ., 2015).

2.1.3.6 Bağlanma kuramı ve cinsel işlev bozuklukları. Bağlanma kuramına göre cinsel sistem doğuştan gelen bir davranış sistemidir. Cinsel sistem cinsel ilişkileri ve cinsellikteki kişisel davranışları, psikolojik yönleri, motivasyonları, duyguları ve bilişsel yönleri etkilemektedir. Cinsel sistem bağlanma sisteminden bağımsız olsa da birbiriyle ilişkilidir. Yetişkinlikte 2 yıldan uzun süren eş ilişkisi genellikle cinsellik bağı kurulmasını sağlamakta ve bağlanma oluşmaktadır. Bağlanma ile birlikte eşlerden biri kaygı veya korku duyduğunda kişide yakınlaşmaya, duygusal güçlükte azalmaya ve güvenlik hissi oluşumuna yol açmaktadır. Bağlanma sisteminde olduğu gibi cinsel sistemin birincil stratejisi çekici olan eşi kendisine bağlayıp doyurucu bir cinsel ilişki sonrası özsaygı ve yakınlık hissinin tatminidir. Eğer cinsel deneyim doyurucu değilse ve eşiyle arasındaki yakınlık hissi yeterli değilse hiperaktivasyon veya deaktivasyon olarak ikincil stratejiler devreye girmektedir (Maestro-Loren ve diğ., 2021).

Hiperaktivasyon stratejisinde cinselliğe aşırı düşme, eşinin cinsel isteklerine ya da çekim veya reddedici davranışlara aşırı dikkat, cinsel sistemin kronik aktivasyonu sonucu

kaygı oluşabilir. Deaktivasyon stratejisinde ise cinsel istek, cinsel uyarılma ve orgazmik zevkte azalma, erotofobi, cinsellikten kaçınma, eşi cinsel arzu duyduğunda ondan uzaklaşma sonucu yakın ilişkide cinsel deneyimin ayrıştırılması ile sonuçlanabilir (Maestro-Loren ve diğ., 2021).



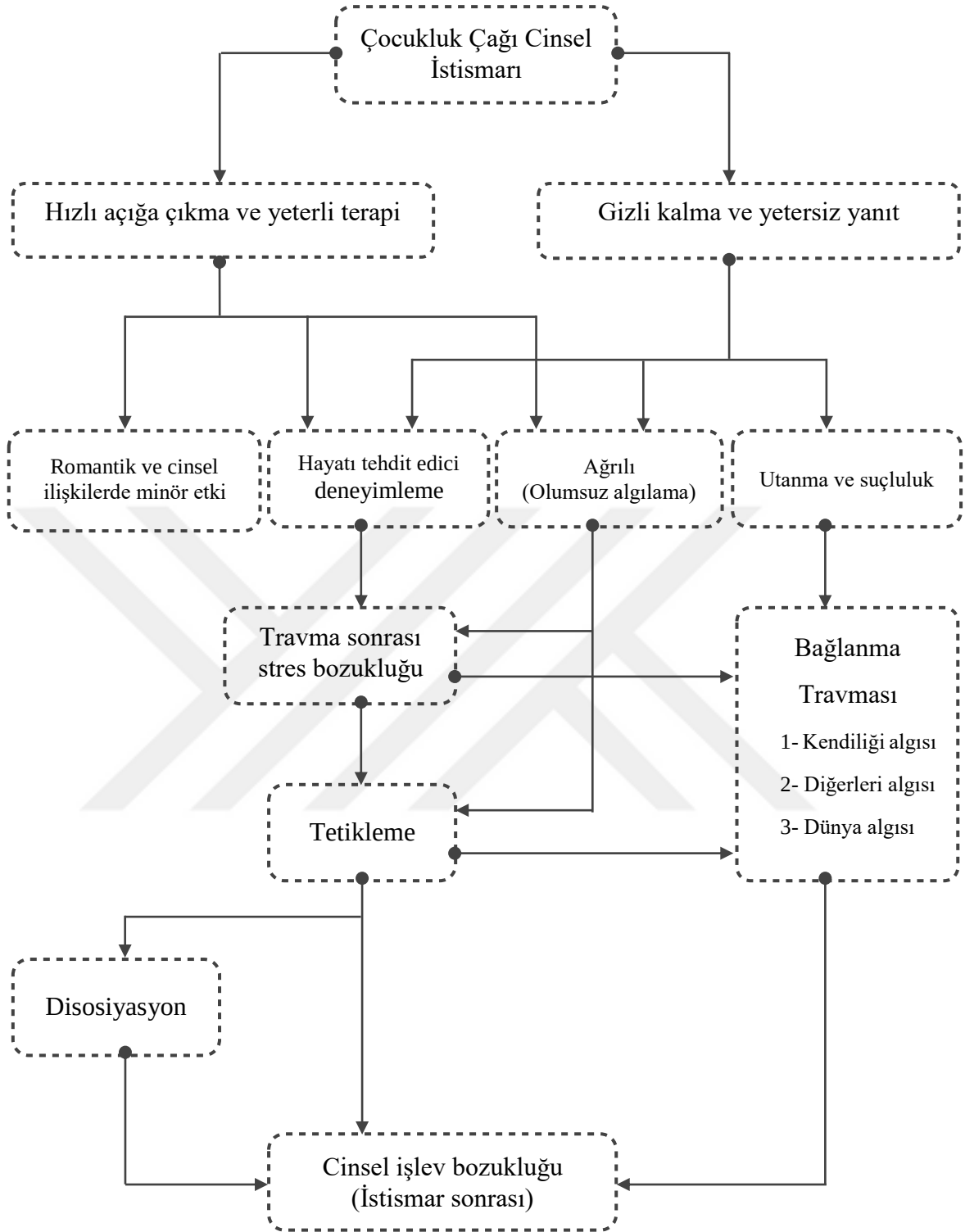
Şekil 2.2: Bağlanma biçimleri, cinsel sistem ve duygusal düzenleme stratejileri

Not: Şekil Örneği ' Maestre-Loren F, Castillo-Garayoa JA, Lopez-i-Martin X, Sarquella-Geli J, Andres A, Cifre I. (2021) Psychological distress in erectile dysfunction: The moderating role of attachment. Sex Med 9:1-11' künyeli çalışmadan alıntılanmıştır.

Bağlanma sisteminin karakteristikleri cinsel sistemin işlevlerini ve cinsel davranış şekillerini etkileyecektir. Güvenli bağlanma biçiminde bireyler, cinselliği ilişkilerinde kolayca yaşayabilmektedir. Kişiler, saplantılı bağlanma biçiminde cinsellik ile aşkı karıştırmakta ve cinsel ilişkiyi birincil noktaya taşımaktadırlar. Bu nedenle cinsellikle ilgili doyumsuzluk hissederse duygusal ilişkilerde paralel bir durum hissetmektedirler. Kaçınan bağlanma biçiminde ise cinselliği duygudan ayırmaktadır. Bunun sonucunda yakınlık stress nedeni olduğu için eşinin cinsel isteklerine yanıt vermemekte ve kendi cinsel arzusunu bastırmaktadır (Maestro-Loren ve diğ., 2021). (Şekil 2.2).

Cinsel işlev bozuklukları ile bağlanma kaygısı arasında ilişki bulunamazken kaçınan bağlanma (Gewirtz-Meydan ve Lahav, 2020) ve korkulu bağlanma biçimi ile ilişkisi gösterilmiştir (Labadie, Godbout, Vaillancourt-Morel, Sabourin, 2018). Eretil disfonksiyonu olan erkeklerde güvensiz bağlanma varsa hem duygusal hem de cinsel sistemde hiper ya da de aktivasyon ikincil stratejileri kullanılabilir. Korkulu bağlanma biçiminde cinsel sistemin hiperaktif edilmesi cinsel yetersizlik hissini ve terkedilme korkusunu azaltmaktadır. Kaçınan bağlanma biçiminde ise cinsel sistem hüsrandan kaçınmak için deaktivasyon stratejisi göstermektedir. Eretil disfonksiyonu olan erkeklerde yüksek oranda kaçınan bağlanma biçimi bildirilmiştir (Maestro-Loren ve diğ., 2021).

Gewirtz-Meydan ve Ofir-Lavee (2021) çocukluk çağı cinsel istismarı öyküsü olanlarda cinsel işlev bozukluklarına bağlanma kuramı açısından bir klinik yaklaşım modeli önermişlerdir. Çocukluk çağı cinsel istismarı cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkinin mekanizmaları hala net değildir ve istismara bir yanıt olarak geliştiği düşünülmektedir. Cinsel istismara maruz kalanlar cinsel ilişki sırasında geçmişi hatırlayıp cinsellikten kopuş yaşarken travmatik cinselliğe yol açılmaktadır. Önerilen modelde bağlanma açısından çocuğun güven ve kaygısı üzerinde durulmaktadır. (Şekil 2.3)



Şekil 2.3. Çocukluk çağı cinsel istismar ile cinsel işlev bozukluğu ilişkisi

Not: Şekil Örneği 'Gewirtz-Meydan A, Ofir-Lavee (2021) Addressing sexual dysfunction after childhood sexual abuse: A clinical approach from an attachment perspective. J Sex Mar Therapy 47(1): 43-59' künyeli çalışmadan alıntılanmıştır.

Bu modelde çocukluk çağı cinsel istismarı bağlanma travması yaratarak erişkinlikte cinsel ya da yakın ilişki sırasında primer stressör olarak beyindeki fizyolojik, motor vestibüler ve duygusal anıları tekrar canlandırmaktadır. Eğer çocuk hemen yeterli destek ve

tedavi alırsa minör etki ile atlatabilmekte ya da hayatı tehdit edici olarak algılayıp travma sonrası stres bozukluğu geliştirebilmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu disosiyasyonu tetikleyerek, direk olarak ya da bağlanma bozukluğuna yol açarak cinsel işlev bozukluğuna yol açabilir. Tetiklenmeler dokunma, sözel, koku veya cinsel temas ile istismarı hatırlatıp disosiyasyona ya da direk cinsel işlev bozukluğuna yol açabilir. Disosiyasyon ile travmatik anılar durumdan izole edilebilir veya somatik semptomlara dönüşebilir (Gewirtz-Meydan ve Ofir-Lavee, 2021).

Eğer çocuk istismarı gizlerse ya da yeterli terapi alamazsa istismarı hayatı tehdit edici veya ağırlı algılayıp travma sonrası stres bozukluğuyla ya da tetikleyici etki ile cinsel işlev bozukluğu yapabilir. Çocuk istismar sonrası utanç ve suçluluk duyarsa bağlanma travması oluşabilir. Bunun sonucunda kendiliği ile ilişkili negatif zihinsel modeller geliştirip erişkinlikteki cinsel hayatına taşıyabilir. Cinsel isteklerini açıkça ifade edemeyebilir veya kendini cinsel obje olarak feda edip devamlı eşinin isteklerini yerine getirmek zorunda hissedebilir. Bağlanma travmasında ikinci yaklaşım diğerlerine olan bakış açısıdır. Diğerlerini tehlikeli, güvenilmez, ulaşılmaz, duygusuz olarak tanımlayıp bunları eşine yansıtarak istismarcı ile karıştırmaya kadar vardırabilir. Sonuçta eşiyle sağlıklı bir yakınlık kuramaz. Bağlanma travmasındaki üçüncü boyut ise cinsellikle ilişkili dünyaya bakış açısıdır. Bu da cinsellikle ilişkili negatif tavır geliştirmesine yol açmaktadır. Oluşan cinsel işlev bozukluğunun istismar sonrası olarak adlandırılması önerilmektedir (Gewirtz-Meydan ve Ofir-Lavee, 2021).

2.2. İlgili Araştırmalar

2.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Cinsel İşlev Bozukluklarıyla İlgili Yapılan Araştırmalar

Akpınar ve diğerleri (2013) obsesif kompulsif bozukluğu olan 80 olguluk çalışmalarında cinsel obsesyonları çocukluk çağı travmaları, cinsel fonksiyonlar ve psikiyatrik komorbiditeler açısından incelemişlerdir. Tüm grupta fiziksel istismar %24, cinsel istismar %11, ensest %3, duygusal istismar %27, fiziksel ihmal %14 ve duygusal ihmal %35 olarak bulunmuştur. Obsesif kompulsif bozukluğu olanların %15' inde cinsel obsesyonlar saptanmıştır. Cinsel obsesyonları olan grup çocukluk çağı travmalarından sadece duygusal istismar ve ensest açısından cinsel obsesyonları olmayan obsesif kompulsif olgularından ayrılmıştır.

Majör depresyonu olan 20' si erkek 106 hastadan oluşan bir çalışmada, çocukluk çağı travması olanların depresyon düzeyi arttıkça cinsel problemlerinin de arttığı görülmüştür. Depresyon ile cinsel işlev bozukluklarının karşılıklı olarak birbirine ikincil gelişebildiği birçok çalışmada gösterilmiştir (Örsel ve diğ., 2011).

Avustralya' da 18-59 yaş aralığındaki 1793 kişiden oluşan öz bildirime dayalı bir çalışmada genel sağlık durumları ve cinsel deneyimleri hakkında görüşme yoluyla veri toplanmıştır. Kadınların 1/3' ünde erkeklerin 1/6' sında çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü saptanmıştır. Cinsel işlev bozukluğu da erkeklerin çoğunda ve kadınların yarısından fazlasında gözlenmiştir. Her iki cinste de cinsel işlev bozukluğu belirtileri ile cinsel istismar arasında önemli bir ilişki bulunmuştur. Artmış cinsel partner sayısı ile cinsel istismar arasındaki ilişki kadınlarda anlamlı iken erkeklerde önemsiz bulunmuştur (Najman ve diğ., 2005).

Kinzl ve diğerleri (1996) işlevsel olmayan aile dinamikleri ve çocukluk çağı cinsel istismarının erişkin cinsel işlev bozuklukları, yeme bozuklukları ve madde kullanımı ile ilişkisini 301 erkek üniversite öğrencisi üzerinde incelemişlerdir. Bu çalışmada %9,6 cinsel istismar öyküsü bulunmuş ve %10,4 cinsel istek bozukluğu, %9,8 erken boşalma, %1,3 erektil disfonksiyon saptanmıştır. Duygusal ihmal ve fiziksel istismar şeklinde olumsuz aile geçmişi olanlarda daha çok cinsel işlev bozukluğu görülürken cinsel istismar ile istatistiki bir ilişkinin olmadığı gözlenmiştir. Bu nedenle cinsel istismarın olumsuz ailesel, sosyal ve kişilerarası ilişki matrisinin bir elemanı olarak düşünülüp birlikte değerlendirilmesini önermişlerdir.

Gewirtz-Meydan ve Lahav (2020) 166' sı kadın 99' u erkek olmak üzere 265 olgu üzerinde çocukluk çağı cinsel istismarının cinsel fonksiyon üzerindeki etkisini bağlanma açısından incelemişlerdir. Kırkbeş (%16,9) olguda çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan bu çalışmada güvensiz bağlanma biçimleri ile cinsel işlevsellik arasında ilişki bulunmuştur. Cinsel istismar olan grupta yüksek kaçınan bağlanma biçimi düşük cinsel istek ile uyumlu saptanırken istismar olmayan grupta herhangi bir ilişki gösterilememiştir. Bağlanma kaygısı sadece cinsel istismar grubunda yüksek vajinal lubrikasyon ve penil ereksiyon ile ilişkili bulunmuştur.

2.2.2. Bağlanma Biçimleri ve Cinsel İşlev Bozukluklarıyla İlgili Yapılan Araştırmalar

Birçok çalışmada kaygılı bağlanma biçiminde kişilerin romantik aşk ile cinselliği eş tuttuğu ve güvensizliği azaltmak ve yakınlık sağlamak için cinselliği öne çıkardıkları ileri sürülmüştür. Kaçınan bağlanma biçiminde ise cinsellik ve aşk iki ayrı olay olarak

algılanmakta ve kişi yakınlaştığında rahatsızlık duymaktadır. Kadınlarla yapılan bir çalışmada kaygılı bağlanan bireylerin ilişki kalitesini değerlendirmek için cinsel deneyimleri ön planda tuttukları, cinsel ilişkiyi sevilme ve değer verilme ile eşdeğer tutup reddedilme korkularını geçici olarak azalttıkları bulunmuştur. Bununla beraber kaçınan bağlanma biçimine sahip kadınlar romantik aşkı cinsellikten ayrı algılıyorsa ilişki kalitesini belirlemek için cinsel deneyimleri pozitif ya da negatif olarak değerlendirmemektedir (Birnbbaum, 2007).

Onaltı yaşından önce cinsel istismar saptanmış kadın üniversite öğrencilerinde cinsel istismar yüksek travma belirtileri ve yakın erişkin, ebeveyn-çocuk ve eş ilişkilerinde düşük güvenli bağlanma ile ilişkili bulunmuştur. Güvenli bağlanmanın ebeveyn ve eş ilişkisinde cinsel istismara karşı koruyucu etkisi gösterilmiştir (Aspelmeier, Elliott, Smith, 2007).

Yaşları 21-75 arasında değişen 116 evli çift üzerinde Kanada’ da yapılan bir araştırmada yüksek kaygı ve kaçınmaya sahip olanlar düşük cinsel doyum bildirmişlerdir. Kaygılı bağlanma biçimine sahip bireylerde cinsel veya evlilik doyumları birbiri ile ilişkili bulunmuştur (Butzer ve Campbell, 2008).

Brassard, Lussier ve Shaver (2009) güvensiz bağlanma biçimi olan erkeklerde güvenli bağlananlara göre daha fazla erektil problem olduğunu saptamıştır. Bunun sebebi mastürbasyondan farklı olarak cinsel ilişki sırasında kaçınan bağlanmanın açığa çıkması olabilir. Dahası kaçınan bağlanma biçiminde hem erkek hem de kadınlarda cinsel ilişki sıklığı az bulunmuştur (Stefanou ve McCabe, 2012). Bu bulgular bağlanma hiperaktivasyon ve deaktivasyon stratejileri ile açıklanmaya çalışılırken kaygılı bağlanma biçimi olanlarda yakınlığı korumak ve güvensizliği azaltmak için cinsel ilişki sıklığının artmış olabileceği bildirilmiştir (Brassard ve diğ., 2009).

Cinsel işlev bozukluğu olan 21 kadın, organik olmayan erektil disfonksiyonu olan 23 erkek ve cinsel işlev sorunu olmayan 41 kişi (21 kadın, 20 erkek) ile yapılan bir çalışmada cinsel işlev bozukluğu görülen erkeklerde güven ve yakınlıktan rahatsızlık duyma daha fazla oranda bulunmuştur. Yazarlar her iki cinste de cinsel işlev bozukluklarında güvensiz bağlanmanın önemli bir rolünün olabileceğini öne sürmüşlerdir (Ciocca ve diğ., 2015). Bir başka çalışmada Dunkley, Dang, Chang ve Gorzalka (2016) kadınlarda kaçınan bağlanmanın cinsel fonksiyonun tüm yönlerinde, kaygılı bağlanmanın ise cinsel uyarılma, doyum ve orgazmla negatif ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Erkeklerde ise kaygılı bağlanma cinsel fonksiyonun tüm yönleri ile ilişkili iken kaçınan bağlanmanın herhangi bir cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilişkili olmadığını ve üstün fizyolojik yeterliliğe yol açtığını

bulmuşlardır. Her iki cinstede kaygılı ve kaçınan bağlanma biçimlerinin cinsel fonksiyonu farklı derecelerde öngördüğünü belirtmişlerdir.

Labadie ve diğerlerinin (2018) anket yoluyla yaptıkları olguların yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ünün kadınlardan oluştuğu bir çalışmada 324 cinsel istismar öyküsü olan ve 484 cinsel istismara uğramamış kişileri değerlendirmişlerdir. Cinsel istismara uğrayanların erişkinlikte iki farklı profil geliştirebildikleri gözlenmiştir. İlk profilde yüksek bağlanma kaygısı ile birlikte düşük-orta derecede kaçınan bağlanma, cinsel kompulsiyon ve cinsel kaçınma bulunmuştur. İkinci profilde ise yüksek bağlanma kaygısı ile beraber yüksek derecede kaçınan bağlanma, cinsel kompulsiyon ve kaçınma saptanmıştır. Bu profildeki kişilerde ilk profildekilere göre daha fazla aile dışı cinsel istismar, ebeveyn şiddeti, kötü psikolojik tedavi, kişisel ve çift stresi bildirilmiştir. Cinsel istismarın ilerde heterojen bir grup olduğunu, farklı bağlanma şekilleri ve cinsel sistemler ile karşımıza çıkabileceğini vurgulamışlardır.

Psikojenik erektil disfonksiyonu olan 46 erkek olgudan oluşan bir çalışmada olguların 20 (%43,5)' sinde ebeveynlerin ayrılması, ailede alkol bağımlılığı, ebeveyn ölümü gibi bağlanma sorunu yaratabilecek olaylar saptanmıştır. Bağlanma sorunu olabilecek grup diğer 26 olguya göre bekar, daha genç, daha kaygılı bulunmuş ve stressör olmadan erektil disfonksiyon başladığı saptanmıştır. Ayrıca erken cinsel deneyimlerinde daha çok suçluluk duymuşlardır. Performans kaygısı ve evlilik daha çok bağlanma sorunu ile ilişkili bulunmuştur (Rajkumar, 2015).

Azalmış cinsel istek, erektil disfonksiyon, prematür ya da gecikmiş ejakülasyon şikayetleri olan 158 erkek üzerinde yapılan bir çalışmada cinsel kaçınmanın cinsel fonksiyonun bir çok yönünü yordadığı ve daha kötü cinsel iyiliği öngördüğü bulunmuştur. Yüksek kaçınan bağlanma biçimi ve negatif şemaların aktivasyonu daha çok cinsel kaçınmaya yol açmaktadır. Yüksek bağlanma kaygısı olanlarda cinsel kaçınma daha az olduğu için erektil disfonksiyon daha az görülmektedir (Stephenson, 2020).

Maestre-Loren ve diğerleri (2021) erektil disfonksiyonu olan 69 erkek üzerinde bağlanma biçiminin cinsel ve ilişki doyumu ile psikolojik stres üzerindeki aracı rolünü araştırdıkları çalışmadaki tüm erkeklerde %69,6' sı kayıtsız %30,4' ü korkulu olmak üzere kaçınan güvensiz bağlanma biçimi saptanmıştır. Olguların %39,1'i cinsel yönden, %66,7' si ilişki yönünden doyurucu bir ilişki tanımlamışlardır. Korkulu kaçınan bağlanma biçimine sahip olanlar diğerlerine göre daha fazla cinsel istek ve daha az cinsel doyum bildirmişlerdir. Çoklu lineer analiz seksüel doyumun varyansını erektil disfonksiyon derecesi, bağlanma

kaygısı ve ilişki doyumu skoru ile açıklamıştır. Eretil disfonksiyonun cinsel doyumu üzerindeki etkisini bağlanma kaygısının modere ettiği bulunmuştur.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: YÖNTEM

Bu bölümde araştırma deseni, örnekleme ve veri toplama araçları açıklanmıştır. Ayrıca veri toplama yöntemi ve süreci ayrıntılandırıldıktan sonra verilerin nasıl analiz edileceği anlatılmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce Pamukkale Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu' na başvurulmuştur. Etik Kurulun 6/10/2021 tarih ve 68282350/22021/G018 nolu kararı ile araştırmanın bilimsel usul ve etik açısından uygun olduğuna karar verilmiştir. Ardından 7/10/2021 tarihinde çalışmanın yapılacağı özel hastanenin mesul müdürlüğünden izin alınmıştır.

3.1 Araştırma Deseni

Araştırmada psikojenik erektil disfonksiyonu olan erkeklerde çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma biçimlerinin incelenmesi amacıyla kontrol grubu oluşturularak nicel araştırma yöntemleriyle yürütülen bu çalışmada bağımlı ve bağımsız değişkenler vardır. Psikojenik erektil disfonksiyon bağımlı değişken, çocukluk çağı travması ve bağlanma biçimi bağımsız değişkendir. İki değişkenin istatistiksel incelemesi ile birlikte bu değişikliklerin çeşitli değişkenleri veya grupları nasıl etkilediği analiz edilmiştir. Bu araştırma, değişkenler arasında var olan ilişkinin türünden bağımsız olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Örnekleme

Çalışmanın örnekleminin Denizli Özel Odak Hastanesi Üroloji polikliniğine başvuran ve bir yıldan uzun süredir düzenli partner ilişkisi olan 20-70 yaş arası erkeklerden oluşması planlanmıştır. Cinsel işlev bozukluklarından erektil disfonksiyon şikayeti ile başvuran olgulardan psikojenik köken tanısı alanlar çalışma grubuna dahil edilmiştir. Cinsel işlev bozukluğu dışında bir şikayet ile polikliniğe başvurup erektil fonksiyonları normal olup gönüllü olanlar kontrol grubunu oluşturmuştur.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma katılımcılarının yaş, medeni durum ve eğitim gibi demografik bilgilerine ulaşabilmek için Kişisel Bilgi ve Onam Formu (Ek 1), Demografik Bilgi Formu(Ek 2), ereksiyon durumunu sorgulamak için Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi (IIEF) Türkçe versiyonu (Ek 3), çocukluk çağı travmalarını sorgulamak ve geriye dönük hatırlama yanlılığını azaltmak için Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (Ek 4) ve Çocukluk Çağı

Olumsuz Yaşantılar (ACE travma) Ölçeği (Ek 5), bağlanma biçimlerini incelemek için İlişki Ölçekleri Anketi (Ek 6) kullanılmıştır.

Ölçeklerin Türkçe güvenirlik ve geçerliliğini yapan yazarlarından ölçeklerin kullanım izinleri alınmıştır (Sümer 1999; Akkuş 2002; Şar 2012; Gündüz 2018).

3.3.1. Katılımcı Bilgi ve Onam Formu

Katılımcıya araştırmayla ilgili bilgi verilen ve katılımcının rızasının alındığı formdur.

3.3.2. Demografik Bilgi Formu

Kişisel bilgi formunda katılımcıların hangi grupta olduğu, yaşı ve eğitim düzeyi gibi demografik bilgilerinin yanında yaşamının büyük kısmını geçirdiği yer, ilişki durumları ve ilişki süresi gibi sorular yer almaktadır.

3.3.3. Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi (IIEF) Türkçe Versiyonu

Uluslararası erektile fonksiyon indeksi (IIEF) ölçeği erkekte erektile fonksiyon, cinsel işlev, orgazmik işlev, cinsel memnuniyet ve genel memnuniyeti değerlendiren sık kullanılan ölçeklerden bir tanesidir (Rosen ve diğ., 1997). Türkçe ölçeğin geçerliliği Türk Androloji Derneği çalışması ile yapılmıştır (Akkuş 2002; Bayraktar ve Atun, 2012). Güvenilirliği birçok çalışmada gösterilmiştir (Bayraktar 2017).

IIEF değerlendirilirken 1,2,3,4,5 ve 15. sorular erektile disfonksiyonu sorgulamakta ve toplam 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. 0-10 puan ciddi, 11-16 puan orta, 17-21 hafif-orta, 22-25 puan hafif ve 26-30 puan normal olarak gruplandırılmaktadır. Cinsel memnuniyet (IIEFCM) 6, 7 ve 8. sorular, orgazmik işlev (IIEFOİ) 9 ve 10. sorular, cinsel işlev(IIEFCİ) 11 ve 12. sorular, ve genel memnuniyet(IIEFGM) 13 ve 14. sorular ile değerlendirilmektedir. Cinsel memnuniyet 15 puan, orgazmik ve cinsel işlevler ile genel memnuniyet 10 puan üzerinden değerlendirilmektedir (Bayraktar ve Atun, 2012). Çalışma grubu IIEF indeks skoru(IIEFED) ile yaş, eğitim düzeyi, yaşadığı yer ve eşiyle birliktelik süresi arasında bir bağ olup olmadığı araştırılacaktır. Çalışma grubundaki olgular indeks skoruna göre toplam puan açısından ve ciddi, orta, hafif-orta, hafif olarak gruplandıktan sonra gruplar arasındaki puanlar açısından Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği ve bağlanma stilleri açısından farklılık olup olmadığına bakılacaktır. Ayrıca çalışma ve kontrol grubu arasında IIEF alt puan grupları skorunun farklı olup olmadığı değerlendirilecektir. IIEF alt puan grupları skorları ile Çocukluk Çağı Ruhsal

Travma Ölçeği, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği ve bağlanma stilleri için İlişki Ölçekleri Anketi puanları arasında korelasyona bakılacaktır.

3.3.4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ)

“Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği” (CTQ) 20 yaşından önceki istismar ve ihmal ile ilgili yaşantıları geçmişe dönük ve sayısal olarak ölçülebilir değerlendirmede yararı gösterilmiş, geçerliği ve güvenilirliği yapılmış, özbildirim ile yapılan uygulaması kolay bir ölçme aracıdır (Bernstein, Fink, Handelsman, Foot, 1994). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2012 yılında Şar ve diğerleri tarafından yapılmıştır.

Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeğinin(ÇÇRTÖ) 28 maddeden oluşan kısa formu özbildirime dayalı olarak olgulara uygulanacaktır. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği puanlarının hesaplanmasında Şar ve diğerlerinin (2012) yöntemi kullanılacaktır. Önce olumlu ifadelerden (madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) elde edilen puanlar ters çevrilecektir (örneğin 1 puan 5 puan, 2 puan 4 puan olarak hesaplanacaktır). Beş alt puanın toplamı Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanını verecektir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25- 125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen sadece travmanın inkarını ölçen ve toplam puanı etkilemeyen minimizasyonla ilgili 10, 16 ve 22. maddelerin puanları ters çevrilmeyecektir. Duygusal (emosyonel) istismar 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddelerle, duygusal (emosyonel) ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Cinsel ve fiziksel istismar için 5 puan, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puan, duygusal ihmal için 12 puan ve toplam olarak 35 puan kesme noktası olarak önerilmiştir. Çalışma ile kontrol gruplarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam ve alt grup puanları arasında fark olup olmadığı istatistiksel olarak değerlendirilecektir.

3.3.5. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği(ÇÇOYÖ)

Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği(ÇÇOYÖ) 1995-1997 yılları arasında yürütülen CDC-Kaiser Permanente’ nin olumsuz çocukluk çağı yaşantıları (ACE) çalışmasında geliştirilmiş bir ölçektir (Felitti ve diğ., 1998). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Gündüz, Yaşar, Gündoğmuş, Savran, Konuk tarafından 2018 yılında yapılmıştır.

10 sorudan oluşan Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği(ÇÇOYÖ)’ nde sorulara yanıt evet ise işaretlenmekte, aksi halde boş bırakılmaktadır. ÇÇOYÖ için kesme

değeri önerilmemiştir (Gündüz ve diğ., 2018). Çalışma ile kontrol grubu ÇÇÖYÖ puanları açısından karşılaştırılıp aralarında fark olup olmadığı araştırılacaktır.

3.3.6. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)

Griffin ve Bartholomew'un (1994) geliştirdiği İlişki Ölçekleri Anketi güvenli, kayıtsız, saplantılı ve korkulu olarak dört bağlanma biçimini ölçmeyi amaçlamaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Sümer ve Güngör tarafından 1999 yılında yapılmıştır.

30 maddeden oluşan İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)'nin ilk 17 sorusu bağlanma biçimlerini ölçmek için kullanılmaktadır. Katılımcılardan kendilerini ve yakın ilişkilerdeki genel tutumlarını ne derece tanımladığını 7 basamaklı bir ölçek üzerinde işaretlemeleri istenmektedir (1 = beni hiç tanımlamıyor; 7 = tamamıyla beni tanımlıyor). Ölçekteki 5 numaralı madde düz ve ters olarak kullanılmaktadır. 7 ve 17. maddeler ölçekteki diğer ters olan maddelerdir. Güvenli bağlanma (3, 7ters, 8, 10, 17ters) ve kayıtsız bağlanma (2, 5, 12, 13, 16) biçimleri beşer madde ile ölçülürken, saplantılı bağlanma (5ters, 6, 11, 15) ve korkulu bağlanma (1, 4, 9, 14) biçimleri dörder madde ile ölçülmektedir. Dört bağlanma stili puanlarının toplanıp her bir alt ölçekteki madde sayısına bölünmesi ile elde edilen 1 ile 7 arasında değişen bağlanma biçim puan ortalamaları hesaplanmaktadır. Her bir katılımcı, en yüksek bağlanma biçim puanına göre güvenli, kayıtsız, saplantılı ve korkulu bağlanma biçimleri olarak gruplandırılmaktadır (Sümer ve Güngör, 1999). Bu çalışmada çalışma ile kontrol gruplarının bağlanma stilleri gruplamaları açısından farklı olup olmadığı araştırılacaktır.

3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci

Araştırma 7 Ekim 2021 – 28 Şubat 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Katılımcılar öncelikle araştırmanın amacı ve katılımcı olarak haklarını öğrenmeleri amacı ile bilgilendirilmişlerdir. Ardından ölçekler ile ilgili bilgiler verilmiş, çalışmada kişisel verilerin açıklanmayacağı ve çalışmaya sadece gönüllü olarak katılınabileceği ifade edilmiştir. Sonrasında onam formları alınmış ve gerektiğinde hekim yardımı alabilecekleri belirtilerek ölçekleri doldurmuşlardır.

Polikliniğe en az altı aydır erektil disfonksiyon şikayeti ile başvuran olguların öyküsü alınıp genel ürolojik muayeneleri yapılmış ve organik kaynaklı cinsel işlev bozukluğu sebebi olabilecek rutin olarak istenen serum açlık kan şekeri, kan lipid profili, karaciğer fonksiyon testleri, serum prolaktin, testosteron ve tiroid stimulan hormon değerlerine bakılmıştır. Cinsel işlevi etkileyebilecek ilaç kullanımı sorgulanmıştır. Hekim tarafından depresyon ve

işlevselliği bozan ruhsal hastalıklar sorgulandıktan sonra ön tanı düşünülenler psikiyatri uzmanına yönlendirilmiştir. Ayrıca ürolojik muayene ardından olgulara genel nörolojik muayene yapılmış, sorun saptananlar nöroloji uzmanı tarafından değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonrası depresyon ve işlevselliği bozan ruhsal hastalığı veya soruna yol açan nörolojik hastalığı olmayan, öyküsü, fizik muayenesi ve laboratuvar değerlerine göre cinsel işlev bozukluğu psikojenik erektil disfonksiyon olarak tanımlanan olgular çalışma grubuna dahil edilmiştir. Uluslararası erektil fonksiyon indeksi (IIEF) Türkçe versiyonu ile olguların erektil ve cinsel fonksiyonları değerlendirilmiştir. Öyküsünde erektil disfonksiyonu etkileyebilecek ilaç kullanımı olan, psikiyatri veya nöroloji uzmanı tarafından organik nedeni düşündüren tanı alanlar, laboratuvar değerlerine göre ereksiyonu etkileyecek diabetes mellitus, hipertansiyon, tiroid fonksiyon bozukluğu gibi organik hastalığı tespit edilenler çalışma dışı bırakılmıştır.

Psikojenik erektil disfonksiyonu olan olgulardan çalışmaya gönüllü katılma onayı (Ek 1) alınanların sosyodemografik sorgulama formu (Ek 2) ile bilgileri alındıktan sonra ereksiyon durumu Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi (IIEF)(Ek 3) uygulanmıştır. Çocukluk çağı travmaları Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (Ek 4) ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar (ACE travma) Ölçeği (Ek 5) ile değerlendirilmişlerdir. Bağlanma biçimlerini sorgulamak için bağlanma stillerine yönelik İlişki Ölçekleri Anketi (Ek 6) uygulanmıştır.

Kontrol grubu olarak üroloji polikliniğine cinsel işlev disfonksiyonu dışında bir şikayet ile başvuran olgular alınmıştır. Bu olgulara Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi (IIEF) Türkçe versiyonu uygulanmış, indeks skoru 26 ve üzerindeki olgular normal olarak değerlendirilmiştir. Bu olgulardan çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerden sosyodemografik sorgulama formu (Ek 2) ile bilgileri alınmış ve kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Hekim tarafından işlevselliği bozabilecek ağır ruhsal sorunlar sorgulandıktan sonra problem yaratabilecek organik ya da ruhsal hastalığı olanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Çocukluk çağı travmaları Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (Ek 4) ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar (ACE travma) Ölçeği (Ek 5) ile değerlendirilmişlerdir. Bağlanma biçimlerini araştırmak için bağlanma stillerine yönelik İlişki Ölçekleri Anketi (Ek 6) uygulanmıştır. Bu olgular kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin istatistikî analizi SPSS 25.0 (IBM SPSS Statistics 25 software (Armonk, NY: IBM Corp.) programıyla yapılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma,

ortanca (25. ve 75. Yüzdelikler), en küçük–en büyük değerler ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız gruplarda t testi; parametrik test varsayımları olmadığında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ise Ki kare analizi ve Fisher kesin ki-kare analizi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenlerin arasındaki ilişkiler Spearman ya da Pearson korelasyon analizleriyle irdelenmiştir. İstatistiki analizlerde $P \leq 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın güç analizi için Öztekin ve Fırat' ın (2020) 'İnfertil erkek popülasyonda cinsel disfonksiyonun psikosomatik yansımaları' adlı çalışması kullanılmıştır. Bu çalışmada IIEF ölçeğine göre hastalar gruplanmıştır. Bu çalışmada kullanılan Beck Depresyon Ölçeği' ne göre referans çalışmada elde edilen etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu ($d=0.555$) görülmüştür. Bu düzeyde bir etki büyüklüğü elde edilebileceği düşünülerek yapılan güç analizi sonucunda; çalışmaya en az 82 kişi (her grup için en az 41 kişi) alındığında %95 güven düzeyinde %80 güç elde edilebileceği hesaplanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular açıklanmıştır. Elde edilen bulguların istatistiki olarak değerlendirilmesi ve yorumlanması yapılmıştır.

Araştırma 43' ü çalışma, 48' i kontrol grubunda olmak üzere toplam 91 kişi arasında gerçekleştirilmiştir. Bu kişilerden elde edilen sonuçlar incelendiğinde; ÇÇRTÖ Toplam puanı için elde edilen farklılığın $d=0.968$ etki büyüklüğü ile çalışmamızın %95 güven düzeyinde %99 güce ulaştığı bulunmuştur. Ayrıca, ÇÇOYÖ Toplam puanı için elde edilen farklılığın etki büyüklüğünün $d=0.809$ olduğu ve bu etki büyüklüğü ile çalışmamızın %95 güven düzeyinde %96.7 güce ulaştığı görülmüştür.

4.1. Araştırma Gruplarının Demografik Veriler Açısından Analizi

Çalışma ve kontrol gruplarının sosyodemografik verileri Tablo 4.1' de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Demografik Verilerinin Karşılaştırılması

		Grup		Toplam	$p=$
		Çalışma	Kontrol		
Yaş	A.O. $\pm$ S.S.	42.4 $\pm$ 9.06	35.77 $\pm$ 8.06	38.9 $\pm$ 9.13	0.0001* (z=-3.561)
	Med (IQR)	41 (36 - 48)	35 (29 - 40)	38 (32 - 44)	
	Min - Maks	29 - 65	23 - 62	23 - 65	
Eğitim	Okur yazar değil	1 (%2)	0 (%0)	1 (%1)	0.001* (kk=20.508)
	İlkokul	11 (%26)	1 (%2)	12 (%13)	
	Ortaokul	5 (%12)	3 (%6)	8 (%9)	
	Lise	13 (%30)	13 (%27)	26 (%29)	
	Üniversite	12 (%28)	24 (%50)	36 (%40)	
	Yük. Lis.- Doktora	1 (%2)	7 (%15)	8 (%9)	
Yaşadığı Yer	Büyükşehir	17 (%40)	29 (%60)	46 (%51)	0.013* (kk=12.596)
	Şehir	10 (%23)	13 (%27)	23 (%25)	
	İlçe	6 (%14)	5 (%10)	11 (%12)	
	Kırsal	7 (%16)	1 (%2)	8 (%9)	
	Diğer	3 (%7)	0 (%0)	3 (%3)	
Evli	Hayır	3 (%7)	5 (%10)	8 (%9)	0.717 ϕ
	Evet	40 (%93)	43 (%90)	83 (%91)	
Birlikte Yaşama	Evet	43 (%100)	47 (%98)	90 (%99)	1 ϕ
	Hayır	0 (%0)	1 (%2)	1 (%1)	

* $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı farklılık; A.O.: Aritmetik ortalama; S.S.: Standart Sapma; Med (IQR): Ortanca (25. – 75. Yüzdelikler); Min – Maks: En küçük – en büyük değerler; kk: Ki-kare testi; ϕ : Fisher kesin ki kare testi; z: Mann Whitney U testi

Çalışma grubunda kişilerin yaşları 29-65 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 42.4 $\pm$ 9.06, kontrol grubunda ise yaşlar 23-62 arasında olup yaş ortalaması 35.77 $\pm$ 8.06 bulunmuştur. İstatistiki olarak birbirinden farklı bulunmuştur ($p=0.0001*$ (z=-3.561)).

Eğitim mezuniyet durumları açısından her iki grup okuryazar olmayan, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite, yüksek lisans ya da doktora olarak değerlendirildiğinde çalışma

grubunda sırasıyla 1, 11, 5, 13, 12, 1 kişi kontrol grubunda ise 0, 1, 3, 13, 24, 7 kişi olduğu görülmüştür. Düzeltmeli Ki-kare testi ile yapılan istatistiki analizde kontrol grubunun daha yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür ($p=0.001^*$ ($kk=20.508$))

Yaşanılan yer açısından değerlendirildiğinde büyükşehir ve şehirde yaşayanların kontrol grubunda daha fazla, ilçe, kırsal ve diğer yerlerde yaşayanların çalışma grubunda daha fazla olduğu gözlenmiştir ($p=0.0013^*$ $kk=12,596$).

Evli olma ve birlikte yaşama oranları sırasıyla çalışma grubu için %93 ve %100, kontrol grubu için ise %90 ve %98 olarak saptanmıştır. İstatistiki olarak aralarında bir fark bulunmamıştır (Fisher Kesin Ki Kare 0.717 ϕ ve 1 ϕ).

Çalışma ve kontrol gruplarının ortalama ilişki süreleri değerlendirildiğinde sırasıyla 190.47 ± 129.6 ve 97.4 ± 91.06 ay olduğu görülmüştür (Tablo 4.2) Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark gözlenmiş ve çalışma grubunda ilişki süresi daha uzun bulunmuştur ($p=0.0001^*$ $z=-3.829$).

Tablo 4.2. Çalışma ve Kontrol Gruplarının İlişki Süreleri Açısından Karşılaştırılması

	Çalışma Grubu			Kontrol Grubu			$p=$
	A.O. $\pm$ S.S.	Med (IQR)	Min - Maks	A.O. $\pm$ S.S.	Med (IQR)	Min - Maks	
Süre Ay	$190.47 \pm$ 129.6	192 ($118 - 240$)	$12 - 546$	$97.4 \pm$ 91.06	69.5 ($30.75 -$ 139.5)	$12 - 506$	0.0001^* ($z=-3.829$)

* $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı farklılık; A.O: Aritmetik ortalama; S.S: Standart Sapma; Med (IQR): Ortanca (25. – 75. Yüzdelikler); min – maks: En küçük – en büyük değerler; z: Mann Whitney U testi

4.2. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerin Analizi

4.2.1 IIEF Puanlarının Analizi

Çalışma ve kontrol gruplarının IIEF puanları Tablo 4.3’ de gösterilmiştir. IIEFED, IIEFOİ, IIEFCİ, IIEFCM ve IIEFGM puanları ortalamaları sırasıyla çalışma grubu için 16.95 ± 5.1 , 6.09 ± 2.37 , 5.74 ± 1.77 , 6.91 ± 2.67 , 5.51 ± 1.89 ve kontrol grubu için 28.58 ± 1.4 , 9.46 ± 0.82 , 7.96 ± 1.01 , 11.94 ± 1.74 , 8.5 ± 1.25 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3. Çalışma ve Kontrol Gruplarının IIEF Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Çalışma Grubu			Kontrol Grubu			p=
	A.O. ± S.S.	Med (IQR)	Min - Maks	A.O. ± S.S.	Med (IQR)	Min - Maks	
IIEFED	16.95 ± 5.1	17 (14 - 21)	3 - 25	28.58 ± 1.4	29 (28 - 30)	26 - 30	0.0001* (z=-8.246)
IIEFOİ	6.09 ± 2.37	6 (5 - 8)	0 - 10	9.46 ± 0.82	10 (9 - 10)	7 - 10	0.0001* (z=-7.193)
IIEFCİ	5.74 ± 1.77	6 (5 - 7)	2 - 9	7.96 ± 1.01	8 (7 - 9)	6 - 10	0.0001* (z=-6.087)
IIEFCM	6.91 ± 2.67	7 (5 - 9)	0 - 14	11.94 ± 1.74	12 (11 - 13)	6 - 15	0.0001* (z=-7.406)
IIEFGM	5.51 ± 1.89	6 (4 - 7)	2 - 10	8.71 ± 1.25	8.5 (8 - 10)	6 - 10	0.0001* (z=-6.824)

IIEFED: İndeks skor IIEFOİ: Orgazmik işlev IIEFCİ: Cinsel işlev IIEFCM: Cinsel Memnuniyet IIEFGM: Genel Memnuniyet *p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; A.O: Aritmetik ortalama; S.S: Standart Sapma; Med (IQR): Ortanca (25. – 75. Yüzdelikler); min – maks: En küçük – en büyük değerler; z: Mann Whitney U testi

Çalışma ve kontrol grupları IIEF puanları açısından istatistiki olarak karşılaştırıldığında tüm alt grup puanlarının beklenildiği gibi kontrol grubunda daha iyi olduğu görülmektedir (p=0,0001).

IIEFED puanlarına göre olgular normal, hafif, hafif-orta, orta ve ciddi olarak sınıflandırılmaktadır (Tablo 4.4). Kontrol grubunda tüm olguların puanları 26-30 arasındadır. Çalışma grubundaki 43 olgunun 8(%16)' inde hafif, 16(%37)' sinda hafif-orta, 15(%35)' inde orta ve 4(%9)' ünde ciddi erektil disfonksiyon saptanmıştır. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p=0.0001; kk=125.878).

Tablo 4.4. Çalışma ve Kontrol Gruplarının IIEFED Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Grup		Toplam	p=
	Çalışma	Kontrol		
IIEFED Grup	Normal (26-30 puan)	0 (%0)	48 (%53)	0.0001* (kk=125.878)
	Hafif (22-25 puan)	8 (%19)	0 (%0)	
	Hafif-orta (17-21 puan)	16 (%37)	0 (%0)	
	Orta (11-16 puan)	15 (%35)	0 (%0)	
	Ciddi (0-10 puan)	4 (%9)	0 (%0)	

IIEFED: İndeks skor *p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; kk: Ki-kare testi

4.2.2 ÇÇRTÖ Puanlarının Analizi

Çalışma ve kontrol gruplarının çocukluk çağı ruhsal travmaları ölçeğine göre puanları Tablo 4.5' de gösterilmiştir.

Tablo 4.5. *Çalışma ve Kontrol Gruplarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması*

	Çalışma			Kontrol			p=
	A.O. ± S.S.	Med (IQR)	Min - Maks	A.O. ± S.S.	Med (IQR)	Min - Maks	
Duygusal İstismar	7.88 ± 3.01	7 (5 - 10)	5 - 16	5.81 ± 1.41	5 (5 - 6)	5 - 10	0.0001* (z=-3.9)
Fiziksel İstismar	6.84 ± 3.13	5 (5 - 8)	5 - 19	5.29 ± 0.74	5 (5 - 5)	5 - 9	0.007* (z=-2.714)
Cinsel İstismar	6.47 ± 3.5	5 (5 - 5)	5 - 21	5.13 ± 0.49	5 (5 - 5)	5 - 7	0.029* (z=-2.19)
Duygusal İhmal	11.35 ± 4.53	11 (8 - 14)	5 - 21	8.15 ± 2.93	7 (5.25 - 10.75)	5 - 15	0.001* (z=-3.394)
Fiziksel İhmal	9.91 ± 2.96	9 (8 - 12)	5 - 17	7.71 ± 2.11	8 (6 - 9)	5 - 14	0.0001* (z=-3.778)
Toplam	42.44 ± 14.16	38 (33 - 48)	25 - 84	32.08 ± 5.31	31 (28 - 36)	25 - 45	0.0001* (z=-4.165)

*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; A.O: Aritmetik ortalama; S.S: Standart Sapma; Med (IQR): Ortanca (25. – 75. Yüzdelikler); min – maks: En küçük – en büyük değerler; z: Mann Whitney U testi

Çalışma grubunun çocukluk çağı ruhsal travmaları ölçeğine göre puan ortalamaları duygusal istismar için 7.88 ± 3.01 , fiziksel istismar için 6.84 ± 3.13 , cinsel istismar için 6.47 ± 3.5 , duygusal ihmal için 11.35 ± 4.53 , fiziksel ihmal için 9.91 ± 2.96 olmak üzere toplam ortalamasının 42.44 ± 14.16 olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun ise çocukluk çağı ruhsal travmaları ölçeğine göre puan ortalamaları duygusal istismar için 5.81 ± 1.41 , fiziksel istismar için 5.29 ± 0.74 , cinsel istismar için 5.13 ± 0.49 , duygusal ihmal için 8.15 ± 2.93 , fiziksel ihmal için 7.71 ± 2.11 olmak üzere toplam ortalaması 32.08 ± 5.31 olarak bulunmuştur. Çalışma grubunun çocukluk çağı ruhsal travmaları ölçeği puanları tüm kategorilerde kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

4.2.3 ÇÇÖYÖ Puanlarının Analizi

Çalışma ve kontrol grubunun çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeğine göre karşılaştırması Tablo 4.6 ve 4.7’ de gösterilmiştir.

Tablo 4.6. *Çalışma ve Kontrol Gruplarının Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması*

	Çalışma			Kontrol			p=
	A.O. ± S.S.	Med (IQR)	Min - Maks	A.O. ± S.S.	Med (IQR)	Min - Maks	
Toplam Puan	1.6 ± 1.8	1 (0 - 3)	0 - 6	0.48 ± 0.77	0 (0 - 1)	0 - 3	0.002* (z=-0.044)

*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; A.O: Aritmetik ortalama; S.S: Standart Sapma; Med (IQR): Ortanca (25. – 75. Yüzdelikler); Min – Maks: En küçük – en büyük değerler; z: Mann Whitney U testi

Tablo 4.7. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Grupları Açısından Karşılaştırılması

		Grup		Toplam	p=
		Çalışma	Kontrol		
ÇÇOYÖ Grup	Yok	18 (%42)	31 (%65)	49 (%54)	0.03* (kk=4.712)
	Var	25 (%58)	17 (%35)	42 (%46)	

ÇÇOYÖ: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği

* $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı farklılık; kk: Ki-kare testi

Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği ortalama puanı çalışma grubunda (1.6 ± 1.8), kontrol grubuna göre (0.48 ± 0.77) istatistiki olarak önemli oranda yüksek saptanmıştır ($p=0.002^* z=-0.044$). Yine bu ölçeğe göre olgular olumsuz yaşantı varlığı ve yokluğu olarak gruplandırıldığında çalışma grubunda 25(%58), kontrol grubunda 17(%35) olguda travma varlığı gözlenmiştir. İstatistiksel olarak çalışma grubunda daha fazla travma varlığı bulunmuştur ($p 0.03^* kk=4.712$).

4.2.4 İÖA Puanlarının Analizi

İlişki ölçekleri anketine göre çalışma ve kontrol grupları karşılaştırıldığında (Tablo 4.8) güvenli bağlanma biçimi puan ortalaması çalışma grubunda 4.21 ± 0.96 , kontrol grubunda ise 4.48 ± 0.95 olarak bulunmuştur. Korkulu bağlanma biçimi puan ortalaması ise çalışma ve kontrol grubunda sırasıyla 3.69 ± 1.09 ve 4.05 ± 1.06 olarak saptanmıştır. Saplantılı bağlanma biçimi ortalamaları çalışma grubu için 3.83 ± 0.77 ve kontrol grubu için 3.47 ± 1.03 olarak hesaplanmıştır. Hem güvenli, hem korkulu, hem de saplantılı bağlanma biçimi puan ortalamalarının çalışma ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı gözlenmiştir ($p > 0.05$). İlişki ölçekleri anketine göre kayıtsız bağlanma biçimi puan ortalamaları ise çalışma grubunda 4.17 ± 1.12 , kontrol grubunda 4.75 ± 1.1 olarak bulunmuştur. Kayıtsız bağlanma biçimi puan ortalaması ise kontrol grubunda istatistiki olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0.014^* t=2.506$).

Tablo 4.8. Çalışma ve Kontrol Gruplarının İlişki Ölçekleri Anketi Bağlanma Biçim Puanları Açısından Karşılaştırılması

	A.O. ± S.S.	Çalışma Med (IQR)	Min - Maks	A.O. ± S.S.	Kontrol Med (IQR)	Min - Maks	p=
İÖA Güvenli	4.2± 0.96	4 (3.4-4.8)	2.2 - 6.4	4.48 ± 0.95	4.6 (3.8 - 5.2)	2.2 - 6.2	0.182 (t=1.346)
İÖA Korkulu	3.6± 1.09	4 (3-4.75)	1 - 5.5	4.05 ± 1.06	4 (3.25 - 4.75)	2 - 6.25	0.108 (t=1.621)
İÖA Saplantılı	3.8± 0.77	3.7 (3.25-4.5)	2.5 - 5.5	3.47 ± 1.03	3.5 (2.56 - 4.25)	1 - 5.75	0.063 (t=-.879)
İÖA Kayıtsız	4.1± 1.12	4.2 (3.4-5.2)	1.6 - 6	4.75 ± 1.1	4.6 (4 - 5.75)	2.2 - 7	0.014* (t=2.506)

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi * $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı farklılık; A.O: Aritmetik ortalama; S.S: Standart Sapma; Med (IQR): Ortanca (25. – 75. Yüzdelikler); min – maks: En küçük – en büyük değerler; t: Bağımsız gruplarda t testi

İlişki ölçekleri anketine göre aldıkları en yüksek puana göre atandıkları bağlanma biçimleri gruplarına göre çalışma grubunda olguların 9' unun (%21) güvenli, 8' inin (%19) korkulu, 7' sinin (%16) saplantılı ve 19' unun (%44) kayıtsız bağlanma biçiminde yer aldığı görülmüştür (Tablo 4.9). Kontrol grubunda ise olguların 19' unun (%40) güvenli, 6' sının (%13) korkulu, 1' inin (%2) saplantılı ve 22' sinin (%46) kayıtsız bağlanma biçiminde yer aldığı görülmüştür. İstatistiki olarak değerlendirildiğinde kontrol grubunda güvenli bağlanma biçimi daha yüksek iken çalışma grubunda saplantılı bağlanma biçimi daha fazla bulunmuş ve farkların önemli olduğu görülmüştür ($p=0.03^*$ $kk=8.945$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Çalışma ve Kontrol Gruplarının İlişki Ölçekleri Anketi Bağlanma Biçimleri Açısından Karşılaştırılması

		Grup			p=
		Çalışma	Kontrol	Toplam	
İÖA Grup	Güvenli	9 (%21)	19 (%40)	28 (%31)	0.03* ($kk=8.945$)
	Korkulu	8 (%19)	6 (%13)	14 (%15)	
	Saplantılı	7 (%16)	1 (%2)	8 (%9)	
	Kayıtsız	19 (%44)	22 (%46)	41 (%45)	

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi * $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı farklılık; kk : Ki-kare testi

İlişki ölçekleri anketine göre kayıtsız ve korkulu bağlanma biçimi birleştirilip kaçınan bağlanma biçimi olarak tekrar değerlendirildiğinde çalışma grubunda 27 (%63), kontrol grubunda ise 28(%58) olgunun kaçınan bağlanma biçimine sahip olduğunu görülmüştür (Tablo 4.10). İstatistiksel olarak yine kontrol grubunda güvenli ve çalışma grubunda ise saplantılı bağlanma biçimi anlamlı olarak yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.015^*$ $kk=8.457$).

Tablo 4.10. Çalışma ve Kontrol Gruplarının İlişki Ölçekleri Anketi Bağlanma Biçimleri Gruplandırılmaları Açısından Karşılaştırılması

		Grup		Toplam	p=
		Çalışma	Kontrol		
İÖA Grup	Güvenli	9 (%21)	19 (%40)	28 (%31)	0.015* (kk=8.457)
	Saplantılı	7 (%16)	1 (%2)	8 (%9)	
	Kaçınan (Kayıtsız ve Korkulu)	27 (%63)	28 (%58)	55 (%60)	

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi * $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı farklılık; kk: Ki-kare testi

4.2.5 IIEF, ÇÇRTÖ, ÇÇOYÖ ve İÖA Karşılaştırmalı Analizi

Çalışma grubundaki olgular IIEFED puanlarına göre hafif ile hafif-orta ve orta ile ciddi olarak iki gruba ayrılıp ÇÇRTÖ, ÇÇOYÖ ve İÖA puanlarına göre karşılaştırılarak daha ciddi olan grupta travma ve bağlanma biçimleri açısından bir farklılık olup olmadığına bakılmıştır (Tablo 4.11).

IIEFED grupları arasında ÇÇRTÖ ve ÇÇOYÖ puanları açısından istatistiki önemli bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). İÖA güvenli bağlanma biçimi puan ortalaması orta-ciddi IIEFED grubunda (4.57 ± 0.81), hafif ve hafif-orta IIEFED grubuna göre (3.93 ± 0.99) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p = 0.0029$ $t = 2.26$). İÖA kayıtsız bağlanma biçimi puan ortalaması ise hafif ve hafif-orta IIEFED grubunda 4.45 ± 0.89 , orta-ciddi IIEFED grubunda 3.81 ± 1.29 olarak bulunmuş ve bu yüksekliğin istatistiki açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($p = 0.062$ $t = 1.922$). İÖA korkulu ve saplantılı biçimleri puan ortalamaları IIEFED ciddiyet derecesine göre farklı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.11. *IIEFED Puanlarına Göre İkiye Ayrılmış Çalışma Gruplarının ÇÇRTÖ, ÇÇÖYÖ, İÖA Puanları Açısından Karşılaştırılması*

	IIEFED Orta ve Ciddi (n=19)			IIEFED Hafif ve Hafif-Orta (n=24)			p=
	A.O. ± S.S.	Med (IQR)	min - maks	A.O. ± S.S.	Med (IQR)	min - maks	
ÇÇRTÖ Duygusal İstismar	8.32 ± 3.71	7 (5 - 12)	5- 6	7.54 ± 2.34	7.5 (5 - 9)	5-12	0.756 (z=-0.311)
ÇÇRTÖ Fiziksel İstismar	7.47 ± 3.84	5 (5 - 9)	5-19	6.33 ± 2.41	5 (5 - 7.75)	5-15	0.311 (z=-1.012)
ÇÇRTÖ Cinsel İstismar	7 ± 4.28	5 (5 - 6)	5-21	6.04 ± 2.76	5 (5 - 5)	5-17	0.39 (z=-0.86)
ÇÇRTÖ Duygusal İhmal	11.21 ± 5.44	11 (6 - 16)	5-21	11.46 ± 3.79	10.5 (9 - 14)	5-18	0.861 (t=-0.176)
ÇÇRTÖ Fiziksel İhmal	10.53 ± 3.12	10 (9 - 13)	5-17	9.42 ± 2.8	9 (8 - 11)	5-17	0.226 (t=1.229)
ÇÇRTÖ Toplam	44.53 ± 17.43	37 (32 - 62)	27-84	40.79 ± 11.05	39 (33.25 - 46)	25-72	0.99 (z=-0.012)
ÇÇÖYÖ Toplam	1.63 ± 2.09	0 (0 - 4)	0-6	1.58 ± 1.59	1 (0 - 3)	0-5	0.664 (z=-0.434)
İÖA Güvenli	4.57 ± 0.81	4.6 (3.8 - 5.2)	3.4-6.4	3.93 ± 0.99	3.8 (3.4 - 4.4)	2.2-6.4	0.029* (t=2.261)
İÖA Korkulu	3.51 ± 1.15	3.25 (2.5 - 4.75)	1-5.5	3.82 ± 1.04	4.25 (3.31 - 4.69)	1-5	0.243 (z=-1.168)
İÖA Saplantılı	3.88 ± 0.87	3.5 (3.25 - 4.75)	2.75-5.5	3.79 ± 0.7	3.75 (3.25 - 4.25)	2.5-5	0.97 (z=-0.037)
İÖA Kayıtsız	3.81 ± 1.29	3.8 (2.8 - 4.8)	1.6-6	4.45 ± 0.89	4.5 (3.65 - 5.2)	2.6-5.8	0.062 (t=-1.922)

IIEFED: İndeks skor, ÇÇRTÖ: Çocukluk çağı ruhsal travmalar ölçeği, ÇÇÖYÖ: Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği, İÖA: İlişki ölçekleri anketi * $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı farklılık; A.O: Aritmetik ortalama; S.S: Standart Sapma; Med (IQR): Ortanca (25. – 75. Yüzdelikler); min – maks: En küçük – en büyük değerler; z: Mann Whitney U testi t: Bağımsız gruplarda t testi;

IIEFED puanlarına göre ikiye ayrılmış grupların ÇÇOYÖ varlığına ve İÖA' ne göre aldıkları en yüksek puana göre atandıkları bağlanma biçimleri gruplarına göre karşılaştırılmaları Tablo 4.12' de gösterilmiştir. İÖA' ne göre değerlendirme yapılırken grup 1' de dört bağlanma biçimi, grup 2' de ise kaçınan bağlanma biçimleri olan korkulu ve kayıtsız bağlanma biçimleri birleştirilerek üç bağlanma biçimi olarak analiz edilmiştir.

Tablo 4.12. *IIEFED Puanlarına Göre İkiye Ayrılmış Çalışma Gruplarının ÇÇOYÖ Varlığı ve İlişki Ölçekleri Anketi Bağlanma Biçimleri Gruplandırılmaları Açısından Karşılaştırılması*

		IIEFED Grup		Toplam	p=
		Orta ve Ciddi (n=19)	Hafif ve Hafif- Orta (n=24)	(n=43)	
ÇÇOYÖ	Yok	10 (%52.6)	8 (%33.3)	18 (%41.9)	0.203 (kk=1.623)
	Var	9 (%47.4)	16 (%66.7)	25 (%58.1)	
İÖA Grup 1	Güvenli	7 (%36.8)	2 (%8.3)	9 (%20.9)	0.017* (kk=10.219)
	Korkulu	2 (%10.5)	6 (%25)	8 (%18.6)	
	Saplantılı	5 (%26.3)	2 (%8.3)	7 (%16.3)	
	Kayıtsız	5 (%26.3)	14 (%58.3)	19 (%44.2)	
İÖA Grup 2	Güvenli	7 (%36.8)	2 (%8.3)	9 (%20.9)	0.006* (kk=10.214)
	Saplantılı	5 (%26.3)	2 (%8.3)	7 (%16.3)	
	Kaçınan	7 (%36.8)	20 (%83.3)	27 (%62.8)	
	(Korkulu+Kayıtsız)				

IIEFED: İndeks skor, ÇÇOYÖ: Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği, İÖA: İlişki ölçekleri anketi *p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; kk: Ki-kare testi

IIEFED puanlarına göre grupların arasında ÇÇOYÖ varlığı açısından bir farklılık saptanamamıştır ($p>0.05$). İÖA bağlanma biçimlerine göre güvenli bağlanma biçiminin orta ve ciddi IIEFED skoruna sahip olanlarda hafif ve hafif-orta IIEFED skoruna sahip olanlara göre daha yüksek oranda olduğu görülmüştür ($p=0.017$ $kk=10.219$; $p=0.006$ $kk=10.214$). Hafif ve hafif-orta IIEFED puanına sahip olanlarda ise kayıtsız ($p=0.017$ $kk=10.219$) ve kaçınan (korkulu ve kayıtsız birlikte) bağlanma biçiminin daha fazla görüldüğü bulunmuştur ($p=0.006$ $kk=10.214$).

Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeğindeki travma varlığına göre çalışma ve kontrol gruplarının ilişki ölçekleri anketi bağlanma biçimleri grupları arasındaki ilişki Tablo 4.13' de gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Çalışma ve Kontrol Gruplarının ÇÇOYÖ Varlığı ve İlişki Ölçekleri Anketi Bağlanma Biçimleri Gruplandırılmaları Açısından Karşılaştırılması

Grup			ÇÇOYÖ		Toplam	p=
			Yok	Var		
Kontrol	İÖA Grup	Güvenli	12 (%38.7)	7 (%41.2)	19 (%39.6)	0.823 (kk=0.911)
		Korkulu	4 (%12.9)	2 (%11.8)	6 (%12.5)	
		Saplantılı	1 (%3.2)	0 (%0)	1 (%2.1)	
		Kayıtsız	14 (%45.2)	8 (%47.1)	22 (%45.8)	
	Toplam		31 (%100)	17 (%100)	48 (%100)	
Çalışma	İÖA Grup	Güvenli	4 (%22.2)	5 (%20)	9 (%20.9)	0.814 (kk=0.947)
		Korkulu	3 (%16.7)	5 (%20)	8 (%18.6)	
		Saplantılı	4 (%22.2)	3 (%12)	7 (%16.3)	
		Kayıtsız	7 (%38.9)	12 (%48)	19 (%44.2)	
	Toplam		18 (%100)	25 (%100)	43 (%100)	

ÇÇOYÖ: Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği, İÖA: İlişki ölçekleri anketi * $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı farklılık; kk: Ki-kare testi

Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği travma varlığı ile hem kontrol hem de çalışma grubu ilişki ölçekleri anketi bağlanma biçimleri açısından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

4.2.6 IIEF, ÇÇRTÖ, ÇÇOYÖ ve İÖA Puanlarının Korelasyonu

Çalışma ve kontrol gruplarının yaş, eğitim düzeyi, ilişki süresi ile bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki korelasyonu Tablo 4.14’ de gösterilmiştir. Çalışma grubunda IIEF puanları sadece artan eğitim düzeyi ile zayıf ilişkili bulunurken ($p < 0,05$) yaş ve birlikte yaşama süresi ile bu korelasyon gözlenmemiştir ($p > 0,05$). Kontrol grubunda IIEF puanları yaş, eğitim düzeyi ve birlikte yaşama süresi arasında herhangi bir korelasyon bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Hem çalışma hem de kontrol grubunda çocukluk çağı ruhsal travmaları ölçeğine göre sadece fiziksel ihmalin çalışma grubunun eğitim düzeyi ile ters ilişkili olduğu görülmüştür ($p = 0.004$ $r = -,434$). Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği puanı çalışma grubunun yaş ($p = 0.008$ $r = ,399$) ve birliktelik süresi ($p = 0.032$ $r = ,328$) kontrol grubunun eğitim düzeyi ($p = 0.004$ $r = -,407$) ve birliktelik süresi ($p = 0.043$ $r = ,294$) ile zayıf ilişkili bulunmuştur (Tablo 4.14).

İlişki ölçekleri anketi puanlarına göre sadece korkulu bağlanma biçimi kontrol grubunun eğitim düzeyi ile olumsuz yönde ilişkili olduğu görülmüştür ($p = 0.004$ $r = -,410$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Yaş, Eğitim Düzeyi, İlişki Süresi ile IIEF, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, İlişki Ölçekleri Anketi Puanları ile Korelasyonu

		Çalışma			Kontrol		
		Yaş	Eğitim	Süre Ay	Yaş	Eğitim	Süre Ay
IIEFED	<i>r</i>	-.063	,487**	-.171	.004	-.026	.020
puanı	<i>p</i> =	.690	.001	.274	.979	.859	.892
IIEFOİ	<i>r</i>	.028	,317*	-.029	.087	-.053	.117
puanı	<i>p</i> =	.860	.038	.856	.555	.722	.430
IIEFCİ	<i>r</i>	-.039	,350*	-.061	-.061	-.107	-.103
puanı	<i>p</i> =	.804	.021	.695	.680	.468	.484
IIEFCM	<i>r</i>	.019	,303*	-.054	.049	-.035	-.138
puanı	<i>p</i> =	.904	.048	.732	.739	.812	.349
IIEFGM	<i>r</i>	-.133	,319*	-.176	.180	-.097	.193
puanı	<i>p</i> =	.395	.037	.260	.222	.511	.188
ÇÇRTÖ	<i>r</i>	.101	-.267	.076	.133	-.141	.162
Duygusal_İstismar	<i>p</i> =	.520	.083	.628	.368	.340	.272
ÇÇRTÖ	<i>r</i>	.064	-.136	.066	.052	.018	.046
Fiziksel_İstismar	<i>p</i> =	.684	.383	.675	.728	.902	.758
ÇÇRTÖ	<i>r</i>	-.061	-.074	-.060	.016	-.148	.037
Cinsel_İstismar	<i>p</i> =	.698	.639	.701	.916	.315	.801
ÇÇRTÖ	<i>r</i>	.062	-.128	.016	.248	-.080	.082
Duygusal_İhmali	<i>p</i> =	.695	.415	.918	.089	.591	.581
ÇÇRTÖ	<i>r</i>	.201	-.434**	.197	.218	-.247	.232
Fiziksel_İhmali	<i>p</i> =	.195	.004	.206	.137	.090	.112
ÇÇRTÖ	<i>r</i>	.076	-.234	.069	.229	-.223	.165
Toplam Puan	<i>p</i> =	.628	.131	.661	.118	.128	.261
ÇÇOYÖ	<i>r</i>	,399**	-.255	,328*	.156	-,407**	,294*
Toplam	<i>p</i> =	.008	.098	.032	.289	.004	.043
İÖA	<i>r</i>	-.010	-.068	.029	.166	.065	.113
Güvenli	<i>p</i> =	.948	.664	.853	.261	.662	.445
İÖA	<i>r</i>	.057	-.003	.013	.058	-,410**	.058
Korkulu	<i>p</i> =	.718	.986	.933	.693	.004	.697
İÖA	<i>r</i>	-.015	-.071	-.020	.058	-.007	.079
Saplantılı	<i>p</i> =	.924	.649	.899	.695	.963	.592
İÖA	<i>r</i>	.071	.135	-.058	.209	-.022	.106
Kayıtsız	<i>p</i> =	.651	.389	.714	.154	.882	.474

IIEFED: İndeks skor IIEFOİ: Orgazmik işlev IIEFCİ: Cinsel işlev IIEFCM: Cinsel Memnuniyet IIEFGM: Genel Memnuniyet ÇÇRTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği ÇÇOYÖ : Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi **p*<0.05 istatistiksel olarak anlamlı ilişki; *r*: Spearman korelasyon katsayısı

IIEF erektil disfonksiyon, orgazmik işlev, cinsel işlev, cinsel ve genel memnuniyet puanlarının çocukluk çağı travma ve ilişki ölçek anketi puanları ile korelasyonu Tablo 4.15'

de gösterilmiştir. Çocukluk çağı ruhsal travma puanına göre çalışma grubunda sadece IIEFCM puanı ile duygusal ihmal zayıf ilişkili bulunmuştur ($p=0.044$ r ,309). Kontrol grubunda ise IIEFOİ ile duygusal istismarın ($p=0.02$ r -,336) ve duygusal ihmalin ($p=0.047$ r -,288); IIEFCM ile fiziksel ihmalin (p 0.034 r -,307) zayıf ve ters ilişkili olduğu saptanmıştır. Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeğinin ise hem çalışma hem de kontrol grubunda IIEF alt puanları ile önemli bir istatistiki korelasyonunun olmadığı görülmüştür (Tablo 4.15). İlişki ölçekleri anketine göre çalışma grubunda güvenli bağlanma biçimi puanının IIEFED ($p=0.004$ r -,434), IIEFCM ($p=0.005$ r -,424) ve IIEFGM ($p=0.05$ r -,301) ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır. Bunun dışında çalışma ve kontrol grubunda IIEF ile ilişki ölçekleri anketi bağlanma biçimleri puanları arasında herhangi bir korelasyon saptanamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Çalışma ve Kontrol Gruplarının IIEF Alt Puan Toplamları Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, İlişki Ölçekleri Anketi Puanları ile Korelasyonu

		Çalışma					Kontrol				
		IIEFED puanı	IIEFOİ puanı	IIEFCİ puanı	IIEFCM puanı	IIEFGM puanı	IIEFED puanı	IIEFOİ puanı	IIEFCİ puanı	IIEFCM puanı	IIEFGM puanı
ÇÇRTÖ	r	-.067	-.091	-.010	.193	-.018	.078	-,336*	-.198	-.136	-.099
Duygusal	$p=$	.670	.560	.951	.216	.909	.600	.020	.177	.358	.501
İstismar	r	-.134	-.099	.064	.152	-.094	.109	-.042	-.019	-.003	.055
Fiziksel	$p=$	.391	.529	.683	.329	.547	.461	.776	.899	.981	.708
İstismar	r	-.149	-.150	-.159	.040	-.213	.055	.040	-.068	-.153	-.272
Cinsel	$p=$	.339	.338	.309	.799	.171	.712	.786	.644	.298	.061
İstismar	r	.117	.197	-.023	.309*	-.015	-.145	-,288*	-.072	-.204	.058
Duygusal	$p=$	.454	.205	.885	.044	.925	.326	.047	.626	.164	.697
İhmal	r	-.137	-.121	-.149	.134	-.122	.025	-.157	-.265	-,307*	-.002
Fiziksel	$p=$	.382	.441	.342	.392	.437	.867	.287	.069	.034	.987
İhmal	r	.030	.052	.000	.290	-.001	-.002	-.255	-.164	-.237	.055
Toplam	$p=$	.849	.740	.999	.059	.995	.987	.080	.266	.104	.708
Puan	r	.052	.124	.031	.113	-.058	.043	.108	.230	-.051	.005
ÇÇOYÖ	$p=$	.741	.427	.845	.471	.714	.774	.465	.115	.731	.976
Toplam	r	-,434**	-.076	-.176	-,424**	-,301*	.165	.079	-.029	.052	.087
Puan	$p=$	.004	.628	.260	.005	.050	.262	.591	.843	.724	.556
İÖA	r	.234	.261	.184	.255	.074	-.019	.067	.091	.153	.063
Güvenli	$p=$	.130	.090	.238	.099	.639	.899	.651	.540	.299	.669
Korkulu	r	.043	.006	-.002	.036	-.085	-.041	-.036	.031	.072	-.178
İÖA	$p=$	.787	.971	.991	.817	.586	.781	.810	.836	.625	.227
Saplantılı	r	.189	-.124	.243	.092	-.027	-.171	-.129	-.015	.117	.019
İÖA	$p=$	.225	.427	.116	.555	.865	.245	.383	.921	.430	.898
Kayıtsız											

IIEFED: İndeks skor IIEFOİ: Orgazmik işlev IIEFCİ: Cinsel işlev IIEFCM: Cinsel Memnuniyet IIEFGM: Genel Memnuniyet ÇÇRTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği ÇÇOYÖ : Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi * $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı ilişki; r : Spearman korelasyon katsayısı

Çalışma grubunda çocukluk çağı travmaları ölçeği ile çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği puanlarının korelasyonu Tablo 4.16' da gösterilmiştir. Çalışma grubunda cinsel istismar ($p=0,196$) hariç diğer tüm istismar ve ihmal tipleri ile çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği puanları arasında korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.16). Kontrol grubunda ise çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği puanlarının duygusal istismar ($p=0,002$ $r=.043$), fiziksel ihmal ($p=0,032$ $r=.310$) ve çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği toplam puanı ($p=0,013$ $r=.356$) ile ilişkili olduğu görülmüştür. Çalışma ve kontrol gruplarının ilişki ölçekleri anketi puanlarına bakıldığında sadece çalışma grubunun korkulu bağlanma biçiminin ($p=0,09$ $r=.395$) duygusal ihmal ile zayıf ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği ve İlişki Ölçekleri Anketi Puanları ile Korelasyonu

			ÇÇRTÖ	ÇÇRTÖ	ÇÇRTÖ	ÇÇRTÖ	ÇÇRTÖ	ÇÇRTÖ
			Duygusal	Fiziksel	Cinsel	Duygusal	Fiziksel	Toplam
			İstismar	İstismar	İstismar	İhmal	İhmal	
Çalışma	ÇÇOYÖ	r	,521**	,437**	.201	,487**	,345*	,499**
	Toplam	$p=$	.000	.003	.196	.001	.023	.001
	İÖA	r	-.157	.095	.107	-.105	-.037	-.089
	Güvenli	$p=$	.316	.542	.496	.502	.812	.570
	İÖA	r	.071	.111	-.068	,395**	.087	.244
	Korkulu	$p=$	.649	.478	.665	.009	.581	.115
	İÖA	r	.069	.151	.075	.122	.141	.164
	Saplantılı	$p=$	.661	.332	.632	.437	.367	.295
	İÖA	r	-.020	.138	-.005	.102	-.045	.062
	Kayıtsız	$p=$	.899	.376	.972	.515	.773	.695
Kontrol	ÇÇOYÖ	r	,430**	.240	.262	.050	,310*	,356*
	Toplam	$p=$	.002	.100	.073	.735	.032	.013
	İÖA	r	-.111	.096	.059	.018	-.121	-.076
	Güvenli	$p=$	.453	.514	.689	.902	.414	.606
	İÖA	r	.074	-.278	.090	.028	-.014	.023
	Korkulu	$p=$	.618	.056	.541	.852	.927	.879
	İÖA	r	.065	.198	.078	.068	.161	.143
	Saplantılı	$p=$	.661	.176	.598	.647	.274	.334
	İÖA	r	.012	-.204	-.150	.179	.030	.094
	Kayıtsız	$p=$	.934	.164	.310	.223	.839	.525

ÇÇRTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği ÇÇOYÖ : Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi * $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı ilişki; r : Spearman korelasyon katsayısı

Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği ile ilişki ölçekleri anketi puanlarının hiçbir bağlanma biçimi puanı ile ilişkili olmadığı görülmüştür ($p>0,05$)(Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği ve İlişki Ölçekleri Anketi Puanları ile Korelasyonu

		Çalışma ÇÇOYÖ Puan	Kontrol ÇÇOYÖ Puan
İÖA Güvenli	r	-.079	-.080
	$p=$	.615	.588
İÖA Korkulu	r	.234	.096
	$p=$	.132	.517
İÖA Saplantılı	r	-.068	.231
	$p=$	.664	.114
İÖA Kayıtsız	r	.143	-.061
	p	.359	.682

ÇÇOYÖ : Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi

* $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı ilişki; r : Spearman korelasyon katsayısı

BEŞİNCİ BÖLÜM: TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın sonuçları değerlendirilmiş, değişkenlerin birbiri olan ilişkisi alanyazındaki ilgili kaynaklar eşliğinde tartışılmıştır. Ayrıca elde edilen sonuçların alana uygulaması ile ilgili önerilerde bulunulmuştur.

5.1 Tartışma

Üzerinde çok fazla ampirik araştırmanın yapılmadığı bu çalışma çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma biçimlerinin psikojenik erektile disfonksiyondaki yerinin kontrol grubu ile karşılaştırarak incelenmesinin alanyazına katkı sağlayabileceği düşünüerek planlanmıştır. Psikojenik erektile disfonksiyonun psikojenik kökeninde ilk olarak Ödipal çatışma öne sürülmüştür. Ardından Masters ve Johnson' un çalışmalarına dayanan davranışsal modeller üzerinde durulmuştur. Son zamanlarda birçok psikolojik faktörün erektile disfonksiyonu tetikleyebileceği ya da arttırabileceği bulunmuştur. Kaygı, depresyon, kişilerarası çatışma, cinsellikten suçluluk duyma, vücut imajında yetersizlikler, stresli hayat olayları ve eş ile ilgili problemler bu faktörlerdendir. Diğer bir psikolojik faktör erken çocukluk dönemindeki bağlanma problemleri olarak düşünülmüştür (Rajkumar, 2015). Çocukluk çağında yaşanan travmaların da travma sonrası stres bozukluğu, disosiyasyon ya da bağlanma biçim bozukluğu yaratarak erektile disfonksiyon dahil bir çok cinsel işlev bozukluğuna yol açabileceği öne sürülmüştür (Gewirtz-Meydan ve Ofir-Lavee, 2021).

5.1.1 Demografik Bulguların Tartışılması

Araştırmamızdaki çalışma ve kontrol gruplarını demografik veriler açısından karşılaştırdığımızda çalışma grubunun yaşının daha büyük olduğu, daha düşük eğitim seviyesine sahip olduğu ve daha çok kırsal kesimde yaşadığı bulunmuştur. Araştırma verileri içinde yer almadığı için varsayımsal olarak ifade edilecek olursa olasılıkla sorunlar için bir hekime başvurana kadar daha kültürel yardım arayışı olmuş olabilir ya da geleneksel bakış açısıyla sorunun kabul edilmesi ve ifade edilebilmesi gecikmiş olabilir, kırsaldan merkeze ulaşma zaman almış olabilir. Eğitim seviyesinin kontrol grubunda daha yüksek olmasının eğitilmiş kişilerin erektile disfonksiyon şikayeti olmadığı halde bu araştırmaya gönüllü katılım konusunda daha istekli olmasından dolayı kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Yine kontrol grubunda şehirde yaşayanların fazla olması cinsellikle ilgili bir araştırmaya katılmayı sosyal olarak daha kabul edebilen, daha az muhafazakâr kişilerin katılmak istemesiyle açıklanabilir. Akkuş ve diğerleri (2002) artan yaş, düşük eğitim ya da gelir

düzeyi, yalnız yaşama gibi sosyodemografik faktörlerin erektil disfonksiyonu arttırabileceğini bildirmişlerdir. Sosyokültürel etkenler farklı etyolojide ereksiyon sorunlarına yol açabilmektedir. Çalışma grubundaki kişilerin daha kırsal kesimde yaşaması kişilerin olası muhafazakârlıkları nedeniyle psikojenik erektil disfonksiyonu tetiklemiş olabilir. Muhafazakâr kesimlerde geleneksel ve tutucu yetiştiriliş tarzına bağlı olarak yetersiz cinsel bilgiler, doğru olmayan cinsel davranışlar, kişiyi zorlayan abartılı cinsel beklentiler ve bunların yanında utanç ve günaha bağlı suçluluk duyguları psikojenik erektil disfonksiyon gelişimine neden olabilmektedir (İncesu, 2004).

Çalışma ile kontrol gruplarının evli olma ya da birlikte yaşama verileri arasında bir fark bulunmamıştır. Çalışma grubunun ortalama ilişki süresi kontrol grubuna göre 7,8 yıl daha uzun bulunmuştur. Bunun sebebinin kontrol grubunun yaş ortalamasının yaklaşık yedi yıl küçük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

5.1.2 Çocukluk Çağı Travma Bulgularının Tartışılması

Araştırmamızın önemli değişkenlerinden biri olan çocukluk çağı travmaları açısından psikojenik erektil disfonksiyon grubunun tüm istismar tipleri, ihmal türleri ve toplam travma puanı erektil disfonksiyonu olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeğine göre de çalışma grubunda daha yüksek travma puanı olması psikojenik erektil disfonksiyonda çocukluk çağı travma varlığını desteklemiştir. Bu bulgular psikojenik erektil disfonksiyonun olası etyopatogenezinde çocukluk çağı travmalarının yeri olabileceğini düşündürmüştür. Erektil disfonksiyonun hem ciddi hem hafif-orta ciddiyet derecesi gruplarında çocukluk ruhsal travma ve de çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği puanlarına göre travma varlığı gösterilmiştir. Çalışma grubunda çocukluk çağı olumsuz yaşantı tanımlanan ve tanımlanmayan gruplar arasında erektil disfonksiyon ciddiyet dereceleri arasında bir farklılık olmadığı gözlenmiştir. Sonuç olarak çocukluk çağı travma yükünün psikojenik erektil disfonksiyonu derecesinden bağımsız olarak etkileyebileceği düşünülmüştür.

Erkeklerde cinsel işlev bozukluklarının gelişiminde çocukluk çağı travmalarının risk faktörü olarak etkisi kadınların tersine çok net olarak bilinmemektedir (Pulverman ve diğ., 2018). Erkeklerde cinsel istismarın ereksiyon, ejakülasyon ve orgazm ile ilgili sorunlara ve performans kaygısına yol açabileceği belirtilmektedir (Gewirtz-Meydan ve Lahav, 2020). Pulverman ve diğerleri (2018) düşük cinsel işlev ile cinsel istismar arasında ilişkiyi cinsellikle kognitif bağların, aile dinamikleri, günlük stres seviyesi, travma sonrası stres bozukluğu, sempatik sistem aktivasyonu, vücut imajı, suçluluk ve utanma gibi birçok

faktörün etkilediğini bildirmişlerdir. Najman ve diğerleri (2005) 1793 kişi üzerinde yaptıkları bir çalışmada cinsel işlev bozukluğu ile cinsel istismar arasında ilişki saptamışlar fakat kadınlarda erkeklere göre daha anlamlı bir ilişki göstermişlerdir. 301 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları bir çalışmada Kinzl ve diğerleri (1996) %1,3 erektil disfonksiyon saptamışlar, kök aile ilişkilerinde bozukluk ile ilişkili olmasına rağmen cinsel istismar ile ilişkisini gösterememişlerdir. Fakat duygusal ihmal ve fiziksel istismar cinsel işlev bozukluğu riskini arttırmaktadır (Kinzl ve diğ., 1996). Aslında çocukluk çağındaki cinsel istismar yetişkin cinselliğinde kaçınma ya da aşırı düzeyde cinsellik yaşama olmak üzere iki farklı uçta cinsellik ile sonuçlanabilmektedir. Bunun sebebi cinsel istismara ek olarak fiziksel ya da duygusal istismar yaşama, bağlanma figüründen istismar görme, aile dışından istismar yaşama, ebeveynlerin çift ilişkisinin bozuk olması, kişinin eşi ile ilişkisinin sorunlu olması gibi birbirinden farklı birçok faktörün erişkinlikte değişik sonuçlara yol açması olabilir (Aslan, 2020). Bağlanma kişisi tarafından istismara uğrama çocuğun içsel çalışan modelini etkileyerek güvenli bağlanma biçimini güvensiz bağlanma biçimlerine dönüştürebilmektedir. Gewirtz-Meydan ve Lahav (2020) cinsel istismar öyküsü olanlarda cinsel işlevlerde bozulma ve yüksek oranda kaçınan bağlanma biçimi bildirmişlerdir. Labadie ve diğerleri (2018) cinsel istismarın yetişkinlikte heterojen bir grup olarak karşımıza çıkabileceğini ve iki farklı bağlanma biçimine yol açabileceğini öne sürmüşlerdir. Bunlardan ilkinde bağlanma kuramına ters olarak cinsel istismarın kaygılı bağlanmaya yol açsa bile önemli cinsel işlev bozukluğuna yol açmayabileceğini bulmuşlardır. Diğerinde ise cinsel istismarın ilerde korkulu bağlanmaya yol açarak cinsel kaçınma ile birlikte cinsel kompulsiyonu arttırdığını gözlemlemişlerdir.

Araştırmadaki çalışma grubunda fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve fiziksel, duygusal ihmal dahil tüm travma çeşitlerinin varlığı, üzerinde çok fazla çalışılmamış psikojenik erektil disfonksiyon etyopatogenezi için alanyazına oldukça önemli bir katkı olarak değerlendirilebilir.

5.1.3 Bağlanma Biçimleri Bulgularının Tartışılması

Psikodinamik modeller bağlanmayı önemli bir faktör olarak kabul etse de davranışsal veya psikosomatik faktörler daha yakın zamana odaklandığı için bağlanma biçimleri genelde önemsenmemiştir. Diğerleri ile kurulan yakın bağlardaki sürece odaklandığı için bağlanma teorisi cinsellik ile ilgili araştırmalarda temel kuram olarak kullanılmaktadır (Gewirtz-Meydan ve Lahav, 2020). Bağlanma kuramına göre önemli başkaları ile erken dönemdeki etkileşimler erişkinlikteki eşler ile olan romantik davranışları şekillendiren beklenti ve

inançların oluşumuna neden olarak ilişkilerdeki duygusal ve cinsel yönleri belirlemede önemli bir rol almaktadır (Stefanou ve McCabe, 2012). Sadece psikanalitik yaklaşımda değil diğer psikolojik teorilerde de psikoseksüel gelişimde gelecekte kadınlar ile kuracağı ilişkilerde özellikle erkeklerin annesiyle olan ilişkisinin önemli olduğu bildirilmektedir (Brody ve Weiss, 2015).

İnsanda cinsel davranışın bağlanma ile ilişkisinin olabileceği ve bağlanma biçimlerinin romantik ilişkiyi etkileyebileceği öne sürüldükten sonra psikojenik erektil disfonksiyonda bağlanma kuramının yeri araştırılmaya başlanmıştır. Bozuk bağlanma biçimlerinin nörokimyasal ve nöroendokrin değişikliklere neden olarak ya da erektil disfonksiyon için risk faktörleri olan depresyon ve kaygıya yol açarak psikojenik erektil disfonksiyon etyolojisinde önemli olabileceği düşünülmüştür (Rajkumar, 2015). Labadie ve diğerleri (2018) cinsel istismara maruz kalan erkeklerde kadınlara göre daha fazla cinsellikten uzaklaşma veya aşırı cinsel dürtüsellik yaşadıklarını, ayrıca daha fazla bağlanma biçim bozukluklarına sahip olduklarını bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada güvensiz bağlanma biçimi olan erkeklerde güvenli bağlananlara göre daha fazla erektil disfonksiyon olduğu saptanmıştır (Brassard ve diğ., 2009). Her ne kadar psikanalistler ve cinsel terapistler ebeveyn bağlanma kuramı ile cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişki olduğunu öne sürseler de bu konu ile ilgili çok fazla ampirik çalışma yapılmamıştır (Stefanou ve McCabe, 2012).

Ampirik çalışmalar bağlanmanın ve cinsel davranışın insan davranışının merkezinde bulunan iki içgüdüsel sistem olduğunu ve karşılıklı olarak birbirini etkilediğini göstermektedir. Özellikle cinsel sistemin doğru işlevi eşlerin cinsel motif ve davranışlarının karşılıklı ilişkisi ile olmaktadır. Cinsel işlev bozuklukları bağlanma sistemindeki hiperaktivasyon ya da deaktivasyon stratejilerini yansıtmaktadır. Cinsel hiperaktivasyonda eşini devamlı cinselliğe yönlendirme, ilişkide cinselliği çok önemli bir yerde tutma ve cinsel olarak reddedildiğinde tüm dikkatini bu yönde toplama görülmektedir. Cinsel deaktivasyonda ise cinsel istekte azalma, cinselliğe karşı kaçınma davranışı gösterme, cinsellik isteyen eşten kaçınma, uyarılma ve orgazm evrelerinde düşüklük izlenmektedir. Yani bağlanma ve cinsel davranış sistemleri romantik ilişkilerde cinsel fonksiyonları etkileyebilmektedir (Mikulincer ve Shaver, 2007).

Erişkin bağlanmasında kaygı ve kaçınma olarak iki farklı yön bulunmaktadır. Kaygı ve kaçınma düzeyleri düşük olanlar yakın ilişkilerde güvenli bağlanma biçimi olarak değerlendirilmektedir (Stefanou ve McCabe, 2012). Bağlanma figürleri erişilebilir

olduklarında ve isteklere olumlu yanıt verebilir davranış gösterdiklerinde oluşan güvenlik hissi ilerde başkaları ile yakın bağların kurulmasına neden olmaktadır. Bu his oluşmazsa ikincil bağlanma stratejileri geliştirilerek güvensiz bağlanma oluşmaktadır (Mikulincer ve Shaver, 2007). Güvensiz bağlanma düşük cinsel işleve neden olmaktadır (Gewirtz-Meydan ve Lahav, 2020). Kaygılı ve kaçınan bağlanma cinsel ilişkide daha az doyuma, daha fazla cinsel işlev bozukluğuna, farklı cinsel ilişki sıklığı ve cinsel motivasyonlara yol açmaktadır (Stefanou ve McCabe, 2012). Güvensiz bağlanma sonrası hiperaktivasyon stratejisinde bağlanma figürleri her zaman ulaşılabilir olarak kabul edilmediği için kaygı artmakta veya dikkat ve bakımı sağlamak için saldırganlık gösterilmektedir (örneğin saplantılı bağlanma). Deaktivasyon stratejisinde ise bağlanma figürleri ulaşılmaz olarak kabul edilip bağlanma baskılanmakta ve kendine güven öğrenilmektedir (örneğin kaçınan bağlanma) (Johnson ve Zuccarini, 2010). Kaygılı bağlanma erkek ve kadınlarda uyarılma ve orgazmda azalmaya neden olurken, erkeklerde eşine karşı zaman içinde cinsel istekte azalmaya neden olmaktadır. Kaçınan bağlanma biçimi erkeklerde orgazmik cevap ve cinsel istekte azalmaya yol açabilmektedir (Gewirtz-Meydan ve Lahav, 2020).

Çalışmamızın önemli bir değişkeni olan bağlanma biçimleri açısından güvenli bağlanma puanı kontrol grubunda yüksek bulunmuş ancak istatistiki olarak anlamlı bir fark oluşturmamıştır. Olgular aldıkları en yüksek puana göre bağlanma biçim gruplarına atandıklarında ise kontrol grubunda güvenli bağlanma biçiminin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu önemli bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Her iki grup arasında saplantılı ve kaçınan bağlanmanın bir tipi olan korkulu bağlanma biçimi puanları açısından fark gözlenmez iken kontrol grubunda kaçınan bağlanmanın diğer tipi olan kayıtsız bağlanma biçimi puanlarının önemli derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Aldıkları en yüksek puana göre atandıkları gruplamaya göre değerlendirildiğinde de saplantılı bağlanma biçimi psikojenik erektil disfonksiyon grubunda yüksek bulunmuştur. Saplantılı bağlanma biçiminde kaygı düzeyi yüksek olmakta ve kaçınma az olmaktadır. 1970' lerde cinsel işlev bozukluklarında kaygı ile yapılan laboratuvar çalışmalarında kaygının cinsel fonksiyonlar üzerinde her zaman bozucu etkisi olmadığı gösterilmiştir. Kaygı ile cinsel cevap ilişkisi komplekstir. Genel kaygı, cinsel kaygı ve performans kaygısı arasında ayırım olduğunun bilinmesi önemlidir. Düşük-orta derecede kaygı cinsel uyarılmayı arttırırken yüksek seviyede kronik kaygı cinsel fonksiyonu azaltmaktadır (McCabe ve diğ., 2010). Olgularımızdaki psikojenik erektil disfonksiyonla kronik yüksek kaygının ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda psikojenik erektil disfonksiyonu olanlarda saplantılı bağlanmanın yüksek, kayıtsız kaçınan bağlanma biçiminin düşük bulunması bu kişilerin ikincil strateji olarak deaktivasyon yerine hiperaktivasyonu kullandıklarını akla getirmektedir. Saplantılı bağlanan bu kişiler çift ilişkisinde cinselliğe aşırı önem verip cinsellik ile duygulanım arasında füzyon geliştirmiş olabilirler. Cinselliği çok öne çıkardıkları için performans kaygısı nedeniyle psikojenik erektil disfonksiyon gelişmiş olduğu düşünülebilir. Çalışmamıza benzer şekilde Dunkley ve diğerleri (2016) yaptıkları araştırmada erkeklerde kaygılı bağlanmanın cinsel fonksiyonun tüm yönleri ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Yine Rajkumar (2015) psikojenik erektil disfonksiyonu olan erkeklerde yaptığı bir çalışmada bağlanma sorunu olabilecek olguların daha kaygılı olduğunu belirtmiştir. Yüksek kaygı ile bağlanan bu kişiler ayrılma ve terkedilme korkusu nedeniyle doyurucu olmamasına rağmen ilişkilerine devam ediyor olabilirler (Stefanou ve McCabe, 2012). Yukardaki çalışmaların aksine Stephenson 2020 yılında yaptığı bir çalışmada yüksek bağlanma kaygısının daha az cinsel kaçınma yoluyla daha az erektil disfonksiyona yol açacağını öne sürmüştür. Bağlanmanın kayıtsız ve korkulu kaçınan boyutu erektil disfonksiyon hastalarında sıkça rastlanmaktadır ve erektil fonksiyon üzerindeki duygusal stresi azaltmak için kullanılabilir. Bu da profesyonel yardım almakta gecikmelere neden olabilmektedir (Maestre-Loren ve diğ., 2021). Benzer şekilde Ciocca ve diğerleri (2015) psikojenik erektil disfonksiyonu olan erkeklerde özsaygı ve insan ilişkilerinde güvenin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Bu erkeklerin yakınlıktan rahatsızlık duyarak kaçınan güvensiz bağlanma biçimi geliştirip kısır döngü ile ereksiyon sorunu yaşadıklarını ileri sürmüşlerdir. Bizim çalışmamızda psikojenik erektil disfonksiyonu olanlarda kaçınan bağlanma biçimi ile ilişkinin görülmemesi erişkinlerde eşler arasındaki cinselliği etkileyen birçok bağlanma biçimi birleşiminin bir arada görülebilmesiyle açıklanabilir (Stefanou ve McCabe, 2012). Nitekim başka bir çalışmada kaçınan bağlanmanın erkeklerde cinsel fonksiyon bozukluğu ile bir ilgisinin olmadığı bulunmuştur (Dunkley ve diğ., 2016).

Daha derinlemesine araştırmak için çalışma grubu ciddiyet derecesine göre sınıflanıp bağlanma biçimleri puanları açısından incelendiğinde hafif ve hafif-orta derecede erektil disfonksiyonu olanlarda kayıtsız bağlanma biçimi puanı daha yüksek bulunmuştur. Korkulu ve saplantılı bağlanma biçimleri puanları ciddiyet derecesine göre değerlendirildiğinde bir farklılık saptanmazken güvenli bağlanma biçimi puanı orta ve ciddi grupta daha yüksek bulunmuştur. Aldıkları en yüksek puana göre atandıkları bağlanma biçimleri gruplandırılmalarına göre puan ortalamalarına benzer olarak orta ve ciddi olan grupta güvenli,

hafif ve hafif-orta grupta kayıtsız bağlanma biçiminin daha fazla olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda daha hafif derecede erektil disfonksiyonu olanlarda Ciocca ve diğerlerinin(2015) bulgularına benzer şekilde deaktivasyon stratejisinin baskın hale geldiği düşünülebilir. Daha ciddi derecede erektil disfonksiyona sahip olanlarda ise daha fazla güvenli bağlanma biçiminin görülmesi ilginç bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sonuç bu grupta altta yatan ancak henüz tanılanmamış bir organik faktör ya da eşik altı psikojenik bir sorun olasılığını düşündürmektedir. Güvensiz bağlanma biçimi, erkeklerde erektil disfonksiyon için risk faktörü olsa da ilişki kalitesini düzeltmek ve ilişkinin güvenlik bağını arttırmak için pasif cinsel yaşam kullanılabilir. Diğer yandan cinsellikte sorun yaşandığında farklı bir bağlanma biçimi devreye girerek tolere edilmeye çalışabilir (Maestro-Loren ve diğ., 2021). Bu bulgunun psikojenik erektil disfonksiyon etyopatogenezinde başka faktörlerin de etkin olabileceğinin de bir göstergesi olabileceği unutulmamalıdır. Nitekim Brody ve Weiss' in (2015) 960 erkek üzerinde erektil disfonksiyon ve prematür ejakülasyonun kaliteli anne ilişki algısı üzerine yaptıkları bir çalışmada erektil disfonksiyon skoru ile anne ilişkisi arasında U şeklinde bir bağlantı olduğunu gözlemişlerdir. Hafif-orta ve orta derecede erektil disfonksiyonu olan kişilerde hiç ereksiyon sorunu olmayan ya da hafif sorunu olanlar ve ciddi erektil disfonksiyonu olanlara göre daha kötü anne ilişkisi olduğunu saptamışlardır. Hafif-orta ile orta dereceye kadar erektil disfonksiyonu olanlarda diğer psikolojik faktörlerin daha önemli olabileceğini öne sürmüşlerdir.

5.1.4 Korelasyon Bulgularının Tartışılması

IIEF, çocukluk çağı ruhsal travma, çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ve ilişki ölçekleri anketi puanlarının demografik veriler ve birbirleriyle korelasyonu değerlendirildiğinde çoğunluğunda ilişki saptanamamış ve istatistiki olarak anlamlı ilişki görülenlerde ilişkinin zayıf olduğu gözlenmiştir. İlişkinin zayıf olması çalışmamızdaki olgu sayısının az olması ile açıklanabilir.

5.2 Sonuç

Cinsel işlev bozuklukları ile yapılan daha önceki çalışmalar çoğunluğu kadınlarda olmak üzere farklı etnik köken, ilişki statüleri ve cinsel işlev bozuklukları ölçümleri ile yapılmıştır. Erkekler ile çalışmalarda psikojenik erektil disfonksiyon kökeninde birçok faktör ileri sürülmüştür. Çalışmamızda psikojenik erektil disfonksiyonu olanlarda çocukluk çağı travması ve saplantılı bağlanma biçimi daha yüksek görülürken kontrol grubunda

güvenli bağlanma biçimi daha çok gözlenmiştir. Eretil disfonksiyonun hem çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ve travmalarla hem de bağlanma biçimleriyle ilişkisini kontrol grubuyla karşılaştırarak araştırılması ve bu yönleriyle alanyazında az sayıda çalışmanın olması bu çalışmanın sonuçlarını değerli kılmaktadır.

Ancak araştırmamızın tek merkezden özbildirime dayalı olarak yapılması, olgu sayısının az olması genellenebilir sonuçları sınırlandırmaktadır. Çok merkezli ve daha fazla olgu ile yapılacak çalışmalar çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma biçimlerinin psikojenik erektile disfonksiyon ile olan ilişkisini daha fazla aydınlatacaktır.

5.3 Öneriler

Psikojenik erektile disfonksiyon, etyopatogenezi henüz tam olarak aydınlatılamamış ve birçok faktörden etkilenebilen bir cinsel işlev bozukluğudur. Bu nedenle araştırma sonuçlarına dayanarak bu sorunla başvuran erkeklerde çocukluk çağındaki travma varlığının ve bağlanma biçimlerinin detaylı olarak sorgulanması farklı yeni bir bakış açısı sağlayabilir. Bunun sonucunda klinikte psikojenik erektile disfonksiyon tedavisinde daha ayrıntılı ve farklı terapi yaklaşımları planlanarak daha çözümleyici sonuçlara ulaşılabilir.

KAYNAKÇA

- Ainsworth, M.D.S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist* 34(10), 932-937.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Akpınar, A., Bakım, B., Alpak, G., Çevik, M., Yavuz, B.G., Karamustafalıoğlu, O. (2013). Childhood trauma, sexual functions, psychiatric comorbidity and socio-demographic data in obsessive-compulsive disorders with sexual obsessions. *Dicle Medical Journal*. 40(2), 183-191.
- Akkus, E., Kadioglu, A., Esen, A., Doran, S., Ergen, A., Anafarta, K., Hattat, H. (2002). Prevalance and correlates of erectile dysfunction in Turkey: A Population-based Study. *European Urology*. 41, 298-304.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*.1, 95-119.
- Althof, S.E., Needle, R.B. (2011). Psychological factors associated with male sexual dysfunction: Screening and treatment for urologist. *Urol Clin N Am*. 38, 141-146.
- Aslan, G.G. (2020). Çocuğa yönelik cinsel istismarın yetişkinlik dönemindeki etkileri hakkında bir derleme *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 31(2), 647-676.
- Aspelmeier, J.E., Elliott, A.N., Smith, C.H. (2007). Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: The moderating role of attachment. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 549–566.
- Araujo, A.B., Durante, R., Feldman, H.A., McKinlay, J.B. (1998). The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosomatic Medicine*. 60, 458-465.
- Barrios, Y.V., Gelaye, B., Zhong, Q., Nicolaidis, C., Rondon, M.B., Garcia, P.J., ... Williams, M.A. (2015). Association of childhood physical and sexual abuse with intimate partner violence, poor general health and depressive symptoms among pregnant women. *PLoS Med*. 10(1),1-18.
- Bartholomew, K., Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol*. 61, 226-244.
- Bayraktar, Z., Atun, A.İ. (2012) Despite some comprehension problems the international index of erectile function is a reliable questionnaire in erectile dysfunction. *Urol Int*. 88, 170-176.
- Bayraktar, Z. (2017) Uluslararası erektil fonksiyon indeksi (IIEF) Türkçe versiyonunun güvenilirliği: Literatür incelemesi. *The New Journal of Urology* 12(1), 63-70.

- Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., DaCosta, G.A., Akman, D., Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect*. 16, 101-118.
- Bernet, W: Child maltreatment. Sadock. B., Sadock, V. (eds): (2000). Comprehensive Textbook of Psychiatry 7. ed, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins. p 2878-2889.
- Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. 151(8), 1132-6.
- Beutel M. (1999). Psychosomatic aspects in the diagnosis and treatment of erectile dysfunction. *Andrologia*. 31(suppl 1),37-44.
- Bodie, J.A., Beman, W.W., Monga, M. (2003). Psychogenic erectile dysfunction. *Intl J Psychiatry in Medicine*. 33(3), 273-293.
- Birnbaum, G.E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *J Soc Pers Relat*. 24, 21–35.
- Brassard, A., Lussier, Y., Shaver, P.R. (2009). Attachment, perceived conflict, and couple satisfaction: Test of a mediational dyadic model. *Fam Relat*. 58, 634–46.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: vol 1*. Attachment New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: vol 1*. Attachment Sec Press New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: vol 2. Separation: Anxiety and Anger* New York: Basic Books
- Brennan, K.A., Clark, C. L., & Shaver, P.R. (1998). *Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview*. In J. A. Simpson and W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Brody, S., Weiss, P. (2015). Erectile dysfunction and premature ejaculation: Interrelationships and psychosexual factors. *J Sex Med*. 12(2), 398-404.
- Brown, L.S., Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence, *Psychology and psychopathology*. 76, 351-367.
- Burnett, A.L. (2006). Erectile dysfunction. *J Urol*. 175, 25-31.
- Butzer, B., Campbell, L. (2008) Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal relationships*. 15, 141-154.

- Campbell, J.A., Walker, R.J., Egede, L.E. (2016). Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviours, and morbidity in adulthood. *Am J Prev Med.* 50(3), 344-352.
- Capogrosso, P., Montorsi, F., Salonia, A. (2016). Erectile dysfunction in young patients is a proxy of overall men's health status. *Curr Opin Urol.* 26, 140-145.
- Caskurlu, T., Tasci, A.L., Resim, S., Sahinkanat, T., Ergenekon, E. (2004). The etiology of erectile dysfunction and contributing factors in different age groups in Turkey. *Int J Urol.* 11, 525-529.
- Campos, J.J., Barrett, K., Lamb, M.E., Goldsmith, H.H., Stenberg, C. (1983). *Socioemotional development*. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol.2. Infancy and developmental psychobiology* (pp.783-915). New York: Wiley.
- Ciocca, G., Limoncin, E., Di Tommaso, S., Mollaioli, D., Gravina, G.L., Marcozzi, A., ... Jannini, E.A. (2015). Attachment styles and sexual dysfunctions: a case-control study of female and male sexuality. *Int J Impot Res.* 27(3), 81-85.
- Cosgrove, D.J., Gordon, Z., Bernie, J.E., Hami, S., Montoya, D., Stein, M.B., Monga, M. (2002). Sexual dysfunction in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Urology.* 60(5), 881-884.
- Cutajar, M.C., Mullen, P.E., Ogloff, J.R.P., Thomas, S.D., Wells, D.L., Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 813-822.
- Çalışır, M. (2009). Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 1, 240-255.
- Demirci, K. (2016). Çocukluk çağı travmaları ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkisinin incelenmesi. *Journal of Mood Disorders.* 6(1), 7-13.
- DeRogatis, L.R., Burnett, A.L. (2008) The epidemiology of sexual dysfunctions *J Sex Med.* 5, 289-300.
- Dokgöz, H., Kar, H. (2018). Çocukta cinsel istismar. *Türkiye Klinikleri J Foren Med.* 4(1), 8-16
- Dunkley, C.R., Dang, S.S., Chang, S.C.H., Gorzalka, B.B. (2016). Sexual functioning in young women and men: Role of attachment orientation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(5), 413-430.
- Eroğlu, A.R.Ç., Türk, S.B. (2013). Ergenlerde çocukluk örselenme yaşantıları ve öfke ifade tarzları ile benlik saygısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Journal of Human Sciences.* 10 (1), 1422-1439.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences

- (ACE) Study. *American Journal Of Preventive Medicine*. 14(4), 245–258.
- Fraley, R.C., Shaver, P.R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies and unanswered questions. *Rev Gen Psychol.* 4, 132-154.
- Fraley, R.C. & Waller, N.G. (1998). *Adult attachment patterns: A test of the typological model*. In J. A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 77-114). New York: Guilford Press.
- Gewirtz-Meydan, A., Finkelhor, D. (2020). Sexual abuse and assault in a large national sample of children and adolescents. *Child Maltreatment*. 25(2), 203–214.
- Gewirtz-Meydan, A., Lahav, Y. (2020). Sexual functioning among childhood sexual abuse survivors from an attachment perspective. *J Sex Med*. 17, 1370-1382.
- Gewirtz-Meydan, A., Ofir-Lavee, S. (2021). Addressing sexual dysfunction after childhood sexual abuse: A clinical approach from an attachment perspective. *J Sex Mar Therapy*. 47(1): 43-59
- Green, A. (1996). *Child sexual abuse and incest*. In: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. 2nd ed. Baltimore, MA: Williams & Wilkins, pp 1041-48.
- Griffin, D., Bartholomew, K. (1994). *The metaphysics of measurement: The case of adult attachment*. In K. Bartholomew and D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships* (Vol. 5, pp. 17-52). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Gorey, K.M., Leslie, D.R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl*. 21, 391-8.
- Güleç, H., Topaloğlu, M., Ünsal, D., Altıntaş, M. (2012). Bir kısır döngü olarak şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 4(1), 112-137.
- Gündüz, A., Yaşar, A.B., Gündoğmuş, İ., Savran, C., Konuk, E. (2018). Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 19(Özel Sayı 1), 68-75.
- Hazan, C., Shaver, P.R. (1987). Conceptualizing romantic love as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*. 52, 511-524.
- Ishak, W.W., Tobia, G. (2013). DSM-5 changes in diagnostic criteria of sexual dysfunctions. *Reproductive Systems Sexual Disorders*. 2(2), 122
- İbiloğlu, A.O., Atlı, A., Oto, R., Özkan, M. (2018). Çocukluk çağı cinsel istismar ve ensest olgularına çok yönlü bir bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 10(1), 84-98.
- İncesu, C. (2004) Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, Ek 3, 3-13.

- Johnson, S., Zuccarini, D.. (2010). Integrating sex and attachment in emotionally focused couple therapy. *J Marital Fam Ther.* 36, 431–45.
- Kaplan, S., Pelcovitz, D., Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 38, 1214-22.
- Kayır, A. (2009) *Cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları*, Psikiyatri (Editörler:Prof.Dr.Işın B.Kulaksızoğlu, Prof.Dr.Raşit Tükel, Prof.Dr.Alp Üçok, Prof.Dr.İlhan Yargıç, Prof Dr.Olcay Yazıcı) İstanbul Üniversitesi Yayın No: 4888 İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın No:2009/1 Baskı, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi
- Kinzl, J.F., Mangweth, B., Traweger, C., Biebl, W. (1996). Sexual dysfunction in males: Significance of adverse childhood experiences. *Childhood Abuse Neglect.* 20(8), 759-766.
- Labadie, C., Godbout, N., Vaillancourt-Morel, M.P., Sabourin, S. (2018). Adult profiles of child sexual abuse survivors: Attachment insecurity, sexual compulsivity, and sexual avoidance. *Journal of Sex and Marital Therapy.* 44(4), 354–369.
- Laumann, E.O., Paik, A., Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States. *The Journal of the American Medical Association*, 281(6): 537–544.
- Lewis, R.W., Fugl-Meyer, K.S., Corona, G., Hayes, R.D., Laumann, E.O., Moreira Jr, ED, ... Segraves, T. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med*; 7(4 Pt 2):1598-607.
- Lima, A.R., Mello, M.F., Mari, J.J. (2010). The role of early parental bonding in the development of psychiatric symptoms in adulthood. *Current Opinion in Pscyhiatry.* 23, 383-387.
- Ludwig, W., Philips, M. (2014). Organic causes of erectile dysfunction in men under 40. *Urol Int.* 92, 1-6.
- Luo, Y., Parish, W.L., Laumann, E.O. (2008). A population-based study of childhood sexual contact in China: Prevalence and long-term consequences. *Child Abuse Negl.* 32(7), 721-731.
- Maestre-Loren, F., Castillo-Garayoa, J.A., Lopez-i-Martin, X., Sarquella-Geli, J., Andres, A, Cifre, I. (2021). *Psychological distress in erectile dysfunction: The moderating role of attachment.* Sex Med. 9, 1-11.
- McCabe, M., Althof, S.E., Assalian, P., Chevret-Measson, M., Leiblum, S.R., Simonelli, C., Wylie, K. (2010). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med.* 7, 327-336.
- McDowell, A., Snellgrove, C., Bond, M. (2001). Beyond Viagra: Psychological issues in the assessment and treatment of erectile dysfunction. *Australian Family Physician* 30, 867-873.

- McKay, M.T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R.M., Coughlan, H., Dodd, P., ... Clarke, M.C. (2021) Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatr Scand.* 143(3),189-205.
- Nacar, E.H., Gökkaya, F. (2019). Bağlanma ve maternal bağlanma konusunda bir derleme. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi.* 1(1), 49-55.
- Najman, J.M., Dunne, M.P., Purdie, D.M., Boyle, F.M., Coxeter, P.D. (2005). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study. *Archives of Sexual Behaviour.* 34(5), 517-526.
- Nguyen, H.M.T., Gabrielson, A.T., Hellstrom, W.J.G. (2017). Erectile dysfunction in young men – A review of the prevalence and risk factors. *Sex Med Rev.* 5, 508-520.
- NIH Consensus Development Panel On Impotence. (1993). *Journal of the American Medical Association.* 270, 83-90.
- Nicolini, Y., Tramacere, A., Parmigiani, S., Dadomo, H. (2019). Back to stir up: Erectile dysfunction in an evolutionary, developmental, and clinical perspective. *J Sex Res.* 58(3), 378-390.
- Norman, R.E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. 2012. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 9(11), 1-31.
- Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğulları, A.K., Aktaş, E.A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 12, 130-136.
- Özeren, G.S., Akın, S. (2016). Anne-baba bağlanma biçimleri ve kişilerarası ilişkilerin değerlendirilmesi. *FNG & Bilim Dergisi.* 2(3), 222-232.
- Öztekin Ü., Fırat F., (2020). İnfertil erkek popülasyonda cinsel disfonksiyonun psikosomatik yansımaları. *Androl Bul.* 22, 1-5.
- Pulverman, C.S., Kilimnik, C.D., Meston, C.M. (2018). The impact of childhood sexual abuse on women' s sexual health: A comprehensive review. *Int Soc Sex Med.* 6, 188-200.
- Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 42, 269-278.
- Rajkumar, R.P. (2015). The impact of disrupted childhood attachment on the presentation of psychogenic erectile dysfunction: an exploratory study. *J Sex Med.* 12, 798:803.
- Reporters and participants of the 1st Latin American Erectile Dysfunction Consensus Meeting. (2003). Psychogenic erectile dysfunction and ejaculation disorders *International Journal of Impotence Research.* 15, Suppl 7, 16–21.

- Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I., Kirkpatrick, J., Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 49, 822–830.
- Rosen, R.C. (2001). Psychogenic erectile dysfunction, classification and management. *The Urologic Clinics of North America*. 28(2), 269-278.
- Soylu, N., Pılan, B.Ş., Ayaz, M., Sönmez, S. (2012). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde ruh sağlığını etkileyen etkenlerin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 13, 292-298.
- Soysal, A.Ş., Bodur, Ş., İşeri, E., Şenol, S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*. 8, 88-99.
- Steel, J.L., Herlitz, C.A. (2007). Risk of sexual dysfunction in a randomly selected nonclinical sample of the Swedish population. *Obstetrics and Gynecology*. 109(3), 663–668.
- Stefanou, C., McCabe, B.A. (2012). Adult attachment and sexual functioning: A review of past research. *J Sex Med*. 9(10), 2499-2507.
- Stephenson, K.R. (2020). Exploring the role of sexual avodiance in male dysfunction. 57(4), 522-533.
- Sümer, N., (2006). Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 21(57), 1-22.
- Sümer, N., Güngör, D. (1999). Yetişkin bağlanma biçimleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 14(43), 71-106.
- Sümer, N., Oruçlular, Y., Çapar, T. (2015). Bağlanma ve bağımlılık: Kuramsal çerçeve ve derleme çalışması. *Bağımlılık Dergisi*. 16(4), 192-209.
- Şar, V., Öztürk, E., İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 32(4), 1054-1063.
- Taner, Y., Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 35, 82-86.
- Tutkun, H., Şar, V., Yargıç, L.İ., Özpulat, T., Yanık, M. (1995). *Yatarak tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarında ruhsal travma yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme davranışı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi*. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kongre Özet Kitabı, Sözel Bildiri, İstanbul, s:71.
- Tüzün, O., Sayar, K. (2006). Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam*. 19(1), 24-39
- Yöyen, E.G. (2017). Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı. *International Journal of*

Social Sciences and Education Research. 3(1), 267-282.

Zoroğlu, S.S., Tüzün, Ü., Şar, V., Kora, M.E., Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2(2), 69-78.



EKLER

Ek 1. Katılımcı Bilgi ve Onam Formu

Araştırmanın adı: Psikojenik erektil disfonksiyonu olan erkeklerin çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçimleri açısından incelenmesi

Araştırmacının adı: Zafer Sınık

~~İletişim adresi: z.sinik@pau.edu.tr~~

~~Telefon: 0531 672 0216~~

Araştırmada çocukluk çağındaki travma ve bağlanma biçiminin psikojenik erektil disfonksiyonu olan erkeklerdeki etkisi incelenecektir. Çalışma Pamukkale Üniversitesi etik kurulu onayı ile gerçekleştirilecektir.

Onam: Çocukluk çağındaki travma ve bağlanma şeklinin erişkin dönemdeki cinsel işlev bozukluğu ile ilişkisi hakkında veriler elde etmeyi bekliyorum. Yapmak istediğim araştırmaya sizi davet ediyorum. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizlerden, 4 ölçek 1 demografik formu doldurmanızı talep ediyorum. İsminiz ve bu bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılmanız tamamen isteğe bağlıdır.

Yapmak istediğimiz araştırmanın size risk getirmesi beklenmemektedir.

Bu formu imzalamadan önce, çalışmayla ilgili sorularınız varsa lütfen sorun. Daha sonra sorunuz olursa, araştırma yürütücüsüne sorabilirsiniz. Araştırmayla ilgili haklarınız konusunda yerel etik kurullarına da danışabilirsiniz.

Bana anlatılanları ve yukarıda yazılanları anladım. Bu formun bir örneğini aldım / almak istemiyorum (bu durumda araştırmacı bu kopyayı saklar).

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Ek 2. Demografik Bilgi Formu**Grup:**

- 1-Çalışma
- 2-Kontrol

Yaş:**Eğitim durumu:**

- 1- Okur yazar değil
- 2- İlkokul
- 3- Ortaokul
- 4- Lise
- 5- Üniversite
- 6-Yüksek Lisans/Doktora

Yaşamınızın büyük bölümünün geçtiği yer:

- 1- Büyükşehir
- 2- Şehir
- 3- İlçe
- 4- Kırsal kesim
- 5- Diğer

Medeni durumunuz:**Partnerinizle birlikte mi yaşıyorsunuz?**

- 1- Evet
- 2- Hayır

Partnerinizle ne kadar süredir birlikte yaşıyorsunuz? Yıl Ay

Ek 3. Uluslararası Erektıl Fonksiyon İndeksi (IIEF) Türkçe Versiyonu

ULUSLARARASI EREKTİL İŞLEV FORMU

(International Index of Erectile Function)

***Cinsel ilişki:** Eşin haznesine giriş (duhul).

****Cinsel faaliyet:** Cinsel ilişki, sevişme ve kendi kendini tatmin dâhil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

*****Boşalma:** Meninin boşalması ya da boşalma hissi.

******Cinsel uyarılma:** Sevişme, açık saçık resimlere ve filmlere bakma ve benzeri durumlar.

1. Son 4 hafta içindeki cinsel faaliyetleriniz ** sırasında peniste sertleşme ne sıklıkta oldu?

- 0 Cinsel faaliyet olmadı
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

2. Son 4 hafta içindeki cinsel uyarılmayla ** oluşan sertleşmelerin ne kadarlık bir kısmı cinsel ilişkiyi sağlayacak düzeydeydi?**

- 0 Cinsel uyarılma olmadı
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

3. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki* girişimlerinde hazneye giriş (duhul) ne sıklıkla mümkün oldu?

- 0 Cinsel ilişki olmadı
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

4. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkiler* sırasındaki sertliği ne sıklıkla devam ettirebildiniz?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

5. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkileri* tamamlamak için sertleşmeyi sürdürmekte ne kadar zorlandınız?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 5 Hiç zorlanmadım
- 4 Biraz zorlandım
- 3 Zorlandım
- 2 Çok zorlandım
- 1 Aşırı zorlandım

6. Son 4 hafta içinde kaç kez cinsel ilişki* girişiminde bulundunuz?

- 0 Hiç girişimde bulunmadım
- 1 1-2
- 2 3-4
- 3 5-6
- 4 7-10
- 5 10'dan fazla

7. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki* girişimlerinizde ne sıklıkla memnun oldunuz?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

8. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkilerden* ne kadar zevk aldınız

- 0 Cinsel ilişki olmadı
- 5 Son derece zevk aldım
- 4 Çok zevk aldım
- 3 Az derecede zevk aldım
- 2 Pek zevk almadım
- 1 Hiç zevk almadım

9. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma** veya cinsel ilişki* sırasında ne sıklıkla boşaldınız***?**

- 0 Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

10. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma** veya cinsel ilişki* sırasında ne sıklıkla orgazm (doyum) hissi yaşadınız?**

- 0 Cinsel uyarılma veya cinsel girişim olmadı
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

11. Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel istek duydunuz?

- 5 Her zaman
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

12. Son 4 hafta içinde cinsel isteğinizin düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 5 Çok fazla
- 4 Fazla
- 3 Orta
- 2 Az
- 1 Çok az ya da hiç yok

13. Son 4 hafta içindeki cinsel hayatınız genel olarak ne kadar tatminkardı?

- 5 Çok tatminkârdı
- 4 Orta derecede tatminkârdı
- 3 Ne tatminkârdı, ne değildi
- 2 Pek tatminkâr değildi
- 1 Hiç tatminkâr değildi

14. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel ilişkiniz* ne kadar tatminkardı?

- 5 Çok tatminkârdı
- 4 Orta derecede tatminkârdı
- 3 Ne tatminkârdı, ne değildi
- 2 Pek tatminkâr değildi
- 1 Hiç tatminkâr değildi

15. Son 4 hafta içinde sertleşmeyi sağlama ve devam ettirme konusunda kendinize güveninizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 5 Tam
- 4 Tama yakın
- 3 Orta derecede
- 2 Az
- 1 Çok az

Alan	Sorular	Toplam skor
Eretil fonksiyon	1, 2, 3, 4, 5, 15	1-30 0-10= ciddi 11- 16=orta 17-21=hafif-orta 22- 25=hafif 26-30=yok
Orgazmik işlev	9, 10	0-10
Cinsel istek	11, 12	2-10
Cinsel memnuniyet	6, 7, 8	0-15
Genel memnuniyet	13, 14	2-10

Ek 4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

EK 1: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar).				
Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.				
1. Hiç Bir Zaman	2. Nadiren	3. Kimi zaman	4. Sık olarak	5. Çok sık
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...				
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.				
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.				
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.				
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.				
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.				
6. Yırtık, sökkük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.				
7. Sevidiğimi hissediyordum.				
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.				
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.				
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.				
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıynklar oluyordu.				
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.				
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.				
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.				
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.				
16. Çocukluğum mükemmeldi.				
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.				
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.				
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedirlerdi.				
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.				
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.				
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.				
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.				
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.				
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.				
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.				
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.				
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.				

Ek 5. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar (ACE travma) Ölçeği

ACE Travma Puanınızı Bulabilirsiniz

Siz büyürken, hayatınızın ilk 18 yılında;

Tarih :

Ad Soyad :

1	Bir ebeveyniniz ya da ev halkından yetişkin biri sıklıkla ya da çok sıklıkla... Size küfür etti mi, sizi hor gördü mü, sizi aşağıladı mı ya da sizi küçümsedi mi? Ya da Sizi fiziksel anlamda incitecek bir şekilde davranıp sizi korkuttu mu? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
2	Bir ebeveyniniz ya da ev halkından yetişkin biri sıklıkla ya da çok sıklıkla... Sizi itip tartakladı mı, tokatladı mı ya da size bir şey fırlattı mı? Ya da Size hiç iz kalacak ya da yaralanacağınız kadar güçlü vurdu mu? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
3	Bir yetişkin ya da sizden en az 5 yaş büyük biri hiç... Size hiç dokundu mu ya da sizi hiç okşadı mı ya da sizden hiç onların bedenine cinsel anlamda dokunmanızı istedi mi? Ya da Sizinle oral, anal ya da vajinal olarak cinsel ilişki yaşadı mı ya da teşebbüs etti mi? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
4	Siz sıklıkla ya da çok sıklıkla aşağıdaki gibi hissettiniz mi? Ailenizde kimse sizi sevmiyor ya da sizin önemli ya da özel olduğunuzu düşünmüyor? Ya da Aileniz size göz kulak olmadı, ailenizle yakın hissetmediniz ya da birbirinizi desteklemediniz? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
5	Siz sıklıkla ya da çok sıklıkla aşağıdaki gibi hissettiniz mi? Yeterince yemek yoktu, kirli giysiler giymek zorundaydınız ve sizi koruyacak kimse yoktu? Ya da Aileniz size bakmak için ya da ihtiyacınız olduğunda doktora götürmek için çok sarhoştı ya da kendinde değildi? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
6	Ebeveynleriniz hiç ayrıldı mı ya da boşandı mı? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
7	Anneniz ya da üvey anneniz: Sıklıkla ya da çok sıklıkla sizi itip tartakladı mı, tokatladı mı ya da size bir şey fırlattı mı? Ya da Bazen, sıklıkla ya da çok sıklıkla tekmeledi mi, dövdü mü, yumrukla ya da daha sert bir şeyle size vurdu mu? Ya da Hiç en az birkaç dakika sürekli bir şekilde size vurdu mu ya da sizi silahla ya da bıçakla tehdit etti mi? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
8	İçki problemi olan, alkolik ya da uyuşturucu kullanan biriyle yaşadınız mı? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
9	Ev halkından biri depresyonda ya da zihinsel hasta mıydı ya da intihara teşebbüs etti mi? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
10	Ev halkından biri hapse girdi mi? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
11	Mevcut sağlık sorunlarınız var mı? Var ise bu sağlık sorunları nelerdir?

Şimdi "Evet" cevaplarınızı toplayın: Bu sizin ACE Travma Puanınız.

Ek 6. İlişki Ölçekleri Anketi

İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ

Doğum Tarihiniz :/...../.....

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkileriniz dahil olmak üzere yakın ilişkilerinizde (arkadaşlık, dostluk gibi) hissettiğiniz duygulara ilişkindir. Sizden, genel olarak, yakın ilişkilerinizde yaşadıklarınızı dikkate alarak aşağıdaki ifadeleri değerlendirmeniz istenmektedir. Aşağıdaki maddeleri yakın ilişki içinde olduğunuz kişileri düşünerek cevaplandırınız. Her maddenin ilişkinizdeki duygu ve düşünceleri ne oranda yansıttığını karşısındaki 7 aralıklı ölçek üzerinde gösteriniz.

1	2	3	4	5	6	7
Beni Hiç Tanımlamıyor			Beni Kısmen Tanımlıyor			Beni Tamamıyla Tanımlıyor

1	Başkalarına kolaylıkla güvenemem.	1	2	3	4	5	6	7
2	Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.	1	2	3	4	5	6	7
3	Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.	1	2	3	4	5	6	7
4	Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
5	Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.	1	2	3	4	5	6	7
6	Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
7	Yalnız kalmaktan korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
8	Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9	Başkalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
10	Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
11	Başkalarının bana, benim onlara verdiğim değer kadar değer vermediğinden kaygılanırım.	1	2	3	4	5	6	7
12	Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.	1	2	3	4	5	6	7
13	Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
14	Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5	6	7
15	Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
16	Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
17	Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.	1	2	3	4	5	6	7

ÖZGEÇMİŞ

