



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**HEMOFİLİ HASTALARI İLE SAĞLIKLI BİREYLERİN
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, PSİKİYATRİK BELİRTİ VE
CİNSEL DOYUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

OBENGÜL EJDER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2019

HEMOFİLİ HASTALARI İLE SAĞLIKLI BİREYLERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, PSİKİYATRİK BELİRTİ VE CİNSEL DOYUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

OBENGÜL EJDER

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. Hande ÇELİKAY SÖYLER

LEFKOŞA
2019

KABUL VE ONAY

Obengül EJDER tarafından hazırlanan “Hemofili Hastaları İle Sağlıklı Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık, Psikiyatrik Belirti Ve Cinsel Doyumlarının Karşılaştırılması “ başlıklı bu çalışma, 25 Eylül 2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Doç.Dr. Aşkın KİRAZ
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Deniz ERGÜN
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Hande ÇELİKAY SÖYLER
Yakın Doğu Üniversitesi
Eğitim Fakültesi Psikoloji Bölümü

Prof Dr. Mustafa SAĞSAN
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- X Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih:25/09/2019

İmza:

Obengül EJDER

TEŞEKKÜR

Hekimlik yaşamımda özellikle hastanelerde çalışırken kronik hastalığa sahip çocukların ve gençlerin ve onların ailelerinin ne gibi zorluklar yaşadığını sıklıkla gözlemlemekteydim. Özellikle de her yaş grubundaki Hemofili hastalarının bu zorlu süreçte, sağlıklı çocukluk ve ergenlik dönemi geçiremediklerinden dolayı, çeşitli psikolojik sorunlar yaşadıklarını, ayrıca yetişkin olduklarında evlilik ve cinsel yaşamdan kaçınmaları, korkmaları ve bu sorunlarını gizlemeye çalıştıkları dikkatimi çeken problemler arasındaydı. Bu nedenle hemofili hastalarının psikolojik dayanıklılık, psikiyatrik belirti ve cinsel doyumlarının belirlenmesi ve bu araştırma ile ortaya çıkacak sonuçların ardından bu hastalara sadece fiziksel iyilik hali değil, psikolojik iyilik hallerinin de desteklenmesi için neler yapılabileceğini araştırmak, saptamak ve çözüm önermek amacı ile yola çıktım.

Öncelikle tez konusunu seçerken dikkat çekmeye çalıştığım konuyu göz önünde bulundurup bana yardımcı olan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Hande ÇELİKAY SÖYLER'e, hemofili hastaları ile çalışmama izin veren Türkiye Hemofili Derneği'ne, Hemofili Federasyonu ve Çukurova Hemofili Derneği Yönetim Kurulu'na, özellikle de Hemofili Hastalığı konusunda uzman sayın hocalarım Prof. Dr. Bülent ANTMEN'e ve Prof. Dr. İlgen ŞAŞMAZ'a teşekkürlerimi sunarım.

Meslek hayatım boyunca her zaman yanımda olduğu gibi tez yazım sürecimde de yanımda olan ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili eşime ve kızıma, anlayışlı tutumları ve sabırları için çok teşekkür ederim.

Obengül EJDER

ÖZ

HEMOFİLİ HASTALARI İLE SAĞLIKLI BİREYLERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, PSİKİYATRİK BELİRTİ VE CİNSEL DOYUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kronik hastalıklara bağlı ölümler bütün ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Yapılan çalışmalar kronik hastalıkların belirtileri ve komplikasyonlarının bireyin işlevselliğinin azalmasına, çalışma performansının düşmesine, sosyal izolasyonuna neden olarak aile içi ilişkilerin olumsuz etkilenmesine ve yaşamını zorlaştıracak bir takım psikolojik problemlere yol açtığını göstermektedir. Yaşadıkları psikolojik problemler arasında en sık görülenleri, anksiyete bozukluğu, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve yeme bozukluklarıdır. Hemofili hastalığı da koagülopati adı verilen pıhtılaşma sistemi bozukluğu ile karakterize ve spontan kanamalara sebep olan hem doğumla başlayan konjenital, hem de ömür boyu devam eden ve erkeklerde görülen kronik bir hastalık olması açısından diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi pek çok psikolojik soruna sebep olmaktadır.

Hemofili hastalarında psikiyatrik belirti, psikolojik doyum ve cinsel işlev bozuklukları üzerine yapılan literatür araştırması sonucunda bu alanda dünya genelinde bir çok çalışmanın yapılmış olmasına rağmen, ülkemizde yapılan çalışmaların yetersiz düzeyde olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada; hemofili hastalarındaki psikolojik dayanıklılık, psikiyatrik belirti ve cinsel doyum düzeylerinin belirlenmesi ve sağlıklı bireyler ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmaya yaşları 18-45 arasında değişen 80 erkek sağlıklı birey ile 80 erkek hemofili hasta dahil edilmiştir. Çalışmada veri toplama araçları olarak SCL-90 Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği kullanılmıştır. Yapılan çalışmadan elde edilen veriler SPSS 21.0 Paket Programı ile analiz edilmiştir.

Yapılan SCL- 90 Ruhsal Belirtiler Tarama testi sonucunda hemofili hastalarının somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke/düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm ve

genel psikiyatrik belirtiler düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Psikolojik Dayanıklılık testinde hemofili hastalarının genel psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yanısıra kendilik algısı, gelecek algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklara ilişkin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği ile yapılan testte ise kontrol grubunda yer alanların cinsel doyum, dokunma ve erken boşalma altboyutlarında sorun yaşadıkları, hemofili hastalarının ise dokunma ve erken boşalma altboyutlarında sorun yaşadıkları görülmüştür. İstatistiksel analiz sonucunda beklenenin tersine sağlıklı bireylerin iletişim ve dokunma altboyutlarında hemofili hastalarına göre anlamlı şekilde daha fazla problem yaşadıkları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler, Hemofili, Psikopatoloji, Psikolojik Dayanıklılık, Cinsel Doyum

ABSTRACT

COMPARISON OF PSYCHOLOGICAL RESISTANCE, PSYCHIATRIC SYMPTOMS AND SEXUAL SATISFACTION OF HEMOPHILIA PATIENTS AND HEALTHY INDIVIDUALS

As in the whole world, deaths due to chronic diseases are the first among all causes of death in our country. Studies have shown that the symptoms and complications of chronic diseases cause a decrease in the functionality of the individual, decrease in the performance of the work, cause social isolation, negatively affect the family relations and cause some psychological problems that make life difficult. Anxiety disorder, depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders are the most common psychological problems.

Hemophilia disease is characterized by coagulopathy, coagulation system disorder and causes spontaneous hemorrhage, is a congenital and life-long chronic disease that starts with birth and causes many psychological problems as in other chronic diseases.

As a result of the literature research on psychiatric symptoms, psychological satisfaction and sexual dysfunction in hemophilia patients, although there are many studies in this field in the world, it is seen that the studies conducted in our country are inadequate. Therefore, in this study; The aim of this study was to determine psychological endurance, psychiatric symptoms and sexual satisfaction levels in hemophilia patients and to compare them with healthy individuals.

Eighty healthy individuals aged between 18-45 years and 80 man with hemophilia patients were included in this study. SCL-90 Psychological Symptoms Screening List, Adult Psychological Endurance Scale and Golombok Rust Sexual Satisfaction Scale were used as data collection tools. The data obtained from the study were analyzed with SPSS 21.0 Package Program.

SCL-90 Mental Symptoms Screening test showed that hemophilia patients had significantly higher somatization, obsessive-compulsive symptoms,

interpersonal sensitivity, depression, anxiety, anger / hostility, phobic anxiety, paranoid thoughts, psychoticism, and general psychological symptoms than the control group. . In the psychological endurance test, it was found that the levels of self-perception, future perception, social competence and social resources of the patients with hemophilia were significantly lower than the control group. In the test performed with Golombok Rust Sexual Satisfaction Scale, it was seen that the control group had problems in sexual satisfaction, touch and premature ejaculation subscales and hemophilia patients had problems in touch and premature ejaculation subscales. As a result of statistical analysis, it was observed that healthy individuals had significantly more problems in communication and touch subscales than hemophilia patients.

Key words, Hemophilia, Psychopathology, Psychological Endurance, Sexual Satisfaction

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY

BİLDİRİM

TEŞEKKÜR	iii
ÖZ	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii

1. BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu	5
1.2. Araştırmanın Amacı	1
1.3. Araştırmanın Önemi	7
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	8
1.5. Tanımlar	8

2. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE, İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	11
2.1. Hemofili	11
2.1.1. Tanımı	11
2.1.2. Tarihçe	11
2.1.3. İnsidansı	12
2.1.4. Genetik ve Patobiyoloji	12
2.1.5. Klinik Bulgular	14
2.1.6. Tanı	18
2.1.7. Tedavi Seçenekleri	18
2.1.8. Komplikasyonlar	19
2.2. Hemofili Hastalarında Psikolojik Semptomlar	20
2.2.1. Toplumda Ruhsal Belirtilerin Yaygınlığı	20
2.2.2. Psikiyatrik Bozukluklar	21

2.2.2.1. Anksiyete	21
2.2.2.2. Depresyon	22
2.2.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	24
2.2.2.4. Öfke-Düşmanlık.....	25
2.2.2.5. Paranoid Bozukluk.....	26
2.2.2.6. Psikotizm	27
2.2.2.7. Yeme Bozukluğu	28
2.2.3. Psikolojik Dayanıklılık.....	29
2.3. Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozukluğu	33
2.3.1. Cinsellik Kavramı	33
2.3.2. Cinsel İşlev	34
2.3.3. Cinsel İşlev Bozuklukları	34
2.3.3.1. Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri	35
2.3.3.2. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması	37
2.3.4. Cinsel Doyum	38
2.4. İlgili Araştırmalar.....	38

3. BÖLÜM

YÖNTEM.....	41
3.1. Araştırmanın Modeli.....	41
3.2. Evren ve Örneklem.....	41
3.3. Veri Toplama Araçları	45
3.4 Verilerin Toplanması.....	47
3.5. Verilerin Analizi	47

4. BÖLÜM

BULGULAR.....	48
4.1. Demografik Özelliklere Göre Yapılan Karşılaştırmalardan Elde Edilen Bulgular.....	48
4.1.1. Demografik Özelliklere Göre SCL-90 Ruhsal Belirtilere İlişkin Yapılan Karşılaştırmalar	51
4.1.2. Demografik Özelliklere Göre Psikolojik Dayanıklılık Düzeyine İlişkin Karşılaştırmalar.....	59

4.1.3. Demografik Özelliklere Göre Cinsel Doyum Düzeylerine İlişkin Karşılaştırmalar	65
4.2. Kontrol ve Hemofili Hastalarının Psikolojik Belirtilerine Göre Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular	71
4.3. Kontrol ve Hemofili Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular	72
4.4. Kontrol ve Hemofili Hastalarının Cinsel Doyum Düzeylerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular	73
 5. BÖLÜM	
TARTIŞMA	75
 6. BÖLÜM	
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
6.1. Sonuçlar.....	84
6.2. Öneriler	85
KAYNAKÇA	87
EKLER.....	110
Ek 1. Demografik Bilgi Formu	110
Ek 2. SCL-90 Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi	112
Ek 3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	113
Ek 4. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Erkek Soru Formu	114
Ek 5. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu	115
Ek 6. Hemofili Derneği araştırma izni	117
ÖZGEÇMİŞ	118
İNTİHAL RAPORU	119
ETİK KURUL ONAYI	120

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Faktör düzeyine göre hemofilinin sınıflandırılması.....	15
Tablo 2. Hemofili komplikasyonları.....	20
Tablo 3. Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine ilişkin betimsel istatistikler	42
Tablo 4. Sağlıklı birey ve hemofili grubun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	49
Tablo 5. Kontrol grubun SCL 90 Ruhsal Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri puanlar ile yaş arasındaki ilişki	51
Tablo 6. Hemofili hastalarının SCL 90 Ruhsal Belirti Tarama ölçeğinden elde ettikleri puanlar ile yaşarasındaki ilişki	52
Tablo 7. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların medeni durumuna göre SCL 90 Ruhsal Belirti Tarama ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması	53
Tablo 8. Hemofili hastalarının medeni durumuna göre SCL 90 Ruhsal Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması.....	54
Tablo 9. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların çalışma durumuna göre SCL 90 Ruhsal Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması	55
Tablo 10. Hemofili hastalarının çalışma durumuna göre SCL 90 Ruhsal Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması.....	56
Tablo 11. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşadıkları yere göre SCL 90 Ruhsal Belirti Taramaölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması	57
Tablo 12. Hemofili hastalarının yaşadıkları yere göre SCL 90Ruhsal Belirti Tarama ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması	58
Tablo 13. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşına göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasındaki ilişki.....	59
Tablo 14. Hemofili hastalarının yaşına göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasındaki ilişki	59
Tablo 15. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların medeni durumuna göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanların karşılaştırılması	60
Tablo 16. Hemofili hastalarının medeni durumuna göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanların karşılaştırılması	61
Tablo 17. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların çalışma durumuna göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması ...	61
Tablo 18. Hemofili hastalarının çalışma durumuna göre psikolojik dayanıklılık elde ettikleri puanların karşılaştırılması	62

Tablo 19. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşadığı yerleşim birimine göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması	63
Tablo 20. Hemofili hastalarının yaşadıkları yere göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması	64
Tablo 21. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşları ile cinsel doyum düzeyleri arasındaki ilişki	65
Tablo 22. Hemofili hastalarının yaşları ile cinsel doyum düzeyleri arasındaki ilişki	66
Tablo 23. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların medeni durumuna göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanların karşılaştırılması .	66
Tablo 24. Hemofili hastalarının medeni durumuna göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanların karşılaştırılması	67
Tablo 25. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların çalışma durumuna göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanların karşılaştırılması .	68
Tablo 26. Hemofili hastalarının çalışma durumuna göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanların karşılaştırılması	68
Tablo 27. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşadıkları yere göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması	69
Tablo 28. Hemofili hastalarının yaşadıkları yere göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması	70
Tablo 29. SCL-90Ruhsal Belirti Taramaölçeğine göre hasta ve kontrol grubundan elde edilen değerlerin karşılaştırılması	71
Tablo 30. Psikolojik dayanıklılık ölçeğine göre hasta ve kontrol grubundan elde edilen değerlerin karşılaştırılması	72
Tablo 31. Golombock-Rust ölçeğine göre hasta ve kontrol grubundan elde edilen değerlerin karşılaştırılması	73
Tablo 32. Psikolojik belirti, psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyum arasındaki ilişki	74

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hemofilinin mendeliyen kalıtım şeması	14
--	----

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de kronik hastalıklara bağlı ölümler bütün ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer alır (Global status report on noncommunicable diseases 2014). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015-2016 yılı ölüm istatistiklerine göre ülkemizde ölüm nedenlerinden ilk üçü; kalp damar hastalıkları, kanser ve solunum sistemi hastalıklarıdır (TÜİK, 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kronik hastalık yönetimini hastalıkların yıllar veya on yıllar süren yönetimi şeklinde tanımlamaktadır. Kronik hastalıkların belirtileri ve komplikasyonları bireyin işlevselliğinin azalmasına, çalışma performansının düşmesine ve sosyal izolasyonuna neden olarak aile içi ilişkilerin olumsuz etkilenmesine, istenmeyen yaşam tarzı değişikliklerine sebebiyet verebilir. Sonuç olarak hastalığın getirdiği bu tür yükler kişilerde birer stres kaynağı olarak etki etmekte ve fiziksel sağlıkla birlikte ruhsal sağlığın da olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Tüm bu etkileşimler neticesinde de bireylerin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Türkmen, 2012; Özdemir ve Taşçı, 2013).

Kronik hastalıklar ile bu hastalıkların komplikasyonları fonksiyonel kapasitede azalmaya, çalışma performansında düşüşe ve aynı zamanda sosyal izolasyona yol açarken ailenin yaşam tarzı ve ilişkileri üzerinde de olumsuz etkiye sahiptir. Dolayısıyla bireylerin yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (Türkmen, 2012). Kronik hastalığa sahip olmak, hastalığın belirtileriyle baş etmek, tedavinin neden olduğu kısıtlama veya sıkıntılar, gelecekle ilgili endişeler gibi çok sayıda olumsuz duygu kişinin fiziksel olduğu

kadar bilişsel ve sosyal yaşamını da önemli oranda etkilemektedir. Bu nedenle tedavi planlanırken kronik hastalıkların belirtilerinin tedavisinin yanında hastaların yaşam kaliteleri üzerindeki etkileri de değerlendirilmelidir. (Kumsar ve Yılmaz, 2014). Kronik hastalıklar arasında yer alan ve hemofili, X'e bağlı resesif geçişli doğumsal bir kanama bozukluğudur. Faktör VIII ya da IX'un eksikliğine bağlı olarak eklem ve kas içi kanamalar ile kendini göstermektedir. Faktör VIII eksikliği hemofili A, IX eksikliği de Hemofili B olarak adlandırılmaktadır. Hemofili A 1/5000-10000 erkek doğumu oranında görülmekte iken Hemofili B'ye kıyasla yaklaşık 5-6 kat daha sık görülmektedir. Bu nedenle hemofili hastalarının yaklaşık %85'i Hemofili A'dır. Hastalığın insidansı bütün coğrafyalarda aynı olup ırklara göre farklılık bulunmamaktadır. Çocukluk döneminde, özellikle küçük yaşlarda kolay ekimoz oluşumu, eklem ve kas içine spontan kanamalar, herhangi bir girişim ya da travma sonrası beklenilenden daha uzun süren kanama öyküsü hemofilinin belirtileri arasında yer almaktadır (Zeytin, 2012).

Kronik hastalıklar organlarda fonksiyon kaybı yaptığı gibi, sürekli ilaç kullanımı ve hastaneye bağımlılık gibi nedenlerden dolayı hastaların geleceğe dair endişelerinin artmasına, ümitsizlik ve kaygı gibi psikolojik sorunlar yaşamalarına neden olurlar (Taytard ve Cousson, 1996). Kronik hastalarda gözlenen pek çok psikolojik semptom söz konusu olup bunlar arasında kaygı, anksiyete bozukluğu, depresyon, yeme bozuklukları vb. en yaygın olanlarıdır (Öztürk, 2005). Kaygı birçok insanın zaman zaman yaşadığı, sanki aniden nefesi kesilecekmiş gibi sık nefes alma ihtiyacı hissettiren farklı bir duygudur. Kaygı hisseden kişi tanımlamakta zorluk yaşadığı sanki göğsüne ağır bir kütle oturmuş gibi hissetmektedir. Öyle ki hissettiği bu psikik ağırlıkla kendisini asla kurtulamayacakmış gibi çaresizlik içinde hissedebilir. Bu da kişiyi bir kısır döngüye sokar. Kaygı veren konular akla geldikçe, ondan kaçmaya çalışır, ancak tam tersine daha da fazla bu düşüncelere saplanıp kalır. Kaygılı kişi kötü şeyler olacağını düşündükçe sürekli bir negatif beklenti içine girer ve adeta kendini gerçekleştiren kehanetlere kapı aralar (Burkovik, 2009). Aslında belli ölçülerde hissedilen kaygı kişinin motivasyonunu artırır, ancak kaygının seviyesi arttıkça duygusal çöküş de artmaktadır (Işık ve Taner, 2006).

Depresyon toplumda sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir. Kişinin daha önce kolayca yaptığı günlük işlerde bile zorlandığı, kendini isteksiz, çökkün ve karamsar hissettiği, hareketlerinde yavaşlama, yorgunluk, durgunluk, dikkat ve konsantrasyonda azalma, isteksizlik ve motivasyon kaybı, suçluluk, değersizlik, karamsarlık gibi duygu ve düşüncelerle fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi pek çok belirtinin gözlendiği bir sağlık sorunudur (Tezcan, 2011). Sadovski (2001) tarafından B- talasemi ve hemofili gibi kanama bozukluğu olan ailelerden gelen çocukların psikopatolojisi üzerine yapılan çalışmada B-talasemili çocukların psikopatoloji prevalansının yüksek olduğu bildirilmiştir. Lavigne ve ark. (2003) tarafından yapılan bir çalışmada kronik artriti olan çocuk ve ergenlerin sağlıklı bireylere göre psikososyal uyum açısından daha fazla sorun yaşadıkları ve daha fazla psikiyatrik tanı aldıkları bildirilmiştir. Smith ve ark. (2003) tarafından gerçekleştirilen çalışmada; kronik yorgunluğu ve ağrısı olan ergenlerin depresyon ve anksiyete düzeylerini sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Bilgiç ve ark. (2006) 8 ile 16 yaş arasındaki epilepsi hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada; epilepsi hastalarının depresyon, anksiyete ve intihar etme risklerinin kontrol grubuna göre anlamlı seviyede yüksek olduğunu bulmuşlardır. Casier ve ark. (2008) kistik fibrozis hastası ergenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hastalığı kabulleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada; hastalığı kabullenenlerin kabullenmeyenlere göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Kansersiz çocuklar üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada, kanser hastası olan çocukların sağlıklı akranlarına göre depresyon düzeylerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu bildirilmiştir (Çavuşoğlu, 2001). Yılmaz (2014) tarafından diyaliz hastaları üzerinde gerçekleştirilen çalışmada anksiyete, depresyon, benlik saygısı ve sosyal uyum karşılaştırılmıştır. Çalışmaya aynı zamanda sağlıklı bireyler de kontrol grubu olarak dahil edilmiştir. Yapılan çalışma neticesinde diyaliz hastalarının depresyon düzeylerinin sağlıklı bireylerden anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Kronik hastalıklarda yukarıda da ifade edildiği üzere psikolojik semptomların görülme oranı oldukça yüksektir. Kronik hastalıklar içerisinde yer alan hemofili hastalarında da kaygı düzeyinin yüksek olması beklenmektedir. Bununla

birlikte hemofili hastalarında depresyon ve kaygı düzeyinin incelendiği bir çalışma 2009 yılında Ghanizadeh ve Balighi-Jahromi tarafından gerçekleştirilmiştir. Ghanizadeh ve Balighi-Jahromi (2009) hemofili hastası olan çocuk ve adolesanlar üzerinde yapmış oldukları çalışmada olguların %6'sında majör depresif bozukluk, %4,8'inde ayrılma anksiyetesi olduğunu bildirilmiştir. Yine benzer bir çalışma, Fakhari ve ark (2013) tarafından hemofili hastalarının psikiyatrik belirtiler üzerine yaptıkları araştırmada; olgularda %67 anksiyete, %60 depresyon, %60 öfke, %72 Obsesif Kompulsif bozukluk, %71 psikotik özellikler ve %52 somatizasyon bozukluğuna rastlanmıştır. Ghanizadeh ve ark. (2006) tarafından yapılan bir diğer araştırma ise İran'da major talasemi hastası olan çocuk ve adolesanlar üzerinde yapılmış ve çalışmada kaygı düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Kronik hastalığı olan ergenlerin sağlıklı bireylere kıyasla yaşam sürelerinin daha kısa olacağına yönelik beklentide olmaları, onların akranlarına göre çok daha yüksek oranda riskli davranışlara (sigara, uyuşturucu kullanımı, şiddete eğilim ya da antisosyal davranışlarda bulunma gibi) yöneldikleri belirtilmektedir (Suris ve ark., 2008). Farklı kronik hastalığı bulunan ergenler üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada astımı ve epilepsisi olan hastaların diyabet hastalarına kıyasla daha çok davranış sorunları, depresyon yaşadıkları ve kendilerini çok daha savunmasız hissettikleri bildirilmiştir (Zashikhina ve ark., 2007). Bununla birlikte bir başka araştırmada ise; kanser olmanın yüksek düzeyde risk taşımasına karşın hasta çocukların sağlıklı akranlarına göre anksiyete, depresyon ve özyeterlilik düzeylerinin anlamlı şekilde farklılaşmadığı bildirilmiştir (Von Essen ve ark., 2000; Matziou ve ark., 2008). Yine Güngör E. (2019) tarafından kanser tanısı alan bireylerde travma sonrası gelişim ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada kanser hastalarının psikolojik dayanıklılıklarının orta düzeyde olduğu, travma sonrası gelişim gösterme düzeyleri ortalamanın altında olduğu; psikolojik dayanıklılık ve travma sonrası büyüme arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Kronik hastalarda gözlenen diğer bir önemli durum da cinsel işlev bozukluğudur. Cinsellik doğum ile başlayıp ölene dek devam eden, kişinin

temel ihtiyaçlarından birisidir. Cinsellik kavramı, çiftin uyumlu beraberliği içinde, sosyal kurallar, değer yargıları ve tabular ile belirlenmiş, psikolojik, sosyolojik ve biyolojik yönleri olan bir yaşantıyı ifade eder (Kütmeç, 2009). Kişinin duyusal, zihinsel ve fiziki olarak kadınlığı veya erkekleği deneyimleme becerisi ve sahip olduğu cinsel organlarının fonksiyonlarını, cinselliği algılama seviyesini ve ifade etme tarzını da içine almaktadır (Aydın, 1998; Kütmeç, 2009; Uluyol, 2010; İncedere, 2015). Nörolojik, endokrinoloji ve vasküler sistemin düzgün işleyişi ile sağlıklı bir cinsel işlev söz konusu olabilir. Belirtilen bu sistemlerin herhangi birinde meydana gelen bozulma cinsel sağlığı da negatif yönde etkiler. Bu fizyolojik nedenlerin dışında kişinin yaşadığı sosyal çevresi, aile yapısı, dini inançları, daha önce yaşadığı cinsel deneyimleri ya da uğradığı bir cinsel istismar da cinsel işlev bozukluğuna yol açan etkenlerdir (Kızıltepe, 2006). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan DSM-IV'te cinsel işlev bozukluğu; kişilerarası ilişkilerde bariz sıkıntılara yol açan, cinsel yanıt döngüsünde bozulmalara neden olan psikofizyolojik değişiklikler ve cinsel istekte ortaya çıkan bozukluk şeklinde tanımlanmıştır (APA, 1994; Kızıltepe, 2006). Bar-Chama (2011) tarafından hemofili ile yaşlanan erkeklerin cinsel değerlendirilmesi ve tedavisi başlıklı araştırmasında hastalarda boşalma güçlüğü ve erektile disfonksiyon oranları yüksek bulunmuştur. Adisaksopha (2017) tarafından yapılan hemofili hastalarında cinsel işlev bozukluğu prevalansı konulu çalışmada da , hemofili hastalığı olan kişilerde kontrol grubuna göre cinsel işlev bozukluğu yaşama oranları daha yüksek bulunmuş, ayrıca genel sağlık sorunları ve hemofili ile ilgili komplikasyonların daha sık cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu bulunmuştur.

1.2. Araştırmanın Amacı

Dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi Türkiye'de de kronik hastalıkların seyri sırasında , hastalığın belirti ve komplikasyonlarının bireyin yaşam kalitesinde azalmaya, çalışma performansında düşmeye, sosyal izolasyonuna, aile içi ilişkilerinin bozulmasına, psikolojik dayanıklılığının düşerek yaşamını zorlaştıracak bir takım psikolojik problemlere (Türkmen, 2012; Kumsar ve Yılmaz, 2014) ve cinsel işlev bozuklukluklarına neden olduğu görölmektedir (Lue ve ark, 2000; Mulligan ve ark.,1988; Erdemir ve ark., 2010; Kahvecioğlu ve ark. , 2005).

Hemofili hastalığı da koagülopati adı verilen pıhtılaşma sistemi bozukluğu ile karakterize ve spontan kanamalara sebep olan hem doğumla başlayan konjenital, hem de ömür boyu devam eden ve erkeklerde görülen kronik bir hastalık olması açısından diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi anksiyete, depresyon, öfke, obsesif kompulsif bozukluk, somatizasyon bozukluğu ve psikotik belirtilerin yüksekliği gibi pek çok psikolojik soruna sebep olmaktadır (Ghanizadeh, 2006; Fakhari, 2013; Abalı, 2014). Özellikle hemofili hastalarının yaşadıkları birtakım komplikasyonlar; örneğin; eklemlerinde ortaya çıkan artropati ve kaslarında oluşan hematomlar sebebiyle hareket kabiliyetlerindeki kısıtlılık gibi, günlük aktivitelerini yapmakta zorlanmalarına neden olmaktadır. Bunun yanı sıra ömür boyu, tüm yaşam alanlarında kullanmak zorunda oldukları profilaksi ilaçları ve intravenöz tedavi ilaçları gelecekle ilgili endişelerinin artmasına, sosyal izolasyonlarına, ümitsizliğe ve endişeye yol açan önemli unsurlar olarak psikolojik dayanıklılık düzeylerinin sağlıklı bireylere göre daha düşük olmasına neden olmaktadır (Cohn, Fredrickson, 2009; Connor ve ark., 2003; Egan ve ark., 2015). Ayrıca hemofili hastalarının yaşadıkları genel sağlık sorunları ve hemofili ile ilgili komplikasyonların, sağlıklı bireylere göre daha sık cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu da yapılan çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (Adisksopha ve ark., 2017; Yang ve Jackson, 2015; Blamy ve ark., 2013; Bar-Chama ve ark. 2011).

Literatür araştırması yapıldığında bu konularda dünya genelinde birçok çalışmanın yapılmış olmasına rağmen, ülkemizde yapılan çalışmaların yetersiz düzeyde olduğu görülmektedir. Bu nedenle hemofili hastalarının psikiyatrik belirti, psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyum düzeylerinin belirlenmesi konusunda araştırma yapmaya karar kılınıp, karşılaştırmalı bir çalışma olması nedeniyle sağlıklı bireyler de araştırma kapsamına alınmış ve bu çalışma ile literatürdeki eksiklikleri giderme adına alana katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır.

1. Hemofili hastaları ve sağlıklı bireylerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında anlamlı bir fark var mıdır?
2. Hemofili hastaları ve sağlıklı bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum vb) psikiyatrik belirtiler açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Hemofili hastaları ve sağlıklı bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum vb) psikolojik dayanıklılık açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark var mıdır?
4. Hemofili hastaları ve sağlıklı bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum vb) cinsel doyum açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark var mıdır?
5. Hemofili hastaları ile sağlıklı bireylerin psikiyatrik belirti düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
6. Hemofili hastaları ile sağlıklı bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
7. Hemofili hastaları ile sağlıklı bireylerin cinsel doyum düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
8. Hemofili hastalarında psikolojik dayanıklılık, psikiyatrik belirti ve cinsel doyum arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Türkiye’de nadir rastlanan ve sadece erkeklerde görülen hemofili hastalığı, ömür boyu süren, bazen ciddi spontan kanamlara sebep olan kronik bir hastalık olmasından dolayı, hastaları sadece fiziksel açıdan değil, ruhsal ve sosyal açıdan da negatif etkilemektedir. Yaşam boyu tıbbi tedavi almak zorunda olmaları, eklem içi kanamalarından dolayı fiziksel kısıtlılık yaşamaları, eğer kanamayı önleyici faktör alımlarında yeterince dikkatli olmazlar ise hastaneye bağımlı olmak zorunda kalmaları diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi anksiyete, depresyon, öfke, obsesif kompulsif bozukluk, somatizasyon bozukluğu ve psikotik belirtilerin yüksekliği gibi pek çok psikolojik soruna sebep

olmaktadır (Ghanizadeh,2006; Fakhari, 2013; Abalı, 2014). Bunun yanı sıra ömür boyu, tüm yaşam alanlarında kullanmak zorunda oldukları profilaksi ilaçları ve intravenöz tedavi ilaçları gelecekle ilgili endişelerinin artmasına, sosyal izolasyonlarına, ümitsizliğe ve endişeye yol açan önemli unsurlar olarak psikolojik dayanıklılık düzeylerinin sağlıklı bireylere göre daha düşük olmasına neden olmaktadır (Cohn, Fredrickson, 2009; Connor ve ark., 2003; Egan ve ark., 2015). Ayrıca hemofili hastalarının yaşadıkları genel sağlık sorunları ve hemofili ile ilgili komplikasyonların, sağlıklı bireylere göre daha sık cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu da yapılan çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (Adisksopha ve ark., 2017; Yang ve Jackson,2015; Blamy ve ark., 2013; Bar-Chama ve ark. 2011). Bu nedenle hemofili hastalarının psikiyatrik belirti, psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyum düzeylerinin belirlenmesi konusunda araştırma yapılması düşünülmüştür. Elde edilecek bulguların hemofili hastalarının psikolojik sağlıkları ve yaşam kalitesi açısından yararlı olacağı umulmaktadır. Hemofili hastalarının tedavileri düzenlenirken ruh sağlığı alanın göz önünde tutulması, cinsel işlevleri konusunda eğitim almaları ve uzman desteğine yönlendirilmeleri açısından bu çalışmanın bulguları önem arz etmektedir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Bu araştırma yalnızca Türkiye'deki Hemofili Federasyonu ve Çukurova Hemofili Derneğine kayıtlı 18-45 yaş arası 80 hemofili hastası ve 80 sağlıklı birey ile sınırlıdır.
- Bu araştırma kullanılan veri toplama araçlarından elde edilen veriler ile sınırlıdır
- Çalışmaya katılan bireylerin anketleri uygun ortam sağlanarak ve bilgilendirme yapılarak dürüst ve samimi cevaplar verdikleri düşünülmektedir.

1.5. Tanımlar

Hemofili: Kanama ve pıhtılaşma bozuklukları; normal pıhtılaşma mekanizmasının (hemostaz) herhangi bir dönemindeki bozukluk sonucu ortaya çıkan geniş bir hastalık grubudur (Shakur, 2015).

Anksiyete: Hayat açısından tehdit unsurlarından olan iç kaygı, iç sıkıntısı ya da bunalım gibi tehdit olarak algılanan duyguları ifade eder (Işık ve Taner, 2006).

Depresyon: Çökkün ve derin üzüntülü duygudurum içerisinde yorgunluk, halsizlik, durgunluk, isteksizlik, motivasyon kaybı, suçluluk, değersizlik ve karamsarlığın hissedildiği, düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, dikkat ve konsantrasyonda azalma, aşırı yeme isteği ya da yememe gibi pek çok belirtinin görüldüğü bir sağlık sorunudur (Tezcan, 2011).

Obsesyon: Bireyin zihninden atmaya çabalamasına rağmen bir türlü atamadığı, istem dışı, benliği rahatsız edici nitelikte, ısrarlı ve zorlayıcı her tür düşünce, dürtü veya düşlemlerdir

Kompulsiyon: Genel olarak takıntılı bir düşünceye (obsesyona) mani olmak için belirli kurallar ile yapılan motor ya da mental eylemleri ifade eder (Bayar ve Yavuz, 2008: 185).

Öfke-Düşmanlık: Sinirlilik hali, yaşadığı sorunlardan başkalarını sorumlu tutma, başkalarının suçlu olduğu hissi, güvensizlik, kızma, birini dövme, yaralama, birşeyleri kırma veya birine zarar verme isteği gibi kızgınlık, saldırganlık ve öfke semptomlarını içerir (Kılıç, 2016).

Paranoid Bozukluk: Gerçek yaşam ile ilişkili olabilecek sistematik sanrıların olduğu, nispeten daha az rastlanılan, ancak önemli etkilere sahip psikotik bir bozukluktur (Yıldız, 2007).

Psikotizm: Sosyal çevreden uzaklaşma, şizoit yaşam tarzı ya da şizofrenik sanrıların bariz olduğu, kişinin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu durumdur (Kılıç, 2016).

Yeme Bozukluğu: Kişilerin yeme davranışlarında gözle görülür bozulmanın olduğu, bununla beraber beslenme yetersizliği ya da aşırı yeme gibi fiziksel ya

da depresyon, anksiyete bozukluğu, madde bağımlılığı gibi ciddi psikososyal sorunlara neden olabilen yeme alışkanlıklarındaki sapmalardır (Devran, 2014).

Psikolojik Dayanıklılık: Psikolojik dayanıklılık; hastalıktan, depresyondan veya kötü durumdan hızlı bir şekilde iyileşme becerisi, kendini toparlayabilme, incindikten sonra tekrar eski haline kolay bir şekilde dönebilmeyi ifade eder (Öz ve Yılmaz, 2009).

2. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde hemofili hastalığının yanı sıra psikolojik semptomlar ve cinsel işlev bozukluğu hakkında ayrıntılı bilgiler verilmiştir.

2.1. Hemofili

2.1.1. Tanımı

Kanama ve pıhtılaşma bozuklukları; normal pıhtılaşma mekanizmasının (hemostaz) herhangi bir dönemindeki bozukluk sonucu ortaya çıkan geniş bir hastalık grubudur. Hemostaz organizmada kanama ve pıhtılaşma dengesini normal sınırlarda devam ettiren olaylar dizisidir. Bu olaylar, kanamaya damar yanıtı, trombosit agregasyonu, pıhtı oluşması, pıhtının stabilizasyonu, düzenleyici antikoagülan maddeler aracılığıyla pıhtılaşma olayının sınırlandırılması, fibrinoliz ve en sonunda damar endotelindeki lezyonun iyileşmesi olarak sıralanmaktadır (Ağaoğlu, Anak, Devecioğlu ve Sarıbeyoğlu, 2002; Shakur, 2015). Bu bozukluklar faktör VIII ve IX koagülasyon aktivitesinin ciddi eksikliğine bağlıdır. Tanı genellikle kanama olgusuyla (göbek bağı veya tekrarlayan morarma veya hemartrozla) erken yaştadır. Klasik olarak, hastalar sünnet sonrasında kanama olarak tanımlanmıştır:

2.1.2. Tarihçe

Hemofili hastalığı antik çağlardan beri bilinen (Patton, 2003; Bolton-Maggs ve Pasi, 2003). M.Ö. 10.000 yıllarından beri nesilden nesile aktararak bugünlere kadar ulaşan bir hastalıktır(Patton, 2003). Bin beş yüz yıl önce Babylonlu Talmud'da sünnet sonrası ilk iki oğlunu kaybeden bir kadının 3. oğlunun sünnet olma yükümlülüğünün ortadan kaldırıldığı yazılmıştır. Bu hemofilinin bu ilk

tanımlanması olup, aynı zamanda hastalığın şiddetini de göstermektedir. 12. yüzyılda Arap bilgin Albukasis tarafından yazılan bir kitapta küçük yaralanmaların ardından tamamı ölen bir aileden bahsedilmektedir. Yıllar sonra Amerikalı bir doktor olan Dr. John Conrad Otto tarafından 1803 yılında "bazı aileleri etkileyen kanama bozukluğu" olarak tanımlanmış ve bu hastaların kuşaklar öncesi de araştırılarak kalıtsal bir hastalık olduğunu belirtilmiştir (Rosendaal, Smit ve Briet, 1991). Güncel anlamda hemofili 1920 yılında genetik geçişi ve hastalık özellikleri tanımlanmıştır (Rosner, 1994). 1937 yılında, hemofilik hasta kanına normal plazma eklenmesiyle uzamış pıhtılaşma zamanının normale döndüğü görülmüş ve hastalığın patogenezi ancak anlaşılmıştır. Böylece modern tedavi ve profilaksi çağı başlamıştır (Bolton-Maggs ve Pasi, 2003).

2.1.3. İnsidansı

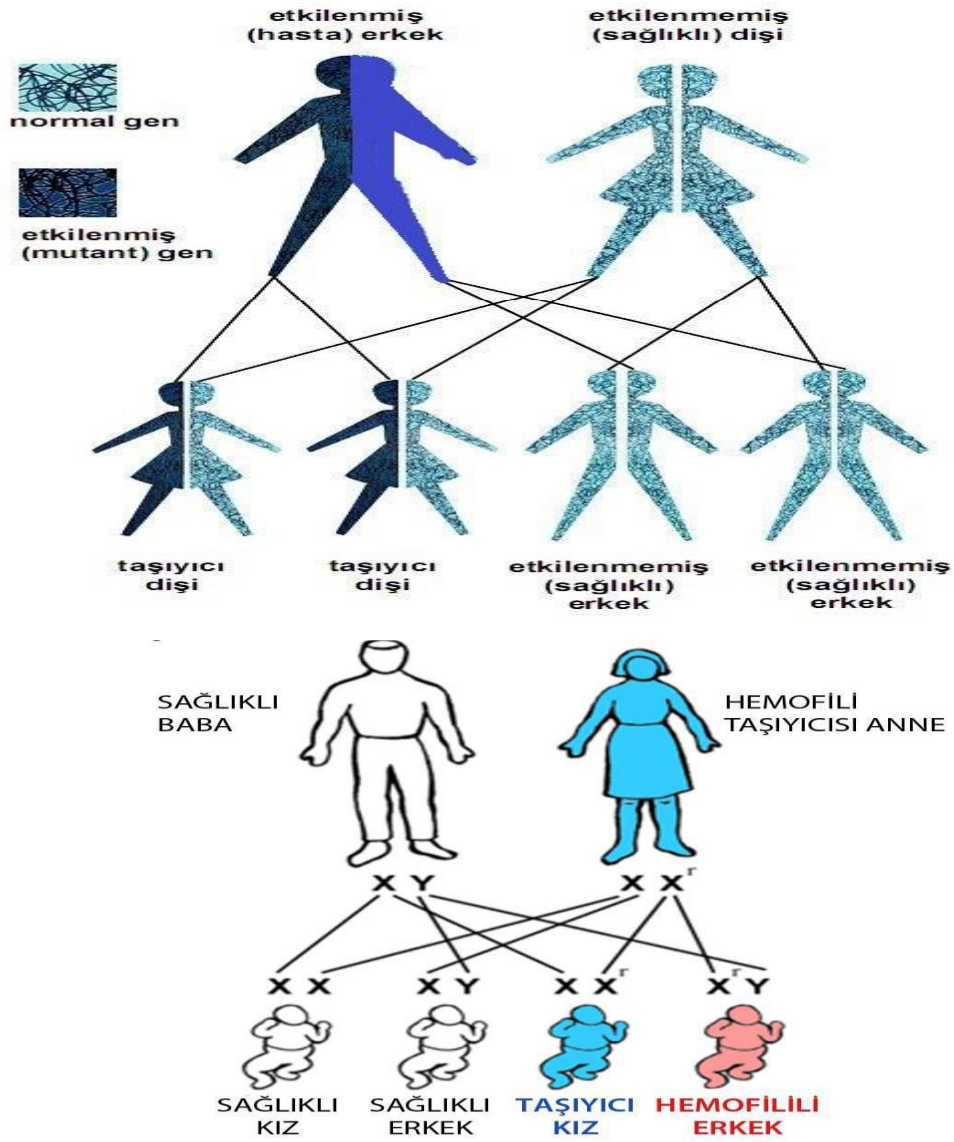
Hemofili X'e bağlı resesif geçiş gösteren, bu nedenle erkeklerde daha sık görülen bir hastalıktır. Hemofili insidansı 1\5000' dir. Her 5000 erkek bebekten birinde Hemofili A, her 10000 erkek bebekte Hemofili B görülme riski vardır (Kavaklı, 2011; Balkan ve Demir, 2011; Ünal, Gözen ve Gökalp, 2015; Shakur, 2015; Acharya ve Sarangi, 2016; Ambruso, Nuss ve Wang, 2016). Hemofili A insidansı, Hemofili B' ye göre 5-6 kat daha fazladır. Tüm hemofili hastalarının %85'ini Hemofili A, %15'ini ise Hemofili B hastaları oluşturmaktadır (Balkan ve Demir, 2011; Karaman, Akbayram, Garipardıç ve Öner, 2015). Türkiye'de yaklaşık 4500 Hemofili A ve 1500 Hemofili B hasta kaydı bulunmaktadır. Hastalık insidansı tüm coğrafyalarda aynıdır (Balkan ve Demir, 2011). Kadınlar; eğer aşırı liyonzasyon veya iki bağımsız mutasyon varsa nadiren etkilenmektedirler (Shakur, 2015).

2.1.4. Genetik ve Patobiyoloji

FVIII ve FIX geni X. kromozomun uzun kolunda yerleştiğinden (Xq27 ve Xq28) hemofili hastalığı X'e bağlı resesif geçişli doğumsal bir kanama bozukluğudur (Pavlova, Brondke, Musebeck, Pollmann, Srivastava ve Oldenburg, 2009). Hastalık genellikle taşıyıcı kadınlardan, erkek çocuklarına geçmektedir. Ancak eğer hasta bir erkekle taşıyıcı ile bir kadının birlikteliğinde veya Turner Sendromu gibi tek X kromozomu varlığında kız çocuklarında da hastalık ortaya

ıkabilir. Genelde hemofililer, akraba evliliklerinden doğan ve görünür kanama belirtisi için iki bozuk allel genin kalıtımına ihtiyaç duyan otozomal resesif koagülasyon bozukluklarından daha yaygındır (Şekil 1) (Hematoloji Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2011).

Hemofili hastalığının patobiyolojisini anlamak için hemostaz sistemini bilmek gerekir. Hemostaz; damar zedelenmesi sonrasında pıhtı oluşum sürecidir (Lane, Philippou ve Huntington, 2005). Trombosit tıkacının oluşumu, koagülasyon kaskadının aktive olması ve pıhtılaşma sürecinin yayılması, antitrombotik kontrol mekanizmaları tarafından pıhtılaşma sürecinin sonlanması ve fibrinolitik sistem aracılığı ile pıhtının ortadan kaldırılması gibi aşamalar hemostazın oluşmasında rol oynar (Furie ve Furie, 2008). Eğer koagülasyon kaskadında defect oluşursa pıhtı oluşum sürecinde patoloji gelişir ve bu durum hemofilide görülen kanamaların başlıca sebebini oluşturur (Bachli, 2000).



Şekil 1. Hemofilinın mendeliyen kalıtım şeması

Kaynak: Ivaškevičius, Pezeshkpoor, Biswas, Goldmann, Horneff, Gimbutyte ve Oldenburg, 2016

2.1.5. Klinik Bulgular

Sıyrık ve kesiklerin uzun süre kanaması, eklemler ve kaslar başta olmak üzere derin doku içi kanamalar, doğumda gelişen göbek kordonu kanamaları, sünnet sonrası durmayan ve uzun süren kanamalar hemofiliyi düşündürmelidir. Ailede kanama öyküsü hastaların üçte ikisinde bulunmaktadır. Hemofili tanısı bu klinik bulguların nedenlerinin araştırılması ile konur. Kanamaların şiddeti ve hastalığın derecesi bireyin serum faktör düzeyi ile korelasyon gösterir (Tablo 1).

Hastalık şiddeti arttıkça klinik bulgular daha şiddetli yaşanmakta ve tanı yaşı daha erkene kaymaktadır. Ancak hafif hemofili hastalarında tanı çoğunlukla travma veya cerrahi girişimler sonrası ciddi kanama görülmesi sonucunda daha ileri yaşlarda konulmaktadır. Hemofili hastalığı olan infantlarda ilk kanama olarak özellikle perinatal dönemde intraserebral kanamalar görülürken; yürümeye başlamış olan hemofilili çocuklarda daha sık olarak eklem veya kas iskelet sistemi kanamaları görülmektedir (Tarantinove ark., 2007; Richards ve ark., 2012). Ağır tip hemofili hastalarında 9 ay civarı, orta tip hemofili hastalarında ise 22 ay civarı tanı konur (Ljung ve ark., 1990). Hastaların %30'unda sünnet kanaması, %1-2'sinde yenidoğan döneminde kafa içi kanama ilk başvuru semptomudur.

Tablo 1.

Faktör Düzeyine Göre Hemofilinin Sınıflandırılması

	Faktör Düzeyi	Klinik Bulgular
Ağır	<%1	Spontan eklem ve kas içi kanamalar sıktır. Haftada 1-2 kez kanama görülebilir
Orta	%1-5	Spontan kanamalar daha azdır. Minör travma veya cerrahi girişim sonrası uzamış kanamalar görülür Ayda 1-2 kez kanama görülebilir
Hafif	%5-40	Ciddi travma, cerrahi girişim ve invaziv girişimlerden sonra kanama görülür. Spontan kanama ve eklem kanaması nadirdir.

Kanama Yerlerine Göre Klinik Bulgular

Kanamamanın gerçekleştiği yere göre klinik bulgular 5 maddede ele alınabilir, bunlar şu şekilde sıralanabilir;

a) İntrakranial kanamalar: İntrakranial kanamalar diğer kanamalara kıyasla görece olarak daha nadirdir; ancak en tehlikeli ve ölüme sebep olan kanama şeklidir (Franchini ve Mannucci, 2013). Spontan ya da travma sonrası her yaştaki hemofili hastalarında görülebilir. Hemofili hastalarında doğumda intrakranial kanama insidansı %3-4'dür (Klinge ve ark., 1999). Spontan

intrakranial kanamalar; hem çocuklarda hem erişkinler de görülmektedir. Spontan intrakranial kanama için en önemli risk faktörleri; ağır hastalık ve inhibitör varlığıdır (Nelson ve ark. ,1999). Erişkin hastalarda hipertansiyon varlığı da risk faktörü olarak rol oynayabilir. Her ne kadar bazı spontan intrakranial kanamalar klinik olarak sessiz ve sadece görüntüleme yöntemleri ile tanı konulsa da; baş ağrısı, kusma ve letarji gibi klinik semptomlar görülebilir. Post travmatik intrakranial kanamalar ise; hemen travma sonrası veya haftalar sonra geç komplikasyon olarak görülebilir. Hatta geç intrakranial kanamalar travmadan 3-4 hafta sonra bile görülebilir.

b) Eklem ve kas içi kanamalar: Hemartroz başka bir deyişle eklem içine kanama; hemofili hastalarında en sık kanama bölgesidir ve bu hastalar da tüm kanamaların %80 inden fazlasını oluşturur (Avina-Zubieta ve ark., 1998). Spontan hemartrozlar ağır tip hemofili hastalığının karakteristik bir özelliğidir. Eklem kanamasının sebebi sinoviyal damarların eklem boşluğu içine kanamasıdır. En az üç kez ard arda 6 ay içinde kendiliğinden kanamış olan eklemler hedef eklem olarak adlandırılır. Kanamalar her eklemden görülebilir. Çocuk hemofili hastalarında ayak bilekleri, erişkin hemofili hastalarında ise diz, dirsekler ve ayak bilekleri eklemleri en sık kanamanın görüldüğü eklemlerdir (Steven ve ark., 1986).

Kanama olan eklemden hemofili hastaları tipik olarak öncelikle sertlik ve sıcaklık artışı hissederler, ardından eklemden ağrı ve şişlik görülür. Hemartroz tanısı klinik olarak eklem ağrısı ile konulur, eklem hareketlerinde azalma fizik muayenede fark edilir. Travmaya bağlı kas içine kanama ve hematoma oluşması da hemofili hastalarında sık rastlanılan bir durumdur. Sıklıkla quadriceps ve iliopsoas gibi bacak kasları ve kol kaslarında hematoma görülür. Kas içine büyük kanamalar bulundukları bölgedeki damar ve sinir yapılarına bası yaparak çeşitli semptomlara sebep olurlar. Özellikle bacak kaslarında olduğu zaman kompartman sendromuna yol açabilir (Fernandez-Palazzi ve ark., 1996). Kanama durduktan sonra oluşan hematoma rezorbe olur, ancak bazen kronik kanamalar kas atrofisine kadar giden sinir felcine ve kas kontraktürüne neden olabilir. Bu kanamalar içinde femoral sinire bası yapması

nedeni ile oldukça ağrılı olan ve kalıcı sakatlığa yol açabilen kanama yeri İliopsoas kanamasıdır.

c) Epistaksis ve gastrointestinal kanamalar: Burun, ağız mukozası, diş etleri, dişlere yapılan herhangi bir girişime bağlı kanamalar görülebilir. Öksürmeye veya kusmaya bağlı olarak posterior farinks içine olan kanamalar sonucu hava yolu obstruksiyonu gelişebilir (Bogdan ve ark., 1994). Gastrointestinal sistemde özefajit, gastrit, divetikülit veya poliplere bağlı hematamez, hematokezya ya da melena görülebilir. Karın duvarına olan kanamalar ciddi ağrı ile seyreder, akut karın tablosundan ayrımı ancak bilgisayarlı tomografi ile yapılabilir. Bazen de barsak duvarına olan kanamalar klinik olarak akut apandisit, yalancı barsak obstriksiyonu ya da intusepsiyonu tablosu gibi prezente olabilir.

d) Genitoüriner sistem kanamaları: Hematüri, ağır hemofili hastalarında sık rastlanılan klinik durumlardan biridir. Genellikle herhangi bir ilerleyici böbrek hastalığının belirtisi değildir. Böbreklerden ya da mesaneden kaynaklanabilir ve günlerce sürebilir. Üretrada pıhtı formasyonu oluşur ise obstriksiyona bağlı kolik ağrı ortaya çıkar (Prentice ve ark., 1971). Eğer çok uzun sürüyor ve terapötik tedaviye cevap vermiyorsa hematürinin diğer sebepleri mutlaka araştırılmalıdır.

e) Diş ve cerrahi kanamalar: Dişle yapılan müdahaleler sonucu hemofili hastalarında kanama sık görülür. Bilhassa orta ve hafif hemofilik hastalarda cerrahi müdahaleden sonra durdurulamayan ve şiddetli kanamalarla hemofili tanısı konulabilir. Hafif hemofilik hastalarda spontan kanama ender olarak gözlenmekte iken cerrahi müdahale esnasında bu hastalarda ciddi kanamalar gözlenebilir. Bu kanama riski operasyondan haftalar sonra da devam edebilmektedir. Yoğun tedavilerde hastanede yatarak takip ve tedavi önerilmektedir. Sinir blokajı ve lokal anestezi verilecek ise bu işlemlerden önce faktör verilmesi gerekir. Diş çekimi faktör verilme tablosu dikkate alınarak yapılmalıdır.

2.1.6. Tanı

Hemofili tanısı ya bilinen aile hikâyesi nedeniyle ya da kanama kliniği sonrası konulur (Bolton-Maggs ve Pasi, 2003). Sıyrık ve kesilerin uzun süre kanaması, eklem ve kaslar başta olmak üzere derin doku içi kanamalar, doğumda gelişen göbek kordonu kanamaları hemofiliyi düşündürmelidir (Zülfikar, 1997). Çoğu çocukta emeklemeyi ve yürümeyi öğreninceye kadar semptomlar görülmeyebilir (Bolton-Maggs ve Pasi, 2003). Bu nedenle ortalama tanı yaşı; ağır tip hemofili için 9 ay, orta tip hemofili için 22 aydır. İlk başvuru semptomu olguların %30'unda sünnet kanaması, %1-1'sinde yenidoğan dönemindeki kafa içi kanamadır (Gürsel ve ark., 1999; 60-64). Ağır hemofiliklerin çoğu 4 yaşına kadar ilk eklem içi kanamasını geçirmiş olur (Pollmann ve ark., 1999).

Hastalık X'e bağlı resesif geçiş gösterdiğinden olguların 2/3'ünden daha fazlasında aile anamnezi pozitif olarak bulunur. Soyağacında birden fazla hemofili olan vakalar "familiyal", ilk defa kendisi hemofili olan vakalar ise "sporadik" olarak adlandırılır (Bolton-Maggs ve Pasi, 2003). Ailelerde özellikle ağır tip hemofili olgusu varsa taşıyıcı olan kadının belirlenmesi gereklidir (Corrigan, 2004). Hastalığın kesin tanısı laboratuvar tetkikleriyle konulur (Roberts ve ark., 2001)

2.1.7. Tedavi Seçenekleri

Hemofili, kalıtsal ve hayat boyu süren bir kanama bozukluğu olup günümüzde henüz tam olarak sağaltım sağlanamamaktadır (Bolton-Maggs ve Pasi, 2003). Ancak uygun doz ve sürede faktör kullanılırsa hemofili hastaları da sağlıklı akranları gibi normal hayat sürebilirler (Müftüoğlu, 1995). Tedavide multidisipliner yaklaşım ana prensip olmalıdır. İdeal bir tedavi ekibi hematolog, deneyimli hemşire, psikolog, fizyoterapist, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, genetik uzmanı, diş hekimi, radyolog, nükleer tıp uzmanı ve ortopedi uzmanından oluşur. Tüm bu kişilerin aynı anda aynı ortamda bulunması gerekmez, ancak ihtiyaç duyulduğunda hasta ve ailesi ile işbirliği içinde olmalıdır (Bolton-Maggs ve Pasi, 2003). Faktör replasman tedavisi, endojen faktör stoklarının serbestlenmesi ve pıhtının stabilizasyonu kanama kontrolünde öncelikli olarak uygulanan tedavi metotlarıdır (Sapp ve ark., 2004).

Tedavinin amacı sadece kanamayı durdurmak değil, aynı zamanda kısa sürede, daha az ürün kullanarak, en az masrafla deformite ve sekel gelişimini engelleyerek iyileşmeyi sağlamak olmalıdır. Hastaya mümkün olan en kısa sürede, hatta mümkünse evde müdahale edilmelidir. Bu tedavi, kanamalara karşı çok etkili olmakla birlikte, hemofili hastalarının %5'lik kısmında hastaya verilen faktöre karşı inhibitör adı verilen antikor gelişmektedir. İnhibitör varlığında vücuda verilen faktör hızlı bir şekilde yıkıma uğradığından etki gösteremez. Bu hastalarda kanamaları durdurmak çok güç olduğu gibi olası bir cerrahi müdahale esnasında ameliyat yerindeki kanamaların kontrolü imkânsız hale gelmektedir (Zülfikar, 1997).

Hastalar kanamalarını ve aldıkları tedaviyi kendi tuttukları bir takvim üzerinde işaretlemeli, en az altı ayda bir ağır hemofilik çocuklar, en geç yılda bir de erişkinler hemofili uzmanına muayene olmalıdır. Tedavi; kanama epizodlarında ve cerrahi müdahalelerde yerine koyma tedavisi, desmopressin uygulanması, profilaktik tedavi ve gelecekte uygulanabilecek gen tedavisi şeklinde özetlenebilir. Sağlıklı donörlerden alınarak kan işleme tesislerinde ayrıştırılıp, saflaştırılan ve virüs arındırma işlemleri uygulanarak kullanıma hazır hale getirilen kan ürünleri, eksik olan pıhtılaşma faktörlerinin plazma düzeyini yükselterek kanamaların durmasını sağlarlar. Tedavide 1950'lerde sadece plazma kullanılırken, bu tarihten sonra önce kriyopresipitat, 1970'lerde ise faktör konsantreleri satışa sunulmuştur (Pool ve ark., 1964). Başlangıçta bilinmeyen ancak daha sonra transfüzyona bağlı olarak geliştiği bilinen hepatit B ve C, 1980'den sonra ise HIV virüsü geçişi bilim adamlarını bu alanda yeni arayışlara yöneltmiştir (Franchini ve ark., 2009). Rekombinan ürünler 1990'larda üretilerek virüslerden arındırılmış faktörler kullanıma sunulmuştur. Gen nakli üzerinde çalışmalar sürdürülmektedir.

2.1.8. Komplikasyonlar

Hemofili, mortalitesi ve morbiditesi oldukça yüksek bir hastalıktır. Hastalığın kendine veya tedaviye bağlı gelişen komplikasyonları hemofili takibinde önemli bir yer almaktadır.

Tablo 2.*Hemofili komplikasyonları*

Hastalığa bağlı komplikasyonlar	Tedaviye bağlı komplikasyonlar
Kanamalar, ölüm	Alerjik reaksiyonlar
Deformite ve sekeller	Hepatitler
Büyüme-gelişme geriliği	AIDS
Psikososyal sorunlar	Creutzfeld-Jacob hastalığı
İmmün sistem bozuklukları	İnhibitör gelişimi

Kaynak: Gilchrist G, Piepgras D and Roskos R. Neurologic complications in hemophilia. Hemophilia and the Child and Adult. New York, Raven Press, Ltd, 1989

2.2. Hemofili Hastalarında Psikolojik Semptomlar

2.2.1. Toplumda Ruhsal Belirtilerin Yaygınlığı

Ruhsal belirtiler genel itibariyle somatik belirtiler, anksiyete belirtileri, depresif belirtiler, obsesif kompulsif belirtiler, psikotik belirtiler, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünceler, öfke/düşmanlık, fobik belirtiler ve ek belirtiler şeklinde gruplandırılmaktadır. Dünya genelinde yaşayan insanların %25'i yaşamlarının bir bölümünde ruhsal sorunlarla karşılaşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 yılında yayımladığı bir raporda 10 hastalıktan 4'nün ruhsal hastalıklar olduğunu bildirmiştir (DSÖ, 2007). Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen ruhsal hastalık epidemiyoloji araştırmasında nüfusun yaklaşık yarısının hayatlarının bir döneminde en az bir kez ruhsal sorun yaşadığı bildirilmiştir (Roades, 2000). DSÖ'ye göre küresel manada hastalık yükünün yaklaşık %13'ünü ruh sağlığıyla ilgili sorunlar teşkil etmektedir. Ülkemizde gerçekleştirilen saha çalışmalarında ruh sağlığı sorunları yaygınlığının yaklaşık %20 olduğu bildirilmiştir (Ocaktan vd., 2004).

Türkiye'de Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda; 18 yaş üzerindeki bireylerde ruhsal sorunların görülme oranı %17.2 olup, bunların içinde ilk sırayı anksiyete ve depresyon yaşayanlar almaktadır (Akt. Altinel, 2008). Özgür ve ark. (2011) tarafından hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada hemşirelerde sırasıyla; somatizasyon bozukluğu, paranoid düşünce, obsesif-kompulsif belirti, kişiler arası duyarlılık, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, psikotizm alt ölçek

puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Aşkın ve ark. (1995) tarafından 537 lise öğrencisi üzerinde gerçekleştirilen bir başka araştırmada öğrencilerde somatizasyon görülme oranının %44, obsesif kompulsif belirtilerin %69, kişilerarası duyarlılığın %77, depresyonun %61, anksiyetenin %66, öfke/düşmanlığın %54, fobik anksiyetenin %27, paranoid düşüncelerin %56, psikotik belirtilerin %40, uyku-yeme sorunlarının %62 olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde gerçekleştirilen başka bir araştırmada farklı düzeylerde klinik yakınmalara neden olan psikotik belirti yaygınlığının şizofreni yaygınlığına oranla 4 kat fazla olduğu bildirilmiştir (Alptekin, 2009).

2.2.2. Psikiyatrik Bozukluklar

Yaygın görülen psikolojik bozukluklar aşağıda tanımlanmıştır;

2.2.2.1. Anksiyete

Tarihi milattan önceki yıllara kadar uzanan anksiyete; 18. yüzyılda fiziki ve psikolojik belirtileri ayrı ayrı ele alınırken, daha sonra yapılan değerlendirmeler sonucunda bu belirtilen aynı psikolojik sorunun parçaları olduğu fark edilmiştir. Freud bu fiziksel ve psikolojik belirtileri bir araya getirerek “anksiyete nevrozu” olarak tanımlamış ve bir organik orijine sahip olduğunu savunmuştur. Krapelin ise bunu “korku nevrozu” olarak tanımlamış, anksiyetenin fiziksel, otonomik ve davranışsal belirtilerinden bahsetmiştir (Ay, 2011). Anksiyete yaşam için tehdit unsurlarından olan iç kaygı, iç sıkıntısı ya da bunalım gibi tehdit olarak algılanan duyguları ifade eder (Işık ve Taner, 2006). Anksiyete korkuya benzer bir duygu olmakla beraber, farklı olarak sanki bir felaket yaşanacakmış, kötü bir haber alacakmış gibi endişe, sıkıntı şeklinde algılanmakta olup, bu algının düzeyi kişiden kişiye farklılık göstermektedir (Öztürk, 2008). Anksiyetede bireyde ortaya çıkan kaygı, korku, endişe gibi durumlara bedensel ve davranışsal tepkiler de eşlik eder. Bu tepkiler anksiyete yaşayan kişinin kendine güven yetersizliği, kendini kabiliyetsiz, beceriksiz olarak algılaması nedeni ile orantısız bir şekilde ortaya çıkabilir (Zeytin, 2012).

Aslında her insan belirli bir düzeyde anksiyete hisseder, çünkü; biyolojik koruma mekanizmalarının bir parçası olan kaçma ya da olayla mücadele açısından gereklidir. Ancak ortada herhangi tehlikeli bir durum bulunmamasına

karşın ortaya çıkıyor ve bu durum kişide sosyo işlevsel bozukluk yapıyor ise; yani; ailesi, sosyal çevresi ya da mesleki yaşamı etkileniyor ve kişiler arası ilişkileri bozuluyor ise patolojik anksiyeteden söz edilir (Gürbüz, 2010). Bir süre sonra kişi bu durumla mücadele edemez duruma gelir. Ayrıca gerginlik, huzursuzluk, sıkıntı, çabuk sinirlenme ve yerinde duramama gibi duygusal ve davranışsal belirtilerin yanısıra baş ağrısı, çarpıntı, kulak çınlaması, yorgunluk gibi fizyolojik belirtiler de görülmeye başlar (Bal, 2010). Düşünce içeriğinde ise bariz bir bozukluk olmayıp, düşünce içeriğinde kaygı fazladır (Öztürk, 2008).

Anksiyete bozuklukları alt gruplara ayrılarak sınıflandırılmıştır. DSM -5'e göre anksiyete bozuklukları; yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılma kaygısı bozukluğu, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete şeklinde verilmiştir (Köroğlu E., 2016).

2.2.2.2. Depresyon

Depresyon etyolojisi, gidişatı ve tedavisi bakımından son derece kompleks ruhsal bozukluklardan birisi, belki de en önemlisidir. Çökkün ve derin üzüntülü duygudurum içerisinde yorgunluk, halsizlik, durgunluk, isteksizlik, motivasyon kaybı, suçluluk, değersizlik ve karamsarlığın hissedildiği, düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, dikkat ve konsantrasyonda azalma, aşırı yeme isteği ya da yememe gibi pek çok belirtinin gözlemlendiği bir sağlık sorunudur (Tezcan, 2011). Depresyonun etiyolojisi henüz tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, genetik, biyolojik, psikososyal etkenlere dayandırılmaktadır. Son 30 yıla bakıldığında biyolojik sebepler üzerindeki araştırmalar; ebeveynlerinden birinde depresyon öyküsü olan çocukların depresyon yaşama ihtimalinin depresyonu olmayan ebeveynlerin çocuklarıyla karşılaştırıldığında daha yüksek olduğunu, doğumdan beri birbirinden ayrı yetiştirilseler de ikizlerden birinde, tekrarlayan depresyon problemi görüldüğü takdirde, diğerinde depresyonu yaşama oranının yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Wender ve arkadaşları (1986) ile Rice ve arkadaşlarının (1987) aile geçmişi, ikizler ve evlat edinilmiş çocuklarla yaptığı çalışmalarda elde edilen sonuçlarda da kişinin depresyona yatkınlığı ile kalıtım arasında ilişki olduğunu bulmuştur.

Epidemiyolojik çalışmalar depresyonun genetik aktarımına ilişkin kanıtları aile, evlatlık ve ikiz çalışmalarıyla %33 olduğunu göstermektedir. Cinsiyet farkının da genetik aktarımda etkili olduğu ve kadınlarda bu oranın erkeklere göre daha yüksek olduğu erken yaşta gelişen ve yineleyen depresyon vakalarında genetik riskin daha da arttığı bildirilmiştir. Hormonal faktörlerin de, bazı depresif vakalarda rol aldığı bilinmektedir. Hipofiz ve tiroid sistemlerindeki anormallikler, majör depresyonlu hastalarda yoğun bir şekilde incelenmektedir. (McWilliams N. S.279)

Psikanalitik Yaklaşımaya göre ise; Freud ünlü “Yas ve Melankoli” makalesinde erken çocukluk döneminin öneminden bahsetmiş, yas ve melankoliyi, bu durumlara yatkın olan kişilerin ruhsal yapısında sevgi nesnesinin yitimi ve yitirilen sevgi nesnesine karşı geliştirilen ikili duygularla açıklamaya çalışmıştır (Akt; Davison ve Neale, 2004). Buna göre; anne tarafından oral dönemde çocuğun ihtiyaçlarının aşırı karşılanması ya da çok az karşılanması bireyin o dönemde kalmasına ve o döneme ait içgüdüsel doyumlara bağımlı olmasına neden olmaktadır. Oral dönemdeki bu saplanmaya bağlı olarak birey, benlik saygısının sürmesi için başka insanlara bağımlı olma eğilimi geliştirebilir (Aktaran Geçtan, 2006). Freud’a göre kişi, bağımlı olduğu sevgi nesnesinin kaybindan sonra matem (yas) yaşantısı içine girer. Bu matem yaşantısının şiddeti ve süresi, kişiden kişiye ve yitirilen sevgi nesnesine olan bağımlılığın derecesine göre değişir. Bu süreçte kişi, ilk önce kayıp sevgi nesnesini içselleştirir (introjection) ve sonra onu geri getirmeye çalışarak onunla özdeşim kurar.

Freud bu varsayımıyla yaslı ve melankolik kişilerin, kendilerini eleştirmelerinin, suçlamalarının ve yargılamalarının sebebini; yitirilen sevgi nesnesinin içselleştirilmesinden dolayı, dolaylı olarak kendilerine yönelttikleri öfke ve düşmanca duygular olarak açıklar (Akt; Öztürk, 1994).

Öztürk (1994)’e göre, psikoanalitik kuramın bilinçaltı etkenleri ve düzenekleri kısaca şu şekilde sıralanır: kişinin süperegosu (üstbenliği) katı ve cezalandırıcıdır, ilişkilerinde sevgi ve nefret gibi ikili duygular hâkimdir. Özellikle de kişinin benliğinde yaşatılmış ve içe atılmış sevgi nesnesine yönelik güçlü ikili duygular bulunur. Kişide sevdiği bir kişi ya da nesneyi kayıp duygusu

geliştiğinde (gerçek bir kayp durumunda ya da dūşünsel bir değişim durumunda) , bu kayıp duygusu bilinçaltında ikili duyguları uyandırır, kin ve nefreti. Bu noktada acımasız ve cezalandırıcı olan üstbenlik devreye girer ve kiři bu yüzden bu kini ve nefreti kendine yöneltir. Bunun sonucunda ise kişinin özsaygısı düşer, kendini ölümü bile hak eden, anlamsız bir yaşama sahip, değersiz, küçük ve suçlu biri olarak görür.

Bilişsel Davranışçı Kuram' göre Aaron Beck, biliş düzeyleri ve düşünce sistemlerinin depresyonda rol aldığını öne sürer. Ayrıca, depresyondaki kişinin düşüncelerini olumsuz yorumladığına ve karşılaştıkları çeşitli psiko-sosyal stres faktörlerine olumsuz düşünce şemaları geliştirdiğine dikkat çekmiştir. Çocukluk dönemlerinde geliştirdikleri bu olumsuz şemaları, yaşadıkları yeni olaylarla karşılaştıklarında harekete geçer, örneğin; yetersizlik şeması depresyondaki bireyin her yaptığı işte başarısızlık beklentisine girmesine, kendini itham etme şeması yolunda gitmeyen bütün işlerden kendini sorumlu tutmasına, kendini olumsuz değerlendirme şeması ise değersizlik duygularına sebep olur (Akt; Davison ve Neale, 2004). Beck ve arkadaşları depresyonun ruhsal alt yapısını; bilişsel üçlü adını verdiği; kişinin kendini olumsuz değerlendirmesi, çevresini ve yaşamı olumsuz değerlendirmesi, geleceğini olumsuz değerlendirmesi olarak açıklar (Akt; Köknel, 2005). Bilişsel çarpıtmalar; kişinin düşüncesine var olan sistematik ve süreğen mantık hatalarıdır. Bu bilişsel çarpıtmalar seçici algılama, bireyselleştirme, keyfi çıkarsama yapma, aşırı genelleme, ikili düşünme ve abartma ya da küçültme şeklinde özetlenebilir. (Akt; Köknel, 2005).

2.2.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesyon kelimesi Latince "rahatsız etme" anlamına gelen "obsideratum" veya "obsidere" kelimesinden türetilmiş olup istemsiz, yineleyici, kişinin anlamsız ve yanlış olduğunu bildiği ve bireyin benliğini rahatsız ettiği halde zihni işgal eden düşünce, dürtü veya imgeleri ifade eder. (Bayar ve Yavuz, 2008: 185). Kompulsiyon (zorlantı) genel olarak bir obsesyona mani olmak için belirli kurallar ile yapılan motor ya da mental eylemleri ifade eder (Bayar ve Yavuz, 2008: 185). Kendiliğinden gelen, uygunsuz yaşanan ve bariz sıkıntıya yol açan obsesyonların baskılanması, etkilerinin azaltılması için

kompulsiyonlar gelişir. Bayar ve Yavuz'a (2008: 185) göre DSM-III kriterlerinde kompulsiyonlar sadece davranış olarak tanımlanmasına karşın DSM-IV'te ise obsesyonları nötralize etmede kullanılan düşünceler de kompulsiyon olarak tanımlanmaktadır. (Bayraktar; 1997: 25).

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne (APA) (2013) göre kompulsif bozukluk bireyin sosyal ve mesleki fonksiyonlarında bariz bozulmalara neden olan, benliğe yabancı, rahatsızlık verici, yineleyici ve bunaltıya yol açan düşünceler ve bunaltıyı gidermek adına yapılan tekrarlayıcı davranış veya zihinsel eylemler ile (kompulsiyon) tanımlanan bir psikiyatrik bozukluktur. En yaygın olarak görülen obsesyonlar kirlilik ve bulaşma obsesyonlarıdır, ancak kontrol, simetri, dini, cinsel, saldırganlık gibi birçok obsesyon çeşidi de vardır. Bu obsesyonlar motor eyleme dönüştüğü zaman kompulsiyon olarak adlandırılır. Bu obsesyonlar karşılığında temizlik yapma, sayı sayma, sık sık kontrol etme gibi kişinin kendisini rahatlatmak amacıyla istemsiz olarak yaptığı davranışlar vardır. Kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının anlamsız olduğunu bildiği için belirgin sıkıntıyaşar ve rutin günlük işlerini, mesleki ve toplumsal işlevselliğini azaltarak önemli ölçüde yapamaz hale gelir (APA, 2013).

DSM-V'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk'un tanı kriterleri; obsesyonların, kompulsiyonların veya ikisinin birden varlığının olması, bu obsesyonların; bazen zoraki, istenmeden geliyormuş gibi yaşanının, pek çok kişide bariz kaygı veya sıkıntıya yol açan, tekrarlayıcı ve sürekli düşünceler, itki ve imgeler şeklinde olması, bireyin bu düşünce, itki veya imgelere aldırış etmemeye veya bunları baskılamaya çalışması veya bunları başka bir düşünce veya eylem ile nötralize etmeye çalışmasıdır. Tüm bu obsesyon-kompulsiyon belirtilerinin (kötüye kullanılan ilaç vb.) veya bir başka sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkileriyle ilişkilendirilemez olması ve başka bir ruhsal bozukluğun belirtileri ile daha iyi açıklanamaz olması sayılmaktadır. (APA, 2013).

2.2.2.4. Öfke-Düşmanlık

Öfke, bir kişinin tehdit olarak algıladığı durum ya da başka kişiler karşısında gösterdiği saldırganlık tepkisi veya kızgınlık gibi hissettiği duygu durumudur. Hissedilen bu öfke duygusu karşısında kişi vereceği tepkiyi çocukluk

yaşlarından itibaren öğrenerek, ya içe atıp bastırarak ya da dışa yönelterek saldırgan davranışlar sergileyecektir (Kayaoğlu, 2014). Aslında canlıların yaşamını idame ettirebilmesi ve soyunu sürdürebilmesi için her türlü tehdite karşı uyarılması ve kendisini savunmak için saldırgan davranışlar gösterebilmesi doğaldır. Bu durumda öfke, bir yandan organizmayı uyarırken diğer yandan kendisine zarar verici veya saldırgan davranma eğiliminin farkına varması konusunda etkin bir rol oynamaktadır (Soykan, 2003).

Öfkenin dışa yöneltilmesi daha sık tercih edilen ve daha kolay yol olarak görülmekte ve saldırgan davranış ile dışarı vurulmaktadır (Aydın, 2005). Bu davranışlar; sinirlilik ve titreme durumu, ötekini suçlama hali, güvensizlik, kızma, birşeyleri kırma isteği, birini dövme, yaralama davranışı gibi zarar verme gibi kızgınlık, saldırganlık ve öfke semptomlarını içerir (Kılıç, 2016). Öfkenin ifade ediliş biçiminde sosyokültürel faktörler önemli rol oynamaktadır. Köknel (2000), öfke davranışlarını model alma, taklit etme, özdeşleşme ve sağlamlaştırmalar ile öğrenilen tepkiler olarak tanımlamaktadır. Bu sebeple sosyal becerilerin geliştirilmesi, öfke ve saldırganlık ile baş etmede çok önemlidir. Bu nedenle sosyal ilişkilerin geliştirilmesi öfke ve saldırganlık ile başa çıkmada önemlidir. Çocukların ve ergenlerin benlik saygısını arttırmanın ve problem çözme becerilerini geliştirmenin, erken ve yaş grubuna uygun olmayan cinselliğe ve madde kullanımına hayır diyebilmesinin, şiddet içerikli davranışların, agresifliğin, depresyonu ve stresi azaltmanın veya önlemenin sosyal becerileri geliştirmek sayesinde mümkün olduğu görülmüştür (Yiğit ve Yılmaz, 2011).

2.2.2.5. Paranoid Bozukluk

Paranoid bozukluk gerçek yaşam ile ilişkili olabilecek sistematik sanrıların olduğu, nispeten daha az rastlanılan, ancak önemli etkilere sahip psikotik bir bozukluktur. ‘Paranoya’ terimi ilk kez 1863 yılında Krahlbaum tarafından zihinsel olan ve kısmi delilik olarak adlandırdığı ayrı bir grup hasta için kullanılmıştır. Ardından Kraepelin, paranoya terimini dementia preacox tablosuna benzeyen fakat yıkımın olmadığı, sabit, düzenli, tedirgin etmeyen sanrıların bulunduğu, çok nadir görülen ve kronik seyreden ayrı bir tabloyu tanımlamak için kullanmıştır. Paranoya teriminin sadece perseküsyon tipini

çağırıştırması nedeniyle, 1977 yılında paranoya yerine hezeyanlı bozukluk terimi kullanılmaya başlanmıştır (Savrun, 2008). Halen DSM-V'de Sanrılı Bozukluklar başlığı altında tanımlanmaktadır.

Bir kişinin kendini aşırı sevdiğine inandığı; “Erotomani” alt tipi, büyük bir yeteneği ya da görüşü olduğuna, önemli bir buluş yaptığının dair “Büyüklük” alt tipi, eşinin ya da sevgilisinin kendini aldattığına dair sanrılarının olduğu “Kıskançlık” alt tipi, kendine veya yakınına kötü davranıldığı, izlendiği, zehirlendiği ya da ilaç verildiğine yönelik sanrılar geliştirildiği “Kötülük Görme” alt tipi, bedensel işlevleri ya da duyumları kapsayan “Somatik” alt tipi ya da sanrılarının açıkça belirlenmediği, özgül türlerden biri olarak tanımlayan “Belirlenmemiş” alt tipleri bulunmaktadır. En yaygın gözlenen tip; “Kötülük görme” alt tipidir (Yıldız 2007, Wang ve ark. 2007). DSM-V'e göre sanrılı bozukluk tanısı konabilmesi için bir ya da birden çok sanrının en az bir ay süreyle devam etmesi gerekir ve varsanılar varsa bile belirgin olarak konuyla ilişkilidir. İlgörü her zaman bozuk olduğu gibi işlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır ve davranışlar açıkça yadırganacak kadar olağan dışı değildir. Ortaya çıkması durumunda mani ya da yeğin (majör) depresyon döneminin süresi, sanrısız dönemlerin süresinden daha kısadır. Ayrıca bu bozukluk, bir maddenin ya da sağlıkla ilgili başka bir durumun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz ve beden algısı (dismorfik) bozukluğu ya da takıntı-zorlanti bozukluğu gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz (APA, 2013). Paranoid bozukluğu olan bireylerde ilgörü olmadığı için tedavi olmak istemez, tedavi önerilerini de kabul etmezler. Aslında aşırı dikkatli, özbakımları iyi kişilerdir ancak genellikle mesafelidirler ve sanrıları yüzünden başkalarına zarar verme ihtimalleri yüksektir. Depresyon eş tanısını da sıklıkla ladıkları için orta yaşın üzerindeki her depresyonda hezeyanlı bozukluk mutlaka sorgulanmalıdır (Savrun, 2008).

2.2.2.6. Psikotizm

Sosyal çevreden uzaklaşma, şizoit yaşam tarzı ya da şizofrenik sanrılarının bariz olduğu, kişinin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu durumdur (Kılıç, 2016). Psikotik belirtiler, psikotik bozukluklarda, duygudurum bozukluklarında, madde kullanımında ve bazı tıbbi durumlarda görülebilen düşünce, algı,

duygulanım ve davranışla ilgili belirtilerdir. Bu belirtiler sosyo işlevsel bozulmalara yol açmaktadır. Psikotik bozukluklar toplumda sanılandan daha fazla görülmekte, özellikle de sanrılara ya da varsanılara benzeyen düşünce ve algılara daha yaygın rastlanmaktadır (Johns ve ark. 2004, Kendler ve ark. 1996, Van Os ve ark. 2000). Bu nedenle bir kişide psikozun “var ya da yok” şeklinde keskin bir ayrımının yapılması yerine belirti şiddetinin farklılık gösterdiği bir spektrum şeklinde değerlendirilmesi gerektiği görüşü ağırlık kazanmaktadır (Eaton ve ark. 1991, van Os ve ark. 2000, Johns ve van Os 2001). Spektrumun bir ucunda hiç bir sanrı ya da varsanısı olmayan kişiler varken, diğer ucunda psikotik bozukluk hastaları vardır. İki ucun arasında ise farklı şiddetlerde belirti gösteren ve farklı klinik tanımlar alan (ya da almayan) kişiler bulunmaktadır (Van Os ve Verdoux 2003).

Psikotik Bozukluklar; DSM-V Psikiyatrik sınıflandırma sisteminde ‘ Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar ‘ başlığı altında; Şizotipal Bozukluk, Sanrılı Bozukluk, Şizofreniform Bozukluk, Kısa Psikoz Bozukluğu, Şizofreni, Maddenin/İlacın yol açtığı Psikotik Bozukluk, Başka bir ruhsal bozukluğa veya hastalığa eşlik eden Katatoni olarak sınıflandırılmaktadır (APA, 2013). Psikotik Belirtilerin bulunduğu Psikotik Bozukluklar içinde en önemli psikotik bozukluk şizofrenidir. (Buchanan ve Carpenter 2005). Şizofrenide pozitif ve negatif psikotik belirtilerden söz edilmektedir. Bunlar; sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ve davranışların olduğu pozitif psikotik belirtiler, düz duygulanım, sosyal içe çekilme, düşünce içeriğinin fakirleşmesi gibi negatif psikotik belirtilerdir (APA, 1994).

2.2.2.7. Yeme Bozukluğu

Yeme bozukluğu, kişilerin yeme davranışlarında gözle görülecek şekilde bozulmanın olmasıyla, belirli fiziksel ve psikososyal alanlarda bozuklukların eşlik ettiği, bireyde davranış bozukluklarına da neden olan bir bozukluktur. (Devran, 2014). Yeme tutumu bireylerin beden algıları ile sıkı ilişki içerisindedir. Yeme bozukluğu sorunu bu bağlamda beden algıları üzerinde etkili olmakta, kendisini normalden daha şişman ve vücudunu biçimsiz algılamasına yol açmaktadır. Bu nedenle de yeme bozukluğuna sahip olanlar

yiyeceklerini kısıtlamakta ve daha fazla kilo almamak için kendilerini kusturabilmekte veya haddinden çok spor yapabilmektedirler (Ulaş ve ark., 2013). Günümüzde yaşam şartlarının değişmesi, yemek yeme biçimini de etkilemiş, yemek hazırlamak için yeterli vakit bulamadıklarını söyleyerek hazır gıdalara yönelmelerine neden olmuştur. Yeme alışkanlıklarında meydana gelen bu değişimle beraber yeme problemleri, fizyolojik ve psikolojik sorunlara da neden olmaktadır. Aynı zamanda fiziksel zayıflığa kavuşma istek ve arzusu yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında da etkili olmuştur (Troisi ve ark., 2005).

Yukarıda bahsettiğimiz anksiyete bozukluğu, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozukluğu, psikotik bozukluk, paranoid bozukluk, öfke ve düşmanlık gibi psikiyatrik belirtiler özellikle kronik hastalığı olan bireylerde görüldüğünde zaten hastalık halinin yarattığı bir takım yaşam zorlukları varken bir de psikolojik olarak zorlandıklarında yaşam kalitelerinin önemli ölçüde bozulduğunu bize göstermektedir. Bu bağlamda psikolojik dayanıklılık kavramı öne çıkmaktadır.

2.2.3. Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık genel olarak bir uyum ve başarı sağlama sürecidir (Hunter, 2001). Dolayısıyla bireyin gelişim sürecine tehdit oluşturan; travma, önemli sağlık sorunları, ailevi problemler, maddi sorunlar gibi stresörlere karşı psikolojik olarak dayanıklı olabilmek için uyum sağlama süreci şeklinde tanımlanmaktadır (Tusaie ve Dyer, 2004). Yani psikolojik dayanıklılık; insanın yaşadığı travmatik olaydan veya kötü durumdan sonra hızlı bir şekilde iyileşme becerisi, kendini toparlayabilme, incindikten sonra tekrar eski haline kolay bir şekilde dönebilme becerisini ifade eder (Öz ve Yılmaz, 2009). Psikolojik olarak dayanıklı diye nitelendirilen bireyler stresli durumları tehdit olarak algılamaktan ziyade sahip oldukları kabiliyetlerinin sınıandığı imkanlar şeklinde algılayıp kendilerini işlerine veren, olayların kontrolünün kendilerinde olduğunu düşünen, karşı karşıya kaldıkları negatif olayları avantaja dönüştürebilen, böylece stres düzeylerini azaltabilen kişilerdir (Şahin, Yetim ve Çelik, 2012).

Psikolojik olarak dayanıklı diye nitelendirilen bireylerin 3 temel özelliği vardır. Bunlar; kendi yaşamlarındaki olayları kontrol edebileceklerine inanmaları,

yaşamlarındaki her olaya karşı kendilerini yükümlü hissetmeleri, değişimi gelişmek için heyecan verici bir mücadele olarak görmeleridir (Tümlü ve Recepoğlu, 2013). Psikolojik dayanıklılıkları yüksek olan kişiler; yaşadıkları olumsuz olaylarla mantıklı bir şekilde mücadele edebilme, gelecek hakkında plan yapabilme, çevresindeki kişileri motive edebilme ve başarı motivasyonu sağlayabilme gibi bilişsel niteliklere, duygularını fark ve kontrol edebilme, yüksek öz saygı, öz yeterlik ve öz güven, engellenmeye dayanabilme ve yeni durumlara kolay bir şekilde uyum sağlayabilme gibi duygusal niteliklere, iletişim becerilerini etkin şekilde kullanabilme, diğer insanlarla olumlu ilişkiler kurabilme ve bu ilişkileri sürdürebilme, sorunlarının tek başına üstesinden gelebilme gibi sosyal niteliklere sahiptirler (Haynes 2005).

Shaikh ve Kauppi (2010) ise, psikolojik dayanıklılık kavramına pozitif psikoloji yaklaşımı kapsamında yaklaşmakta, planlı hareket etme, kararlı olma, öz disipline sahip olma, kendiyle barışık olma ve yaşamın bir anlamı olduğuna inanma gibi birbirleriyle etkileşim halinde olan boyutları kapsayan süregelen bir kişilik özelliği (Wagnild ve Young, 1993), zihinsel işlevlerin etkin oluşu, aile bağlarının sağlamlığı, bireyin uyumunu kolaylaştıran ya da olumsuz durumları telafi eden okula devam etme gibi psikososyal; sinirsel plastisite, nöroendokrin ve bağışıklık sisteminin işlevselliği ile genetik yatkınlık gibi pozitif biyolojik faktörlerin varlığı çerçevesinde değerlendirmektedirler.

Sosyal araştırmalar çerçevesinde ise; psikolojik dayanıklılık, kişinin amaca yönelik, yaratıcı ve özerk bir şekilde seçim yapabilme (örn., sosyal ilişkilere aktif bir şekilde katılma) ve bu seçimleri yaşam içerisinde uygulayabilme kapasitesi, kişinin varlığını sürdürebilmek için toplumsal olarak kabul edilebilir eylemlerde bulunabilmesi şeklinde iki temel yaklaşım altında değerlendirilmektedir (Shaikh ve Kauppi, 2010). Bu yaklaşımlar dâhilinde psikolojik dayanıklılığın gelişmesi için; risk faktörlerinin etki düzeyini değiştirmek ya da koruyucu faktörlerin etki düzeyini güçlendirmek suretiyle adaptasyonu sağlamaktır. (Masten, 2001: 229-234). Kişinin inanç ve değerlerine bağlı olması, aile, iş yaşamı ve sosyal çevresiyle olumlu ilişkiler içinde olması, karşılaşacağı olumsuz ve stres yaratan yaşam olayları ile mücadelesinde destek olmaktadır. Bir kişinin psikolojik olarak dayanıklı olması

için illa özel niteliklere sahip olmasına gerekolmamakta, normal bireylerde eğitilerek psikolojik olarak dayanıklı hale getirilebilirler (Koç-Yıldırım 2014).

Psikolojik Dayanıklılık; kişisel yetkinlik, özgüven, bağımsızlık, kararlılık, mağlup edilemezlik, ustalık, beceriklilik ve azim niteliklerini kapsayan kişisel bir yeterlik, uyum sağlayabilme, esneklik ve dengeli bir kendilik bakış açısının geliştirilebilmesini kapsayan kendini ve yaşamı kabul olmak üzere iki ana boyuttan oluşur (Wagnild ve Young, 1993).

Psikolojik dayanıklılığın Kişisel Yeterlilik boyutunu beş basamakta açıklayabiliriz;

- a) Kendine güven boyutu; bireyin ani ve beklenmedik olaylar karşısında ve kişisel problemler yaşadığı anlarda çözüm yolu bulabilme, bu olaylar ve problemler ile başa çıkabilme becerileri
- b) Gerçekçi Hedefler Boyutu; kişinin ne derecede iyi düşünülmüş ve başarılması mümkün gelecek hedefleri olduğunu; bu hedefleri nasıl başaracağını bildiğini ve gelecekte umutlu olması
- c) Planlama becerisi Boyutu; kişinin bir işe başlarken detaylı planlar yapabilme, zamanını düzgün planlayabilme ve net hedefleri olduğunda başarıya ulaşabileceğine inanması
- d) Sosyal Yeterlilik Boyutu; kişinin diğer insanlarla birlikte olmaktan hoşlanma, kolaylıkla yeni insanlarla tanışıp arkadaşlık kurabilme ve sosyal ortamlarda rahat olabilme becerisi
- e) Sosyal Kaynaklar Boyutu; bireyin güçlü arkadaşlık ilişkilerine sahip olma, arkadaşlarından ve ailesinden destek alabilme becerisi
- f) Aile Desteği ve uyumu boyutu; kişinin önem verdiği şeylerle ailesininkilerin örtüşmesini ve ailesiyle birlikteyken kendini mutlu hissetmesi (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge ve Martinussen, 2003).

Risk Faktörleri

Kişilerin psikolojik olarak sağlıklı bir yaşam sürmesine ve psikolojik dayanıklılık göstermesine zarar verebilecek kötü deneyimler ve yaşam güçlükleri risk faktörleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Masten, 2002). Risk faktörleri üç başlık altında incelenmektedir. Bunlar;

- a) **Kişiyile ilgili risk faktörleri:** Düşük zeka seviyesi, ruhsal bozukluklar, genetik anomaliler, özgüven eksikliği, yaşanan zorluklarla başa çıkma mekanizmalarındaki yetersizlik, sosyal değerleri yeterince benimsememiş olma ve madde kullanımı gibi faktörler kişinin kendisiyle ilgili olan bireysel risk faktörleridir.
- b) **Aile ile ilgili risk faktörleri:** Ebeveynlerin olmayışı (boşanma, vefat, terk etme gibi), tek ebeveyne sahip olma, zayıf aile bağları, ebeveynlerden birinin hastalığı, çeşitli bağlanma problemleri, aile içi şiddet, çeşitli ihmal ve istismarlar gibi risk faktörleri aile ilgili olan risk faktörleridir.
- c) **Sosyal risk faktörleri:** Sosyoekonomik düzeyin düşük oluşu, doğal afet, işsizlik, göç ve savaşlar gibi toplumsal olaylar ile şiddet olaylarının yaşandığı çevre içinde bulunmuş olmak, ihmal ve/veya istismara (bedensel, duygusal, sosyal) mağruz kalmak gibi riskler çevresel ve sosyal risk faktörleridir (Ruther, 1987, Terzi, 2005).

Koruyucu Faktörler

Psikolojik olarak dayanıklı bireyler felaketlerle ve zorluklarla başa çıkmada “içsel” ve “dışsal” kaynaklarını kullanırlar. Psikolojik dayanıklılıkla ilişkili bu içsel faktörler içgüdüsel, genetik miras ve birey kaynaklıdır. İçsel koruyucu faktörlerde bazı kişilik özellikleri; ılımlı bir mizaç, yüksek bir zeka, iyi bir mizah yeteneği, yüksek bir benlik saygısı, duygularını regüle edebilme yeteneği, empatik olabilme, dayanıklılık, olumlu baş etme mekanizması ve etkili problem çözme ve çözüm odaklı olma becerileri gibi psikolojik olarak dayanıklı kabul görülen kişilerde risk faktörlerinin olumsuz etkilerini aza indiren bireysel koruyucu faktörler olarak tanımlanmaktadır (Akt; Gerenberg, 2006). Dışsal

koruyucu faktörler ise, yaşamı tehdit eden durumlar altında bireylerin uyum sürecindeki olumsuz durumları önlemeye etkisi olan aile ve toplumla ilgili sosyal alandaki koruyucu faktörleridir. Örneğin; eğitim seviyesi yüksek olan ebeveynlere sahip olma, güçlü aile içi iletişim ve çocukla ilgili olumlu gelecek beklentilerine sahip olma gibi faktörler; ailesel koruyucu faktörler olarak sayılırken, çocuğun iletişim kurduğu rol modelin, okulda kurduğu ilişkilerin, arkadaş desteğinin ve toplumsal desteğin olumlu olması gibi faktörler; toplumsal koruyucu faktörler olarak sınıflandırılır (Koç, Yıldırım, 2014).

Eğer risk faktörleri ortadan kaldırılamıyorsa, risk faktörlerinin etkilerine sağlıklı bir uyumlanma gerçekleştirebilmeleri için koruyucu faktörlerin incelenmesi gerekmektedir. Koruyucu faktörleri tanımlayacak olursak; risk ya da zorluğun etkisini hafifleten, azaltan ya da tamamen ortadan kaldıran, kişilerin kapasitelerini arttıran durumlar ve bu durumlara sağlıklı-olumlu uyumu olarak tanımlanabilir (Akt; Gerenberg, 2006). Bu koruyucu faktörler, risk altında olmanın negatif etkilerin azalmasını sağlayan ve kişinin gelişimine uygun ihtiyaçlarını gidermesine yardımcı olan çoklu değişkenlerdir (Mangham ve ark., 1998; Akt; Terzi, 2005). Koruyucu faktörler ile risk faktörlerinin iki ayrı kutupta yer aldığını belirten Masten (1994), bu faktörlerin psikolojik dayanklılığı arttırıp stres seviyesini düşürdüğünü belirtmektedirler (Akt; Kararımak, 2006).

2.3. Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozukluğu

2.3.1. Cinsellik Kavramı

Cinsellik doğum ile başlayıp ölene dek devam eden ve kişiliğin ayrılmaz parçalarından, temel insan gereksinimlerinden birisidir. Bireylerin içinde bulunduğu toplumsal normlar, değer yargıları ve tabular tarafından belirlenmiş; psikolojik, sosyolojik ve biyolojik tarafları olan cinsel doyum, partnerlerin uyumlu birlikteliklerini içerir. (Kütmeç, 2009). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinselliği; yalnızca bedensel olarak değil aynı zamanda duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını pozitif manada artıran sağlıklı olma durumu olarak tanımlamıştır (İncedere, 2015).

Biyolojik olarak cinselliğin temel fonksiyonu üremenin sağlanması, dolayısıyla da insan neslinin devamlılığıdır. Psikolojik olarak ise cinsellik; cinsel ilişkiden

haz duyma ve sevgi gibi kişinin temel ihtiyaçlarının doyurulmasını sağlayan bazı kişisel davranışları ve ilişkileri içermektedir (CETAD, 2007). Toplumsal manada cinsellik; toplumun özelliği, işleyişi, değer yargıları, sanat, tarih, cinslere verilen roller, eş seçme ve evlenme tercihleri gibi insan yaşamının birçok yönüyle ilişkili olduğu bir kavramdır (İncedere, 2015).

2.3.2. Cinsel İşlev

Cinsellik kişinin duysal, zihinsel ve fiziki olarak erilliği veya dişilliği yaşama, gösterme becerisi olup sahip olduğu cinsel organlarının işlevlerini, cinselliği algılama seviyesini ve ifade etme tarzını içine almaktadır (Kütmeç, 2009; Uluyol, 2010). İnsanlarda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepki aşağıdaki gibi 4 evreye ayrılmaktadır: Uyarılma evresi, Plato evresi, Orgazm evresi, Çözülme evresi. Erkek bireylerde cinsel yanıt döngüsü genel olarak birbirine benzerlik arz etmekte iken kadınlarda ise farklılık söz konusudur. Kadınlardaki cinsel yanıt döngüsü tepkinin yoğunluğu ve süresiyle ilişkili olmakla birlikte sayısız çeşitlilikte olabilmektedir (Kızıltepe, 2006).

2.3.3. Cinsel İşlev Bozuklukları

Genel sağlık açısından bakıldığında, cinsel sağlık insanları en çok ilgilendiren konulardan biri olmasıyla beraber olası bir sorunda kişileri en çok mutsuz eden sağlık problemlerinin arasında öne çıkmaktadır. Cinsel sağlığın bozulması durumunda bedensel sağlığın sekteye uğramasına ek olarak aile sağlığının, sosyal sağlığın ve mental sağlığın da kesintiye uğrama ihtimali vardır (Bozdemir, Özcan, 2011). Cinsel işlev bozuklukları dünya genelinde en fazla karşılaşılan sorunlar arasında yer almakta olup yapılan çalışmalarda kadın-erkek ayrımı olmaksızın her 3 kişiden birinin yaşamlarının belirli dönemlerinde en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadıkları bildirilmektedir (İncesu, 2004).

Nörolojik, endokrinoloji ve vasküler sistemin düzgün işleyişi ile sağlıklı bir cinsel işlev söz konusu olabilir. Belirtilen bu sistemlerin herhangi birinde meydana gelen bozulma cinsel sağlığı da negatif yönde etkiler. Belirtilen bu nedenlerin haricinde hastalık durumları, sosyal nedenler, uyku bozuklukları gibi faktörler de cinsel sağlık üzerinde önemli etkilere sahiptir. Belirtilen tüm bu faktörlerin yanı sıra sosyal çevre, aile yapısı, dini inançlar, daha önceki cinsel

deneyimler, cinsel istismar, aile içi şiddet gibi kadınlarda cinsel işlev bozukluğuna yol açabilen hususlar da söz konusudur (Kızıltepe, 2006).

Cinsel işlev bozuklukları; cinsel yanıt döngüsünün cinsel istek, uyarılma veya orgazm aşamalarında meydana gelen aksaklıklardan kaynaklanmaktadır. Kadınlarda cinsel istekte azalma, cinsel tiksinti bozukluğu, uyarılma ve orgazm bozukluğu, vajinismus ve ağrılı cinsel birleşme sorunları gibi durumlar cinsel işlev bozukluğu olarak sayılırken, erkeklerde cinsel istekte azalma, cinsel tiksinti bozukluğu, erektil disfonksiyon (sertleşme güçlüğü), prematür ejekülasyon (erken boşalma) ve diğer boşalma bozuklukları ile ağrılı cinsel birleşme sorunları sayılmaktadır (İncesu, 2004).

2.3.3.1. Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri

DSM-5 kriterlerine göre cinsel işlev bozukluklarının nedenleri; ilk cinsel aktiviteden bu yana edinilmiş deneyimler, partnerin yaşadığı cinsel sorunlar, ilişki sırasında yaşadığı iletişim problemleri, çatışmalar, bireyin geçmişte istismara maruz kalması vb. sebeplerle yaşadığı depresyon, korku, kültürel/dinsel etkenler kapsamında cinselliğe yönelik kısıtlamalardır (APA, 2013). Cinsel işlev bozukluğuna yol açan pek çok neden söz konusu olup bunlardan en önemlileri aşağıda açıklanmıştır.

a) Psikolojik Nedenler

Cinsel işlev bozukluğuna yol açan psikolojik nedenler; klasik ve modern yaklaşımlar şeklinde sınıflandırılabilirler. Klasik yaklaşımda psikoanalitik ve davranışçı yaklaşım söz konusu olup bunlardan psikoanalitik yaklaşımda bilinçaltı çatışmalar, erken çocukluktaki yaşantılar ve psikoseksüel gelişimdeki aksaklıklar, ödipus kompleksi, kastrasyon anksiyetesi veya penis kıskançlığı gibi nedenlerin yol açtığı ileri sürülmektedir. Davranışçı yaklaşımda ise cinselliğin ve cinsel davranışların öğrenildiği, dolayısıyla da cinsel işlev bozukluğu olanların cinsel uyarılara yanlış tepkiler vermeyi öğrendikleri ileri sürülmektedir. Modern yaklaşımda ise davranışçı ve psikoanalitik yaklaşımda belirtilen hususlara ilaveten eşler arasındaki uyum, cinsel bilgilerin ve düşüncelerin doğruluğunun önemi üzerine yoğunlaşmıştır. Kadın ve erkek

cinsel işlev bozukluklarına yol açan psikolojik faktörler hazırlayıcı, başlatıcı ve devam ettiren faktörler şeklinde gruplandırılmıştır (İncedere, 2015).

b) Organik Nedenler

Cinsel işlev bozukluğuna neden olan organik nedenler bozukluğun yapısal, nörolojik, vasküler, hormonal ve otonom sinir sistemi disfonksiyonuna ile ilişkili nedenleri içine almaktadır. Ülkemizde 948 hasta üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada organik nedenlerin 40 yaş üzerinde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Organik nedenlerden %40'ının arteriojenik, %12,5'inin endokrinolojik, %10'unun nörojenik, %10'unun venojenik, %25'inin de diğer etkenler olduğu bildirilmiştir (Caskurlu ve ark., 2004). Vasküler nedenler arasında hipertansiyon, hiperlipidemi, ileri yaş, künt tıravmalar, menopo, pelvik cerrahi diyabet gibi durumlar sayılabilir (Berman ve Bassuk, 2002). Cinsel işlev bozukluğuna neden olan nörojenik faktörler arasında; spinal kord yaralanmaları, üst motor lezyonları, multipl skleroz, periferik nöropatiler, Parkinson, Alzheimer hastalığı, disk hernileri, omurilik yaralanmaları, vertebra kırıkları, beyin travmaları, alkol bağımlılığı yer almaktadır (İncedere, 2015).

Fiziksel hastalıklarının ve bunların tedavilerinin son derece kompleks olmasından ötürü cinsel yaşam çoğunlukla ihmal edilmekte olup hastaların büyük bölümü konu açılmadığı müddetçe bu konuyla ilgili sorunları saklama eğilimi içerisinde dirler (Bowling, 1998). Fiziksel hastalıkların tedavisinde kullanılan çoğu ilacın yanı sıra psikotrop ilaçlardan bir kısmı, alkol ve illegal ilaçlar da dahil olmak üzere birçok ilaç cinsel yanıtın değişmesine, dolayısıyla da cinsel işlev bozukluklarına yol açabilir (Philipp ve ark., 2000). Cinsel işlev bozukluklarının psikojenik ya da organik sebepleri olup olmadığına ilişkin bazı değişkenlerin farklılık gösterdiği görülmektedir. Yaş olarak ele alındığında, organik sebeplerden dolayı görülen cinsel işlev bozukluklarının ileri yaşta; psikojenik cinsel işlev bozukluklarının daha genç yaşta ki bireylerde görülmesi söz konusudur. Başlangıç durumuna göre ise, organik sebeplerden dolayı görülebilecek cinsel işlev bozukluklarının kronik rahatsızlıklar veya cerrahi müdahaleler sebebiyle ortaya çıkabilmektedir. Psikojenik cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkışı ise akut biçimdedir. Belirtilerin gidişatına göre incelendiğinde ise organik sebeplerden dolayı görülen cinsel işlev

bozukluklarında süregelen bir biçimde; psikojenik olanlarda ise aralıklı olarak seyretmektedir. Organik sebeplerden kaynaklı cinsel işlev bozukluklarında cinsel işlev normal düzeyde; psikojenik faktörler sonucunda ortaya çıkan cinsel işlev bozukluklarında ise cinsel istek azalmaktadır. Psikojenik kökenli cinsel işlev bozukluklarında organik riskler görece az ya da hiç bulunmamaktadır. Organik sebepli cinsel işlev bozukluklarında partner sekonder açıdan problem arz ederken; psikojenik kökenli cinsel işlev bozukluklarında partner problemi en başta kendisini gösterir. Anksiyete veya korku ise organik cinsel işlev bozukluklarında sekonder; psikojenik özellikli olanlarda primer risk faktörüdür (Butcher, 1999). Ayrıca, psikososyal geçmiş ise cinsel işlev bozukluklarının görülmesine sebep olan psikolojik faktörlerin kadın ve erkekler için farklı olduğu görülmektedir.

2.3.3.2. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması

DSM-V 'e göre; erkeklerde görülen cinsel işlev bozuklukları aşağıdaki gibi sınıflanmakta ve tanımlanmaktadır:

- a) Geç boşalma; kişilerin cinsel etkinliklerinin %75-%100'lük bir kısmında en az altı ay boyunca seyreden, boşalmada belirgin ölçüde gecikme, belirgin ölçüde boşalma sayısının azalması veya boşalmanın gerçekleşmemesidir.
- b) Sertleşme bozukluğu(emptans); erkeklerde görülen cinsel işlev bozukluklarında ilk sırada yer alan, herhangi bir cinsel etkinliği başlatmak veya sürdürmek için yeterli ereksiyonu sağlamada yaşanan güçlüttür. Tanı kriterleri; her cinsel etkinlikte veya yaklaşık %75-%100'lük kısmında erkeğin en az altı ay boyunca cinsel etkinlik esnasında sertleşmeyi sağlamakta belirgin ölçüde zorluk yaşaması, cinsel etkinliğin sonlandırılmasına dek sertleşmeyi sürdürmede zorluk yaşaması, sertlik düzeyinde belirgin ölçüde azalmadır.
- c) Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu; erkeklerde cinsel içerikli düşüncelerin veya cinsel aktiviteye yönelik istekliliğin en az altı aylık süre içerisinde belirgin ölçüde azalması olarak tanımlanmaktadır.

- d) Erken boşalma (Prematür Ejakülasyon); cinsel etkinlik esnasında erkeğin penetrasyon üzerinden yaklaşık bir dakika geçtikten sonra istem dışı olarak boşalması şeklinde tanımlanabilir. Erkeğin istem dışı boşalması cinsel etkinliklerinin %75-%100'lük kısmında görülüyorsa klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olmaktadır.
- e) Ağrılı Ejakülasyon: Genellikle mesane, üretra ya da prostat enfeksiyonu gibi durumlara bağlı olarak boşalma sonrası peniste yanma hissi olarak sınıflanmaktadır (APA, 2013).

2.3.4. Cinsel Doyum

Cinsel doyum kişinin cinsel aktivitelerinden memnun olup olmama, haz duyup duymama durumudur (Varma, 2006). Cinsel ilişki esnasında çeşitli cinsel eylemlerin (öpüşme, okşama, sürtünme, orak seks ve cinsel birleşme gibi) her birinden farklı haz alınmaktadır. Cinsel doyum için bireyin bu eylemlerden yoğun cinsel haz duyması gerekmektedir. Cinsel doyumunu etkileyen faktörler arasında cinsel eylemlerin yeri, zamanı, süresi ve tekniği sayılabilir (Canel, 2012). Cinsel doyum; ben merkezli ve çift merkezli olarak iki boyuta ayrılmıştır. Her iki boyutu da etkileyen belli başlı faktörler vardır. Bunlar; fiziksel ve psikolojik olarak iyi olma hali, görünüş memnuniyeti, evlilik uyumu ve yaşam kalitesidir (Okci, 2017).

2.4. İlgili Araştırmalar

Literatürde hemofili hastalarında psikiyatrik belirti, psikolojik dayanıklılık ve cinsel işlev bozuklukları üzerinde yapılan çalışmalar incelenmiş ve aşağıdaki araştırmalara ulaşılmıştır;

2009 yılında Ghanizadeh ve Baligh-Jahromi tarafından gerçekleştirilen, hemofili hastası olan çocuk ve adolesanlar üzerinde yapılmış olan çalışmada; depresyon ve kaygı düzeyi incelenmiş, hemofili hastası olgularda majör depresif bozukluk ve anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur. Fakhari ve ark. (2013) hemofili hastalarında psikiyatrik belirtiler üzerine yaptıkları araştırmada; anksiyete, depresyon, öfke, obsesif kompulsif bozukluk, psikotik özellikler ve somatizasyon bozukluğunu yüksek bulmuşlardır. Türkiye 'de Abalı, Zülfikar ve ark. (2014) tarafından hemofilili çocuk ve ergenlerin kaygı durumları ve

ebeveyn tutumlarının incelenmesi konusunda yapılan araştırmada; hemofili hastalarının kaygı düzeyleri yüksek bulunmuş, kaygı düzeyi yüksek ve şiddetli depresyonu olan çocukların ise intihar eğilimlerinin yaygın olduğunu gösterilmiştir. Pinto ve ark. (2018) tarafından Portekiz’de yapılan bir araştırmada yetişkin hemofili A hastalarında anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığına bağlı olarak değiştirilebilir faktörler değerlendirilmiş, daha yüksek anksiyete ve depresyon belirtileri gösteren hemofili hastalarının, bir önceki yıl daha fazla acil başvurusuna, daha fazla akut kanamaya, daha fazla etkilenen eklem ve ağrıya ve daha kötü yaşam kalitesine sahip oldukları görülmüştür.

Hemofili hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri üzerine yapılmış spesifik çalışmaya rastlanamamış olsa da Linton ve Shaw (2011) tarafından yapılan bir araştırmada; hemofili hastalarının yaşadıkları kronik ağrının çok sayıda psikolojik ve sosyal etkileşim sorunu yarattığı ve yaşamlarının tüm yönlerini etkilediği ve nihayetinde sosyal bozulmaya yol açtığı gösterilmiştir. Yine Lannazzo ve ark. (2017), Sidonio ve ark. (2017) tarafından, kanama bozukluğu olan çocuklarda hareket kısıtlılığının okulu bırakma sıklığı üzerine yaptıkları araştırmada hastaların mutluluğunu, iyilik hallerini ve diğerleriyle etkileşimlerini negatif etkileyebildiği gösterilmiştir. Ayrıca Cohn, Fredrickson (2009), Connor ve ark. (2003) ile Egan ve ark.’nın (2015) kanser hastalarında yaptıkları çalışmalarda psikolojik dayanıklılık düzeylerini ortalamanın üstünde bulmuşlardır. Türkiye’de ise Akyüz ve Sevim’in (2016) kanser hastaları ile yaptıklarında çalışmasında psikolojik dayanıklılık puanının ortalamanın altında olduğu bulunmuştur.

Hemofili hastalarının yaşadıkları genel sağlık sorunları ve hemofili ile ilgili komplikasyonların, sağlıklı bireylere göre daha sık cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu da yapılan çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Parish (2002) yapmış olduğu çalışmada hemofili hastalarında cinsel işlev bozukluklarının sağlıklı bireylere kıyasla daha yaygın olduğunu ifade etmiştir. Benzer şekilde Gianotten ve Heijnen (2009) yapmış oldukları çalışmada hemofili hastalarının yaşlarındaki artışa bağlı olarak aktivitelere katılımlarını sınırlayan kas-iskelet sistemi sorunları yaşadıklarını, bu durumun erkeklerde önemli yönlerinden

birisinin cinsellikteki değişiklikler olduğunu ifade etmişlerdir. Yine aynı çalışmada hemofili hastalarının isteksizlik, yorgunluk, düşük testosteron ya da ağrıdan rahatsız olabileceklerini, cinsel heyecan (ereksiyon) düzeylerinin azalacağını ifade etmişlerdir. Bar-Chama (2011) tarafından hemofili ile yaşlanan erkeklerin cinsel değerlendirilmesi ve tedavisi başlıklı araştırmasında boşalma güçlüğü ve erektil disfonksiyon oranları yüksek bulunmuştur. Yang ve Jackson (2015) tarafından hemofili hastaları üzerinde gerçekleştirilen çalışmada hemofili hastalarında erektil disfonksiyon oranının normal sağlıklı popülasyona göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Chai , Adisaksopha ve Skinner(2017) tarafından hemofili hastalarında cinsel işlev bozukluğu prevalansı konulu çalışmada, hemofili hastalığı olan kişilerde kontrol grubuna göre cinsel işlev bozukluğu yaşama oranları daha yüksek bulunmuş, ayrıca genel sağlık sorunları ve hemofili ile ilgili komplikasyonların daha sık cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu bulunmuştur.

3. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma amacına göre araştırma türlerinden analitik araştırmalara girmektedir. Analitik araştırmalarda değişkenler arasındaki nedensel ilişkiler incelenir (Sümbüloğlu&Sümbüloğlu,2013). Bu çalışmada ise değişkenler arasındaki nedensel ilişkiler demografik değişkenler açısından karşılaştırılarak incelenmiştir. Kapsadığı zamana göre ise kesitsel bir çalışmadır. Kesitsel araştırma tasarımlarında bütün veriler belirli bir zamanda ve bir defada toplanmaktadır. Diğer bir ifade ile zamana yayılan bir olgunun bir kesiti veya bir dilimi gözlemlenmekte ve ölçülmektedir (Böke, 2014). Veriler 2018- 2019 yılları arasında toplanmıştır. Veri toplama biçimine göre ise anket yöntemi ile yapılan bir çalışmadır. Kişilere gidilerek herhangi bir konuda görüşlerinin saptanması bu tip çalışmaların en temel özelliğidir (Sümbüloğlu & Sümbüloğlu,2013).

Araştırma kapsamında hemofili hastalarında psikiyatrik belirtiler, psikolojik dayanıklılık ve cinsel işlev bozuklukları bazı demografik değişkenler ile hemofili hastaları ve sağlık bireyler bağlamında incelenmiştir.

3.2. Evren ve Örneklem

Bu çalışmada amaçlı veya yargıya dayalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu örnekleme türünde ögeler, örnek için çalışma evreninden rastgele değil, belli özelliklerinden dolayı ve/ veya araştırmacının kendi kararı/sağduyusuna göre seçilir. Amaçlı örnekleme, örneğin seçileceği evren hakkında araştırmacının oldukça kapsamlı bir bilgiye, tecrübeye sahip olmasını gerektirir ve öyle olduğunu öngörür (Böke,2014). Yapılan araştırmanın evrenini Türkiye'deki

erkek hematoloji hastaları, örnekleme ise; Türkiye Hemofili Federasyonu ve Çukurova Hemofili Derneği'ne kayıtlı 18-45 yaş arası erkek, 80 hemofili hastası ve 80 sağlıklı bireyden oluşan kontrol grubu oluşturmaktadır. Amaçlı Örneklemeye göre; Araştırma grubunu oluşturan hemofili hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun demografik özelliklerine ilişkin betimsel istatistikler Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3.
Araştırma Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Betimsel İstatistikler

			Grup	
			Kontrol	Hemofili
Medeni durum	Bekar	n	26	54
		%	32,5	67,5
	Evli	n	54	26
		%	67,5	32,5
Eğitim	Okuryazar	n	0	1
		%	,0	1,3
	İlkokul	n	3	2
		%	3,8	2,5
	Ortaokul	n	13	14
		%	16,3	17,5
	Lise	n	28	39
		%	35,0	48,8
Kimlerle yaşadığı	Üniversite ve üstü	n	36	24
		%	45,0	30,0
	Ebeveynleri ile	n	18	45
		%	22,5	56,3
	Yakınları ile	n	2	4
		%	2,5	5,0
	Eş ve çocukları ile	n	52	24
		%	65,0	30,0
	Yalnız	n	8	5
		%	10,0	6,3
	Evsiz	n	0	2
		%	,0	2,5
Kardeş sayısı	Kardeşi yok	n	1	5
		%	1,3	6,3
	Bir kardeşi var	n	21	26
		%	26,3	32,5
	İki kardeşi var	n	16	15
		%	20,0	18,8
	Üç kardeşi var	n	19	13
		%	23,8	16,3
Kendisine ait oda	Dört ve üzeri kardeşi var	n	23	21
		%	28,8	26,3
	Var	n	61	66
		%	76,3	82,5
	Yok	n	19	14
		%	23,8	17,5
Yaşadığı Yerleşim Birimi	İl	n	50	50
		%	62,5	62,5
	İlçe	n	26	27
		%	32,5	33,8
	Köy	n	4	3
		%	5,0	3,8
Çalışma durumu	Çalışıyor	n	72	48

		%	90,0	60,0
	Çalışmıyor	n	8	32
		%	10,0	40,0
	0-1000 TL	n	2	4
		%	2,5	5,0
	1000-1500 TL	n	2	10
		%	2,5	12,5
Hane aylık geliri	1500-2500 TL	n	18	20
		%	22,5	25,0
	2500-4000 TL	n	23	23
		%	28,8	28,8
	4000 TL üzeri	n	35	23
		%	43,8	28,8
	Yok	n	61	74
Ailede psikiyatrik hastalık		%	76,3	92,5
	Var	n	19	6
		%	23,8	7,5
	Yok	n	63	62
Alkol		%	78,8	77,5
	Var	n	17	18
		%	21,3	22,5
	Yok	n	80	77
Madde		%	100,0	96,3
	Var	n	0	3
		%	,0	3,8
	Yok	n	59	59
Sigara		%	73,8	73,8
	Var	n	21	21
		%	26,3	26,3
	Yok	n	80	75
Ek Hastalık		%	100,0	93,8
	Var	n	0	5
		%	0,0	6,3

Çalışmaya dahil edilen sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunda yer alan 80 kişinin yaş ortalaması 33.23 ± 8.96 , hemofili hastalarının yaş ortalaması 27.10 ± 8.20 'dir. Kontrol grubunda yer alanların 26'sı (%32,5), hemofili hastalarının 54'ü (%65) bekar, kontrol grubunda yer alanların 54'ü (%67,5), hemofili hastalarının 26'sı (%32,5) evliydi.

Kontrol grubunda yer alanların 36'sı (%45), hemofili hastalarının 24'ü (%30) üniversite ve üstü, kontrol grubunda yer alanların 28'i (%35), hemofili hastalarının 39'u (%48,8) lise, kontrol grubunda yer alanların 13'ü (%16,3), hemofili hastalarının 14'ü (%17,5) ortaokul, kontrol grubunda yer alanların 3'ü (%3,8), hemofili hastalarının 2'si (%2,5) ilkokul mezunu iken hemofili hastalarının 1'i de (%1,3) okuyazdı.

Çalışmaya dahil edilen kontrol grubundakilerden 52'si (%65), hemofili hastalarından 24'ü (%30) eş ve çocuklarıyla, kontrol grubunda yer alanlardan 18'i (%22,5), hemofili hastalarının 45'i (%56,3) ebeveynleriyle, kontrol

grubunda yer alanların 8'i (%10), hemofili hastalarının 5'i (%6.3) yalnız, kontrol grubunda yer alanların 2'si (%2.5) hemofili hastalarından 4'ü (%5) yakınlarıyla birlikte yaşadığını, hemofili hastalarından 2'si de (%2.5) evsiz olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmaya dahil edilen kontrol grubunda yer alan kişilerden 21'i (%26.3), hemofili hastalarından 26'sı (%32.5) bir kardeşi olduğunu, kontrol grubunda yer alanlardan 23'ü (%28.8), hemofili hastalarından 21'i (%26.3) dört ve daha fazla sayıda kardeşi olduğunu, kontrol grubunda yer alanlardan 19'u (%23.8), hemofili hastalarından 13'ü (%16.3) üç kardeşi olduğunu, kontrol grubunda yer alanlardan 16'sı (%20), hemofili hastalarından 15'i (%18.8) iki kardeşi olduğunu, kontrol grubunda yer alanlardan 1'i (%1.3), hemofili hastalarından 5'i (%6.3) kardeşi olmadığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda yer alanlardan 61'i (%76.3), hemofili hastalarından 66'sı (%82.5) kendilerine ait odalarının olduğunu ifade etmiştir.

Kontrol grubunda yer alanlardan 50'si (%62.5), hemofili hastalarından 50'si (%62.5) ilde, kontrol grubunda yer alanlardan 26'sı (%32.5), hemofili hastalarından 27'si (%33.8) ilçede, kontrol grubunda yer alanlardan 4'ü (%5), hemofili hastalarından 3'ü (%3.8) köyde yaşadığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda yer alanlardan 72'si (%90), hemofili hastalarından 48'i (%60) çalıştığını ifade etmiştir.

Çalışmaya dahil edilen kontrol grubundaki bireylerden 35'inin (%43.8), hemofili hastalarından 23'ünün (%28.8) hane aylık geliri 4000 TL üzerinde iken kontrol grubunda yer alanlardan 23'ünün (%28.8), hemofili hastalarından 23'ünün (%28.8) 2500-4000 TL, kontrol grubunda yer alanlardan 18'inin (%22.5), hemofili hastalarından 20'sinin (%25) 1500-2000 TL, kontrol grubunda yer alanlardan 2'sinin (%2.5), hemofili hastalarından 10'unun (%12.5) 1000-1500 TL, kontrol grubunda yer alanlardan 2'sinin (%2.5), hemofili hastalarından 4'ününün (%5) 0-1000 TL'dir.

Kontrol grubunda yer alanlardan 19'unun (%23.8), hemofili hastalarının 6'sının (%7.5) ailesinde psikiyatrik hastalık vardı. Kontrol grubunda yer alanların 17'si

(%21,3), hemofili hastalarının 18'i (%22,5) alkol kullandığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda yer alanlardan hiçbirisi (n = 0), hemofili hastalarından 3'ü (%3,8) madde kullandığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda yer alanlardan 21'i (%26,3), hemofili hastalarından 21'i (%26,3) sigara kullandığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda yer alanların hiçbirinde ek hastalık bulunmazken hemofili hastalarının 5'inde (%6,3) ek hastalık vardı (Tablo 3).

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın kapsamına yönelik olarak bulgulara ulaşmak için 4 farklı tipte araştırma aracı kullanılmıştır. Bunlar; Sosyodemografik Bilgi Formu, SCL -90 Ruhsal Belirti Tarama Listesi, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Glomcock Rust Cinsel Doyum Ölçeği'dir.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, aile öyküsü, gelir düzeyi, kronik hastalık gibi bilgilerini tespit etme amacı ile hazırlanmıştır.

SCL-90 Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi: Wilder tarafından 1948'de "Cornell Medical Index", Derogatis ve ark. tarafından 1974'te "Hopkins Symptom Check List" isimleriyle geliştirilmiş olup 1977'de Derogatis ve ark. tarafından SCL-90 adıyla son hali verilmiştir. Türkiye'ye uyarlama çalışmaları İhsan Dağ tarafından 1991'de yapılmış, ölçeğin tümü için Crombach Alfa iç tutarlılık katkısı 0,97 olarak bulunmuştur. (Dağ, 1991).

Zaman sınırlaması bulunmamaktadır. 17 yaş ve üzerindeki kişilere uygulanmaktadır. 5'li Likert tipinde 90 sorunda meydana gelmekte olup somatizasyon, kişiler arası duyarlılık, obsesif kompulsif belirtiler, anksiyete, depresyon, düşmanlık-öfke, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm ve bu altboyutlara girmeyen maddelerden meydana gelen ek skala olmak üzere 9 alt boyuttan meydana gelmektedir. Her bir soruya 0-4 arasında puan verilmekte olup her bir alt boyut değerlendirilirken 1.5 kesme puanı olarak belirlenmiştir (Aydemir ve Köroğlu, 2006). Bu çalışmada SCL- 90 Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi Hemofili hastaları ve kontrol grubu olan sağlıklı bireylerde yukarıdaki ruhsal belirtilerin ne sıklıkta olduğunu ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği: Hemofilili deneklerin Psikolojik Dayanıklılığını ölçmek amacı ile; Friborg ve ark. (2003) tarafından geliştirilen ve Basım ve Çetin (2011) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmış olan Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılmıştır.

Ölçek 5'li Likert tipindeki 33 sorudan meydana gelmektedir. Her bir maddenin cevap seçenekleri o cümleye özel olarak belirlenmiştir. Ölçekten elde edilen puandaki artış psikolojik dayanıklılığın düştüğünü göstermektedir. Bu bağlamda "1" puan psikolojik dayanıklılığın yüksek olduğunu 5 ise düşük olduğunu gösterir. Ölçek kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının 0,66 ile 0,81 arasında ve test-tekrar test güvenilirliklerinin ise 0,68 ile 0,81 arasında değiştiği bulunmuştur (Basım & Çetin, 2011).

Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ): İkinci Değişken olan Cinsel Doyum Düzeyini ölçmek için de Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) kullanılmıştır. Ölçek, Rust ve Golombok (1986) tarafından geliştirilmiş, Türkçe uyarlaması, Tuğrul, Öztan ve Kabakçı (1993) tarafından yapılmıştır. Heteroseksüel çiftlerde, bir ilişki içerisinde kadın ve erkek için cinsel işlevselliğin niteliğini ve cinsel fonksiyonları değerlendirmeye yönelik ayrı ayrı değerlendirmeyi sağlayan 5'li Likert tipi bir ölçektir. 28 madde ve 7 alt boyuttan oluşmakta, değerlendirme ölçeği, "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "çoğunlukla", "her zaman" seçeneklerinden oluşmaktadır. Ayrıca alt ölçekleri aracılığı ile ereksiyon bozukluğu, erken boşalma, anorgazmi, vajinismus, cinsel ilişki sıklığı, iletişim, dokunma, kaçınma, kadın ve erkekte doyum gibi alanlarla ilgili sorun varlığını ve şiddetini belirlemede kullanılabilir.

Puanlamada, her madde 1-4 arasında giderek artan puan alır. Bazı maddeler ters yönden puanlanmaktadır. Kadın formunda ters puanlanan maddeler şu şekildedir; 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 27 ve 28. maddelerdir. Erkek formunda ters puanlanan maddeler ise 1, 2, 3, 4, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 19, 20, 21 ve 25. maddelerdir. Ölçek değerlendirilirken her iki toplam ve alt boyutlardan elde edilen puanlar da kullanılabilir. Elde edilen ham puanlar 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülebilir.

ve 5 üzerindeki puanlar sorun varlığını gösterir (Rust ve Golombok, 1986). Toplam puanlar açısından Cronbach alfa değerinin kadınlar için 0.91, erkekler için 0,92 olarak bulunduğu ve ayrıca alt ölçek puanları için elde edilen Cronbach alfa değerlerinin de ölçeğin kendi içinde tutarlı olduğunu gösterilmiştir.

3.4 Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından Türkiye Hemofili Federasyonuna kayıtlı hemofili hastalarına ulaşmak için Türkiye Hemofili Kongresi'ne ve Adana, Antalya, Hatay, Mersin ve İstanbul'da yapılan hasta eğitim kurslarına katılmış, araştırmacı tarafından gerek hemofili hastalarına, gerekse hasta bireylerin sağlıklı yakınlarından oluşan kontrol grubuna ölçekler uygulanmıştır. Bu tür hastalar sağlık sorunları nedeni ile gerek kongrelere gerekse çeşitli eğitimlere yakınları ile davet edilmektedir. Bu sebeple kontrol grubuna ulaşımında sorun yaşanmamıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 21.0 Paket Proragmı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma ($\pm$) ve yüzdelik dağılımlar verilmiştir. Hasta ve kontrol gruplarının ruhsal belirtiler, psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyum düzeylerinin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar %95 ($p<0.05$) anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda tablolar halinde sunulmuştur.

4.1. Demografik Özelliklere Göre Yapılan Karşılaştırmalardan Elde Edilen Bulgular

Çalışmaya dahil edilen sağlıklı kontrol grubunda yer alan 80 kişinin yaş ortalaması 33.23 ± 8.96 , hemofili hastalarının yaş ortalaması 27.10 ± 8.20 'dir. Araştırma grubunu oluşturan hemofili hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun demografik özelliklerine ilişkin betimsel istatistikler Tablo 3'te sunulmuştur.

Kontrol grubunda yer alanların 26'sı (%32,5), hemofili hastalarının 54'ü (%65) bekar, kontrol grubunda yer alanların 54'ü (%67,5), hemofili hastalarının 26'sı (%32,5) evliydi. Kontrol grubunda yer alanların 36'sı (%45), hemofili hastalarının 24'ü (%30) üniversite ve üstü, kontrol grubunda yer alanların 28'i (%35), hemofili hastalarının 39'u (%48,8) lise, kontrol grubunda yer alanların 13'ü (%16,3), hemofili hastalarının 14'ü (%17,5) ortaokul, kontrol grubunda yer alanların 3'ü (%3,8), hemofili hastalarının 2'si (%2,5) ilkokul mezunu iken hemofili hastalarının 1'i de (%1,3) okuryazardı.

Çalışmaya dahil edilen kontrol grubundakilerden 52'si (%65), hemofili hastalarından 24'ü (%30) eş ve çocuklarıyla, kontrol grubunda yer alanlardan 18'i (%22,5), hemofili hastalarının 45'i (%56,3) ebeveynleriyle, kontrol grubunda yer alanların 8'i (%10), hemofili hastalarının 5'i (%6,3) yalnız, kontrol grubunda yer alanların 2'si (%2,5) hemofili hastalarından 4'ü (%5) yakınlarıyla birlikte yaşadığını, hemofili hastalarından 2'si de (%2,5) evsiz olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.*Sağlıklı birey ve hemofili grubun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması*

Araştırma Grubunun Demografik Özelliklerine göre karşılaştırılması		Grup		p
		Kontrol	Hemofili	
Medeni durum	Bekar	Sayı	26	54
		Yüzde	32,5	67,5
	Evli	Sayı	54	26
		Yüzde	67,5	32,5
Eğitim	Okuryazar	Sayı	0	1
		Yüzde	,0	1,3
	İlkokul	Sayı	3	2
		Yüzde	3,8	2,5
	Ortaokul	Sayı	13	14
		Yüzde	16,3	17,5
	Lise	Sayı	28	39
		Yüzde	35,0	48,8
Kimlerle yaşadığı	Üniversite ve üstü	Sayı	36	24
		Yüzde	45,0	30,0
	Ebeveynleri ile	Sayı	18	45
		Yüzde	22,5	56,3
	Yakınları ile	Sayı	2	4
		Yüzde	2,5	5,0
	Eş ve çocukları ile	Sayı	52	24
		Yüzde	65,0	30,0
Kardeş sayısı	Yalnız	Sayı	8	5
		Yüzde	10,0	6,3
	Evsiz	Sayı	0	2
		Yüzde	,0	2,5
	Kardeşi yok	Sayı	1	5
		Yüzde	1,3	6,3
	Bir kardeşi var	Sayı	21	26
		Yüzde	26,3	32,5
Yaşadığı Yerleşim Birimi	İki kardeşi var	Sayı	16	15
		Yüzde	20,0	18,8
	Üç kardeşi var	Sayı	19	13
		Yüzde	23,8	16,3
	Dört ve üzeri kardeşi var	Sayı	23	21
		Yüzde	28,8	26,3
Kendisine ait oda	Var	Sayı	61	66
		Yüzde	76,3	82,5
	Yok	Sayı	19	14
		Yüzde	23,8	17,5
Çalışma durumu	İl	Sayı	50	50
		Yüzde	62,5	62,5
	İlçe	Sayı	26	27
		Yüzde	32,5	33,8
	Köy	Sayı	4	3
		Yüzde	5,0	3,8
Hane aylık geliri	Çalışıyor	Sayı	72	48
		Yüzde	90,0	60,0
	Çalışmıyor	Sayı	8	32
		Yüzde	10,0	40,0
Hane aylık geliri	0-1000 TL	Sayı	2	4
		Yüzde	2,5	5,0
	1000-1500 TL	Sayı	2	10
		Yüzde	2,5	12,5
	1500-2500 TL	Sayı	18	20
		Yüzde	22,5	25,0

		Yüzde	22,5	25,0	
		Sayı	23	23	
2500-4000 TL		Yüzde	28,8	28,8	
		Sayı	35	23	
4000 TL üzeri		Yüzde	43,8	28,8	
		Sayı	61	74	
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	Yüzde	76,3	92,5	.005*
		Sayı	19	6	
	Var	Yüzde	23,8	7,5	
		Sayı	23,8	7,5	
Alkol	Yok	Yüzde	78,8	77,5	.848
		Sayı	17	18	
	Var	Yüzde	21,3	22,5	
		Sayı	63	62	
Madde	Yok	Yüzde	100,0	96,3	.080
		Sayı	0	3	
	Var	Yüzde	,0	3,8	
		Sayı	80	77	
Sigara	Yok	Yüzde	73,8	73,8	1.000
		Sayı	21	21	
	Var	Yüzde	26,3	26,3	
		Sayı	80	75	
Ek Hastalık	Yok	Yüzde	100.0	93,8	.023*
		Sayı	0	5	
	Var	Yüzde	0.0	6,3	
		Sayı	0.0	6,3	

$p \leq 0,05^*$, $p \leq 0,001^{}$**

Katılımcıların medeni durumu, kimlerle yaşadığı, çalışma durumu, ailede psikiyatrik hastalık ve ek hastalık değişkenleri kontrol ve hemofili grubu açısından anlamlı olarak farklılık göstermiştir ($p \leq 0,05$).

4.1.1. Demografik Özelliklere Göre SCL-90 Ruhsal Belirtilere İlişkin Yapılan Karşılaştırmalar

Tablo 5.

Kontrol grubunun SCL 90 Ruhsal Belirti Tarama ölçeğinden elde ettikleri puanlar ile yaş arasındaki ilişki

		Somatizasyon	Obsesif kompulsif belirtiler	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Öfke-düşmanlık	Fobik anksiyete	Paranoid düşünceler	Psikotizm	Ek skalalar	Genel ortalama	
KONTROL	Yaş	r	-.118	.090	-.201	-.139	-.047	-.104	-.095	-.054	-.090	.038	-.089
		p	.295	.426	.073	.218	.682	.361	.404	.636	.425	.736	.433

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların SCL-90 Psikolojik Belirtiler Ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar ile yaşları arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek için yapmış olduğumuz Pearson Korelasyon analizi sonucunda elde edilen değerleri Tablo 5’de sunulmuştur. Tablodan da görüleceği üzere kontrol grubunda yaş ile herhangi bir psikolojik belirti arasında anlamlı bir ilişki söz konusu değildir ($p>0.05$).

Tablo 6.

Hemofili hastalarının SCL 90 Ruhsal Belirti Tarama ölçeğinden elde ettikleri puanlar ile yaşları arasındaki ilişki

		Somatizasyon	Obsesif kompulsif belirtiler	Kişilerarası duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Öfke-düşmanlık	Fobik anksiyete	Paranoid düşünceler	Psikotizm	Ek skalalar	Genel ortalama
HEMOFİLİ	r	.028	-.169	-.187	-.181	-.120	-.213	-.176	-.270*	-.143	-.049	-.161
	Yaş											
	p	.805	.134	.096	.108	.289	.058	.118	.015	.205	.664	.153

Hasta grubunda yer alan katılımcıların SCL-90 Psikolojik Belirtiler Ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar ile yaşları arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek için yapmış olduğumuz Pearson Korelasyon analizi sonucunda elde edilen değerleri Tablo 6'da sunulmuştur. Tablodan da görüleceği üzere hemofili hastalarında yaş ile paranoid düşünceler arasında negafi yönlü, zayıf ($r = -.270$) ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki söz konusudur ($p = .015$). Diğer bir ifadeyle hemofili hastalarında yaştaki artışa bağlı olarak paranoid düşüncelerde azalma gerçekleşmektedir.

Tablo 7.

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların medeni durumuna göre SCL 90 Ruhsal Belirti Tarama ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması

	Grup	N	$\bar{x} \pm ss$	t	p
Somatizasyon	Bekar	26	1.37 $\pm$.43	.971	.334
	Evli	54	1.28 $\pm$.36		
Obsesif kompulsif belirtiler	Bekar	26	1.70 $\pm$.68	.028	.978
	Evli	54	1.70 $\pm$.44		
Kişilerarası duyarlılık	Bekar	26	1.61 $\pm$.47	.642	.523
	Evli	54	1.53 $\pm$.50		
Depresyon	Bekar	26	1.64 $\pm$.58	.801	.426
	Evli	54	1.54 $\pm$.45		
Anksiyete	Bekar	26	1.36 $\pm$.37	-.585	.560
	Evli	54	1.41 $\pm$.38		
Öfke/düşmanlık	Bekar	26	1.55 $\pm$.61	.813	.419
	Evli	54	1.45 $\pm$.44		
Fobik anksiyete	Bekar	26	1.26 $\pm$.34	-.008	.994
	Evli	54	1.26 $\pm$.31		
Paranoid düşünceler	Bekar	26	1.52 $\pm$.54	-.778	.439
	Evli	54	1.63 $\pm$.61		
Psikotizm	Bekar	26	1.34 $\pm$.41	.464	.644
	Evli	54	1.30 $\pm$.31		
Ek skalalar	Bekar	26	1.47 $\pm$.48	-1.348	.182
	Evli	54	1.63 $\pm$.48		
Genel ortalama	Bekar	26	1.50 $\pm$.43	.192	.849
	Evli	54	1.48 $\pm$.33		

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların SCL-90 ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanların medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t testinden elde edilen sonuçlar Tablo 7’de sunulmuştur. Tablodan da görüleceği üzere medeni duruma göre psikolojik belirtiler anlamlı şekilde farklılaşmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 8.

Hemofili hastalarının medeni durumuna göre SCL 90 Ruhsal Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x} \pm ss$	t	p
Somatizasyon	Bekar	54	1.88 $\pm$.71	.827	.411
	Evli	26	1.75 $\pm$.58		
Obsesif kompulsif belirtiler	Bekar	54	2.25 $\pm$.87	2.090	.040*
	Evli	26	1.84 $\pm$.65		
Kişilerarası duyarlılık	Bekar	54	2.12 $\pm$.91	2.620	.011*
	Evli	26	1.59 $\pm$.64		
Depresyon	Bekar	54	2.26 $\pm$.96	2.461	.016*
	Evli	26	1.73 $\pm$.75		
Anksiyete	Bekar	54	1.99 $\pm$.81	1.941	.056
	Evli	26	1.65 $\pm$.58		
Öfke/düşmanlık	Bekar	54	2.05 $\pm$.90	2.158	.034*
	Evli	26	1.61 $\pm$.71		
Fobik anksiyete	Bekar	54	1.64 $\pm$.73	2.183	.032*
	Evli	26	1.30 $\pm$.49		
Paranoid düşünceler	Bekar	54	2.18 $\pm$.80	3.344	.001*
	Evli	26	1.58 $\pm$.63		
Psikotizm	Bekar	54	1.77 $\pm$.68	2.811	.006*
	Evli	26	1.36 $\pm$.42		
Ek skalalar	Bekar	54	2.01 $\pm$.71	.805	.423
	Evli	26	1.88 $\pm$.56		
Genel ortalama	Bekar	54	2.05 $\pm$.74	2.372	.020*
	Evli	26	1.66 $\pm$.51		

Hemofili hastalarının medeni durumlarına göre psikolojik belirtilerinin farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız örneklem t testi neticesinde bekar hemofili hastalarının obsesif kompulsif belirtiler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm ve genel psikolojik belirtiler düzeyi evlilerden anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9.

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların çalışma durumuna göre SCL 90 Ruhsal Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x} \pm ss$	U	p
Somatizasyon	Çalışıyor	72	1.32 $\pm$.40	198.500	.148
	Çalışmıyor	8	1.13 $\pm$.21		
Obsesif kompulsif belirtiler	Çalışıyor	72	1.72 $\pm$.51	193.000	.127
	Çalışmıyor	8	1.50 $\pm$.66		
Kişilerarası duyarlılık	Çalışıyor	72	1.57 $\pm$.49	249.500	.535
	Çalışmıyor	8	1.48 $\pm$.52		
Depresyon	Çalışıyor	72	1.58 $\pm$.48	251.000	.552
	Çalışmıyor	8	1.51 $\pm$.58		
Anksiyete	Çalışıyor	72	1.42 $\pm$.38	166.500	.049*
	Çalışmıyor	8	1.17 $\pm$.27		
Öfke/düşmanlık	Çalışıyor	72	1.49 $\pm$.48	235.500	.392
	Çalışmıyor	8	1.47 $\pm$.71		
Fobik anksiyete	Çalışıyor	72	1.28 $\pm$.32	205.000	.160
	Çalışmıyor	8	1.14 $\pm$.26		
Paranoid düşünceler	Çalışıyor	72	1.62 $\pm$.60	205.000	.179
	Çalışmıyor	8	1.33 $\pm$.40		
Psikotizm	Çalışıyor	72	1.32 $\pm$.34	193.000	.118
	Çalışmıyor	8	1.20 $\pm$.37		
Ek skalalar	Çalışıyor	72	1.61 $\pm$.49	168.500	.052
	Çalışmıyor	8	1.28 $\pm$.34		
Genel ortalama	Çalışıyor	72	1.51 $\pm$.36	192.000	.124
	Çalışmıyor	8	1.33 $\pm$.40		

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların çalışma durumuna göre psikolojik belirtiler düzeyleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan Mann Whitney U testi neticesinde çalışanların anksiyete düzeylerinin çalışmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ($p < 0.05$) görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 10.

Hemofili hastalarının çalışma durumuna göre SCL 90 Ruhsal Belirti Tarama Ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x} \pm ss$	t	p
Somatizasyon	Çalışıyor	48	1.83±.61	-.017	.987
	Çalışmıyor	32	1.84±.75		
Obsesif kompulsif belirtiler	Çalışıyor	48	2.01±.71	-1.427	.158
	Çalışmıyor	32	2.28±.96		
Kişilerarası duyarlılık	Çalışıyor	48	1.78±	-2.132	.036*
	Çalışmıyor	32	2.20±1.01		
Depresyon	Çalışıyor	48	1.97±.82	-1.401	.165
	Çalışmıyor	32	2.27±1.06		
Anksiyete	Çalışıyor	48	1.79±.66	-1.271	.207
	Çalışmıyor	32	2.01±.87		
Öfke/düşmanlık	Çalışıyor	48	1.80±.78	-1.330	.187
	Çalışmıyor	32	2.06±.96		
Fobik anksiyete	Çalışıyor	48	1.44±.57	-1.400	.165
	Çalışmıyor	32	1.66±.80		
Paranoid düşünceler	Çalışıyor	48	1.87±.71	-1.603	.113
	Çalışmıyor	32	2.16±.91		
Psikotizm	Çalışıyor	48	1.59±.56	-.865	.390
	Çalışmıyor	32	1.72±.73		
Ek skalalar	Çalışıyor	48	1.93±.59	-.603	.548
	Çalışmıyor	32	2.02±.77		
Genel ortalama	Çalışıyor	48	1.83±.60	-1.364	.176
	Çalışmıyor	32	2.05±.81		

Hemofili hastalarının çalışma durumuna göre SCL-90 ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasında anlamlı fark olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız örneklem t testi neticesinde; çalışmayan hemofili hastalarının kişisel duyarlılık altboyutundan elde ettikleri ortalama puanın çalışanlardan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ($p < 0.05$), diğer altboyutlarda anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$) (Tablo 10).

Tablo 11.

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşadıkları yere göre SCL 90 Ruhsal Belirti Taramaölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması

		n	$\bar{x} \pm ss$	χ^2	p
Somatizasyon	İl	50	1.30 $\pm$.35	.127	.939
	İlçe	26	1.34 $\pm$.47		
	Köy	4	1.18 $\pm$.20		
Obsesif kompulsif belirtiler	İl	50	1.77 $\pm$.52	2.003	.367
	İlçe	26	1.59 $\pm$.50		
	Köy	4	1.65 $\pm$.75		
Kişilerarası duyarlılık	İl	50	1.54 $\pm$.41	2.884	.236
	İlçe	26	1.53 $\pm$.59		
	Köy	4	2.00 $\pm$.65		
Depresyon	İl	50	1.61 $\pm$.47	2.186	.335
	İlçe	26	1.47 $\pm$.50		
	Köy	4	1.78 $\pm$.74		
Anksiyete	İl	50	1.46 $\pm$.37	6.071	.048*
	İlçe	26	1.30 $\pm$.39		
	Köy	4	1.20 $\pm$.24		
Öfke düşmanlık	İl	50	1.53 $\pm$.51	4.253	.119
	İlçe	26	1.37 $\pm$.47		
	Köy	4	1.70 $\pm$.51		
Fobik anksiyete	İl	50	1.34 $\pm$.35	5.777	.056
	İlçe	26	1.14 $\pm$.22		
	Köy	4	1.17 $\pm$.27		
Paranoid düşünceler	İl	50	1.61 $\pm$.52	.882	.643
	İlçe	26	1.55 $\pm$.62		
	Köy	4	1.70 $\pm$ 1.19		
Psikotizm	İl	50	1.34 $\pm$.33	2.093	.351
	İlçe	26	1.25 $\pm$.36		
	Köy	4	1.35 $\pm$.41		
Ek skalalar	İl	50	1.58 $\pm$.43	.136	.934
	İlçe	26	1.59 $\pm$.59		
	Köy	4	1.53 $\pm$.47		
Genel ortalama	İl	50	1.52 $\pm$.34	2.653	.265
	İlçe	26	1.43 $\pm$.41		
	Köy	4	1.53 $\pm$.46		

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşadıkları yerleşim birimine göre psikolojik belirtiler ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan Kruskal Wallis H testi neticesinde anksiyete boyutunda gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p < 0.05$) görülmüştür (Tablo 10). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Mann Whitney U testi sonucunda ilde yaşayanlar ile köyde yaşayanlar arasında olduğu, köyde yaşayanların anksiyete düzeyinin anlamlı şekilde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. ($p < 0.05$) (Tabo 11).

Tablo 12.

Hemofili hastalarının yaşadıkları yere göre SCL 90Ruhsal Belirti Tarama ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması

		n	$\bar{x} \pm ss$	χ^2	p
Somatizasyon	İl	50	1.76±.63	1.126	.570
	İlçe	27	1.94±.68		
	Köy	3	2.11±1.21		
Obsesif kompulsif belirtiler	İl	50	2.00±.78	3.379	.185
	İlçe	27	2.25±.75		
	Köy	3	2.86±1.79		
Kişilerarası duyarlılık	İl	50	1.84±.86	3.121	.210
	İlçe	27	2.07±.80		
	Köy	3	2.59±.138		
Depresyon	İl	50	2.00±.90	1.416	.493
	İlçe	27	2.19±.89		
	Köy	3	2.61±1.73		
Anksiyete	İl	50	1.81±.74	1.160	.560
	İlçe	27	1.971±.76		
	Köy	3	2.20±1.11		
Öfke düşmanlık	İl	50	1.74±.76	3.063	.216
	İlçe	27	2.18±.95		
	Köy	3	2.22±1.34		
Fobik anksiyete	İl	50	1.50±.73	3.265	.195
	İlçe	27	1.60±.61		
	Köy	3	1.38±.21		
Paranoid düşünceler	İl	50	1.85±.80	5.309	.070
	İlçe	27	2.19±.75		
	Köy	3	2.44±.85		
Psikotizm	İl	50	1.61±.68	1.468	.480
	İlçe	27	1.69±.55		
	Köy	3	1.80±.65		
Ek skalalar	İl	50	1.98±.72	1.062	.588
	İlçe	27	1.92±.58		
	Köy	3	2.28±.49		
Genel ortalama	İl	50	1.84±.69	1.822	.402
	İlçe	27	2.03±.66		
	Köy	3	2.30±1.15		

Hemofili hastalarının yaşadığı yerleşim birimine göre SCL-90 ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan Kruskal Wallis H testi neticesinde yerleşim birimine göre ölçekten ve altboyutlarından elde edilen ortalama puanlar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 12).

4.1.2. Demografik Özelliklere Göre Psikolojik Dayanıklılık Düzeyine İlişkin Karşılaştırmalar

Tablo 13.

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşına göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasındaki ilişki

		Kendilik algısı	Gelecek algısı	Yapısal stil	Sosyal yeterlilik	Aile uyumu	Sosyal kaynaklar	Genel Psikolojik Dayanıklılık
Yaş	r	.066	-.061	-.133	-.091	-.080	-.170	-.065
	p	.560	.589	.240	.423	.480	.132	.564

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşı ile psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek için yapılan Pearson korelasyon analizinden elde edilen sonuçlar Tablo 13’de sunulmuştur. Tablodan da görüleceği üzere yaş ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 14.

Hemofili hastalarının yaşına göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasındaki ilişki

		Kendilik algısı	Gelecek algısı	Yapısal stil	Sosyal yeterlilik	Aile uyumu	Sosyal kaynaklar	Genel Psikolojik Dayanıklılık
Yaş	r	-.026	-.130	-.244*	-.045	.168	-.101	-.041
	p	.819	.250	.029	.692	.137	.375	.716

Hemofili hastalarının yaşı ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı ilişki olup olmadığını tespit etmek için yapmış olduğumuz Pearson korelasyon analizi sonucunda Tablo 14’deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodan da

görülebileceği üzere yaş ile yapısal stil arasında negatif yönlü, zayıf ($r = -.244$) ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki söz konusudur ($p < 0.05$).

Tablo 15.

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların medeni durumuna göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanların karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x} \pm ss$	t	p
Kendilik algısı	Bekar	26	2.73 $\pm$.56	-.397	.693
	Evli	54	2.78 $\pm$.50		
Gelecek algısı	Bekar	26	2.81 $\pm$.55	.723	.472
	Evli	54	2.72 $\pm$.54		
Yapısal stil	Bekar	26	2.67 $\pm$.65	2.136	.036*
	Evli	54	2.32 $\pm$.68		
Sosyal yeterlilik	Bekar	26	2.85 $\pm$.46	.982	.329
	Evli	54	2.74 $\pm$.42		
Aile uyumu	Bekar	26	3.00 $\pm$.67	.904	.369
	Evli	54	2.86 $\pm$.67		
Sosyal kaynaklar	Bekar	26	2.55 $\pm$.55	2.065	.042*
	Evli	54	2.30 $\pm$.48		
Genel Psikolojik Dayanıklılık	Bekar	26	2.81 $\pm$.36	1.195	.236
	Evli	54	2.70 $\pm$.36		

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların medeni durumuna göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda evli bireylerin yapısal stil ve sosyal kaynaklar altboyutundan bekarlara göre anlamlı şekilde daha düşük puan elde ettikleri görülmüştür ($p < 0.05$) (Tablo 15). Psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde edilen puanların yüksek olması psikolojik dayanıklılığın düşük olduğu göstermektedir. Bu bağlamda evli bireylerin yapısal stil ve sosyal kaynaklara ilişkin psikolojik dayanıklılığı bekarlara göre anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 16.

Hemofili hastalarının medeni durumuna göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanların karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x} \pm ss$	t	p
Kendilik algısı	Bekar	54	3.08 $\pm$.33	.260	.796
	Evli	26	3.05 $\pm$.41		
Gelecek algısı	Bekar	54	2.94 $\pm$.55	.206	.837
	Evli	26	2.92 $\pm$.46		
Yapısal stil	Bekar	54	2.80 $\pm$.77	2.512	.014*
	Evli	26	2.33 $\pm$.76		
Sosyal yeterlilik	Bekar	54	3.14 $\pm$.36	1.120	.266
	Evli	26	3.03 $\pm$.52		
Aile uyumu	Bekar	54	2.97 $\pm$.63	.028	.977
	Evli	26	2.97 $\pm$.50		
Sosyal kaynaklar	Bekar	54	2.64 $\pm$.52	1.852	.068
	Evli	26	2.41 $\pm$.46		
Genel Psikolojik Dayanıklılık	Bekar	54	3.01 $\pm$.26	1.514	.134
	Evli	26	2.91 $\pm$.29		

Hemofili hastalarının medeni durumuna göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız örneklem t testi neticesinde evli olanların yapısal stile ilişkin psikolojik dayanıklılık düzeyinin bekarlardan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.05$), (Tablo 16).

Tablo 17.

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların çalışma durumuna göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x} \pm ss$	U	p
Kendilik algısı	Çalışıyor	72	2.74 $\pm$.52	216.000	.242
	Çalışmıyor	8	3.00 $\pm$.42		
Gelecek algısı	Çalışıyor	72	2.75 $\pm$.56	276.000	.845
	Çalışmıyor	8	2.75 $\pm$.42		
Yapısal stil	Çalışıyor	72	2.42 $\pm$.71	243.500	.472
	Çalışmıyor	8	2.56 $\pm$.39		
Sosyal yeterlilik	Çalışıyor	72	2.75 $\pm$.52	235.500	.392
	Çalışmıyor	8	2.97 $\pm$.27		
Aile uyumu	Çalışıyor	72	2.89 $\pm$.69	253.500	.578
	Çalışmıyor	8	3.02 $\pm$.46		
Sosyal kaynaklar	Çalışıyor	72	2.36 $\pm$.53	.186	.099
	Çalışmıyor	8	2.56 $\pm$.21		
Genel Psikolojik Dayanıklılık	Çalışıyor	72	2.72 $\pm$.38	229.500	.228
	Çalışmıyor	8	2.88 $\pm$.14		

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların çalışma durumuna göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasında anlamlı fark olup olmadığını tespit etmek için yapılan Mann Whitney U testi neticesinde çalışma durumuna göre anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$), (Tablo 17).

Tablo 18.

Hemofili hastalarının çalışma durumuna göre psikolojik dayanıklılık elde ettikleri puanların karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x} \pm ss$	t	p
Kendilik algısı	Çalışıyor	48	3.10 $\pm$.38	.840	.403
	Çalışmıyor	32	3.03 $\pm$.32		
Gelecek algısı	Çalışıyor	48	2.85 $\pm$.52	-1.716	.090
	Çalışmıyor	32	3.06 $\pm$.51		
Yapısal stil	Çalışıyor	48	2.46 $\pm$.74	-2.648	.010*
	Çalışmıyor	32	2.92 $\pm$.81		
Sosyal yeterlilik	Çalışıyor	48	3.06 $\pm$.43	-1.097	.276
	Çalışmıyor	32	3.17 $\pm$.39		
Aile uyumu	Çalışıyor	48	3.04 $\pm$.56	1.200	.234
	Çalışmıyor	32	2.88 $\pm$.62		
Sosyal kaynaklar	Çalışıyor	48	2.55 $\pm$.55	-.205	.838
	Çalışmıyor	32	2.58 $\pm$.45		
Genel Psikolojik Dayanıklılık	Çalışıyor	48	2.96 $\pm$.28	-.626	.533
	Çalışmıyor	32	3.00 $\pm$.26		

Hemofili hastalarının çalışma durumuna göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde edilen ortalama puanlar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız örneklem t testi neticesinde çalışmayanların yapısal stile ilişkin psikolojik dayanıklılık düzeyinin çalışanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$), (Tablo 18).

Tablo 19.

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşadığı yerleşim birimine göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması

		n	$\bar{x} \pm ss$	χ^2	p
Kendilik Algısı	İl	50	2.73±.58	3.361	.186
	İlçe	26	2.78±.37		
	Köy	4	3.20±.36		
Gelecek Algısı	İl	50	2.70±.56	1.062	.588
	İlçe	26	2.84±.55		
	Köy	4	2.75±.35		
Yapısal stil	İl	50	2.42±.69	1.055	.590
	İlçe	26	2.44±.73		
	Köy	4	2.68±.31		
Sosyal yeterlilik	İl	50	2.72±.55	1.386	.500
	İlçe	26	2.88±.41		
	Köy	4	2.83±.23		
Aile uyumu	İl	50	2.74±.67	9.947	.007*
	İlçe	26	3.24±.54		
	Köy	4	2.83±.70		
Sosyal kaynaklar	İl	50	2.35±.52	4.226	.121
	İlçe	26	2.37±.48		
	Köy	4	2.83±.40		
Genel Psikolojik Dayanıklılık	İl	50	2.67±.42	3.640	.162
	İlçe	26	2.84±.22		
	Köy	4	2.91±.12		

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşadıkları yerleşim birimine göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasında anlamlı fark olup olmadığını tespit etmek için yapılan Kruskal Wallis H testi neticesinde Tablo 19'daki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodan da görüleceği üzere aile uyumu altboyutunda gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Mann Whitney U testi neticesinde ilde yaşayanlar ile ilçede yaşayanlar arasında ve köyde yaşayanlar ile ilçede yaşayanlar arasında olduğu, ilçede yaşayanların aile uyumuna ilişkin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür. ($p < 0.05$), (Tablo 19)

Tablo 20.

Hemofili hastalarının yaşadıkları yerleşim birimine göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması

		n	$\bar{x} \pm ss$	χ^2	p
Kendilik Algısı	İl	50	3.06±.31	.282	.869
	İlçe	27	3.08±.43		
	Köy	3	3.11±.41		
Gelecek Algısı	İl	50	2.99±.44	2.248	.325
	İlçe	27	2.87±.64		
	Köy	3	2.58±.52		
Yapısal stil	İl	50	2.62±.82	2.482	.289
	İlçe	27	2.77±.72		
	Köy	3	1.91±.87		
Sosyal yeterlilik	İl	50	3.09±.42	.093	.955
	İlçe	27	3.14±.42		
	Köy	3	3.11±.58		
Aile uyumu	İl	50	3.01±.61	.651	.722
	İlçe	27	2.91±.57		
	Köy	3	2.94±.38		
Sosyal kaynaklar	İl	50	2.57±.53	.176	.916
	İlçe	27	2.58±.47		
	Köy	3	2.27±.67		
Genel Psikolojik Dayanıklılık	İl	50	2.98±.27	1.202	.548
	İlçe	27	2.98±.29		
	Köy	3	2.84±.10		

Hemofili yaşadıkları yerleşim birimine göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan Kruskal Wallis H testi neticesinde gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$), (Tablo 20).

4.1.3. Demografik Özelliklere Göre Cinsel Doyum Düzeylerine İlişkin Karşılaştırmalar

Tablo 21.

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşları ile cinsel doyum düzeyleri arasındaki ilişki

		Kaçınma	Doyum	İletişim	Dokunma	İlişki sıklığı	Erken boşalma	Empotans	Cinsel Doyum
Yaş	r	-,052	,001	-,412**	-,412**	-,291**	-,278*	-,079	-,366**
	p	,645	,990	,000	,000	,009	,013	,486	,001

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşı ile cinsel doyum düzeyleri arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek için yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda iletişim ve dokunma ile yaş arasında negatif yönlü, orta düzeyde ($r = -.412$) ve anlamlı bir ilişki, ilişki sıklığı ile negatif yönlü, zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki ($r = -.291$), erken boşalma ile negatif yönlü, zayıf ($r = -.278$) ve anlamlı bir ilişki, yaş ile genel cinsel doyum düzeyi arasında negatif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p < 0.05$) (Tablo 21).

Diğer bir ifadeyle yaştaki artışa bağlı olarak sağlıklı bireylerin iletişim, dokunma, ilişki sıklığı, erken boşalma ve genel cinsel doyum düzeyleri düşmektedir.

Tablo 22.

Hemofili hastalarının yaşları ile cinsel doyum düzeyleri arasındaki ilişki

		Kaçınma	Doyum	İletişim	Dokunma	İlişki sıklığı	Erken boşalma	Empotans	Cinsel Doyum
Yaş	r	.011	-.206	.035	.035	-.405**	-.162	-.060	-.150
	p	.924	.067	.760	.760	.000	.152	.595	.185

Hemofili hastalarının yaşları ile cinsel doyum düzeyleri arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek için yapılan Pearson korelasyon analizi neticesinde ilişki sıklığı altboyutunda negatif yönlü, orta kuvvette ($r = -.405$) ve istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu, diğer bir ifadeyle yaştaki artışa bağlı olarak ilişki sıklığına ilişkin doyumun anlamlı şekilde düştüğü görülmüştür ($p < 0.05$), (Tablo 22).

Tablo 23.

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların medeni durumuna göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanların karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x} \pm ss$	t	p
Kaçınma	Bekar	54	2.88 $\pm$ 2.32	1.395	.167
	Evli	26	2.07 $\pm$ 2.48		
Doyum	Bekar	54	5.84 $\pm$ 2.73	1.154	.252
	Evli	26	4.90 $\pm$ 3.68		
İletişim	Bekar	54	5.65 $\pm$ 2.48	3.906	.000*
	Evli	26	3.70 $\pm$ 1.87		
Dokunma	Bekar	54	11.30 $\pm$ 4.96	3.906	.000*
	Evli	26	7.40 $\pm$ 3.75		
İlişki Sıklığı	Bekar	54	5.34 $\pm$ 1.78	4.069	.000*
	Evli	26	3.79 $\pm$ 1.49		
Erken Boşalma	Bekar	54	6.53 $\pm$ 2.81	2.076	.041*
	Evli	26	4.92 $\pm$ 3.44		
Empotans	Bekar	54	3.34 $\pm$ 3.09	.334	.739
	Evli	26	3.12 $\pm$ 2.51		
Genel Cinsel Doyum	Bekar	54	38.03 $\pm$ 11.70	3.787	.000*
	Evli	26	27.82 $\pm$ 11.02		

Çalışmaya dahil edilen sağlıklı kontrollerin medeni durumuna göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar Tablo 23’de sunulmuştur. Buna göre bekarların evlilere göre iletişim, dokunma, ilişki sıklığı, erken boşalmaya ilişkin yaşadıkları sorunların anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$), (Tablo 23)

Tablo 24.

Hemofili hastalarının medeni durumuna göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanların karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x}\pm ss$	t	p
Kaçınma	Bekar	54	2.61 $\pm$ 2.31	.948	.346
	Evli	26	2.69 $\pm$ 2.46		
Doyum	Bekar	54	4.96 $\pm$ 2.55	1.240	.219
	Evli	26	4.15 $\pm$ 3.08		
İletişim	Bekar	54	3.14 $\pm$ 2.32	.537	.592
	Evli	26	2.84 $\pm$ 2.41		
Dokunma	Bekar	54	6.29 $\pm$ 4.65	.537	.592
	Evli	26	5.69 $\pm$ 4.82		
İlişki Sıklığı	Bekar	54	5.12 $\pm$ 1.64	5.062	.000*
	Evli	26	3.11 $\pm$ 1.70		
Erken Boşalma	Bekar	54	5.42 $\pm$ 2.46	.821	.414
	Evli	26	4.92 $\pm$ 2.77		
Empotans	Bekar	54	3.98 $\pm$ 2.77	1.944	.055
	Evli	26	2.80 $\pm$ 1.19		
Genel Cinsel Doyum	Bekar	54	28.94 $\pm$ 10.21	2.083	.040*
	Evli	26	23.53 $\pm$ 12.414		

Hemofili hastalarının medeni durumuna göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanla arasında anlamlı farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapmış olduğumuz bağımsız örneklem t testi sonucunda Tablo 24’deki değerler elde edilmiştir. Tablodan da görüleceği üzere bekar olan hemofili hastalarının ilişki sıklığına ilişkin yaşadıkları sorunlar evlilere göre anlamlı şekilde daha fazladır ($p<0.05$), (Tablo 24).

Tablo 25.

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların çalışma durumuna göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanların karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x} \pm ss$	U	p
Kaçınma	Çalışıyor	72	2.36±2.53	273.000	.806
	Çalışmıyor	8	2.12±1.64		
Doyum	Çalışıyor	72	5.34±3.52	229.000	.341
	Çalışmıyor	8	4.00±1.92		
İletişim	Çalışıyor	72	4.19±2.08	181.000	.083
	Çalışmıyor	8	5.62±3.46		
Dokunma	Çalışıyor	72	8.38±4.17	181.000	.083
	Çalışmıyor	8	11.25±6.92		
İlişki Sıklığı	Çalışıyor	72	4.12±1.64	148.500	.023*
	Çalışmıyor	8	5.87±1.95		
Erken Boşalma	Çalışıyor	72	5.30±3.34	199.500	.153
	Çalışmıyor	8	6.75±2.96		
Empotans	Çalışıyor	72	3.40±2.69	151.000	.026*
	Çalışmıyor	8	1.37±1.99		
Genel Cinsel Doyum	Çalışıyor	72	30.76±12.05	219.000	.268
	Çalışmıyor	8	34.87±13.36		

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların çalışma durumuna göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapmış olduğumuz Mann Whitney U test'ten elde edilen sonuçlar Tablo 25'deki gibidir. Buna göre çalışmayanların ilişki sıklığı altboyutunda anlamlı şekilde daha fazla, empotans altboyutunda ise daha düşük doyuma sahip oldukları görülmüştür ($p < 0.05$), (Tablo 25).

Tablo 26.

Hemofili hastalarının çalışma durumuna göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanların karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x} \pm ss$	t	p
Kaçınma	Çalışıyor	48	2.43±2.37	.000	1.000
	Çalışmıyor	32	2.43±2.36		
Doyum	Çalışıyor	48	4.29±2.86	-1.648	.103
	Çalışmıyor	32	5.31±2.46		
İletişim	Çalışıyor	48	3.16±2.27	.543	.589
	Çalışmıyor	32	2.87±2.47		
Dokunma	Çalışıyor	48	6.33±4.54	.543	.589
	Çalışmıyor	32	5.75±4.94		
İlişki Sıklığı	Çalışıyor	48	3.95±1.80	-3.125	.002*
	Çalışmıyor	32	5.25±1.81		
Erken Boşalma	Çalışıyor	48	5.02±2.66	-1.035	.304
	Çalışmıyor	32	5.62±2.37		
Empotans	Çalışıyor	48	3.27±2.38	-1.410	.163
	Çalışmıyor	32	4.09±2.97		
Genel Cinsel Doyum	Çalışıyor	48	26.04±11.43	-1.133	.261
	Çalışmıyor	32	28.90±10.51		

Hemofili hastalarının çalışma durumuna göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapmış olduğumuz bağımsız örneklem t testinden elde edilen sonuçlar Tablo 26'daki gibidir. Tablodan da görüleceği üzere çalışmayan hemofili hastalarının çalışanlara göre ilişki sıklığında yaşadıkları sorunlar anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$), (Tablo 26).

Tablo 27.

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşadıkları yere göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması

		n	$\bar{x} \pm ss$	χ^2	p
Kaçınma	İl	50	2.22±2.42	.666	.717
	İlçe	26	2.65±2.62		
	Köy	4	1.75±1.70		
Doyum	İl	50	5.10±3.86	.640	.726
	İlçe	26	5.34±2.62		
	Köy	4	5.75±2.36		
İletişim	İl	50	3.70±2.09	11.207	.004*
	İlçe	26	5.46±2.00		
	Köy	4	5.00±3.55		
Dokunma	İl	50	7.40±4.18	11.207	.004*
	İlçe	26	10.91±4.00		
	Köy	4	10.00±7.11		
İlişki Sıklığı	İl	50	3.80±1.34	12.050	.002*
	İlçe	26	4.92±2.05		
	Köy	4	6.50±1.29		
Erken Boşalma	İl	50	4.64±2.84	7.995	.018*
	İlçe	26	6.69±3.85		
	Köy	4	7.50±2.08		
Empotans	İl	50	3.06±2.55	1.881	.390
	İlçe	26	3.69±3.00		
	Köy	4	1.75±2.06		
Genel Cinsel Doyum	İl	50	27.70±11.81	12.449	.002*
	İlçe	26	37.03±10.78		
	Köy	4	36.50±10.34		

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşadıkları yerleşim birimine göre cinsel doyum ölçeğinde elde ettikleri ortalama puanlar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan Kruskal Wallis H testi'nden elde edilen sonuçlar Tablo 27'de sunulmuştur. Tablodan da görüleceği üzere iletişim, dokunma, ilişki sıklığı ve genel cinsel doyum açısından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Mann Whitney U test neticesinde iletişim altboyutundaki farklılığın ilde yaşayanlar ile ilçe ve köylerde yaşayanlar

arasında olduğu, ilçe ve köylerde yaşayanların anlamlı şekilde daha yüksek düzeyde iletişim sorunu yaşadıkları bulunmuştur. İlişki sıklığındaki farklılığın köyde yaşayanlar ile il ve ilçede yaşayanlar arasında olduğu, köyde yaşayanların ilişki sıklığı altboyunda anlamlı şekilde daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür. Erken boşalma altboyutundaki farklılığın köyde yaşayanlar ile ilde yaşayanlar arasında olduğu, köyde yaşayanların ilgili altboyutta daha fazla sorun yaşadıkları; genel cinsel doyumdaki farklılığın ilde yaşayanlar ile ilçe ve köyde yaşayanlar arasında olduğu, ilçe ve köylerde yaşayanların cinsel doyum açısından anlamlı şekilde daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür.

Tablo 28.

Hemofili hastalarının yaşadıkları yere göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri puanların karşılaştırılması

		n	$\bar{x} \pm ss$	χ^2	p
Kaçınma	İl	50	2.18±2.23	3.314	.191
	İlçe	27	3.02±2.573		
	Köy	3	1.33±1.52		
Doyum	İl	50	4.36±2.96	2.845	.241
	İlçe	27	5.37±2.27		
	Köy	3	4.33±2.51		
İletişim	İl	50	2.88±2.42	1.661	.436
	İlçe	27	3.48±2.24		
	Köy	3	2.00±1.73		
Dokunma	İl	50	5.76±4.84	1.661	.436
	İlçe	27	6.96±4.48		
	Köy	3	4.00±3.46		
İlişki Sıklığı	İl	50	3.96±1.87	11.275	.004*
	İlçe	27	5.44±1.69		
	Köy	3	4.33±1.15		
Erken Boşalma	İl	50	5.18±2.70	1.904	.386
	İlçe	27	5.59±2.32		
	Köy	3	3.66±2.08		
Empotans	İl	50	3.16±2.27	3.311	.191
	İlçe	27	4.25±2.69		
	Köy	3	5.00±5.19		
Genel Cinsel Doyum	İl	50	25.30±11.32	5.156	.076
	İlçe	27	31.11±9.97		
	Köy	3	23.33±10.40		

Hemofili hastalarının yaşadığı yere göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanların farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan Kruskal Wallis H testi neticesinde ilişki sıklığı boyutunda anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 28). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu

tespit etmek için yapılan Mann Whitney U test sonucunda ilçede yaşayanlar ile il ve köyde yaşayanlar arasında olduğu, ilçede yaşayanların ilişki sıklığı boyutunda anlamlı şekilde daha az sorun yaşadıkları görülmüştür.

4.2. Kontrol ve Hemofili Hastalarının Psikolojik Belirtilerine Göre Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular

Psikolojik belirtileri tespit etmek için kullanılan SCL 90 ölçeği 90 maddeden ve 10 alt ölçekten meydana gelmektedir. Ölçeklerin her birinden elde edilen ortalama puanın 1'den büyük olması ilgili altboyuta ilişkin ruhsal bir problem olduğunu, 0.5-1 arasında olması orta düzeyde problem olduğunu, 0.5'ten küçük olması da problem olmadığını göstermektedir.

Tablo 29.

SCL-90 Ruhsal Belirti Tarama Ölçeğine göre hasta ve kontrol grubundan elde edilen değerlerin karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x} \pm ss$	t	p
Somatizasyon	Kontrol	80	1,31 $\pm$ 0.39	-6.090	.000
	Hemofili	80	1,83 $\pm$ 0.67		
Obsesif kompulsif belirtiler	Kontrol	80	1,70 $\pm$ 0.52	-3.760	.000
	Hemofili	80	2,12 $\pm$ 0.83		
Kişilerarası duyarlılık	Kontrol	80	1,56 $\pm$ 0.49	-3.472	.001
	Hemofili	80	1,95 $\pm$ 0.87		
Depresyon	Kontrol	80	1,57 $\pm$ 0.49	-4.381	.000
	Hemofili	80	2,09 $\pm$ 0.93		
Anksiyete	Kontrol	80	1,39 $\pm$ 0.37	-5.116	.000
	Hemofili	80	1,88 $\pm$ 0.76		
Öfke/düşmanlık	Kontrol	80	1,49 $\pm$ 0.50	-3.734	.000
	Hemofili	80	1,91 $\pm$ 0.86		
Fobik anksiyete	Kontrol	80	1,26 $\pm$ 0.32	-3.160	.002
	Hemofili	80	1,53 $\pm$ 0.67		
Paranoid düşünceler	Kontrol	80	1,60 $\pm$ 0.59	-3.506	.001
	Hemofili	80	1,99 $\pm$ 0.80		
Psikotizm	Kontrol	80	1,31 $\pm$ 0.34	-4.066	.000
	Hemofili	80	1,64 $\pm$ 0.63		
Ek skalalar	Kontrol	80	1,58 $\pm$ 0.49	-4.185	.000
	Hemofili	80	1,97 $\pm$ 0.66		
Genel ortalama	Kontrol	80	1,49 $\pm$ 0.37	-4.886	.000
	Hemofili	80	1,92 $\pm$ 0.69		

Kontrol ve hemofili hastalarının SCL 90 ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda Tablo 29'da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde bütün alt boyutlardan ve SCL 90 ölçeğinin genelinde kontrol ve

hemofili hastalarının elde ettikleri ortalama puanların 1.0'dan büyük olduğu görülmektedir. Bu da kontrol ve hemofili hastalarının psikolojik sorunlar yaşadığını göstermektedir. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde hemofili hastalarının somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke/düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm, ek skalalar ve genel psikolojik belirtiler düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ($p<0.05$), diğer bir ifadeyle hemofili hastaları sağlıklı bireylere göre daha şiddetli psikolojik sorun yaşamaktadır ($p<0.05$), (Tablo 29).

4.3. Kontrol ve Hemofili Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular

Kontrol ve hemofili hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirlemek için Friborg ve ark. (2003) tarafından geliştirilen, Basım ve Çetin (57) tarafından Türkçeye uyarlanmış olan 5'li Likert tipindeki 33 sorudan meydana gelen yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği kullanılmıştır. Ölçekten elde edilen puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılık azalmaktadır. Buna göre ölçekten elde edilen 1 puan yüksek psikolojik dayanıklılığı, 5 puan ise düşük psikolojik dayanıklılığı göstermektedir.

Tablo 30.

Psikolojik dayanıklılık ölçeğine göre hasta ve kontrol grubundan elde edilen değerlerin karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x} \pm ss$	t	p
Kendilik algısı	Kontrol	80	2,77 $\pm$ 0.52	-4.245	.000
	Hemofili	80	3,07 $\pm$ 0.36		
Gelecek algısı	Kontrol	80	2,75 $\pm$ 0.54	-2.208	.029
	Hemofili	80	2,94 $\pm$ 0.52		
Yapısal stil	Kontrol	80	2,44 $\pm$ 0.69	-1.772	.078
	Hemofili	80	2,65 $\pm$ 0.80		
Sosyal yeterlilik	Kontrol	80	2,77 $\pm$ 0.50	-4.470	.000
	Hemofili	80	3,10 $\pm$ 0.42		
Aile uyumu	Kontrol	80	2,90 $\pm$ 0.67	-.687	.493
	Hemofili	80	2,97 $\pm$ 0.59		
Sosyal kaynaklar	Kontrol	80	2,38 $\pm$ 0.51	-2.271	.024
	Hemofili	80	2,56 $\pm$ 0.51		
Genel Ortalama	Kontrol	80	2,74 $\pm$ 0.36	-4.607	.000
	Hemofili	80	2,97 $\pm$ 0.27		

Kontrol ve hemofili hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız örneklem t testi yardımıyla Tablo 30'da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre hemofili hastalarının kendilik algısı, gelecek algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklara ilişkin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve aynı zamanda genel psikolojik dayanıklılık düzeyleri sağlıklı kontrollerden anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

4.4. Kontrol ve Hemofili Hastalarının Cinsel Doyum Düzeylerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular

Kontrol ve hemofili hastalarının cinsel doyum düzeylerinin tespit edilmesi için Rust ve Golombock tarafından geliştirilmiş olan Golombock Rust Cinsel Doyum Ölçeği kullanılmıştır. 5 ve üzerindeki puanlar ilgili alana ilişkin problem yaşandığını göstermektedir.

Tablo 31.

Golombock-Rust ölçeğine göre hasta ve kontrol grubundan elde edilen değerlerin karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{x}\pm ss$	t	p
Kaçınma	Kontrol	80	2,33 $\pm$ 2.44	-.263	.793
	Hemofili	80	2,43 $\pm$ 2.35		
Doyum	Kontrol	80	5,21 $\pm$ 3.41	1.046	.297
	Hemofili	80	4,70 $\pm$ 2.74		
İletişim	Kontrol	80	4,33 $\pm$ 2.27	3.528	.001
	Hemofili	80	3,05 $\pm$ 2.34		
Dokunma	Kontrol	80	8,67 $\pm$ 4.54	3.528	.001
	Hemofili	80	6,10 $\pm$ 4.68		
İlişki sıklığı	Kontrol	80	4,30 $\pm$ 1.74	-.605	.546
	Hemofili	80	4,47 $\pm$ 1.90		
Erken boşalma	Kontrol	80	5,45 $\pm$ 3.32	.400	.690
	Hemofili	80	5,26 $\pm$ 2.55		
Empotans	Kontrol	80	3,20 $\pm$ 2.69	-.960	.339
	Hemofili	80	3,60 $\pm$ 2.57		
Genel Ortalama	Kontrol	80	31.17 $\pm$ 12.16	2.166	.032
	Hemofili	80	27.18 $\pm$ 11.09		

Kontrol ve hemofili hastalarının cinsel doyum düzeylerinin belirlenmesi için kullanılan Golombock-Rust ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanların karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi neticesinde kontrol grubunda yer alanların doyum, dokunma ve erken boşalma altboyutlarında 5'in

üzerinde ortalama puan elde ettikleri, dolayısıyla da bu altboyutlarda sorun yaşadıkları görülmüştür. Hemofili hastalarının ise dokunma ve erken boşalma altboyutlarında 5'in üzerinde ortalama puan elde ettikleri, yani bu alanlarda sorun yaşadıkları görülmüştür. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda iletişim ve dokunma altboyutlarında kontrol grubunda yer alanların hemofili hastalarına göre anlamlı şekilde daha fazla problem yaşadıkları görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 31).

Tablo 42.

Psikolojik belirti, psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyum arasındaki ilişki

		Psikolojik Belirti	Psikolojik Dayanıklılık	Cinsel Doyum
Spearman's rho	Psikolojik Belirti	r	1,000	,070
		p	.	,377
		n	160	160
	Psikolojik Dayanıklılık	r	,070	1,000
		p	,377	.
		n	160	160
	Cinsel Doyum	r	,023	-,057
		p	,777	,472
		n	160	160

Hemofili hastalarında psikolojik belirti, psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyum arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan Spearman Korelasyon analizi neticesinde değişkenler arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 32).

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Sunulan bu araştırmada hemofili hastaları ile sağlıklı bireylerin psikolojik dayanıklılıkları, psikiyatrik belirtileri ve cinsel doyumları karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda toplanan verilerden elde edilen bulgular, ilgili bölümde sunulmuştur. Bu bölümde, araştırmanın amaçları uyarınca elde edilen bulgular, ilgili literatür bağlamında tartışılarak yorumlanmış ve ileride yapılacak benzeri araştırmalara yararlı olabileceği düşünülen önerilerde bulunulmuştur.

Bu çalışmada hemofili hastalarının yaşı ile paranoid düşünceler arasında negatif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya paralel olarak Taytard ve Cousson (1996) tarafından yapılan çalışmada da, kronik hastalıkların organlarda fonksiyon kayıplarına neden olmalarının yanı sıra devamlı ilaç kullanımı ve hastaneye bağımlılık gibi unsurlardan ötürü yaş arttıkça gelecekle ilgili endişelerin artmasına, ümitsizlik ve kaygı gibi psikolojik sorunların yaşanmasına neden olduğunu göstermişlerdir. Türkiye’de Abalı ve ark. (2014) hemofilili çocuk ve ergenlerin psikiyatrik semptom görülme sıklığı ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında hastaların kaygı düzeylerini yüksek bulmuşlardır. Ancak yaşları ilerledikçe eğer hem kendileri hem ebeveynleri psikoeğitim alırlarsa anksiyete belirtilerinin ve uzun dönem etkilerinin hafiflediğini göstermişlerdir.

Kontrol grubunda yer alan sağlıklı bireylerin yaşı ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, buna karşın hemofili hastalarında yaş ile yapısal stil arasında negatif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Ülker, Tümlü ve Recepoğlu (2013) tarafından üniversite akademik personelleri üzerinde gerçekleştirilen çalışmada yaştaki artışa bağlı

olarak psikolojik dayanıklılığın arttığı, ancak bu artışın anlamlı düzeyde olmadığı bildirilmiştir. Bu konuda literatür taraması yapıldığında spesifik olarak hemofili hastalarının psikolojik dayanıklılığı üzerinde yapılmış bir çalışmaya rastlanamamıştır. Ancak başka kronik hastalıklarda konuyla ilgili çalışmalara rastlanmıştır. Örneğin Güngör (2019) tarafından kanser tanısı alan bireylerde travma sonrası gelişim ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada kanser hastalarının psikolojik dayanıklılıklarının orta düzeyde olduğu, travma sonrası gelişim gösterme düzeyleri ortalamanın altında olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada kontrol grubunda yer alan sağlıklı bireylerin yaştaki artışa bağlı olarak iletişim, dokunma, ilişki sıklığı ve genel cinsel doyum düzeylerinin düştüğü, erken boşalma problemlerinin arttığı bulunmuştur. Benzer sonuçlar; Beutel ve ark. (2002) Almanya örnekleminde erkeklerde cinsel doyumsuzluğun yaşla arttığı bulunmuştur. Sjögren- Meyer ve ark.'nın (1999) araştırmalarında da cinsel doyumun yaşla arttığı bulunmuştur. Vural ve Temel (2010) tarafından sağlıklı evli bireyler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada ise kadın ve erkeklerde yaştaki artışa bağlı olarak cinsel doyum düzeyinin azaldığı ancak bu azalmanın anlamlı düzeyde olmadığı bildirilmiştir.

Yapılan bu çalışmada hemofili hastalarının yaştaki artışa bağlı olarak ilişki sıklığının ve cinsel doyumun anlamlı şekilde düştüğü görülmüştür. Bar-Chama ve ark. (2011) tarafından yapılan hemofili ile yaşlanan erkeklerin cinsel değerlendirmesi ve tedavisi başlıklı araştırmada da hemofili hastalarının yaş aldıkça boşalma gücü ve erektil disfonksiyon gibi cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığının arttığı gösterilmiştir. Yine Adisksopha ve ark. (2017) tarafından hemofili hastalarında cinsel işlev bozukluğu prevalansı üzerine yaptıkları araştırmada yaş alan hastaların daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşadıkları gösterilmiştir. Benzer şekilde Gianotten ve Heijnen (2009) tarafından yapılan gözden geçirme çalışmasında da hemofili, yaşlanma ve cinsellik arasındaki ilişki ele alınmış, cinselliğin diyabet, hipertansiyon, hemofili gibi kronik hastalıklardan etkilenebildiği ifade edilmiştir.

Kontrol grubunda yer alan sağlıklı bireylerin medeni durumuna göre psikiyatrik belirtiler ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar arasında anlamlı farklılık saptanmamış iken bekar hemofili hastalarının obsesif kompulsif belirtiler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm ve genel psikolojik belirtiler düzeyi evlilerden anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmayla paralel sonuçlara ulaşan Nipp ve arkadaşları (2017) tarafından kanser hastaları üzerinde gerçekleştirilen çalışmada evli kanser hastalarında psikolojik semptomların görülme oranının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Balcells ve arkadaşları (2010) tarafında KOAH hastaları üzerinde gerçekleştirilen bir başka çalışmada evli hastalarda psikiyatrik belirtiler görülme oranının bekarlara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Kontrol grubunda yer alan sağlıklı evli bireylerin yapısal stil ve sosyal kaynaklara ilişkin psikolojik dayanıklılık düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuş bununla paralel olarak hemofili hastalarında da evli olanların yapısal stile ilişkin psikolojik dayanıklılık düzeyinin bekârlardan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Zhou ve arkadaşları (2018) tarafından Çin’de sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilen çalışmada evli sağlık çalışanların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Parmaksız (2019) tarafından yapılan çalışmada medeni durumun psikolojik dayanıklılık düzeyini anlamlı şekilde arttırdığı bildirilmiştir. Lazarus (1993) eş desteğinin psikolojik dayanıklılığı olumlu yönde etkilediğini, evlilerin bekarlara kıyasla psikolojik olarak daha dayanıklı olduklarını tespit etmiştir. Dane ve Olgun’ un (2016) yapmış olduğu çalışmada evli olan hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin bekar olan bireylere göre psikolojik dayanıklılık durumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Demir’in (2016) çalışmasına göre ise evli olan kanser hastalarında psikolojik dayanıklılığın alt boyutu olan gelecek algısı değişkeni bekar olan kanser hastalarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmaya dahil edilen sağlıklı bireylerin medeni durumuna göre cinsel doyum düzeylerine bakıldığında; bekar olan sağlıklı bireylerin iletişim, dokunma, ilişki sıklığı ve erken boşalma ile ilgili yaşadıkları cinsel sorunların evlilere göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu, buna karşın evli olan hemofili

hastalarının bekar olanlara göre ilişki sıklığıyla ilgili ve genel cinsel doyumla ilgili yaşadıkları sorunların anlamlı şekilde daha düşük olduğu görülmüştür. Benzeri şekilde Jose ve Alfons (2007) tarafından yapılan çalışmada cinsel doyum düzeyleri evli bireylerde bekarlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmaya dahil edilen sağlıklı bireylerin çalışma durumuna göre psikiyatrik belirti düzeylerine bakıldığında, çalışanların anksiyete düzeylerinin çalışmayanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu, buna karşın çalışmayan hemofili hastalarının kişisel duyarlılık altboyutundan elde ettikleri ortalama puanın anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında, spesifik olarak hemofili hastalarının çalışma durumu ile psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Pfleger ve ark (2010) tarafından Multipl Skleroz (MS) hastaları üzerine yapılan bir çalışmada; erken emeklilik ve işsizlik durumları kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. MS Hastalığı tanısı aldığı andan itibaren hastaların çalışma yaşamının olumsuz etkilendiği, işsizlik oranlarının arttığı, erken emekli oldukları ve gelirlerinin düştüğü saptanmıştır. Ayrıca çalışmayan hastaların boyun eğici yaklaşımda daha fazla bulundukları ve anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur. Navaro ve ark. (2003) tarafından yapılan başka bir çalışmada da MS hastalığının, hastaların iş yaşamını negatif etkilediği gösterilmiştir. Yine Airlie ve ark.'nın (2001) yaptığı bir araştırmada yapılan SCL 90 psikiyatrik belirti ölçeğinde çalışmayan MS hastalarının depresyon düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuş, ayrıca gelir düzeyleri arttıkça hastanede yatış sürelerinin azaldığı bulunmuştur.

Kontrol grubunda yer alan sağlıklı bireylerin çalışma durumuna göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasında anlamlı farklılık saptanmamış iken çalışmayan hemofili hastalarının yapısal stile yönelik psikolojik dayanıklılık düzeyinin çalışanlara göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu görülmüştür. Kılınç ve arkadaşları (2019) tarafında KOAH hastaları üzerinde gerçekleştirilen çalışma sonucunda çalışan hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyinin çalışmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Dane ve Olgun'un (2016) hemodiyaliz hastaları ile yapmış olduğu araştırmada çalışan bireylerin psikolojik dayanıklılık puan

ortalamalarının çalışmayan bireylerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Akyüz' ün (2016) kolorektal kanser tanılı hastalarla yapmış olduğu çalışmada ise emekli olan yani aktif olarak çalışmayan hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların çalışma durumuna göre cinsel doyum düzeyine baktığımızda; çalışmayanların ilişki sıklığı anlamlı şekilde yüksek olsa da erektile disfonksiyon yaşama oranları da yüksek bulunmuştur. Hemofili hastalarında ise çalışmayan hemofili hastalarının çalışanlara göre ilişki sıklığında yaşadıkları sorunlar anlamlı şekilde daha yüksektir. James ve ark.'nın (1988) yaptıkları çalışmada işini kaybeden erkelerin erektile disfonksiyon probleminin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Lau ve ark (2008) tarafından Honkong'lu erkekler üzerinde yapılan cinsel işlev bozukluğunun prevalansı ve sosyokültürel etkenlerin araştırıldığı çalışmada da işsizliğin cinsel işlev bozukluğu etkenlerinden birisi olduğu gösterilmiştir.

Köyde yaşayan sağlıklı bireylerin anksiyete düzeyinin ilde yaşayanlara göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu tespit edilmişken hemofili hastalarında yaşanan yerleşim birimine göre psikolojik belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Düztaş (2008) tarafından kırsal ve kentsel alanlarda çalışmakta olan okul yöneticileri üzerinde gerçekleştirilen çalışmada kırsal alanda çalışmakta olan okul yöneticilerinin tükenmişlik düzeyinin kentsel alanda çalışmakta olan okul yöneticilerine göre daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Kontrol grubunda yer alan sağlıklı katılımcılardan ilçede yaşayanların aile uyumuna ilişkin psikolojik dayanıklılık düzeyinin diğerlerinden anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür. Hemofili hastalarında ise yaşanan yerleşim birimine göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde edilen puanlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Deveci ve arkadaşları (2002) tarafından konversiyon bozukluğu olan hastalar üzerinde gerçekleştirilen çalışmada kırsal kesimde yaşayanların psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Kontrol grubunda yer alan sağlıklı katılımcıların yaşadıkları yerleşim birimine göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan analiz sonucunda; iletişim sorunu alt boyutunda anlamlı şekilde yüksek sorun tespit edilen katılımcıların ilçe ve köyde yaşadıkları, ilişki sıklığı altboyutunda anlamlı şekilde daha fazla sorun olan katılımcıların köyde yaşadıkları tespit edilmiştir. Erken boşalma altboyutunda daha fazla sorun tespit edilen katılımcıların köyde yaşayanlar olduğu, genel cinsel doyumdaki farklılığın ise ilçe ve köylerde yaşayanların ilde yaşayanlara göre anlamlı şekilde daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür. Benzer şekilde Ansong ve ark 'nın (2000) Eretil Disfonksiyonun Epidemiyolojisi başlıklı araştırmalarında kırsal kesimde yaşayan erkeklerin erektile disfonksiyon oranlarını daha yüksek olarak bulmuşlardır.

Hemofili hastalarının yaşadıkları yerleşim birimine göre cinsel doyum ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan analiz sonucunda ise ilçede yaşayan hemofili hastalarının ilişki sıklığı boyutunda anlamlı şekilde daha az sorun yaşadıkları görülmüştür. Bunun dışında hemofili hastalarının cinsel doyumu üzerine yaşadıkları yerin etkisine dair herhangi bir literatür araştırmasına rastlanmamıştır.

Yapılan çalışmadan elde edilen verilerin analizi neticesinde hemofili hastalarının somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke/düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm ve genel psikolojik belirtiler düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu, diğer bir ifadeyle hemofili hastalarının sağlıklı bireylere göre daha şiddetli psikolojik sorun yaşadıkları görülmüştür. Ghanizadeh ve Balighi-Jahromi (2009) tarafından hemofili hastası olan çocuk ve adolesanlar üzerinde yapmış oldukları çalışmada hemofili hastalarının majör depresif bozukluk ve anksiyete düzeylerini anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. Fakhari ve ark (2013) hemofili hastalarının psikiyatrik belirtileri düzeyleri konusunda yaptıkları araştırmada; olguların anksiyete, depresyon, öfke, obsesif kompulsif bozukluk, psikotik özellik ve somatizasyon bozukluk düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatür taramasındaki bu bulgular araştırmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Yapılan çalışmadan elde edilen verilerin analizi neticesinde hemofili hastalarının kendilik algısı, gelecek algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklara ilişkin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve aynı zamanda genel psikolojik dayanıklılık düzeyleri sağlıklı kontrollerden anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Literatür taramasında spesifik olarak hemofili hastalarının psikolojik dayanıklılığı üzerine yapılmış bir çalışmaya denk gelinmemiş olsa da Cohn, Fredrickson (2009) ve yine Connor ve ark. (2003) ile Egan ve ark.'nın (2015) kanser hastalarında yaptıkları çalışmalarda psikolojik dayanıklılık düzeylerini ortalamanın üstünde bulmuşlardır. Türkiye'de ise Akyüz' ün (2016) çalışmasında psikolojik dayanıklılık puanının ortalamanın altında olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışma sonuçlarının farklı çıkmasını yurt dışı ile Türkiye'deki kültürel farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir (Güngör, 2019)

Özellikle Hemofili hastalarının eklemlerinde ortaya çıkan artropati sebebiyle hareket kabiliyetlerindeki kısıtlılık, kaslarında oluşan hematomlar nedeni ile hareket kabiliyetlerinde azalma (örneğin dişlerini fırçalayamama, saçını tarayamama, tuvalete oturamama, ayakkabılarını bağlayamama, yürüyüş yapmama, merdiven çıkamam gibi) sonucunda günlük aktivitelerini yapamamaktadırlar. Bunun yanı sıra ömür boyu kullanmaları gereken profilaksi ilaçları sebebiyle belirli oranda hastaneye bağımlı kalmasalar bile evde, iş yerinde mutlaka yapmak zorunda oldukları intravenöz tedavi ilaçları gelecekle ilgili endişelerinin artmasına, sosyal izolasyonlarına, ümitsizliğe ve endişeye yol açan önemli unsurlar olmaktadır. Bundan dolayı kronik hastalığa sahip olanların psikolojik dayanıklılıklarının sağlıklı bireylerden daha düşük olmasına bütün bu belirtilenlerin temelinde kanama bozukluğunun olduğu hemofili hastalığının da neden olduğu bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Kronik hastalıklardan birisi olan hemofili hastalarında da belirtilen bu psikolojik sorunlar yaygın olarak görüldüğünden bu hastalarda da psikolojik dayanıklılık düzeyinin sağlıklı kontrollerden daha düşük çıkması beklenen bir durum olarak nitelendirilebilir.

Yapılan bu çalışmada araştırma grubu olan hemofililerde uygulanan testler sonucunda; yaşları daha büyük olanların, bekar, çalışmayan ve ilçede

yaşayanların cinsel ilişki sıklıklarının az olduğu, partnerlerine dokunma ve erken boşlama sorunlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çünkü yaşları arttıkça eklem arası kanamaları artmakta, hareket kabiliyetleri azalmakta, sevişme aktivitesi esnasında özellikle koruyucu faktör ilaçlarını almamışlarsa sevişmeden kaçınmaktadırlar.

Yapılan bu çalışma neticesinde sağlıklı bireylerin cinsel aktivite sırasındaki doyum, dokunma ve erken boşalma altboyutlarında daha fazla sorun yaşadıkları, hemofili hastalarının ise yine cinsel aktivite sırasındaki yaşla artan şekilde doyum, dokunma ve erken boşalma altboyutlarında daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda cinsel aktivite sırasındaki iletişim ve dokunma altboyutlarında kontrol grubunda yer alanların hemofili hastalarına göre anlamlı şekilde daha fazla problem yaşadıkları görülmüştür. Kontrol grubunda ortaya çıkan istatistiksel bu farklılık tamamıyla hemofili hastalarının var olan doğumsal hastalıkları sebebiyle cinsel olarak aktif döneme gelinceye kadar yaşadıkları tüm sosyal ve psikolojik rahatsızlıkların yansıması olarak yorumlanabilir. Hastalar sosyal izolasyonları ve psikolojik yalnızlık hislerini cinsel olarak aktif yaşama geçtikten sonra daha değerli kılacak bir boyuta taşınmaları sebebiyle cinsel aktivite sırasındaki iletişim ve dokunma boyutlarında kontrol grubuna göre sorun olmasına rağmen daha az rastlanmasına sebep olmuştur.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar daha önce yapılmış çalışmalarla paralellik arz etmektedir. Parish (2002) yapmış olduğu çalışmada hemofili hastalarında cinsel işlev bozukluklarının sağlıklı bireylere kıyasla daha yaygın olduğunu ifade etmiştir. Yang ve Jackson (2015) tarafından hemofili hastaları üzerinde gerçekleştirilen çalışmada hemofili hastalarında erektil disfonksiyon oranının normal sağlıklı popülasyona göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bar-Chama ve ark. (2011) tarafından hemofili hastaları üzerinde gerçekleştirilen çalışmada da hastaların cinsel işlev bozukluk görülme oranının yüksek olduğu bildirilmiştir. Gianotten ve Heijnen (2009) yapmış oldukları çalışmada hemofili hastalarının yaşlarındaki artışa bağlı olarak aktivitelere katılımlarını sınırlayan kas-iskelet sistemi sorunları yaşadıklarını, bu durumun erkeklerde önemli yönlerinden birisinin cinsellikteki değişiklikler olduğunu ifade etmişlerdir. Yine

aynı çalışmada hemofili hastalarının isteksizlik, yorgunluk, düşük testosteron ya da ağrıdan rahatsız olabileceklerini, cinsel heyecan (ereksiyon) düzeylerinin azalacağını ifade etmişlerdir.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Hemofili hastalarının somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm ve genel psikiyatrik belirtiler düzeyinin sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Özellikle çalışmayan hemofili hastalarının kişiler arası duyarlılık düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Yine hemofili hastalarında yaşla birlikte paranoid alt boyutunda azalma görülmüştür.
- Hemofili hastalarının kendilik algısı, gelecek algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklara ilişkin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve aynı zamanda genel psikolojik dayanıklılık düzeyleri sağlıklı kontrollerden anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur.
- Sağlıklı bireylerin cinsel aktivite sırasındaki doyum, dokunma ve erken boşalma altboyutlarında daha fazla sorun yaşadıkları saptanırken, hemofili hastalarının yine cinsel aktivite sırasındaki yaşla artan şekilde doyum, dokunma ve erken boşalma altboyutlarında daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür. Beklenenin aksine sağlıklı bireylerin cinsel aktivite sırasındaki iletişim ve dokunma altboyutlarında hemofili hastalarına göre anlamlı şekilde daha fazla problem yaşadıkları görülmüştür.

6.2. Öneriler

Yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar dikkate alındığında aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

- Hemofili hastalarının psikiyatrik belirti düzeyinin sağlıklı bireylere göre yüksek oluşu tedavileri sırasında göz önünde bulundurulması gereken önemli bir bulgudur. Özellikle somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon, aksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm ve genel psikiyatrik belirtiler alt boyutunun yüksek saptanması öncelikle bu hastalarda psikiyatrik tarama yapılması zorunluluğunu akla getirmektedir. Bu taramaların sonucunda da hastaların bireysel ihtiyacına göre medikal veya psikoterapotik tedavileri düzenlenmelidir.
- Hemofili hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri sağlıklı kontrollerden anlamlı şekilde daha düşük bulunduğundan dolayı; psikolojik dayanıklılığın artırılmasına yönelik koruyucu faktörlerin geliştirilmesi, risk faktörleri ile mücadele edilmesi için hastalara eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.
- Hemofili hastalarının cinsel aktivite sırasındaki cinsel doyum, dokunma ve erken boşalma alt boyutlarında sorun yaşamaları nedeni ile bu hasta grubuna yönelik cinsel yaşam konusunda bilgilendirilmeleri, 18 yaşından itibaren de aktif cinsel yaşam, korunma yöntemleri ve cinsel işlev bozuklukları konusunda da eğitilmeleri önemlidir. Çünkü toplum tarafından ayıp, yasak ve günah sayılan cinsellik konusunun konuşulması sağlıklı grupta bile sorun iken hasta grubun doğru bilgiye ulaşması çok daha zor olacaktır. Bu nedenle hastaların var olan kayıtlı oldukları dernekler tarafından verilen sadece medikal problemlere yönelik destekler ve eğitimler değil psikolojik ve cinsel eğitimlerin ve psikolojik desteğin de hayat kalitelerinin artması için birlikte verilmesi hayati önem taşımaktadır.

- Hemofili hastaları üzerinde daha kapsamlı benzer çalışmaların yapılması bu hastalarda psikolojik semptomlar, psikolojik dayanıklılık ve cinsel işlev bozukluklarının sıklığı, nedenleri, arttırıcı ve azaltıcı faktörlerin belirlenmesi açısından daha sağlıklı bilgiler verecektir.
- Araştırma sonuçlarını göz önünde bulundurduğumuzda semptomatik düzeyleri yüksek, psikolojik dayanıklılığı düşük ve cinsel problemler yaşadığı görülen hemofili hastalarının bireysel ve grup terapilerinden fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Bununla beraber tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi hemofili hastalarıyla doğumdan itibaren bütün sorunları birlikte göğüsleyen ebeveynlerin de psikolojik iyilik halinde olup olmamaları, çocuklarına tutum ve davranışları, hastaların psikolojik yetersizliklerinin ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle ergenlik ve evden ayrılıncaya kadar olan sürede ebeveynlerin hem hastalıkla ilgili medikal bilgi açısından hem de hastanın gelecekteki psikolojik sorunlarının askariye indirilmesi açısından önemli oranda bilgilendirilmeleri ve aydınlatılmaları önemlidir. Bu açıdan sadece bireysel değil aile terapisinden de fayda görecekları düşünülmektedir.
- Bu çalışma kapsamında hemofili hastalarının medikal tedavi mecburiyetlerinden dolayı hastane bağımlılığı incelenmemiştir. Hastanede profilaksi alan grup ile evde kendi kendilerine yeni nesil subkütan profilaktik ilaçlar ile tedavi alan grup arasındaki psikiyatrik belirti ve özyeterlilik açısından farkın incelenmesi önerilmektedir. Çünkü ne kadar az hastaneye bağımlı olurlarsa hem sosyal, hem de psikolojik olarak o kadar az sorun yaşayacakları öngörülmektedir. Kontrollü bir çalışma deseninin kullanılması nedenselliğin ayrıntılı incelenmesine olanak tanıyacaktır.

KAYNAKÇA

- Abalı O., Zülfikar B., Demirkaya S., ayayadın H., Kircelli F. & Duman M. (2014) *An examination of the symptoms of anxiety and parental attitude in children with hemophilia* , Turk J Med Sci 2014,44: 1087-1090c TUBİTAK doi:10.3906/sag-1310-82
- Abolghasemi A. & Taklavi Varaniyab, S. (2010). Resilience and Perceived Stress: Predictors of Life Satisfaction in Students of Success and Failure. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 748-752. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.178>
- Acharya, S.S & Sarangi, S.N. (2016). Disorders of Coagulation. In: Lanzkowsky P, Lipton JM, Fish JD, editors. *Lanzkowsky's Manual of Pediatric Hematology and Oncology*. 6th ed. Elsevier; p. 279-333
- Ağaoğlu, L., Anak, S., Devecioğlu, Ö. & Sarıbeyoğlu, E. (2002). Kan Hastalıkları. İçinde: Neyzi O, Ertuğrul (Yüksel) T editörler. *Pediatric Cilt* 2, 3. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, s. 1039-1102.
- Afsar B., Yalçınsoy, M., Yakar H., Bilgin S. & Akkaya, E. (2012). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Medical Journal*, 34(3),260-267. Retrieved from <http://dergipark.org.tr/223/issue/4222/56181>
- Airlie J., Baker, G.A., Smith, S.J. & Young C.A. (2001) Measuring the impact of multiple sclerosis on psychosocial functioning: the development of a new self-efficacy scale *Clinical Rehabilitation* 15: 259–265
- Akyüz, S. (2016) *Kolorektal Kansere Bağlı Stoma Açılan ve Açılmayan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırılması*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara
- Aledort, L.M. (1989). New approaches to management of bleeding disorders. *Hospital Practice* 1989; 207-26.

- Alptekin K., Ulas, H., Akdede, B. B., Tümöklü, M., & Akvardar, Y. (2009). Prevalence and risk factors of psychotic symptoms: in the city of Izmir, Turkey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(11), 905.
- Altinel, T. (2008). Edirne şehir merkezindeki 15-49 yaş kadınlarda ruhsal durum ve etkileyen faktörler, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Altındağ, A., Yanik, M. & Nebioglu, M. (2006). The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I patients: prevalence and clinical correlates. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43(1):10
- Ambruso, D.R. & Nuss, R., Wang, M. (2016). Hematologic Disorders. In: Hay WW, Deterding RR, Levin MJ, Abzug MJ, editors. *Current Diagnosis and Treatment Pediatrics*. 23th ed. McGraw-Hill Education, 2016: p. 891-944
- Ansong K. S., Lewis, C., Jenkins, P. & Bell, J. (2000). *Epidemiology of Erectile Dysfunction. Annals of Epidemiology*, 10(5), 293–296. doi:10.1016/s1047-2797(00)00050-8
- APA (American Psychiatric Association), (1994) DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Pres.
- APA (Amerikan Psikiyatri Birliği), (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM- 5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı 'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Aşkın R., Ilısu, B., Çilli, AS. (1995). Lise Öğrencilerinde SCL-90-R İle Semptom Taraması, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 8 (1): 43-47.
- Avina-Zubieta, J.A., Galindo-Rodriguez, G, Lavalle C. (1998). Rheumatic manifestations of hematologic disorders. *Current Opinion in Rheumatology*. 10(1):86-90.

- Ay F. (2011). Hastanede Yatarak Tedavi Gören Yaşlı Hastalarda Depresif Bozukluk ve Ansiyete Bozukluğu Yaygınlığı, Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Demografik ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişki, Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Aydemir Ö. ve Köroğlu E. (2006). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Aydın B. (2005). *Ergenlikten yetişkinliğe grup çalışmaları*, 1.Baskı Nobel Yayınları: Ankara.
- Aydın H. (1998). Cinsellik ve Cinsel İşlev. Psikiyatri Temel Kitabı, Güleç C, Köroğlu E (ed), Cilt, HYB Basın Yayın, Ankara, 1998; s: 605-615
- Bachli E. (2000). History of tissue factor. *British Journal of Haematology*.110(2):248-55.
- Bal U. (2010). Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.
- Balcells, E., Gea, J., Ferrer, J., Serra, I., Orozco-Levi, M., de Batlle, J., and Garcia-Aymerich, J. (2010). Factors affecting the relationship between psychological status and quality of life in COPD patients. *Health and quality of life outcomes*, 8(1), 108.
- Balkan C, Demir M. Türk Hemofili Derneği (THD) Çalışma Grubu (2011). Hemofili tanısı. İçinde: Hemofili Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Sürüm 1, Ankara. Türk Hematoloji Derneği, Temmuz 2011; s. 3-10
- Bar Chama N, Snyder S, Aledort L. (2011). Sexual evaluation and treatment of aging males with haemophilia. *Haemophilia*. 17: 875-883.
- Basım N., H., Çetin, F. (2011). Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 1-12
- Başoğlu C, ve Buldukoğlu, K. (2015). Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 1-15.

- Bayar, R. ve Yavuz, M. (2008). İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Hastalıklar Sempozyum Dizisi, No:62 Mart 2008 s.s. 185-192
- Bayraktar, E. (1997). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 1997;1:25-32
- Berman J.R. , Bassuk, J. (2002). Physiology And Pathophysiology of Female Sexual Function And Dysfunction. *World Journal of Urology June*, 2002;20(2): 111-118.
- Beutel ME, Schumacher J, Weidner W and Brahler E. (2002) Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in ageing men-results from a German representantive community study. *Andrologia* 2002;34: 22-28
- Bilgiç A., Yılmaz, S., Tıraş, S., Deda, G., ve Kılıç, E. Z. (2006). Bir grup epilepsili çocukta depresyon ve anksiyete belirti düzeyi ve ilişkili faktörler. *Türk Psikiyatri Derg*, 2006;17, 165-172
- Bithell, TC. (1993). Hereditary coagulation. disorders; in Lee GC, Bithell TC, Foerster J, Athens JW, Lukens JN. (eds): Wintrobe’s Clinical Hematology, ed 9. Philadelphia: Lea and Febiger. 1993: 1422-1472
- Blamey, Buranahirun, Buzzi, Cooper, Cutter, Geraghty, Saad, Yang (2013) Hemophilia and sexual health: results from the HERO and B-HERO-S studies, Patient Related Outcome Measures downloaded from <https://www.dovepress.com/> by 213.194.124.130 on 15-Aug-2019
- Bogdan, CJ, Strauss, M, Ratnoff, OD. (1994). Airway obstruction in hemophilia (factor VIII deficiency): a 28-year institutional review. *The Laryngoscope*. 1994;104(7):789-94.
- Bolton-Maggs, P.H., and Pasi, K.J. (2003). Haemophilias a and b. *The lancet*, 2003;361(9371), 1801-1809.
- Bowling, A. (1998). Measuring Health. A Review of Quality of Life Measurement Scales. 2nd ed. Buckingham: Open University Pres.

- Bozdemir, N., Özcan, S. (2011). Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care* 2011; 5(4): 37–46.
- Böke, K. (2014) Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Alfa Yayınevi, İstanbul, Sf: 184.
- Brackmann, H. H., Effenberger, E., Hess, L., Schwaab, R., and Oldenburg, J. (2000). NovoSeven® in immune tolerance therapy. *Blood Coagulation & Fibrinolysis*, 2000;11, S39-S44.
- Brettler, D.B. (1995). Recombinant coagulation factor products. *Haemophilia*, 1:155-8.
- Brettler, D.B. (1996). 8 Inhibitors in congenital haemophilia. *Baillière's Clinical Haematology*, 9: 319-329
- Buchanan, R.W., Carpenter, W.T. (2007) Şizofreni Kavramı. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* içinde, edi. Sadock BJ, Sadock VA.; Türkçe çeviri edi. Aydın H, Bozkurt A. Güneş Kitabevi, II. Cilt.
- Burger, J. M. (2016). Kişilik (1. Basım) Çev. Sarioğlu Erguvan İ. D. , İstanbul: Kaktüs.
- Burkovik, Y. (2009). *Kaygılanacak Ne Var* . İstanbul: Timaş Yayınları, 2009.
- Canel A. (2012). Aile yaşam becerileri [Family life-skills]. *İstanbul: Nakış Yayınevi*.
- Casier A., Goubert, L., Huse, D., Theunis, M., Franckx, H., Robberecht, E., and Crombez, G. (2008). The role of acceptance in psychological functioning in adolescents with cystic fibrosis: A preliminary study. *Psychology and Health*, 23(5), 629-638
- Caskurlu T., Tasci, A.I., Resim, S., Sahinkanat, T. & Ergenekon, E. (2004). The Etiology of Erectile Dysfunction and Contributing Factors in Different Age Groups in Turkey. *International Journal of Urology*, 2004;11:525–9

- CETAD. (2007). Kadın Cinselliği. İstanbul: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Yayınları, 2007. Erişim: <http://www.cetad.org.tr/>
- Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels ve Conway (2009), Author manuscript; available in PMC 2011 Jun 29. Published in final edited form as: [Emotion. 2009 Jun; 9\(3\): 361–368.](#) doi: [10.1037/a0015952](#)
- Chai, Adisaksopha C., Skinner M. (2017). Sexual Health in Patients with Hemophilia; The Insights from the Patient Reported Outcomes, Burdens and Experiences (PROBE) Study, American Society of Hematology. *Blood*, 2017 130:5645
- Collins, P. W., Hirsch, S., Baglin, T. P., Dolan, G., Hanley, J., Makris, M., and UK Haemophilia Centre Doctors' Organisation (2007;). Acquired hemophilia A in the United Kingdom: a 2-year national surveillance study by the United Kingdom Haemophilia Centre Doctors' Organisation. *Blood*. 109(5):1870-7.
- Connor, K.M., Davidson, J.R. (2003) Development of a New Resilience Scale The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18: 76-82.
- Corrigan, J.J. (2004). Hemorrhagic and thrombotic diseaseses. In: Nelson Textbook of pediatrics, 17 th Ed. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson Hal B (eds.) Saunders Co, Philadelphia, 1651-60
- Çavuşoğlu, H. (2001). Depression in children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(5):380-385
- Dane, E, Olgun, N. (2016) Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2016, 11:43-54.
- Delgado, J. Jimenez-Yuste V, Hernandez-Navarro F, Villar A. (2003). Acquired haemophilia: review and meta-analysis focused on therapy and prognostic factors. *British Journal of Haematology*. 121(1):21-35

- Demir, M. (2016) Kanser Hastası Olan Kişilerin Bağlanma Stillerine Göre Psikolojik Dayanıklılıklarının İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: T.C. Beykent Üniversitesi
- Demir, V. (2015). Depresyon ve Kuramlar Temelleri, 2015
- Deveci, A., Özmen, E., Demet, M. M., ve İçelli, I. (2002). Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran konversiyon bozukluklu hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 28.
- Devran, B.S. (2014). Doğu Anadolu Bölgesinde Yaşayan Adölesan ve Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları ile Yeme Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
- Dune, TM. (2011). Enjoying your sex life: Issues and solutions for men with physical impairment. In *16th Australian & New Zealand Haemophilia Conference, Sydney, Australia*.
- Dural Özalp, EA. (2002). Farmakoloji. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2002; 139-592.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2007). Avrupa Bölgesinde Ruh Sağlığı, 2007, <http://undp.un.org.tr/who/WHA/53whamental.htm>
- Düztaş, M. (2008). Kırsal ve kentsel alanlarda çalışan okul yöneticilerinin tükenmişlik düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ.
- Eaton, W.W, Romanoski A, Anthony JC ve ark. (1991) Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. *J Nerv Ment Dis*, 179: 689–693.

- Egan, M., Burke E, Meskell P, MacNeela P, Dowling M. (2015) Quality of Life and Resilience Related to Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Patients Post Treatment With Platinums and Taxanes. *Journal of Research in Nursing*, 20: 385-398.
- Emhan, A., Mete, M., ve Emhan, A. (2012). Kamu ve özel sektör çalışanlarında işkoliklik ve obsesyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(1), 75-79.
- Erdemir, F., Atilgan, D., Boztepe, Ö., Aytan, P., Uluocak, N., ve Tasliyurt, T.(2010). Behcet hastalığı ile erektil disfonksiyon arasında iliksi var mıdır? *Turkish Journal of Urology*, 2010;36(4),380
- Esel, E. (2003). Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*,13(2):78-87
- Fakhari, A. & Dolatkah ,R. (2014). Psychiatric Disorders In Hemophilic Patients, <http://www.priory.com/fam/hemophil.htm>
- Farrugia, A. (2004). Plasma for fractionation: safety and quality issues. *Haemophilia*,10:334-40.
- Fernandez-Palazzi F, Hernandez SR, De Bosch NB, De Saez AR. (1996). Hematomas within the iliopsoas muscles in hemophilic patients: The Latin American Experience. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. (328):19-24
- Franchini, M., Mannucci, P.M. (2013). Acquired haemophilia A: a 2013 update. *Thrombosis and Haemostasis*.110(6):1114-20
- Franchin, M., Coppola, A., Molinari, A. C., Santoro, C., Schinco, P., Speciale, V., and Tagliaferri, A. (2009). Forum on: the role of recombinant factor VIII in children with severe haemophilia A. *Haemophilia*, 15(2), 578-586.
- Frieborg, O., O. Hjemdal, J. H. Rosenvinge ve M. Martinussen. (2003). A New Rating Scale for Adults Resilience: What Are The Central Protective Resources Behind Healthy Adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 12.2, 65-76.

- Fugl-Meyer, A.R., Sjögren Fugl-Meyer K. (1999). Sexual disabilities, problems, and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scandinavian J Sexology* 1999;3: 79-105
- Furie, B., Furie, B.C. (2008). Mechanisms of thrombus formation. *The New England Journal of Medicine*. 359(9):938-49
- Ghanizadeh, A., and Baligh - Jahromi, P. (2009). Depression, anxiety and suicidal behaviour in children and adolescents with Haemophilia. *Haemophilia*, 15(2), 528-532
- Ghanizadeh, A., Khajavian, S., Ashkani, H. (2006). Prevalence of psychiatric disorders, depression, and suicidal behavior in child and adolescent with thalassemia major. *J Pediatr Hematol Oncol*, 28: 781–4
- Gianotten, W. L. and Heijnen, L. (2009). Haemophilia, aging and sexuality. *Haemophilia*, 15(1), 55-62.
- Gilchrist, G, Piepgras, D. and Roskos, R. (1989). Neurologic complications in hemophilia. *Hemophilia and the Child and Adult*. New York, Raven Press, Ltd.
- Global status report on noncommunicable diseases (2014). Geneva, 2014;1-298. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
- Gürbüz, T. (2010). Anksiyete Bozukluğu Tanısıyla Takip Edilen Hastalarda Anksiyete Şiddeti ve Serum Lipid Profili İlişkisinin İncelenmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta, 2010.
- Gürsel, T., Kavaklı K, Aktuğlu G, Yıldız İ, Kemahlı S, Devecioğlu Ö, Kılınç Y. (1999). Hemofili ve von Willebrand Hastalığında Tanı ve Tedavi, Er-Kim İlaç. 1999:8-25
- Hassan, T.H., Badr, M.A., Fattah, N.R.A, Badawy, S.M. (2010) Assessment of musculoskeletal function and mood in haemophilia adolescents: a cross - sectional study. *Haemophilia* 2010; 17:683–688.
- Hemofili Tanı ve Tedavi Kılavuzu (2011). Türk Hematoloji Derneği.

- Heydari M., Shirazi M., Sanagouyemoharer R., (2018). *The effect of positive psychotherapy in test anxiety among Zahedan students with hemophilia*, Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome 2018; 21:307
- Hoyer, LW. (1995). Factor VIII inhibitors. *Current Opinion in Hematology*, 2: 365-371
- Hunter, AJ. (2001). A Cross-Cultural Comparison of Resilience in Adolescents, *Journal of Pediatric Nursing*, 2001, 16; 172-179
- Işık, E. ve Taner, Y. (2006). Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları, Asimetrik Parelel Kitabevi.
- Ivaškevičius, V., Pezeshkpoor, B., Biswas, A., Goldmann, G., Horneff, S., Gimbutyte, M., and Oldenburg, J. (2016). Combined coagulation factor VIII and factor IX deficiency (CDF8F9) in a patient from Lithuania. *Hämostaseologie*, 36(S 02), S29-S33.
- İncedere, A. (2015). *Psikiyatri Hastalarında Cinsel Yaşam ve İlişkili Faktörler* (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015
- İncesu, C. (2004). Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, 2004; Ek 3:3-13
- James, L. May & Monte Bobele (1988) Sexual dysfunction and the unemployed male professional, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 14:4, 253-262, DOI: 10.1080/00926238808403807
- Johns ,LC, Cannon M, Singleton N ve ark. (2004) Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. *Br J Psychiatry*, 185: 298-305.
- Jose, O., Alfons V. (2007). Do demographics affect marital satisfaction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33(1), 73-85.

- Kahvecioğlu, S., Akdağ, İ., Arabul, M., Görgülü, N., Ersoy, A., Güllülü, M., ve Yurtkuran, M. (2005). Diyaliz ve erektil disfonksiyon. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005;31(1), 1-4
- Karaman, K, Akbayram S, Garipardıç M, Öner AF. (2015). Hemofili A tanılı hastalarımızın değerlendirilmesi: 17 yıllık deneyim. *Türk Pediatri Arşivi*, 50: s. 96-101
- Kararırmak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 26, 129-139.
- Kavaklı, K. (1999). Fibrin glue and clinical impact on haemophilia care. *Haemophilia*, 5:392-6.
- Kavaklı, K. (2011). Hemofililer. İçinde: Anak SS, Aydoğan G, Çetin M, İrken G, Kemahlı S, Öztürk G, Yeşilipek MA editörler. *Pediyatrik Hematoloji*, 1. baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2011; s. 479-494
- Kayaoğlu, M. (2014). *Sorularla ve örnek vakalarla öfke kontrolü*. Nesil Yayınları: İstanbul.
- Kılıç, M. (2016). Belirti Tarama Listesi (Scl. 90-R) Nin Geçerlilik Ve Güvenirliği. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2016;1(2).
- Kılınç, G., Yıldız, E., ve Kavak, F. (2019). KOAH'lı hastalarda psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *J Psychiatric Nurs*,10(2):111-11
- Kızıltepe, A. (2006). *Total Histerektomili Kadınların Benzer Yaş Grubundaki Histerektomi Olmayan Kadınlarla Cinsel İşlev Açısından Karşılaştırılması*, (Uzmanlık Tezi) İstanbul: Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
- Klinge, J, Auberger K, Auerswald G, Brackmann HH, Mauz-Korholz C, Kreuz W. (1999). Prevalence and outcome of intracranial haemorrhage in haemophiliacs--a survey of the paediatric group of the German Society of Thrombosis and Haemostasis (GTH). *European Journal of Pediatrics*. 1999;158 Suppl 3: S162-5.

- Köknel, Ö. (2000). *Bireysel ve toplumsal şiddet* (2. Basım), Altın Kitaplar Yayınevi: İstanbul.
- Köroğlu, E. (2004). *Psikozonoloji*, HYB Yayıncılık: İstanbul, 2004.
- Kulkarni, R., Presley, R. J., Lusher, J. M., Shapiro, A. D., Gill, J. C., Manco - Johnson, M., and Mathew, P. (2017). Complications of haemophilia in babies (first two years of life): a report from the Centers for Disease Control and Prevention Universal Data Collection System. *Haemophilia*, 23(2), 207-214.
- Kumsar, A, Yılmaz F. (2014). Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2):62-70
- Kütmeç, C. (2009). Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12): 111-136
- Lane, D.A, Philippou H, Huntington JA. (2005). Directing thrombin. *Blood*. 106(8):2605-12.
- Lavigne, J, Faier-Routman, J. (2003). Psychological adjustment of children and adolescents with chronic arthritis: A Meta Analytic Review *Journal of Pediatric Psychology*,28(1):29-39
- Lau, J.T, Kim JH, Tsui HY. (2008) Prevalence and sociocultural predictors of sexual dysfunction among Chinese men who have sex with men in Hong Kong. J Sex Med. 2008 Dec;5(12):2766-79. doi: 10.1111 /j.1743-6109.2008.00892.x. Epub 2008 Jun 10.
- Lazarus, RS. (1993) From Psychological Stress to The Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 1993, 44: 1-22.
- Linton, S.J. and Shaw, W.S. (2011) Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain. *Physical Therapy*, 91, 700-711. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20100330>
- Lue, T.F. (1980) Erectile dysfunction. *N Engl J Med*, 2000;342:1802-13; Kassur B, Dziubek Z. Andrologic studies and sexual potency in chronic human brucellosis. *Infection*, 1980; 8:94-7;

- Lepatan, L.M.P, Hernandez FG, Montoya MM, Ong JB, Rodriguez EV, Chua MN. (2004). Cryoprecipitate-removed plasma “cryo-removed plasma” as a source of factor IX in the treatment of hemophilia B. *Haemophilia*, 10:254-8.
- Ljung, R, Petrini P, Nilsson IM. (1990). Diagnostic symptoms of severe and moderate haemophilia A and B. A survey of 140 cases. *Acta paediatrica Scandinavica*. 79(2):196-200.
- Lollar, P. (2005). Pathogenic antibodies to coagulation factors. Part II. Fibrinogen, prothrombin, thrombin, factor V, factor XI, factor XII, factor XIII, the protein C system and von Willebrand factor. *Journal of thrombosis and haemostasis, JTH*. 2005;3(7):1385-91
- Lusher, J., Abildgaard, C., Arkin, S., Mannucci, P. M., Zimmermann, R., Schwartz, L., and Hurst, D. (2004). Human recombinant DNA - derived antihemophilic factor in the treatment of previously untreated patients with hemophilia A: final report on a hallmark clinical investigation. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2004;2(4), 574-583.
- McWilliams, N. (2016). Psikanalitik Tanı Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak (5. Baskı) Çev. Kalem E. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi.
- Mammen, E.F. (1983). Seminars in Thrombosis and Hemostasis. Seminars in thrombosis and hemostasis. 1983;9(1):1-72.
- Mannucci, P.M. (1993). Clinical evaluation of viral safety coagulation factor VIII and IX concentrates. *Vox Sang* 1993; 64:197–203
- Mannucci, PM. (2008). Back to the future: a recent history of haemophilia treatment. *Haemophilia*, 14(Suppl 3): 10-8.
- Mannucci, P.M., Capitanio, A.N.N.A., Del Ninno, E., Colombo, M., Pareti, F., and Ruggeri, Z.M. (1975). Asymptomatic liver disease in haemophiliacs. *Journal of Clinical Pathology*, 28(8), 620-624.

- Mannucci, P.M., Ronchi, G., Rota, L., and Colombo, M. (1978). A clinicopathological study of liver disease in haemophiliacs. *Journal of Clinical Pathology*, 31(8), 779-783.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*. 56.3, 227-238.
- Masten, A.S., Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals New York Academy of sciences*. 1094, 13-27
- Matziou, V., Perdikaris, P., Galanis, P., Dousis, E., and Tzoumakas, K. (2008). Evaluating depression in a sample of children and adolescents with cancer in Greece. *International Nursing Review*, 55(3), 314-319.
- Meyers, R. D., Adams, W., Dardick, K., Reinisch, J., Von Reyn, F., Renna, T., & McIntyre, O. R. (1972). The social and economic impact of hemophilia--a survey of 70 cases in Vermont and New Hampshire. *American Journal of Public Health*, 62(4), 530-535.
- Mulligan, T., Retchin, S. M., Chinchilli, V. M., & Bettinger, C. B. (1988) The role of aging and chronic disease in sexual dysfunction. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1988;36(6), 520-524
- Müftüoğlu, M. (1995). Klinik Hematoloji. 4. Baskı. Şahin Yayıncılık ve Dağıtım Diyarbakır.1995: 495-573
- Navarro, J.V., Molares, J.M., Leon, J.B. (2003). Informal caregiving in multiple sclerosis patients: data from the Madrid demyelinating disease group study. *Disability and rehabilitation*: 25:18;1057-1064
- Nelson, J. M., Maeder, M. A., Usner, D., Mitchell, W. G., Fenstermacher, M. J., Wilson, D. A., & Gomperts, E. D. (1999). Prevalence and incidence of intracranial haemorrhage in a population of children with haemophilia. The Hemophilia Growth and Development Study. *Haemophilia: the official journal of the World Federation of Hemophilia*, 5(5), 306-312.
- Nilsson, IM, Berntorp E ve Zettervall O. (1988). Induction of immune tolerance in patients with hemophilia and antibodies to factor VIII by combined

treatment with intravenous IgG, cyclophosphamide, and factor VIII. *New England Journal of Medicine*, 318: 947-950

Nipp, R. D. El - Jawahri, A., Moran, S. M., D'arpino, S. M., Johnson, P. C., Lage, D.E., and Cashavelly, B. J. (2017). The relationship between physical and psychological symptoms and health care utilization in hospitalized patients with advanced cancer. *Cancer*, 123(23), 4720-4727.

Ocaktan, M.E., Özdemir, O., Akdur, R. (2004). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri, *Kriz Dergisi*, 12(2):63-73.

Okci, B. (2017). Cinsel yönelimin bağlanma stilleri, cinsel doyum ve psikopatoloji yönünden değerlendirilmesi. İstanbul: Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Öz, F., Yılmaz, BE. (2009). Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık", *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3); 82-89

Özdemir, Ü, Taşçı S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1):57-72

Özgür, G., Gümüş, AB., Gürdağ, Ş. (2011). Hastanede Çalışan Hemşirelerde Ruhsal Belirtilerin İncelenmesi, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24:296-305.

Öztürk, M.O. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.11. Baskı, 1. Cilt, Ankara, 2008, ss. 337-428

Öztürk, M., Zülfikar, B., Sayar, K., Uğurad, I., Zoroğlu, S., Tüzün, Ü., ve Elemek, A. (2005). Hemofilili çocuklar ve annelerinde emosyonel zorlanma. In *Yeni symposium*, 2005;43(4), 157-162.

Parish, K.L. (2002). Sexuality and haemophilia: connections across the life - span. *Haemophilia*, 8(3), 353-359, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2516.2002.00647.x>

- Parmaksız, İ. (2019). İyimserlik, Özgeçilik ve Medeni Durumun Psikolojik Dayanıklılık Üzerindeki Etkileri. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1-18.
- Pasi, K.J. (2001). Gene therapy for haemophilia. *Br J Haematol*, 115: 744–57.
- Patton, L.L. (2003). Bleeding and Clotting (Chapter 17). Greenberg MS, Glick M. *Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment*. 10th ed. Hamilton: BC Decker Inc. 2003: 454-78
- Pavlova, A., Brondke H, Musebeck J, Pollmann H, Srivastava A, Oldenburg J. (2009). Molecular mechanisms underlying hemophilia A phenotype in seven females. *Journal of thrombosis and haemostasis, JTH*. 7(6):976-82
- Pfleger, C.C.H., Flachs, E.M. ve Henriksen, N.K. (2010). Social consequences of multiple sclerosis (1): early pension, temporary unemployment- a historicalprospective cohort study. *Multiple sclerosis*,16 (1): 121-126
- Philipp, M., Tiller, J.W., Baier, D., Kohnen, R. (2000). Comparison of moclobemide with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) on sexual function in depressed adults. The Australian and German Study Groups. *European Neuropsychopharmacology*, 10(5): 305–14
- Pinto, P.R, Paredes, A.C, Moreira, P.(2018). Emotional distress in haemophilia: Factors associated with the presence of anxiety and depression symptoms among adults. *Haemophilia.*; 00:1–10.
- Pollmann, H., Richter, H, Ringkamp, H., Jurgens, H. (1999). When are children diagnosed as having severe haemophilia and when do they start to bleed? A 10-year singlecentre PUP study. *Eur J Pediatr*, 158 (suppl 3): S166–70.
- Pool, J.G., Hershgold, E.J., Pappenhagen, A.R. (1964). High-potency antihemophilic factor concentrate prepared from cryoglobulin in precipitate. *Nature*, 203:312

- Prentice, C. R. M., Lindsay, R. M., Barr, R. D., Forbes, C. D., Kennedy, A. C., McNicol, G. P., & Douglas, A. S. (1971). Renal complications in haemophilia and Christmas disease. *QJM: An International Journal of Medicine*, 40(1), 47-61.
- Raffini, L, Manno C. (2007). Modern management of haemophilic arthropathy. *British Journal of Haematology*. 136(6):777-87
- Richards, M., Lavigne Lissalde, G., Combescure, C., Batorova, A., Dolan, G., Fischer, K., and Rocino, A. (2012). Neonatal bleeding in haemophilia: a European cohort study. *British journal of haematology*, 156(3), 374-382.
- Rizza, C, Spooner R ve Giangrande P. (2001) Treatment of haemophilia in the United Kingdom 1981–1996. *Haemophilia*, 7: 349-3
- Roades, L.A. (2000). Mental health issues for women., In: Bioggio M (Ed.), Issues In The Psychology of Women, Hingham, Kluwer Academic Publishers, 2000: ch 12,251-70
- Roberts, H.R, Escobar M, White II GC. (2001). Hemophilia A and hemophilia B. In: Williams Hematology. Lichtman MA, Beutler E, Kipps TJ, Seligsohn U, Kaushansky K, Prchal JT (eds). 7th ed. McGraw-Hill Medical, 2001: 1867-86.
- Rosbach, H.C. (2010). Review of antihemophilic factor injection for the routine prophylaxis of bleeding episodes and risk of joint damage in severe hemophilia A. *Vascular Health and Risk Management*, 6: 59-68
- Rosendaal, F.R., Smit, C., and Briet, E. (1991). Hemophilia treatment in historical perspective: a review of medical and social developments. *Annals of hematology*, 62(1), 5-15.
- Rosner, F. (1994). Hemophilia in classic Rabbinic texts. *J Hist Med Allied Sci*. 49:240–50.
- Rust, J. and Golombok, S. (1986). The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 1986;15(2), 157-165.

- Sadowski, H., Kolvin I., Clemente C., Tsiantis J., Baharaki S., Ba G., Lee C. (2001). *Psychopathology in children from families with blood disorders: a cross-national study*, *European Child & Adolescent Psychiatry* 11:151–161 (2002) DOI 10.1007/s00787-002-0257-3
- Sapp, JP, Eversole LR, Wysocki PG. (2004). *Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nd ed. St Louis: Mosby Inc. 2004;420-26
- Savrun, M. (2008) Hezeyanlı Bozukluk, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, S:111-116
- Schneiderman, J., Nugent, D. ve Young, G. (2004). Sequential therapy with activated prothrombin complex concentrate and recombinant factor VIIa in patients with severe haemophilia and inhibitors. *Haemophilia*, 10: 347-351
- Schwartz, R.S., Abildgaard, C.F., Aledort, L. M., Arkin, S., Bloom, A. L., Brackmann, H. H., and Kasper, C.K. (1990). Human recombinant DNA–derived antihemophilic factor (factor VIII) in the treatment of hemophilia A. *New England Journal of Medicine*, 323(26), 1800-1805.
- Shaikh, A. & C. Kauppi. (2010). Deconstructing Resilience: Myriad Conceptualizations and Interpretations. *International Journal of Arts and Sciences*. 3.15, 155-176.
- Shakur, S. (2015). Hemato-oncologic Disorder. In: Shakur S, ed. *Illustrated Texbook of Pediatrics*. 2th ed. Jaypee Brothers Medical Publisher, 2015. p. 873-832.
- Smith, M.S, Martin -Herz SP, Womack WM, Marsigan JL. (2003). Comparative study of anxiety, depression, somatization, functional disability, and illness attribution in adolescents with chronic fatigue or migraine. *Pediatrics*, 111:376-81
- Soykan, Ç. (2003). Öfke ve öfke yönetimi, *Kriz Dergisi*, 11(2),19-27.

- Steven, M.M, Yogarajah, S., Madhok, R., Forbes, C.D, Sturrock, R.D. (1986). Haemophilic arthritis. *The Quarterly Journal of Medicine*. 58(226):181-97.
- Suris, J.C, Michaud ,P.A, Akre, C., Sawyer,. S.M. (2008). Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions *Pediatrics*, 2008; 122: 1113-18
- Sümbüloğlu, V. & Sümbüloğlu, K. (2013). Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri. Hatipoğlu Yayınları, Ankara, Sf: 45.
- Şahin, M., Yetim, A., Çelik, A. (2012). Psikolojik Sağlamlığın Gelişiminde Koruyucu Bir Faktör Olarak Spor ve Fiziksel Aktivite, *The Journal of Academic Social Science Studies*, 5(8); 373-380
- Tagliaferri., A., Rivolta, G. F., Iorio, A., Oliovecchio, E., Mancuso, M. E., Morfini, M., and Italian Association of Hemophilia Centers. (2010). Mortality and causes of death in Italian persons with haemophilia, 1990–2007. *Haemophilia*, 16(3), 437-446.
- Tarantino, M.D, Gupta SL, Brusky RM. (2007). The incidence and outcome of intracranial haemorrhage in newborns with haemophilia: analysis of the Nationwide Inpatient Sample database. *Haemophilia: The official journal of the World Federation of Hemophilia*. 13(4):380-2.
- Taytard, A, Cousson F. (1996). Symptoms and life of patients with chronic bronchitis. Preliminary results. *Rev Pneumol Clin*. 1996; 52:379-85
- Terzi, Ş. (2005). Öznel iyi olmaya ilişkin psikolojik dayanıklılık modeli. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Ankara,2005
- Tezcan, A.E. (2011). Depresyon. 1.Baskı, Ankara: Elma Yayınevi, 2011.
- Tobase, P., Mahajan A, Francis D, Leavitt AD, Giermasz A. (2017) A gap in comprehensive care: Sexual health in men with haemophilia. *Haemophilia*. Jul;23(4): e389-e391.doi:10.1111/hae.13276. Epub 2.

- Troisi, A., Massaroni, P., ve Cuzzolaro, M. (2005). Early Separation Anxiety and Adult Attachment Style in Women With Eating Disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 2005;44: 89-97
- Tuğrul, C., Öztan, N., ve Kabakçı, E. (1993). Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4(2), 83-89.
- Turgut, A., Özdemir, Ö., Küpesiz, A. (2011). Hemofili çocuklarda su içi egzersizlerin beden kompozisyonu, denge ve eklem hareket açıklığına etkisi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*,8:2; s. 750-765
- Tusaie, K., Dyer, J. (2004). Resilience: A Historical Review of The Construct, *Holistic Nursing Practice*, 18(1); 3-10.
- TÜİK. (Türkiye İstatistik Kurumu). Ölüm nedeni istatistikleri, 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>
- Tümlü, G.Ü, Recepoğlu, E. (2013). Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki, *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 3(3); 205-213.
- Türkmen, E. (2012). Kronik hastalıklar ve önemi. Durna Z ed. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Uğurlu, N. ve Akın, H. (2008). Muğla Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Beden Benlik Algısı ve Psikolojik Sıkıntı Belirtileri İle İlişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 38-47.
- Ulaş, B., Uncu F., Üner S. (2013). Sağlık Yüksek Okul Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2:15-22
- Uluçol, M. (2010). *Tiroidektomi Sonrası Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Değişiklikleri* (Yüksek Lisans Tezi). Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar
- United Kingdom Haemophilia Centre Doctors' Organisation (UKHEDO). (2003). Guidelines on the selection and use of therapeutic products to

treat haemophilia and other hereditary bleeding disorders. *Haemophilia*, 9(1), 1-23.

Ulaş, B., Uncu F., Üner S. (2013). Sağlık Yüksek Okul Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2:15-22

Uluyol, M. (2010). *Tiroidektomi Sonrası Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Değişiklikleri* (Yüksek Lisans Tezi). Afyon: Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010

Üçel, U. İ. (2016). Depresyon Etiyolojisi ve Sitokinlerin Rolü. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 41-45.

Ülker, Tümlü, G., Recepoğlu, E. (2013). Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Journal Of Higher Education & Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 3(3).

Ünsal, SŞ, Gözen A, Gökalp MA. (2015). Hemofilik hastaların eklemlerinin klinik olarak değerlendirilmesi: derleme. *Van Tıp Dergisi* 2015; 22(1): s. 62-65

Van, O.s J, Hanssen M, Bijl RV ve ark. (2000) Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the general population? *Schizophr Res*, 45: 11-20.

Van, O.s J, Verdoux H (2003) Diagnosis and classification of schizophrenia: categories versus dimensions, distributions versus disease. *The Epidemiology of Schizophrenia* içinde, edi. Murray RM, Jones PB, Susser E, van Os J, Cannon M. Cambridge: Cambridge University Press. Sf. 364–410

Varma, G.S., (2006) "Menopoz: Klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki." *New/Yeni Symposium Journal*. Vol. 44. No. 4.

Von Essen, L., Enskär, K., Kreuger, A., Larsson, B., & Sjöden, P. O. (2000). Self - esteem, depression and anxiety among Swedish children and

adolescents on and off cancer treatment. *Acta Paediatrica*, 89(2), 229-236

Vural, B. K., & Temel, A. B. (2010). Cinsel Doyumun Yordanmasında Bazı Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 24-34.

Wagnild, G. M. ve H. M. Young. (1993). Development and Psychometric Evaluation of Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1.2, 165-178.

Wang, D, Nadiga DN, Jenson JJ. (2007). Yapay Bozukluk. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Çev. Aydın H, Bozkurt A), 8. baskı, 2. cilt, Sadock VA, Sadock Bji (Ed). Güneş Kitabevi, Ankara, 2007, s. 1829-43.

Watson, S.P. (1999). Collagen receptor signaling in platelets and megakaryocytes. *Thrombosis and Haemostasis*. 82(2):365-76.

White G, Beeba A, Nielsen B. (2000). Recombinant factor IX. *Thromb Haemost* 2000;78:261-5.

Windle, M. (1999). Critical Conceptual and Measurement Issues in the Study of Resilience. In M. D. Glantz, J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive Life Adaptations* (pp. 161-176). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.)

World Health Organization (WHO) (2011). Sexual and reproductive health: gender and human rights, 2011. Erişim: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/.

Yalom, I. (2016). Depresyon Terapisi (3. Basım) Çev. Ergin Y. İstanbul: Prestij.

Yang, M., Sun, H., & Jackson, S. C. (2019). Erectile dysfunction in patients with haemophilia. *Haemophilia*, 25(2), 283-288.

Yang, M. & Jackson, S. (2015). Erectile Dysfunction in Patients With Haemophilia: pp041. *Haemophilia*, 21, 37-38

- Yıldız, M. (2007). Sanrılı(paranoid) bozukluk. Psikiyatri Temel Kitabı, 2. baskı, Köroğlu E, Güleç C(ed), Ankara HYB Basım Yayın, 2007, s. 227-32
- Yılmaz, G. A. (2014). Hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarında depresyon, kaygı, benlik saygısı ve sosyal uyumun değerlendirilmesi ve karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı.
- Yılmaz, V. (2004). *Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarına anneannelerin etkilerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Yiğit, Y. (2011). İlköğretim II. kademe öğrencilerinin sosyal beceri düzeyleri ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*, 31, 335-347.
- Zashikhina, A., Hagglof B. (2007). Mental health in adolescents with chronic physical illness versus controls in Northern Russia. *Acta Paediatrica*, 96: 890–896
- Zeytin, A.M. (2012). Kronik Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinin Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Zhou, C., Shi, L., Gao, L., Liu, W., Chen, Z., Tong, X., and Fan, L. (2018). Determinate factors of mental health status in Chinese medical staff: A cross-sectional study. *Medicine*, 97(10).
- Zulfikar, O.B, Emiroglu HH, Kebudi R. (2011). Nasogastric application of topical Ankaferd Blood Stopper for bleeding from primary esophageal adenocarcinoma in a child with disseminated intravascular coagulation. *Dig Liver Dis*. 43(3):247-8
- Zülfikar, B. (1997). Hemofili (Bölüm I). İçinde: Zülfikar B. Hemofili El Kitabı. İstanbul: Türkiye Hemofili Derneği Yayınları 1997: 1-43

EKLER

Ek 1. Demografik Bilgi Formu

Adınızın Soyadınızın Baş Harfi :

Yaş :

Cinsiyet :

1. Kadın ()

2. Erkek ()

Telefon:

Yaşadığınız Şehir :

1. Medeni durum

1.Bekar ()

2.Evli ()

3.Boşanmış()

4.Dul ()

2.Eğitim Durumu

1.Okur yazar değil ()

2.Okur yazar ()

3.İlkokul mezunu ()

4.Ortaokul mezunu ()

5.Lise mezunu ()

6.Üniversite ve üzeri ()

3.Kimlerle yaşadığı

1.Ebeveynleri ile ()

2.Yakınları ile ()

3.Eş ve çocukları ile ()

4.Yalnız ()

5.Sosyal kurum ()

6.Evsiz ()

4.Kardeş sayısı

1.Kardeşi yok ()

2.Bir kardeşi var ()

3.İki kardeşi var ()

4.Üç kardeşi var ()

5.Dört ve üzeri kardeşi var()

5. Kendisine ait bir odası var mı?

1.Var ()

2.Yok ()

- 6.Yaşadığı bölge
- 1.İl ()
 - 2.İlçe ()
 - 3.Köy ()
- 7.Çalışma durumu
- 1.Çalışıyor()
 - 2.Çalışmıyor()
- 8.Yaşadığı hanenin aylık gelir miktarı (TL)
1. 0-1000 TL ()
 2. 1000-1500 TL ()
 3. 1500-2500 TL ()
 4. 2500-4000 ()
 5. 4000-..... ()
9. Hastalık başlangıç yaşı
10. Hastalık süresi:
11. Hastanede yatış sayısı
- 1.Yatışı yok()
 - 2.Tek yatış()
 - 3.İki yatış()
 - 4.Üç yatış()
 - 5.Dört ve üzeri yatış()
12. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü
- 1.Yok ()
 - 2.Var ()
13. Ek hastalık-madde kullanımı öyküsü
0. alkol kullanımı
 1. madde kullanımı
 2. sigara kullanımı
 3. hepatit
 4. HIV
 6. diğer

Ek 2. SCL-90 Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumun, bugün de dahil olmak üzere son onbeş gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, cevap kağıdında belirtilen tanımlamalardan (Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / İleri derecede) uygun olanının (yalnızca bir seçeneğin) altındaki kutuya bir (X) işareti koyunuz. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yaptığınız işaretlemeyi tamamen silmeyi unutmayınız. Lütfen anlamadığınız bir cümleyle karşılaştığınızda uygulamacıya danışınız.

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız, yineleyici, hoş gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık veya baş dönmesi
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı

SCL-90-R CEVAP KAĞIDI

	Hi ç	Çok az	Orta derece de	Olduk ça fazla	İleri derece de		Hi ç	Çok az	Orta derece de	Olduk ça fazla	İleri derece de
1						46					
2						47					
3						48					
4						49					
5						50					

Ek 3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...									
Her zaman bir çözüm bulurum								Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem	
2. Gelecek için yaptığım planların...									
Başarılması zordur								Başarılması mümkündür	
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...									
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda								Tam bir günlük boş bir vaktim	
4. ...olmaktan hoşlanıyorum									
Diğer kişilerle birlikte								Kendi başıma	
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...									
Benimkinden farklıdır								Benimkiyle aynıdır	

Ek 4. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Erkek Soru Formu

Hiçbir Nadiren Bazen Çoğu Her

zaman

zaman zaman

1. Haftada iki defadan fazla cinsel birleşmede (....) (....) (....) (....) (....)

bulunur musunuz?

2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden (....) (....) (....) (....) (....)

hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?

3. Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız? (....) (....) (....) (....) (....)

4. Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz (....) (....) (....) (....) (....)

erken olduğunu düşünürseniz boşalmayı geciktirebilir misiniz?

5. Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tekdüze (....) (....) (....) (....) (....)

(monoton) buluyor musunuz?

Ek 5. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

Gönüllü Bilgilendirme Formu

Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında, Psk. Dr. Hande ÇELİKAY danışmanlığında Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Obengül EJDER tarafından, “Hemofili Hastaları İle Sağlıklı Kontrollerin Psikolojik Dayanıklılık, Psikiyatrik Belirti ve Cinsel Doyumlarının Karşılaştırılması” amacıyla yürütülmektedir. Bu çalışmada size bir demografik bilgi formu ve üç adet ölçek sunmaktayız. Demografik bilgi formu sizin yaş, cinsiyet, yaşadığınız yer gibi demografik özellikleriniz hakkındaki soruları içermektedir. Ölçekler ise; Ruhsal Belirtileri Tarama, Psikolojik Dayanıklılık ve Cinsel Doyum düzeylerini ölçmeye yöneliktir.

Araştırma da bireysel sonuçlar değil grup sonuçları değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacağından adınızı yazmanıza gerek yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacak, araştırma ekibi dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu çalışma süresince toplanan veriler, yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır ve yalnızca ulusal/uluslararası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulacaktır. Sizlere sorulan soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Soruları cevaplarken, hepsini okuyarak, boş bırakmadan cevaplandırmanız, samimi ve dürüst olmanız araştırma sonuçları için oldukça önemlidir ve araştırmanın güvenilir olmasına katkıda bulunacaktır. Daha önce de belirtildiği gibi, ölçeklerde ve görüşmelerde verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Eğer çalışmayla ilgili herhangi bir şikayet, görüş veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacısı olan Dr.Obengül EJDER ile iletişime geçmekten lütfen çekinmeyiniz (email;obenejder@hotmail.com , gsm: 0506 5153777). Eğer araştırmanın sonuçlarıyla ilgileniyorsanız 15/ 02 /2019 tarihinden itibaren araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.Katılımızdan dolayı teşekkür ederim.

Dr.Obengül EJDER

Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü/Lefkoşa/Kuzey Kıbrıs

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME ETİK KURULU

Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Hemofili hastalarının Psikolojik dayanıklılıkları, psikolojik sorunları ve cinsel doyumlarıyla ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Hemofili Hastaları İle Sağlıklı Kontrollerin Psikolojik Dayanıklılık, Psikiyatrik Belirti Ve Cinsel Doyumlarının Karşılaştırılması”dır.

Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dallının ortak katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışma da sizin de yer almanızı istiyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size sunacağımız Sosyodemografik Bilgi Formunu, SCL 90 Ruhsal Belirti Tarama Testini, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğini ve Glombok Rust Cinsel Doyum Ölçeğini doldurmanızı rica etmekteyiz.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Ek 6. Hemofili Derneği araştırma izni



ÇUKUROVA HEMOFİLİ DERNEĞİ
ADANA

Sayı :22

27.05.2019

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Başkanlığına

KIBRIS

Dr. Obengül Ejder'in Yüksek Lisans Tez Önerisi ile ilgili Derneğimize vermiş olduğu dilekçeye İstinaden derneğimize kayıtlı 18-45 yaş arasında bulunan erkek hemofili hastalarına yönelik " Psikolojik Dayanıklılık, Psikiyatrik Belirti Ve Cinsel Doyumlarının Karşılaştırılması " başlıklı çalışmasını derneğimiz hastalarının isteği karşılığında tez çalışmasını yapmasında herhangi bir sakınca bulunmamaktadır.

Saygılarımla arz ederim.



Çukurova Hemofili Derneği İletişim
<http://cukurovahemofili.org/default.asp>
cukurovahemofili@gmail.com
altekberdoghanli@gmail.com
Gsm: 0532 586 33 72
ADRES: Saitkâ Yılmaz ve Eser Bülentler / Üçgeniçi ve Armutçukaya Mahallesi

ÖZGEÇMİŞ

1997 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu olan Dr. Obengül Ejder, hekimlik mesleğine Adana Seyhan Belediyesi'nde Kurum Hekimi olarak başlamış, Sağlık Müdürü olarak görevini sürdürmüştür. 2009 -2013 yılları arasında Acıbadem Adana Hastanesi'nde Aile ve Evlilik Terapisti görevinin yanı sıra Pazarlama ve Kurumsal İletişim departmanında sorumlu müdür olarak çalışmıştır. 2013 yılında başladığı Çağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nde Öğretim Görevlisi olarak görev yapmış, lisans ve yüksek lisans programlarında Bağımlılık Psikolojisi, Stres Yönetimi, Psikolojiye Giriş derslerini vermiştir.

2008 yılında Çukurova Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümünde Özel öğrenci olarak Yüksek Lisans yapmıştır. 2009 yılında Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Anadolu Sağlık Merkezi Jhon Hopkins Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü'nü bitirmiştir.

2007 yılında T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı Türkiye'nin ilk Özel Aile Danışma Merkezi'ni kurarak yeni bir oluşumu gerçekleştirmiş, merkezinde Aile ve Evlilik Terapisi, Cinsel Terapi, Çocuk ve Ergen Psikoterapisi, Bireysel Danışmanlık ve Madde Bağımlılığı Danışmanlığı hizmetleri vermektedir.

2009 yılında JCI (Genç Liderler ve Girişimciler Derneği) tarafından düzenlenen "Türkiye'nin En Başarılı On Genci" yarışmasında Türkiye birincisi seçilmiştir. Çocukların Psikolojik ve Cinsel Gelişim Problemlerini ve Çözüm Yollarını konu alan “ **Anne Büyüyorum Bana Yardım Et**” isimli kitabı Nisan 2016 yılında Akademisyen Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.

Birçok dernekte de aktif olarak çalışan Dr. Ejder evli ve bir kız çocuk annesidir.

İNTİHAL RAPORU

TEZ KAYNAKSIZ

ORIGINALITY REPORT

10%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	docs.neu.edu.tr Internet	277 words — 1%
2	acikerisim.aku.edu.tr Internet	249 words — 1%
3	acikerisim.deu.edu.tr Internet	128 words — < 1%
4	METE, Mustafa, BOZGEYİK, Yusuf and BİLGE, Tuğçe Nazlı. "Halı Sektöründe İhracat Yapan Firmaların Markalaşma Düzeylerinin Ekonomik Performans Üzerindeki Etkisi", Gaziantep Üniversitesi, 2017. Publications	103 words — < 1%
5	www.yumpu.com Internet	86 words — < 1%
6	www.tutfd.org Internet	77 words — < 1%
7	193.255.56.48:8080 Internet	74 words — < 1%
8	www.ices-uebk.org	74 words — < 1%

ETİK KURUL ONAYI**BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

05.03.2019

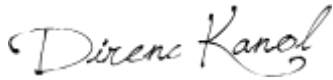
Sayın Obengül Ejder

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2019/373 proje numaralı ve **“Hemofili Hastaları İle Sağlıklı Kontrollerin Psikolojik Dayanıklılık, Psikiyatrik Belirti Ve Cinsel Doyumlarının Karşılaştırılması”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

- Veri toplanacak kurumlardan izin alınması gerekmektedir.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü



Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.