2025

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İrem ARABACI



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PSİKOTROP İLİŞKİLİ SEKSÜEL DİSFONKSİYON "PSYCHOTROPİC-RELATED SEXUAL DYSFUNCTİON" (PRSexDQ-SALSEX) ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI VE ANTİPSİKOTİK ALAN HASTALARDA GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İrem ARABACI

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2025

T.C. ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PSİKOTROP İLİŞKİLİ SEKSÜEL DİSFONKSİYON "PSYCHOTROPİC-RELATED SEXUAL DYSFUNCTİON" (PRSexDQ-SALSEX) ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI VE ANTİPSİKOTİK ALAN HASTALARDA GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İrem ARABACI

Prof. Dr. Birgül ÖZKAN

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2025

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Psikotrop İlişkili Seksüel Disfonksiyon “Psychotropic-Related Sexual Dysfunction” (PRSexDQ-SALSEX) Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması ve Antipsikotik Alan Hastalarda Geçerlik Güvenirlik Çalışması

İrem ARABACI

Yüksek Lisans Tezi

Prof. Dr. Birgül Özkan

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Birgül ÖZKAN

Prof. Dr. Görkem KARAKAŞ UĞURLU

Doç. Dr. Yasir ŞAFAK

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Esra ÇALIK VAR

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

07.02.2025

İrem ARABACI

İTHAF

Tezimi cinsel işlev bozukluğu yaşayan tüm hastalara ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans yolculuğumun başından itibaren, psikiyatri hemşireliğine ve kişilerarası ilişkilere yönelik bilgi birikimi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, yalnızca hemşirelik alanında değil etik değerlere sahip, adaletli ve yalnızca iyi bir insan olabilmeyi kişiliğim ve perspektifime katmamda örnek olan, beni çok iyi tanıyarak tüm çalışmalarımda hem konu hem de bireysel anlamda özgürlük alanı sağlayarak bana güvenen, hayata dair çokça şey öğrendiğim değerli danışmanım Prof. Dr. Birgül ÖZKAN'a,

Tez jürimde bulunan değerli hocalarım, Doç. Dr. Yasir ŞAFAK ve Prof. Dr. Görkem KARAKAŞ UĞURLU ile çalışmanın uzman görüşü aşamasında değerli katkılarını esirgemeyen tüm uzmanlara,

Çalışmaya katılan Psikiyatri Kliniğinde tedavisi devam eden tüm hastalara,

Tanıdığım zamandan beri yanında kendimi iyi hissettiğim, zor zamanlarımda bir telefon kadar uzağımda olan ve sesini duyunca dünyamı güzelleştiren Pınar AYEN'e,

Tezimin mizanpajında katkılarını esirgemeyen değerli Arş. Gör. Dr. Mustafa Sabri KOVANCI'ya,

Tabi ki beni bugünlere getiren canım annem Fatma ARABACI, babam Nihat ARABACI'ya,

Akademik anlamda adeta yol göstericim olan, her ne kadar şuan farklı ülkelerde olsak da varlığını bir telefon uzağımda hissedebildiğim canım abim Uzm. Fzt. Eren ARABACI'ya,

Anneannem olduğu için dünyanın en şanslı torunu olmanın verdiği güçle onsuz kalmanın dayanılmaz ağırlığı arasında her gün daha çok özlediğim, çalışan anne babaya sahip beni çocukluğum boyunca ayakları üzerinde dimdik duran biri olarak yetiştiren, en kıymetlim, biriciğim, rahmetli ananem Zekiye ALAGÖZ'e,

Ve son olarak hayallerini gerçekleştirmek için 18 yaşındayken kendine söz veren o kıza…

Sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **ix**

ABSTRACT ..... **x**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **xi**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **xiii**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **xiv**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **6**

2.1.Cinsellik 6

2.2.Cinsel Sağlık 6

2.3.Normal Cinsel İşlevler 7

2.4.Kadın ve Erkekte Cinsel İşlev Fizyolojisi 8

2.4.1.Cinsel İstek Fazı 8

2.4.2. Uyarılma Fazı 8

2.4.3. Plato Fazı 9

2.4.4. Orgazm Fazı 9

2.4.5. Çözülme Fazı 9

2.5.Cinsel İşlev Bozuklukları 10

2.5.1. Erkekte Cinsel İşlev Bozuklukları 11

2.5.2. Kadında Cinsel İşlev Bozuklukları 13

2.6. Psikotrop İlişkili Cinsel İşlev Bozukları 14

2.6.1. Psikotrop İlişkili Cinsel İşlev Bozukluğunun Mekanizması 15

2.7. Cinsel İşlev Bozukluklarında Hemşirenin Rolü 19

2.7.1. Cinsel Sorunu Olan Hastalarda Hemşirelik Bakım Süreci 20

2.8. Psikotrop İlişkili Cinsel İşlev Bozukluğu Yönetiminde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü 21

2.9. Ölçek Uyarlama Çalışmalarında Geçerlik ve Güvenirlik 21

2.9.1.Geçerlik 22

2.9.2. Güvenirlik 22

3. GEREÇ VE YÖNTEM 23

3.1. Araştırmanın Şekli 23

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 23

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 24

3.4. Veri Toplama Araçları 25

3.5. Araştırmanın Uygulanması 26

3.5.1. Araştırmanın Ön Uygulaması 26

3.5.2. Araştırma Verilerinin Toplanması 26

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu 26

3.7. Psikotrop İlişkili Seksüel Disfonksiyon Ölçeği (Psychotropic-related Sexual Dysfunction (PRSexDQ-SALSEX))'nin Uyarlama Aşamaları 27

3.7.1. PİSexDÖ'nün Geçerlik Aşamaları 27

3.7.2. PİSexDÖ'nün Güvenirlik Aşamaları 30

3.8. Verilerin Analizi 31

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri 31

4. BULGULAR 33

4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri 33

4.2. PİSexDÖ'nin Geçerlik Bulgularının İncelenmesi 35

4.2.1. PİSexDÖ'nin Dil Geçerliği 35

4.2.2. PİSexDÖ Kapsam Geçerliği 36

4.2.3. PİSexDÖ Görünüş Geçerliği 38

4.2.4. PİSexDÖ Yapı Geçerliği 38

4.3. PİSexDÖ'nin Güvenirlik Bulgularının İncelenmesi 43

4.3.1. PİSexDÖ'nin İç Tutarlık Cronbach α Kat Sayısı Bulguları 43

4.3.2.Madde Analizi 43

4.4. PİSexDÖ'nin Ölçek Puanlarının Hastalara Ait Özelliklere Göre Dağılımı 45

5. TARTIŞMA 51

5.1. PİSexDÖ'nün Geçerliği 51

5.2. PİSexDÖ'nün Güvenirliği 56

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 64

6.1. Sonuç 64

6.2. Öneriler 65

7. KAYNAKLAR 66

8. EKLER 78

Ek-1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu 78

Ek-2. Psikotrop İlişkili Seksüel Disfonksiyon Ölçeği (Psychotropic-related Sexual Dysfunction (PRSexDQ-SALSEX))-Türkçe Versiyon (PİSexDÖ) 80

Ek-3. Etik Kurul Onayı 82

Ek-4. Etlik Şehir Hastanesi İzin Yazısı 83

Ek-5. Aydınlatılmış Onam..... 84

Ek-6. Professor Ángel Luıs Montejo González'in Ölçeğin Türkçe Geçerlik Güvenirlik Çalışmasının Yapılabileceğine Dair Onay e-postası 86

Ek-7. Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire. (PRSexDQ-SALSEX)..... 87

ÖZET

Psikotrop İlişkili Seksüel Disfonksiyon "Psychotropic-Related Sexual Dysfunction" (PRSexDQ-SALSEX) Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması ve Antipsikotik Alan Hastalarda Geçerlik Güvenirlik Çalışması

Bu çalışma, psikiyatrik hastalığı olup antipsikotik kullanan hastalardaki cinsel işlev bozukluğu düzeyini ölçmek amacıyla Montejo ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilen Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire (PRSexDQ-SALSEX) ölçeğinin Türkçe formunun, metodolojik desende geçerlik ve güvenirlik çalışması olarak planlama yapılmıştır. Çalışma, 16 Mart 2023 – 30 Ocak 2024 tarihleri arasında, Ankara Etlik Şehir Hastanesinde ayaktan/yatışı devam eden ve araştırmaya katılmayı kabul eden 200 psikiyatri hastası ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, "Sosyodemografik Veri Toplama Formu" ve "Psikotrop İlişkili Seksüel Disfonksiyon Ölçeği (PİSexDÖ)" ile toplanmıştır. Ölçeğin, geçerliğinin değerlendirilmesinde, "dil", "kapsam", "görünüş" ve "yapı" geçerliği analizleri kullanılmıştır. Ölçeğin Türk dili ve kültüründeki faktör yapısı belirlenirken açımlayıcı faktör analizi kullanılmış ve tek faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. PİSexDÖ'nün tek faktörlü yapısının, "geçerli" olan bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin güvenirliğinin değerlendirilmesi için yapılan analiz sonuçlarında, ölçeğin Cronbach Alfa (α) değeri, 0,753 bulunmuştur. Ayrıca, ölçek için yapılan korelasyona dayalı madde analizi sonucunda da değerler kabul edilebilir aralıklarda ve madde ayırt edicilik düzeyinin yeterli olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak; PİSexDÖ'nün iki öncül, beş ana madde ve tek alt boyuta sahip Türkçe versiyonunun Türk kültürüne uygun olduğu aynı zamanda geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. Ölçeğin, antipsikotik kullanan psikiyatri hastalarında cinsel işlev bozukluğu yaşama durumlarının belirlenmesinde kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antipsikotik, cinsel işlev bozukluğu, geçerlik ve güvenirlik, psikiyatri hemşireliği, psikotrop ilaç.

ABSTRACT

Adaptation of the Psychotropic-Related Sexual Dysfunction (PRSexDQ-SALSEX) Scale to Turkish and Validity and Reliability Study in Patients Receiving Antipsychotics

This study was planned as a methodological validity and reliability study of the Turkish form of the Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire (PRSexDQ-SALSEX), developed by Montejo et al. in 2000 to measure the level of sexual dysfunction in patients with psychiatric illness who use antipsychotics. The study was conducted with 200 psychiatric patients who were outpatients/inpatients at Ankara Etlik City Hospital between March 16, 2023 and January 30, 2024 and agreed to participate in the research. The research data were collected with the "Sociodemographic Data Collection Form" and "Psychotropic Related Sexual Dysfunction Scale (PİSexDÖ)". In the evaluation of the validity of the scale, "language", "scope", "face" and "construct" validity analyses were used. Exploratory factor analysis was used to determine the factor structure of the scale in Turkish language and culture, and a single-factor structure emerged. The single-factor structure of PİSexDÖ was determined to be a "valid" scale. In the analysis results performed to evaluate the reliability of the scale, the Cronbach Alpha value calculated for the scale was found to be 0.753. In addition, as a result of the item analysis based on correlation performed for the scale, it was determined that the values were within acceptable ranges and the item discrimination level was sufficient. As a result; It was determined that the Turkish form of PİSexDÖ, which has two premises, five main items and a single sub-dimension, is a valid and reliable measurement tool suitable for Turkish culture. It is recommended that the scale be used in determining the sexual dysfunction experienced by psychiatric patients using antipsychotics.

Keywords: Antipsychotic, psychiatric nursing, psychotropic medication, sexual dysfunction, validity and reliability.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ/WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SNRI	: Serotonin Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
%	: Yüzde
PRSexDQ-SALSEX	: Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire
WAS	: Dünya Cinsel Sağlık Derneği (World Association for Sexual Health)
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychological Association)
DSM	: Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
TCA	: Trisiklik Antidepresan
MAOI	: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
BNZ	: Benzodiazepinler
GABA	: Gama Aminobütirik Asit
ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association)
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranı
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
AFA	: Açıklayıcı/Açımlayıcı Faktör Analizi
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
KMO	: Kaiser-Mayer- Olkin Testi
Ω	: McDonald's omega (ω) Güvenirlik Katsayısı
p	: Anlamlılık Düzeyi
PİSexDÖ	: Psikotrop İlişkili Seksüel Disfonksiyon Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
AMOS	: Analysis of Moment Structures
ANOVA	: Analysis of Variance-Tek Yönlü Varyans Analizi
N	: Frekans
Ort ± SS	: Ortalama- Standart Sapma

Min/Max	: Minimum/Maksimum
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
IFI	: Artırılmış Uyum İndeksi
GFI	: Genel Uyum İndeksi
NFI	: Normlaştırılmış Uyum İndeksi
TLI	: Tucker-Lewis Indeks
RMSEA	: Kök Ortalama Kare Hata Karekökü

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. *Erkek ve Kadında cinsel yanıt döngüsü*……..10
Şekil 4.1 *Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Diyagram*……39
Şekil 4.2. *Katılımcıların PİSexDÖ Gruplarına Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Yaşama Oranları*……46

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. *PİSexDÖ'nün Dil ve Kapsam Geçerliği Uygulama Aşamaları*.....28

Tablo 4.1. *Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n=200)*.....34

Tablo 4.2. *PİSexDÖ'nün KGO ve KGİ değerleri*.....37

Tablo 4.3. *PİSexDÖ'nin KMO ve Bartlett's küresellik test sonuçları*.....38

Tablo 4.4. *PİSexDÖ'nün Doğrulayıcı Faktör Analizi İndeks Değerleri*.....39

Tablo 4.5. *PİSexDÖ'nin Faktör Yükleri*.....41

Tablo 4.6. *PİSexDÖ'nün Bileşen Matrisi Değerleri*.....42

Tablo 4.7. *PİSexDÖ'nün Madde Analizi Sonuçları*.....43

Tablo 4.8. *PİSexDÖ'nün Ölçek Puanlarının Alt-üst %27 Gruplarına Göre Farklılaşma Durumlarının Dağılımı*.....44

Tablo 4.9. *PİSexD Puan Ortalamalarının Dağılımı*.....45

Tablo 4.10. *PİSexD Gruplarına Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Yaşama Durumlarının Dağılımı*.....45

Tablo 4.11. *Hastaların PİSexDÖ İfadelerine Göre Cinsel İşlevle İlgili Yaşadıkları Zorlukların Dağılımı*.....47

Tablo 4.12. *PİSexDÖ Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumlarının Dağılımı*.....49

1. GİRİŞ

Ruh sağlığı, genel sağlık ve refah için ayrılmaz bir parça olarak görülmektedir. Aynı zamanda temel insani bir haktır. İyi bir ruh sağlığına sahip olmak, bağlantı kurabilmeyi, çalışabilmeyi, zorluklarla başa çıkabilmeyi ve gelişebilmeyi sağlamaktadır. Ruh sağlığı yalnızca ideal bir refah durumunu ifade etmemektedir. Duygusal acı veya büyük ıstıraplardan yüksek refah durumuna uzanan bir süreklilik içerisinde ifade edilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2022). Dünyada hastalık yükünün %7'lik kısmını etkileyen ruhsal hastalıklar ve bağımlılık sorunlarının bir milyarın üzerinde kişiyi etkisi altına aldığı bilinmektedir (Rehm & Shield, 2019). Kronik psikiyatrik hastalıklar bireylerde yoğun ruhsal belirtilerle beraber temel yaşam becerilerine yönelik yetersizlikleri içeren; kişisel, mesleki ve sosyal yaşamda işlevselliğin bozulduğu uzun süreli sağlık sorunlarıdır. Kronik psikiyatrik hastalıklar bireylerde sorun çözme, uyum gösterme, düşünme gibi alanlarda yeti yitimine sebep olmaktadır (Schinnar et al., 1990). Kronik psikiyatrik hastalıkların sınıflandırılması; şizofreni, şizoafektif bozukluk, psikotik bozukluk, alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve kişilik bozuklukları olarak yapılmaktadır (Puolakka & Pitkanen, 2019). Kronik psikiyatrik hastalıklar bireylerde işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır. Bu işlevsellik kaybı aile bireyleri ve toplum üzerinde önemli bir hastalık yükü oluşturmaktadır. Bu bağlamda incelendiğinde kronik psikiyatrik hastalıkların küresel boyutta hastalık yükü olan ilk on hastalık içerisinde olduğu görülmektedir (Vigo et al., 2016). Bu nedenle psikiyatrik hastalıkların sağaltımı önem arz etmekte olup iyileşmeye yönelik yaklaşımlar bireylerin yaşam kalitesini artırmaktır (Martinelli & Ruggeri, 2020). Psikiyatrik hastalıkların tedavisine yönelik yaklaşımlar; semptom kontrolü, tekrarın önlenmesi, fonksiyonel açıdan iyileşme, mesleki işlevselliğin sürdürülmesi, sosyal becerinin devamlılığı ve hasta bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasına yöneliktir. Kronik psikiyatrik hastalıkların tedavisinde psikofarmakolojik, psikososyal ve

psikoterapötik müdahaleler uygulanmaktadır. Tedavi sürecinde psikofarmakolojik ve diğer yöntemler birlikte kullanılabilmektedir. Psikiyatrik hastalıkların yönetiminde temel girişim genellikle ilaç tedavisi yönündedir (Tel, 2023). İnsan davranışlarını ve psikolojisini çeşitli şekillerde etkilemek için psikoaktif maddelerin kullanımı insanlık tarihinin başlangıcı kadar eskiye dayanmaktadır. 20.yüzyılın başlarında psikiyatrik tedavilerin hastaları toplumdan izole etmeye yönelik uygulamalar olduğu görülmektedir. 20.yüzyılın ikinci yarısı itibariyle daha çok psikososyal yöntemlere yer verilmeye başlandığı görülmektedir. Bununla birlikte bu yüzyıl içinde psikofarmakoloji kendine geniş bir uygulama alanı geliştirmekteydi. Çağımızda da psikofarmakoloji tıp bilimlerinin önemli çalışma konuları arasında incelenmektedir (Öztürk, 2018). Çoğu psikotrop ilaç, belirli nörotransmitter-reseptör sisteminin aktivitesini artırarak veya azaltarak etki etmektedir. Farklı psikiyatrik rahatsızlığa sahip hastalarda farklı nörotransmitter-reseptör sistemleri ile çalışmakta ve bu farklılık ilaç kullanımında daha spesifik hedefler sunmaktadır (Halter, 2014). Psikiyatrik tedavide kullanılan ilaçlar temelde anksiyolitikler, antidepresanlar, antipsikotikler, duygudurum düzenleyicileri ve antikonvülsanlar olarak incelenmektedir (Öztürk, 2018). Psikotropların psikiyatrik hastalıkların tedavisinde fazlaca yararı olması yanında hastaların yaşam kalitesini düşüren ve rahatsızlık verici yan etkileri olduğu da bilinmektedir (Gray, Wykes ve ark., 2001). Söz konusu olan yan etkiler antikolinerjik, ekstrapiramidal, hormon ilişkili, kardiyovaküler-hematolojik şekilde görülebilmektedir. Bahsedilen yan etkiler; hastanın psikolojik durumu, biyolojisi, cinselliği ve sosyal işlevlerinde negatif etkiler oluşturabilmektedir (Ling ve ark.,2009; Morrison ve ark. 2000). İlaçların yan etkisi istenmeyen veya zarar verici olmasıyla beraber tedavi ediciliği olmayan bir durum olarak açıklanabilmektedir. Literatür incelendiğinde; kaygı bozukluklarında kullanılan onaylanmış ilaç örnekleri seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'ler), serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI'ler) ve benzodiazepinler şeklindedir. SSRI ve SNRI'ların panik bozukluk, genel anksiyete bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğunda etkili olduğu belirlenmiştir. Yan etkilerinden bazıları ajitasyon, mide bulantısı, huzursuzluk, baş ağrısı, yorgunluk, iştah değişiklikleri, titreme ve terleme şeklinde açıklanmaktadır (Garakani, 2020). Benzodiazepinler kaygıda yaygın olarak kullanılmaktadır bununla beraber benzodiazepinler merkezi sinir sistemini deprese eden bir yapıya sahiptir. Bu da bireyde yorgunluk, baş dönmesi ve bilişsel işlev bozuklukları yaratmaktadır. Aynı zamanda benzodiazepinlerin uzun süreli kullanımı bağımlılığa veya toleransa yol

açmaktadır (Bandelow, 2020). Antidepresanlara bağlı cinsel işlev bozuklukları çeşitli çalışmalarda incelenmiştir. Bu bozukluklar cinsel istekte azalma, priapizm, orgazmda gecikme, sertleşme bozuklukları, penil anestezi şeklinde sınıflandırılabilmektedir (Yilmazer, Güler & Incesu, 2011).

Yapılan çalışmalarda antipsikotik kullanımının erken dönemde distoni, akatizi ve akinezi gibi ekstrapiramidal yan etkilere neden olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda kilo alımı ve sedasyon gibi olumsuz diğer etkiler olarak görülmektedir. Antipsikotikler aynı zamanda bireylerde libido azlığı/kaybı, erektil disfonksiyon, gecikmiş ejakülasyon ve anorgazmi gibi cinsel işlev sorunlarına %80 oranında neden olmaktadır. Aynı zamanda ilaç uyumunda da olumsuz etkiye sebep olmaktadır (Aker ve ark. 2000; Balon 2002; Lambert, Cock ve ark., 2003; Üstünsoy Çobanoğlu ve ark. 2003). Duygudurum düzenleyici olarak kullanılan, bipolar bozuklukta sıklıkla altın standart kabul edilen lityumda çeşitli metabolik yan etkilere sebep olabilmektedir. Bahsedilen yan etkiler; tiroid, paratiroid, böbrek işlevlerinde bozulma ve kilo artışı şeklindedir (Eker & Eker, 2010) (Young & Hammond, 2007). Diğer birçok antipsikotik ve antidepresan ilaçlar gibi lityum da cinsel ve erektil işlev bozukluklarına neden olabilmektedir. Lityum alan bipolar ve şizoaffektif bozukluğa sahip hastaların yaklaşık 1/3'i cinsel işlev bozukluğu bildirmektedir (Aizenberg, Sigler, Zemishlany, Weizman, 1996; Grover, Ghosh, Sarkar, Chakrabarti, Avasthi, 2014). Antikonvülsanlardan kaynaklı cinsel işlev bozukluklarına dair sınırlı literatür bilgisine ulaşılabilmektedir. Bununla beraber Karbamazepine ilişkili cinsel işlev bozukluğu epileptik hastaların %13'ünde gözlenmektedir. En az cinsel işlev bozukluğu valproik asit yönünde bildirilmektedir (Yilmazer, Güler & Incesu, 2011).

Psikiyatrik tedavilerin çok sık görülen ancak diğer yan etkilere göre görece daha az ifade edilen önemli yan etkilerinden birisinin cinsel yan etkiler olduğu açıkça görülmektedir. Antidepresanlar ve antipsikotikler en çok cinsel yan etki oluşturan ilaç gruplarıdır ancak anksiyolitikler ve duygudurum düzenleyicilerinde de bu yan etkilere rastlanmaktadır (Yelboğa ve Korgalı, 2015; Akhtar, Thomson, 1980; Wesson, Finnegan, Clark, 1996). Bu bağlamda bu yan etkilerinde gözlem ve görüşmeler kapsamında belirlenmesinin önemli olduğu düşüncesine varılmaktadır. Bu kapsamda psikiyatrik hastalığa sahip ve psikotrop ilaç tedavisine devam eden ilgili hastaların

izlemlerine ilaçlara bağlı gelişme ihtimali olan yan etkilerinde eklenmesi gereklidir. Bu izlemlerin ruh sağlığı profesyonelleri tarafından yapılması gerekmektedir.

Psikiyatri hemşirelerinin hasta bakımında; danışman, eğitici, vaka yöneticisi, araştırmacı gibi rolleri bulunmaktadır. Psikiyatri hemşireleri hastalara gösterdikleri yaklaşımları ve tutumları ile toplum için rol model olmaktadır. Hastalar ile doğrudan iletişim kuran; hasta-hasta yakını ve tedavi arasında köprü kuran hemşirelerin geniş kitlelere hitap edebilecek donanım ve bilgi birikiminde olmaları gerekmektedir (Sarıkoç, 2011; Kök, 2014). Psikiyatrik tedavi alan hastaların cinsel bir sorunla karşılaştığında bunun hastalıktan mı yoksa kullanılan medikal tedaviden mi kaynaklandığını anlamak zor olabilmektedir. Psikiyatri hemşireleri; psikiyatrik hastalıkların doğası, belirtileri, tedavisi, destek grupları hakkında hastaları bilgilendirmelidir. Aynı zamanda tedavi sürecinde ilaçlara bağlı oluşabilecek yan etki gibi olumsuz durumları erken fark edebilmelidir (Çam ve Engin, 2014, Halter, 2014). Psikotropların kullanımına bağlı oluşan cinsel yan etkiler tedavi uyumsuzluğunun ve yaşam kalitesindeki bozulmanın başlıca nedenlerinden olmasına rağmen çok fazla konuşulamamaktadır. Hastaların çoğunluğu yaşadığı cinsel sorunlardan kendiliğinden bahsetmeye çekinebilmektedirler. Bu sebeple psikiyatri hemşirelerinin hastalara uygun soruları sorması, bu sorulara yönelik ölçme araçlarının geliştirilmesi ve cinsel sorunların varlığının tanımlanması önem arz etmektedir (Balon, Yeragani, Pohl et al., 1993; Rothschild, 1995).

Bu çalışma, psikotrop ilaçlara bağlı cinsel işlev bozukluğunu ölçmek için Montejo ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilmiş olan “Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire. (PRSexDQ-SALSEX)” in (Montejo ve ark., 2000) (Ek-7) Türkçe uyarlamasını, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaparak alana özgü, yeni bir ölçme aracı kazandırmak hedefiyle yürütülmüştür.

Araştırma sonunda aşağıdaki soruların cevaplanması hedeflenmiştir.

Araştırma soruları;

1) Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire. (PRSexDQ-SALSEX) ölçeğinin Türkçe formu geçerli midir?
2) Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire. (PRSexDQ-SALSEX) ölçeğinin Türkçe formu güvenilir midir?
3) Türkiye'de psikotrop ilaç (antipsikotik) kullanan hastaların cinsel işlev bozukluğu düzeyleri nasıldır?
4) Hastalar arasındaki cinsel işlev bozukluğu düzeyleri sosyo-demografik bilgilere göre farklılık göstermekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsellik

Cinsellik, her zaman merak uyandıran ancak her daim yasaklanan aynı şekilde her daim konuşulan ama hiç bahsedilmeyen, bazı insanlar tarafından övünülen öte yandan bazı insanlar tarafından utanılan bir konu olması sebebiyle çelişki dolu bir alan olarak karşımıza çıkabilmektedir (Toker, 2023).

Cinsellik, her bireyin kişiliğinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmektedir (Dünya Cinsel Sağlık Derneği (World Association for Sexual Health [WAS])). Bilinen yazılı tarihte kadın cinsel uyarılma bölgesi şeklinde klitoristen bahseden ilk kişi Hipokrat olmuştur. Sonraları cinselliğe dair doğum kontrol yöntemleri vurgulanmıştır. Sigmund Freud ile beraber insan davranışları üzerinde çocukluk döneminde yaşanan cinselliğin vurgusunu yapan bir teori geliştirilmiştir (Koyuncu Aka, 2024).

DSÖ'ne göre cinselliğin geçerli tanımı "Yaşam boyunca insan olmanın merkezi bir yönüdür. Cinsiyet, toplumsal cinsiyet rolleri, cinsel yönelimi, erotizmi, hazzı, yakınlığı ve üremeyi kapsayan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Cinsellik düşüncelerde, fantezilerde, arzularda, inançlarda, tutumlarda, değerlerde, davranışlarda, rollerde ve ilişkilerde deneyimlenerek ifade edilmektedir. Cinsellik bu boyutların tümünü içermektedir ancak bunların hepsi her zaman yaşanmaz veya ifade edilmez. Cinsellik biyolojik, psikolojik ve sosyal etkileşimlerden etkilenir" şeklinde yapılmaktadır (DSÖ, 2006).

2.2.Cinsel Sağlık

Cinsel sağlık, cinsellik ile beraber yaşanan fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan iyilik hali olarak açıklanmaktadır (Komut, 2011). DSÖ'ne göre cinsel sağlık; "Cinsel

işlevlere yönelik hastalık ya da işlev bozukluklarının olmaması değil bireyin cinselliğe yönelik fiziksel, sosyal ve duygusal iyilik halidir" şeklinde ifade edilmektedir (WHO, 2010). Daha önce deneyimlenmiş cinsellik, cerrahi operasyonlar, ailenin cinselliğe yönelik bakışı-tutumu, cinsel eğitimde eksiklikler veya yanlış bilgiler, toplumsal normlar, genetik veya psikiyatrik hastalıklar bireylerin cinselliğini ve cinsel davranışlarını etkilemektedir (Yadav et al., 2001). Cinsel davranışlardan zevk alınması, cinsel tepkileri durdurabilmek, kişilerarası ilişki kurarken korku hissetmemek, utanmamak ve suçluluk hissetmemek sağlıklı cinselliğin göstergeleri olarak açıklanmaktadır (Aslan, 2013).

Cinsel sağlıkta bozulmaların olması yalnızca fiziksel sağlıkta bozulma olarak kalmamaktadır. Kadın ve erkekte ruhsal sağlıkta problemlerde meydana getirmektedir. Ailede yani toplumun en küçük biriminde yaşanan bozulmalar toplum sağlığında bozulma riski oluşturmaktadır (Bozdemir ve Özcan, 2011). Tüm bunlar düşünüldüğünde cinsel sağlığın korunması toplum sağlığının devamlılığında önemli bir bileşen olarak görülmektedir.

2.3.Normal Cinsel İşlevler

Cinsel organlar, otonom sinir sistemi tarafından uyarılmaktadır. Peniste oluşan refleksif ereksiyonlar, pelvik sinirler denilen (S2, S3, S4) parasempatik yapılar aracılığı ile gerçekleşmektedir. Psikolojik uyarılma ise sempatik yollar ile gerçekleşmektedir. Parasempatik yolların genital bölgeye kan akışını artırması, klitoral bölgede büyüme ve vajinal ıslanmaya neden olurken; ejekülasyon ve vajina, üretra ve uterusta bulunan düz kasların kasılmasında sempatik yollar rol almaktadır. Cinsel işlevleri düzenlemede bir çok hormon, nörotransmitter ve peptidler rol oynamaktadır. Her iki cinsiyet üzerinden bakıldığında dopaminerjik sistem uyarılma ve orgazmı artıran bir seyir gösterirken, seratonerjik sistem bu işlevleri engelleme özelliği göstermektedir. Dopamin; cinsel isteğin, fantezi, dürtü ve seks motivasyonu oluşturmada önemli role sahip bir nörotransmitterdir. Tam tersi prolaktin ise; cinsel isteği azaltıcı yönde etki göstermektedir. Cinsellik merkezi olarak bilinen bölgeler hipotalamus ve limbik sistemdir (Everaerd & Laan, 2010).

Cinsel işlevlerin normal veya sağlıklı olarak adlandırılabilmesi; cinsel aktivite süresince ağrı veya rahatsızlık hissinin olmaması, kişisel tatmin ve cinsel yanıt modelindeki dört aşamanın gerçekleşmesine bağlı olarak gerçekleşmektedir. Cinsel işlevlerde bozulma ise bu adımların birinde/birkaçında bozulma şeklinde açıklanmaktadır (Öztürk, 2018).

2.4.Kadın ve Erkekte Cinsel İşlev Fizyolojisi

Cinsel yanıt döngüsüne yönelik ilk tanımlar, 1906'da Havelock Elis tarafından iki kademeli olarak açıklanmıştır (Bilgin ve Kömürcü, 2016). Kadın cinselliğine yönelik çalışmalar Kinsey ve arkadaşları tarafından 1950'li yıllarda yapılmıştır. Sonrasında Masters ve Johnson tarafından 1966 yılında cinsel fizyolojiyi kadın ve erkek için ayrı ayrı açıklayan ilk çalışma gerçekleşmiştir. Cinsel yanıtın; uyarılma, plato, orgazm ve rahatlama (çözülme) olarak açıklanabilen dört aşamalı bir süreç olduğunu bildirmişlerdir. 1979 yılında Kaplan oluşturulmuş bu modele cinsel istek boyutunu ekleyerek cinsel düşüncelerin ve fantezilerin uyarılma ve orgazm aşamalarının harekete geçmesinde önemli olduğunu vurgulamıştır (Akbulut ve ark., 2015).

2.4.1.Cinsel İstek Fazı

Cinsel döngü içinde en önemli evre olarak görülmektedir. Cinsel istek aynı zamanda cinsel sağlık ve dolayısıyla genel sağlığın önemli bir parçası olarak açıklanmaktadır (Klein ve ark., 2022). Cinsel istek; cinsel dürtü, arzu ve seks motivasyonu bileşenlerinden oluşmaktadır ve libido şeklinde de tanımlanmaktadır. Libido, kişinin yaşam deneyimleri, fizyolojik ve psikolojik durumundan etkilenmektedir (Üstgörül, 2016). Libido için belirlenmiş sayı veya değerler bulunmamaktadır. Çiftlerin cinselliği isteme durumu belirleyici olarak görülmektedir (CETAD, 2008).

2.4.2. Uyarılma Fazı

Uyarılma fazı cinsel istek oluşumundan sonra ilk evredir. Temelde erotik duygu ve düşüncelerin belirdiği, kadında vazokonjesyon ve myotoni; erkekte ereksiyonun gerçekleştiği fazdır. Bedensel veya psikolojik uyaran ile başlayıp cinsel

uyaranın süresi ve yoğunluk durumuna göre verilen tepkinin şiddeti hızlı veya yavaş biçimde artış göstermektedir. Kişiye uygun, yeterli yoğunluk ve süre devamlılık gösteren bir cinsel uyarana karşı uyarılma evresi kısa olabileceği gibi; kişiye çeşitli açılardan uygun düşmeyen cinsel uyarıların varlığı veya cinsel uyaranın aralıklarla sürdürülmesi durumunda uyarılma evresi uzayabilmekte veya kaybolabilmektedir (Yılmaz, 2022).

2.4.3. Plato Fazı

Uyarılmanın üst düzeyde yaşandığı, haz duygusunun beraberinde gerilim artışının hissedildiği evredir. Kadınlarda meme başı büyümekte, vajinal duvarda kasılmalar meydana gelmektedir. Erkeklerde ise testisler büyüyerek skrotumda bir miktar yükselmektedir (Beyazıt ve ark., 2018). Orgazmdan hemen önceki bu evrede; erkekten içinde sperm bulunmayan şeffaf renkli bir sıvı gelmektedir. Genital organlarda gerçekleşen kanlanma ile birlikte bireylerin vücutlarındaki kanın akış hızı da artmaktadır (Turhan, 2019). Plato evresi orgazma giriş niteliğinde bir evre olarak açıklanmaktadır (İncesu, 2004).

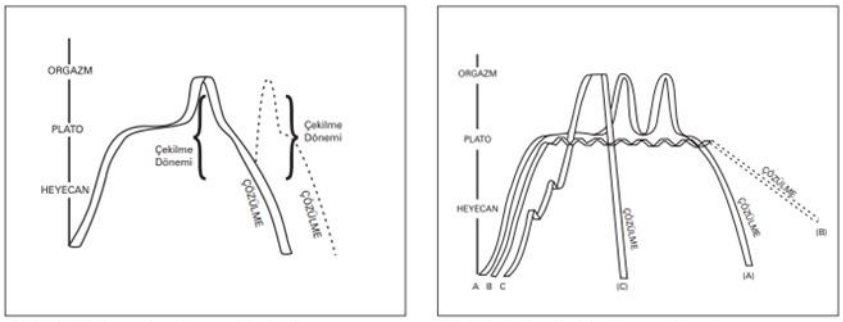
2.4.4. Orgazm Fazı

Tüm evreler içinde cinsel hazzın en yoğun hissedildiği ancak en kısa süren evredir. Bu evre; erkeklerde ejakülasyon (boşalma); kadınlardaysa perine ve vajinanın etrafındaki kasların ritmik şekilde kasılmaları, benzer şekilde vazokonjesyon ile büyüyen dokuların ritmik şekilde kasılmaları ile açıklanmaktadır. Özellikle pelvis bölgesinde duyumsanmaktadır. Orgazm, kadınlarda vajina ve klitoral bölge etrafında; erkekte ise penis ve prostat bölgesinde yoğunlaşmaktadır (İncesu, 2004).

2.4.5. Çözülme Fazı

Son evredir. Plato evresini takiben orgazm sonrasında veya orgazmın gerçekleşmediği durumlarda genital organlarda ve tüm vücutta meydana gelmiş olan fizyolojik değişimlerin aynı sırayı takiben kaybolduğu aşama olarak açıklanmaktadır (İncesu, 2004). Cinsel organların etrafına dolan kanın geri çekilmesiyle beraber gelen rahatlama duygusu ile vücut uyarılmadan önceki haline geri dönmektedir (Beyazıt ve ark., 2018). Söz konusu evrenin ne kadar sürdüğü; cinsiyet, orgazmın gerçekleşip

gerçekleşmediği veya hangi yoğunlukta gerçekleştiği ve cinsel uyaranın sürdürülebilir olup olmaması ile ilişkilidir. Kadınlar bu evrede cinsel bir uyaranın tekrar başlaması ile orgazm olabilme potansiyeli taşırken; erkekler yeni bir cinsel uyarana cevap veremeyip ereksiyon veya orgazm durumuna geçmeleri mümkün olmamaktadır. Bu sebeple cinsel yanıt döngüsü erkeklerde tek tip şekilde incelenirken; kadınlarda çok değişken olabilmektedir (İncesu, 2004). Aşağıda Şekil 2.1'de gösterilmektedir.



Şekil 1. Erkekte cinsel yanıt döngüsü. Şekil 2. Kadında cinsel yanıt döngüsü.

Şekil 2.1. *Erkek ve Kadında cinsel yanıt döngüsü*

2.5.Cinsel İşlev Bozuklukları

Temelde, cinsel yanıt döngüsünde olan sapmalar cinsel işlev bozuklukları olarak açıklanmaktadır (Öztürk, 2018). Cinsel işlev bozuklukları belirli bir süre zarfı boyunca devam eden, kişilerde klinik açıdan önemli sıkıntılar yaratan, yeteri kadar cinsel uyarılmanın varlığına rağmen cinsel tepkide veya haz almada sorunlar ile açıklanmaktadır (Shepardson & Carey, 2016).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafınca oluşturulan DSM-5 (Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı)'te farklı ruhsal ve davranışsal sorunlar kategorize edilerek açıklanmaktadır. Kitabın son baskısı beşinci baskıdır (DSM-5) ve cinsel işlev bozukluklarının yedi ana türü olduğunu açıklamaktadır. Bu türler içinden erkeklere özgü dört bozukluktan bahsedilmektedir. Bu bozukluklar geç boşalma, sertleşme bozukluğu, azalmış cinsel istek ve erken boşalma olarak açıklanmaktadır. Kadınlara özgü üç bozukluk ise; orgazm bozukluğu, cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu ve genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu olarak açıklanmaktadır. Aynı zamanda iki cinsiyet içinde üç ortak teşhis bulunmaktadır. Bunlar; maddeye/ilaç ilişkili cinsel işlev

bozuklukları, diğer tanımlanmış cinsel işlev bozuklukları ve tanımlanmamış cinsel işlev bozuklukları olarak ifade edilmektedir (American Psychiatric Association [APA], 2013).

2.5.1. Erkekte Cinsel İşlev Bozuklukları

DSM-5'te bu bozukluklar; cinsel istekte azalma, geç boşalma, sertleşme bozukluğu (erektil disfonksiyon) ve erken boşalma (prematür ejekülasyon) olarak açıklanmaktadır.

2.5.1.1. Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu

En azından altı ay boyunca süregelen kişide belirgin sıkıntıya neden olan; cinsel düşünce ve eylemlere yönelik isteğin sürekli olarak veya tekrar eden biçimde az veya hiç olmaması durumudur (APA, 2013). Çoğu organik ve ruhsal hastalık sonucunda cinsel istek azlığı sekonder olarak ortaya çıkabilmektedir. Benzer şekilde alkol, sigara, bağımlılık yapıcı maddeler, antidepresan, antipsikotik ilaçlar ve kullanılan diğer birçok ilaç cinsel istek azlığına sebep olabilmektedir. Cinsel isteksizlik çoğunlukla başka bir bozukluğa sekonder olarak görüldüğü için öncelikle bu sorunun çözümü önemli görülmektedir (Öztürk, 2018).

2.5.1.2. Erken Boşalma

Erken boşalma, erkeklerde yaygın olarak karşılaşılan ve çiftler üzerinde etkisi önemli olarak görülen erkek cinsel işlev bozukluğu olarak ifade edilmektedir (Laumann, 1999). En az altı ay boyunca süren, partnerle olan ilişki esnasında bireyin vajinaya girişi itibariyle bir dakika içinde boşalma ile kişide belirgin sıkıntı yaratan ve hemen hemen her cinsel ilişki esnasında yaşanan başka bir problem ile daha iyi açıklanamayan durum olarak ifade edilmektedir (APA, 2013). Yapılan bazı çalışmalar erken boşalma oranının %20-30 arasında olduğunu göstermektedir (İncesu, 2004). Bazı çalışmalar ise %50'den %83'e kadar uzanan oranlarda erken boşalma ile karşılaşıldığını bildirmektedir (Gao ve ark., 2014; Shaeer ve Shaeer, 2012). Etiyolojisi biyolojik ve psikolojik olarak incelenebilmektedir. Biyolojik faktörler; genetik faktörler, düşük B12 seviyeleri, kronik hastalıklar, uyarıcılar ve dopaminerjik ilaçlar

olarak açıklanmaktadır (El-Hamd ve ark., 2019). Psikolojik faktörlerden en etkili durum anksiyete olarak açıklanmaktadır (Althof, 2006).

2.5.1.3. Geç Boşalma

En az altı ay süren ve kişide sıkıntı oluşturan, kişi istememesine rağmen boşalmada belirgin bir gecikme veya boşalmanın hiç/seyrek olması şeklinde açıklanmaktadır (APA, 2013). Diğer cinsel işlev bozukluklarına nazaran daha az görülmektedir. Etiyolojisinde organik hastalıklar, depresyon, stres, travma, ilaçlar ve partner sorunları yer almaktadır (Ejaculation Disorder, 2019).

2.5.1.4. Sertleşme Bozukluğu (Erektil Disfonksiyon)

En az altı ay süren, bireyde sıkıntı yaratan, başka herhangi bir hastalıkla açıklanamayan hemen hemen her cinsel etkinlik esnasında erkeğin sertleşmekte zorlanması veya sertliği cinsel ilişki sonuna kadar sürdürememesi şeklinde açıklanmaktadır (APA, 2013). Erektil disfonksiyon, doyuma ulaştıran bir cinsel ilişkinin sürdürülebilmesi için erkekte yeteri kadar sertleşmenin olmaması durumu olarak ifade edilmektedir (Öztürk, 2018).

Tüm dünya üzerinde prevelansı bir çalışmada %3-76 olarak belirlenmiştir (Kessler et al., 2019). Türkiye de yapılan bir çalışmada sertleşme bozukluğu prevelansı %69 olarak belirlenmiştir (Akkus ve ark., 2002).

Erektil disfonksiyonun çoğunlukla yaş ile artış gösterdiği görülmektedir. 40-49 yaş arası erkeklerde %3 oranında görülürken; 70-79 yaş arası erkeklerde bu oran %64'e yükselmektedir (Wijesinha ve ark., 2013).

Etiyolojisi organik ve psikiyatrik faktörlere bağlı olabilmektedir. Organik faktörler kronik hastalıklar, cerrahiler, diyabet ve hipertansiyon şeklinde incelenebilmektedir. Ayrıca anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklar, ilaçlar ve sigaranın da erektil disfonksiyon üzerinde etkisi olduğu bildirilmektedir (Celik ve ark., 2014).

2.5.2. Kadında Cinsel İşlev Bozuklukları

DSM-5'te bu bozukluklar; orgazm bozukluğu, cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu ve genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu olarak açıklanmaktadır.

2.5.2.1. Orgazm Bozukluğu

Orgazm; fizyolojik tepki ve rahatlama hissi ile beraber gelen yoğun bir haz duygusunun ortaya çıkması olarak açıklanmaktadır. DSM-5'te kadında orgazm bozukluğunun tanılama kriterleri; cinsel aktivitelerin çoğunluğunda orgazmda gecikme/seyreklik veya orgazmın az/hiç olmaması ile karakterize, en az altı aydır devamlılık gösteren ve kadında sıkıntıya neden olan bir durum olarak açıklanmaktadır (APA, 2013). Kadınlarda orgazm bozukluğu yaşamda sonradan ortaya çıkabilmektedir. Bunun en yaygın sebepleri; eşlerin arasındaki uyumsuzluk, evlilikte yaşanan çatışmalar, cinsel travma, jinekolojik ve sistemik rahatsızlıklar, ilaç kullanımı, alkol/madde alımı, depresyon ve psikiyatrik diğer hastalıklar, menapoz, yaşlanma ve diğer cinsel işlev bozukluklarının görülmesi olarak ifade edilmektedir (İncesu, 2004).

Orgazm bozukluğu yaşayan kadınlarda diğer cinsel işlev bozukluklarının ve psikiyatrik hastalıkların görülme oranı daha yüksek olarak ifade edilmektedir (İncesu, 2004; Burri & Spector, 2011).

2.5.2.2. Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu

DSM-5'te cinsel istek bozukluğuyla cinsel uyarılma bozukluğu beraber incelenmektedir. DSM-5'e göre cinsel aktiviteye yönelik az/hiç ilgi duyma, cinsel düşünce ya da fantezilerin az/hiç olması, cinsel aktiviteyi başlatamama veya partneri başlattığında karşılık vermeme. Cinsel aktivitede heyecan ve hoşlanma duygusunun az/hiç olması, cinsel aktivitede cinsel organlarda veya duyum hissedilen diğer organlarda hissin az/yok olması, cinsel simgeye ilginin az/yok olması gibi belirteçlerden en az üç tanesinin var olması ve en azından altı ay süreyle kadında sıkıntı yaratması şeklinde tanımlanmaktadır (APA, 2013). Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu kadınlar arasında sıklıkla rastlanan cinsel işlev bozukluğu şeklinde ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalar bu bozukluğun yaşam boyu görülebileceği gibi yaşla beraber

görülme riskinde artış olduğunu açıklamaktadır. Bunun asıl nedeni ise yaş ile birlikte kadınların cinsel isteklerinde azalmanın olması gerektiğini vurgulayan cinsel mitler olarak ifade edilmektedir. Günlük yaşam stresörleri olarak bilinen negatif duygular ile birlikte işlevsellikte azalma, psikiyatrik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar bu bozukluğu tetiklemektedir (Zeleke, 2017; Kingsberg, 2019; Fooladi, 2020; Laumann, 1999; Shifren, 2008; Faubion, 2017; Vermillion & Holmes, 1997).

2.5.2.3. Genito-Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu

DSM-5'e göre penetrasyon sırasında vajinaya girmede güçlük, genito-pelvik bölgede ağrı, penetrasyona yönelik korku, penetrasyon girişimi esnasında pelvik taban kaslarında hissedilen gerginlik kriterlerinden bir ya da daha fazlasının en az altı aydır, kadında sıkıntıya yol açacak şekilde var olması şeklinde açıklanmaktadır (APA, 2013). Genito-Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu'nun etiyolojisi çok çeşitli olabilmektedir. Enfeksiyonlar, hormonal değişiklikler, ruhsal hastalıklar, anatomik değişiklikler bu bozukluğu tetikleyici faktörler olarak görülmektedir. Disparoni kadında depresyon, kaygı, beden algısında olumsuzluk ve düşük benlik saygısı gibi durumlara neden olabilmektedir (Payne ve ark., 2005).

2.6. Psikotrop İlişkili Cinsel İşlev Bozukları

Çeşitli tedavilerde kullanılan bir çok ilaç grubunun cinsel fonksiyon fizyolojisi üzerinde etki potansiyeli olduğu bilinmektedir. Cinsel fonksiyonun normal olarak nasıl bir fizyolojik süreçte işlev gördüğünü bilmek tedavilerin cinsel işlev bozukluğuna neden olma ihtimaline yönelik tahminleri desteklemektedir (Yelboğa ve Korgalı, 2015). Genellikle bir çok farklı ilacın cinsel fonksiyonları etkilediği bilinmektedir. Özellikle de santral sinir sistemi üzerinde etkili olan antipsikotikler ile antidepresan ilaçlar en sık cinsel yan etkiye neden olan ilaçlar olarak görülmektedir. Ancak anksiyolitikler ve duygudurum düzenleyicileride farklı mekanizmalar yoluyla cinsel fonksiyon üzerinde etki göstermektedirler (Yelboğa ve Korgalı, 2015; Yılmazer, Güler ve İncesu, 2011). Cinsel İşlev Bozukluğu yaratan ilaçlar hem bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte hem de tedavide ilaç uyumsuzluğuna sebep olan bir faktör olarak görülmektedir (Kıncı ve Sivaslıoğlu, 2020). Psikiyatrik tedavilerin sıklıkla neden olduğu ancak hastaların diğer yan etkilere nazaran daha az tanımladıkları sorunlardan biri cinsel işlev bozuklukları olarak görülmektedir. Cinsel

yaşama dair sorunlar bir psikiyatrik hastalığın kendi doğasından kaynaklı primer ve sekonder etkilere bağlı olabileceği gibi bu hastalıkların tedavisinde kullanılan psikotrop ilaçların yan etkilerinden de kaynak alabilmektedir (Akhtar ve Thomson, 1980; Cohen, 1987; Decastro, 1985; Ghadirian, Annable ve Belanger, 1992; Ghadirian, Chouinard ve Annable, 1982; Jani, Wise, Kass & et al., 1988; Lesko, Stotland ve Segraves, 1982; . Lydiard, Howell, Laraia et al., 1987; Sangal, 1985; Segraves, 1992; Wesson, Finnegan ve Clark, 1996).

Bu nedenle cinsel işlev bozukluğunun kök nedeninin ölçme araçları yoluyla tespiti oldukça önem arz etmektedir.

2.6.1. Psikotrop İlişkili Cinsel İşlev Bozukluğunun Mekanizması

İlaç ilişkili cinsel işlev bozukluğunun mekanizması çok çeşitli şekillerde incelenebilmektedir. Pek çok ilaç santral veya periferik sinir sisteminde nörotransmitterleri etkisi altına alarak cinsel yan etkiler oluşturmaktadır. Bir çok ilaçta antikolinerjik yan etkiler görülmektedir. Yine bir çok ilaçta alfa adrenarjik blokaj ilişkili yan etkiler görülmektedir. Seratonerjik transmisyonu etkileyen ilaçlarda yine cinsel işlevlerde etkiye neden olabilmektedir. Seratonin spinal; periferal ve supraspinal bölgelerde yer almaktadır. Genellikle, seratoninin cinsel davranışlarda olumsuz bir etkisi vardır fakat farklı seratonin reseptörleri mevcuttur. Seratonin; reseptör alt tipi ve lokalizasyonu gibi sebeplerle cinsel aktivitede olumlu veya olumsuz etki gösterebilmektedir. Seratonin 5HT1A agonizması sertleşmeyi inhibe ederek boşalmayı geciktirici bir rol oynarken; 5HT1C agonizması sertleşmeyi kolaylaştırıcı bir etki gösterebilmektedir. 5HT2 reseptörünü bloke eden Mirtazapin gibi ilaçlarda cinsel yan etkiler daha az görülebilmektedir. D1 ve D2 dopaminerjik reseptörlerini bloke eden ilaçlar serum prolaktin düzeylerinde artışa neden olmaktadır. Serum prolaktin düzeyindeki artış cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır. Nöroyolaklar arasında bazı çapraz etkilenmeler görülmektedir. 5HT2'nin stimüle edilmesi mezolimbik dopaminerjik yolağı inhibe etmektedir ve pek çok adrenerjik nöron üzerinde presinaptik kolinerjik reseptörler bulunmaktadır. Adrenarjik nöronal aktivite; serotonerjik aktiviteyi inhibe edebilmektedir. Bu sonuçtan yola çıkarak bupropiyon ve amfetaminlerin serotonerjik antidepresan kaynaklı anorgazmiyi düzelttiği ifade edilebilmektedir. Antiadrenerjik fonksiyonu doğrudan etkisi altına alan ilaçlar cinsel

işlevler üzerinde etkisi olan hormonal sistem üzerinden etki etmektedir. Cinsel yanıt döngüsünün istek evresinde; dopaminin, uyarılma evresinde; asetikolin ve nitrik oksitin, orgazm evresinde; serotonin ve nöradrenalinin etkili olduğu bilinmektedir. Sonuç olarak psikotrop ilaçlar, nörotransmitterleri ve hormonları etkisi altına alarak cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadırlar (Gitlin, 2003).

2.6.1.1. Antipsikotiklere Bağlı Gelişen Cinsel İşlev Bozuklukları

Antipsikotik ilaçlar, şizofreni ve akut psikotik bozuklukta tercih edilen temel ajanlar olarak görülmektedir. Bu ilaçlar ile tedavi edilen bireylerde oluşan cinsel işlev bozukluğunun hastalığın primer nedeninden kaynaklı mı ilaç ilişkili mi olduğunun ayırt edilmesi çoğunlukla zordur. Çoğu zaman klinik süreçte önemsenmese de antipsikotik ilişkili cinsel işlev bozukluğu kadınlarda %30-80 arasında erkeklerde yaklaşık %60 oranında görülmektedir (Park, Kim ve Lee, 2012). Bununla beraber antipsikotik kullanımına bağlı serum prolaktin seviyesinde artış görülmektedir ve buda amenore, galaktore ve jinekomasti gibi durumlara neden olabilmektedir (Cutler, 2003). Antipsikotik ilişkili diğer sorunlar ise boşalmada gecikme, libido azlığı, geriye doğru boşalma, ağrılı boşalma, priapizm, orgazmda gecikme şeklinde açıklanmaktadır (Yılmazer, Güler ve İncesu, 2011).

Literatürde bir çalışmada antipsikotik ilişkili cinsel işlev bozukluğu erkeklerde % 44.6, kadınlarda %25 olarak bildirilmektedir. Risperidon ile yan etki oranı; % 43.2, haloperidol ile %38.1, olanzapin ile %35.3 ve ketiyapin ile %18.2 oranında bulunmuştur (Bobes, Garc, Rejas, et al., 2003).

2.6.1.2. Antidepresanlara Bağlı Gelişen Cinsel İşlev Bozuklukları

Depresif bozukluğa sahip çoğu hasta cinsel işlev bozukluğundan etkilenmektedir (Werneke, Northey ve Bhugra, 2006). Depresif bir hastada cinsel işlev bozukluğunun nedenini bulmak oldukça zor olabilmektedir. Bu sebeple ayırıcı tanı esnasında primer cinsel işlev bozukluğu, psikiyatrik hastalık kaynaklı cinsel işlev bozukluğu, psikotrop kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğu düşünülmelidir (Hirschfeld, 1999). Tedaviye başlanmadan önce bireyin cinsel işlev bozukluğunun detaylı şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirme esnasında hastaya

cinsel işlev fazlarının tek tek sorulması önem arz etmektedir. Aksi takdirde cinsel işlev bozukluğunun kök nedeni tespit edilemeyecektir (Yılmazer, Güler ve İncesu, 2011).

Antidepresan kaynaklı cinsel işlev bozukluğu tipleri; cinsel istekte azalma, sertleşme bozukluğu, priapizm, vajinal ıslanmada değişiklik, klitoriste dolgunluk, boşalma/orgazmda gecikme, ağrılı orgazm, kısmi/tam anorgazmi, penil/vajinal anestezi şeklinde ifade edilmektedir (Stephen Stahl, 2008). Bupropion, mirtazapin, moklobemid, nefazodon, reboksetin ve tianeptin gibi bazı antiidepresanlarda diğerlerine nazaran daha az cinsel işlev bozukluğu bildirilmektedir (Yılmazer, Güler ve İncesu, 2011). Trisiklik antidepresanlar (TCA) ve monnoamino oksidaz inhibitörleri (MAOI) gibi daha eski antidepresanlar nörotransmitter sistemlerinin çoğunu etkiler ve cinsel işlev bozukluğu gibi yan etkileri geride bırakan çeşitli yan etkilere yol açmaktadırlar (Schweitzer, Maguire ve Ng, 2009). Çeşitli antidepresanlarda farklı tipte cinsel işlev bozuklukları görülebilmektedir. Güçlü seratonerjik ilaçlar ve bu ilaçlardan paroksetinde gecikmiş boşalma/orgazm diğer antidepresanlardan daha çok görülmektedir. Heterosiklik antidepresanlar ise daha çok sertleşme bozuklukları kaynaklı sorunlara neden olmaktadır ve sıklıkla klomipramin ile görülmektedir. Priapizm ise sıklıkla trazodon ile görülmektedir (Clayton, Pradko, Croft, ve ark., 2002). Dopaminerjik yolaklar üzerinden etki eden bupropionun cinsel istek üzerine pozitif etkileri mevcuttur. Bupropion ve duloksetin ile yapılmış kısa süreli çalışmalarda, Seçici Seratonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)'lerinden belirgin şekilde daha az cinsel işlev bozukluğu görüldüğü belirlenmiştir. Reboksetin ile yapılan hem kısa hemde uzun süreli çalışmalarda daha az cinsel işlev bozukluğu bildirilmektedir. Bupropion ve agomelatin venlafaksin ile kıyaslandığında çok daha az cinsel işlev bozukluğu oluşturmaktadır. Mirtazapin'in SSRI'lerinden daha avantajlı olduğunu söyleyen bulgular yetersiz görülmektedir (Schweitzer, Maguire ve Ng, 2009). Seratonerjik yolaklar üzerinden etki eden ilaçlar çoğunlukla cinsel fonksiyonlar üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Bazıları cinsel isteği azaltıcı, çoğu orgazmı geciktirici veya baskılayıcı bir rol oynamaktadır. SSRI'lerini birbirleri ile karşılaştıran çalışmalarda anlamlı farklılıklar bulunmamıştır (Clayton, Pradko, Croft, et al. 2002). Alfa ve beta adrenerjik reseptörlerin çoğunlukla erektil fonksiyonu etkilediği görülmektedir. Bu reseptörler üzerinden etki gösteren ilaçların etkisi karmaşıktır. Çünkü çoğu doza bağımlıdır ve iki evreli yani bifaziktir. Yani cinsel fonksiyonun veya davranışın bir bileşenini inhibe ederken diğer bileşenini artırmaktadırlar (Yılmazer,

Güler ve İncesu, 2011). Tüm ilaçların cinsel yanıt döngüsünde değişikliklere sebep olduğu bilinmektedir. Literatürdeki bir gözden geçirme çalışmasında SSRI'lerinin cinsel yan etkilere neden olduğu belirlenmiştir (Segraves, 2007). Bu hastaların %20'sinde cinsel istekte kayıp ve %10'luk kısmında erektil disfonksiyon görülmektedir. En sık yan etki kadında anorgazmi ve gecikmiş orgazm; erkekte ise gecikmiş veya inhibe ejekülasyon olarak görülmektedir ki bu hastaların %30-40 ında görülmektedir (Segraves, 2007; Segraves, 2003; Segraves, Kavoussi, Hughes, et al., 2000).

2.6.1.3. Anksiyolitiklere Bağlı Gelişen Cinsel İşlev Bozuklukları

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde çoğunlukla benzodiazepinler (BNZ), buspiron, farklı antidepresanlar ve antipsikotiklerden yararlanılmaktadır. Tüm BNZ grubu ilaçların cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Mekanizması tam olarak belirlenememekle beraber; orta beyinde bulunan gri alan ve ventral tegmental alandaki GABA reseptörlerini etkileyerek yan etki oluşturduğu düşünülmektedir. Azalmış cinsel istek, uyarılma bozuklukları ve anorgazmi gibi durumlar ile karakterize olduğu görülmektedir (Labbate, 2008). Cinsel işlev bozukluğunda doz yanıt ilişkisi oldukça güçlü görülmektedir (Segraves, 1989). Buspiron; 5-HT1A seratoninerjik reseptörleri etkisi altına alarak anksiyolitik etki gösterdiği bilinmektedir. Cinsel işlevleri negatif etkilememekle beraber, SSRI'lerinin oluşturduğu cinsel işlev bozuklarının tedavisinde tercih edilmektedir (Norden, 1994).

2.6.1.4. Duygudurum Düzenleyicilerine Bağlı Gelişen Cinsel İşlev Bozuklukları

Yapılan çalışmaların çoğunluğunda psikotropların cinsel işlevler üzerinden detaylı şekilde bahsedilmektedir ancak duygudurum düzenleyiciler ve anksiyolitik ilaçlar için bu durum azınlık olarak kalmaktadır. Yapılan bu çalışmaların çoğunda da yöntemsel bazı sınırlılıklar ve cinsel işlevi değerlendirmede kullanılacak bir derecelendirme ölçeğinin bulunmadığı görülmektedir (Yelboğa ve Korgalı, 2015). Yapılan bazı çalışmalarda lityum ve cinsel işlev bozuklukları arasında bir ilişki olabileceği açıklanırken bazı çalışmalarda lityumun tek başına kullanılmasının cinsel işlev bozukluğuna neden olmadığı gösterilmiştir. Bipolar tanılı hastaların katılımıyla

gerçekleştirilen bir araştırmada bu hastaların kan lityum düzeyleri birbirine çok yakın bulunmuştur. Buna karşılık cinsel işlev bozukluğu bazılarında görülürken bazılarında görülmemektedir (Ghadirian, Annable ve Belanger, 1992; Aizenberg, Sigler, Zemishlany ve Weizman, 1996). Lityum ilişkili cinsel işlev bozukluklarında; cinsel istekte azalma ve ereksiyon bozuklukları ile ilişkili olabileceği açıklanmaktadır. Valproik asit ve karbamazepin kullanan bipolar ve epilepsi tanılı hastalarda yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu görülmektedir. Öte yandan lamotrijinin cinsel işlev bozukluklarında faydalı etkisi olduğu ifade edilmektedir (Stoléru, Grégoire, Gérard, Decety, Lafarge, Cinotti ve ark., 1999; Ferretti, Caulo, Del Gratta, Di Matteo, Merla, Montorsi ve ark., 2005).

2.7. Cinsel İşlev Bozukluklarında Hemşirenin Rolü

Cinsellik çağlar boyunca tüm insanlığın merak ettiği fakat konuşulmasından çekinilen bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır (Bozdemir ve Özcan 2011). Cinsellik; biyolojik, ruhsal, kültürel, dini, sosyal, ekonomik ve hukuki boyutlardan etkilenebilen bir durumdur. Bunun yanı sıra fiziksel ve psikolojik hastalıkların tedavilerinde kullanılan ilaçlarda cinsel sağlıkta değişimlere neden olabilmektedir. Kişilerin cinsel yaşamı bozulduğunda hayatlarında ruhsal, ailevi ve sosyal sorunlar baş göstermektedir. Dolayısıyla bu durum bireyleri oldukça mutsuz eden bir olay olarak görülmektedir (Bozdemir ve Özcan 2011). Cinsel sağlık insan sağlığından ayrı olarak düşünülemeyen bir parça olarak karşımıza çıkmaktadır. Cinsel sağlık; kadın, erkek, yaşlı, genç tüm insanların temel hakkıdır. Aynı zamanda cinsel sağlık, cinsel yönden bedensel, duygusal ve toplumsal olarak tam bir iyilik halinin sağlanması olarak görülmektedir (Karakoyunlu & Öncel, 2009).

Bu bağlamda cinsel sağlık mutlaka sağlık profesyoneli kişiler tarafından değerlendirilmesi gereken önemli bir durumdur. Cinsel sağlık değerlendirilirken bireye cinsellik veya üremeye yönelik korkularını ifade edebilmesi için fırsat tanınmalıdır. Cinselliğe veya ilaç yönetimine yönelik eğitim gereksinimleri varsa tamamlanmalı ve gerekiyorsa tedavi süreci başlatılmalıdır. Süreç sonunda yeniden cinsel sağlık değerlendirmesi mutlaka yapılmalıdır (Fennell ve Grant, 2019; Nelson 2003).

Hemşirelik; sağlıklı veya hasta olan her yaş ve cinsiyetten bireye bütüncül bakım sağlayan profesyonel bir meslek grubudur. Hemşireler süreç içerisinde hastaları bütüncül şekilde değerlendirmelidir ve burada cinselliğe mutlaka değinilmelidir (American Nurses Association [ANA], 2010). Cinsel işlev bozuklukları, multidisipliner çalışma gerektiren bir alan olmasından kaynaklı tanı ve tedavi sürecinde disiplinler arasında iş birliği gerektiren bir durum olarak açıklanmaktadır (Bilgi, 2015). Hemşireler bu noktada hastaların, cinselliğe yönelik mahremiyetini, güvenliğini sağlama ve cinselliğe yönelik danışmanlık yapma rolünü üstlenmektedirler (Bomar, 2004). Cinsellik; American Nursing Association'ın (ANA) bünyesine aldığı organizasyonlar tarafından hemşirelik bakım sürecinin yadsınamaz bir parçası olarak açıklanmış ve The North American Nursing Diagnosis Association, 1980'li yıllarda cinsel fonksiyon bozukluklarını hemşirelik tanı listesine eklemiştir (Volpe and Wertheimer 2004). Hemşireler, yaşam kalitesini sağlamada kilit nokta olarak görülmektedir ve yaşam kalitesinin sağlanmasında, bilgi verme, danışmanlık sunma ve rehabilite etme önemli noktalar olarak görülmektedir (Yaniv, 2000). Bu noktada hemşirede bulunması gereken bazı özellikler bulunmaktadır. İlk olarak hemşire; bireye özel cinselliği tanımlayabilmelidir (Bomar, 2004; Taylor ve ark., 2001). Cinsel konular veya sorunlar hakkında konuşurken rahat hissetmelidir (Yaniv 2000, Taylor ve ark., 2001). Yargılayıcı bir tutumdan uzak ve iyi bir dinleyici olmalıdır. Danışmanlık becerileri gelişmiş olup; hastalarla cinsel konular hakkında iletişim yeteneğini geliştirmelidir (Taylor ve ark., 2001, Perry ve Potter 2003, Yaniv, 2000). Cinsellik konusunu kabul etmeli ve cinsellik-cinsel fonksiyonlar hakkında bilgi sahibi olarak kendisinin ve diğer bireylerin cinselliğe yönelik değer ve tutumlarını anlamalıdır (Yaniv 2000).

2.7.1. Cinsel Sorunu Olan Hastalarda Hemşirelik Bakım Süreci

Hemşirelerin sağlıklı veya hasta bireylere etkin bakım sağlayabilmesi için hemşirelik sürecinin doğru kullanılması anahtar bir rol olarak görülmektedir. Hastaların cinsel sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımları; cinsel sağlığın değerlendirilmesi, sorunun tespit edilmesi, uygun hemşirelik girişimleri ile sorunun çözülmesi ve cinsel sağlığın devamlılığını sağlama adımlarını içermektedir (Kütmeç, 2009). Hemşirelerin bireylere destek ve danışmanlık noktasından izleyecekleri ilk adım veri toplama sürecidir. Burada hemşire bireyleri dinlemek ve bilgi alışverişinde

bulunmaktadır (Taylor et al. 2001). Değerlendirmede ki ilk basamak hemşirelerin aldığı sağlık/hastalık öyküsü olarak görülmektedir. Hastayla gerçekleştirilen görüşmede, en iyi bilgi en başta tehdit içermeyen sorular ile elde edilebilir (Fuller ve Schaller 2000). Ancak sonrasında cinsel işlev bozukluğunun kök nedenini araştıran, buna yönelik hemşirelik bakım süreci oluşturmaya olanak sağlayan veri toplama araçları ve ölçekler gerekmektedir. Bu bağlamda cinsel işlev bozukluklarını tarama ve saptamaya yönelik ölçeklerin geliştirilmesi ve kullanılması önem arz etmektedir.

2.8. Psikotrop İlişkili Cinsel İşlev Bozukluğu Yönetiminde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Ruhsal hastalığı olan bireylerde ilaç uyumunu zorlaştıran faktörleri belirlemek; bu sorunun çözümü için gereken müdahaleleri planlanması için önemli görülmektedir (Lacro ve ark., 2002). İlaç uyumunu bozan faktörler; hasta ile ilişkili faktörler, hastalık belirtileri, hastalık süresi, iç görünün az veya hiç olmaması, çevre kaynaklı faktörler, ilaç yan etkileri, ilaca karşı negatif tutum, randevulara zamanında gelmeme, sosyal destek azlığı/yetersizliği gibi nedenler ile açıklanabilmektedir (Uslu & Buldukoğlu, 2018). Psikiyatri hemşireleri; hastaları ve ailelerini ilaç tedavisinin olumlu yönlerine odaklamak, ilaçların semptom yönetimindeki yararları konusunda olumlu algı yaratmak, ilaç yan etkilerini de içine alan ilaç eğitimlerini sağlamak, hastanın düzenli ilaç kullanımını sağlamak ilaç uyumunu kolaylaştıran ve yan etki yönetiminde önemli faktörler olarak görülmektedir (Uslu & Buldukoğlu, 2018; DiBonaventura ve ark., 2012).

2.9. Ölçek Uyarlama Çalışmalarında Geçerlik ve Güvenirlik

Doğrudan ölçülmesi mümkün olmayan tutum, davranış gibi özellikleri belli teorik temeller doğrultusunda ölçmeyi sağlayan araçlar ölçek olarak tanımlanmaktadır (Atılgan, Kan ve Aydın, 2017; Büyüköztürk, 2023). Ölçek uyarlama çalışmaları sırasında, ölçeğin farklı kültüründen uyarlanmak istenen kültüre, dil, anlam ve ölçmesi beklenen psikometrik özelliklere ne derece uyumlu olduğu değerlendirilmektedir. Ölçek uyarlama çalışmalarında ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmesi gereken önemli bir parametre olarak açıklanmaktadır (Thorndike ve Christ, 2017). Ölçeklerin geçerlik-güvenilirliği test edilirken çeşitli uygulamalar ve analizlere başvurulmaktadır. Bu analiz ve uygulamaların gereken şekilde yapılmaması

durumunda ölçek kullanımı esnasında önemli hatalar ortaya çıkabilmektedir. Bu sebepledir ki geçerlik ve güvenirlik bir ölçüm aracında bulunması istenen ve gerekli en elzem psikometrik özellikler olarak görülmektedir ve raporlama esnasında her iki özelliğin bir arada verilmiş olması gerekmektedir (Atılgan, Kan ve Aydın, 2017).

2.9.1.Geçerlik

Geçerlik; bir ölçüm aracının ölçmek istediği özellik veya değişkeni başka bir özellik ile karıştırmadan doğru biçimde ölçebilme derecesi şeklinde tanımlanmaktadır (Atılgan, Kan ve Aydın, 2017; Alpar, 2022). Ölçek uyarlama çalışmalarında geçerliğin belirlenmesi amacıyla farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bunlar; dil geçerliği, kapsam geçerliği, görünüş geçerliği, ölçüt geçerliği ve yapı geçerliği şeklinde açıklanmaktadır (Alpar, 2022; Kartal ve Bardakçı, 2018; Tavşancıl, 2006).

2.9.2. Güvenirlik

Bir ölçme aracında bulunması gereken en önemli niteliklerden biri olarak açıklanmaktadır. Güvenirliği düşük bir ölçeğin geçerliğinin yüksek olması mümkün olmamaktadır (Atılgan, Kan ve Aydın, 2017; Karakoç ve Dönmez, 2014; Büyüköztürk, 2023). Güvenirliğe dair çeşitli tanımlar yer almaktadır. Tanımlarda ortak paydada buluşan ve güvenirliğin göstergesi olarak kabul gören üç kavram yer almaktadır. Güvenirlik, bir ölçüm süresinde, yapılan ölçüm işleminin tekrarlanması suretiyle benzer sonuçların ortaya çıkması veya tekrarlar arasındaki tutarlılık olarak açıklanmaktadır (Alpar, 2022). Güvenirlik, bir ölçme aracının aynı şartlara tabi tutulduğu farklı zamanlarda ölçümler arasında aynı veya benzer sonuçlar vermesinde zamana karşı kararlılığıdır (Kartal ve Bardakçı, 2018). Güvenirlik, bir ölçüm aracının ölçmesi hedeflenen yapıyı ölçme hassasiyetindeki duyarlılıktır (Tavşancıl, 2006). Güvenirliğin değerlendirilmesi sırasında ölçümde hataları engellemek amacıyla değişkenler arasındaki korelasyon yani ilişki derecesi, korelasyon katsayısı ile hesaplanmaktadır. Güvenirliğin yüksek olarak adlandırılabilmesi için sonucun 1'e yakın bir sonuç olması gerekmektedir. Ölçek güvenirliği değerlendirilirken; paralel test yöntemi, test tekrar test, iç tutarlılık katsayısı ve eş değer yarılar yöntemleri kullanılabilmektedir (Alpar, 2022; Kartal ve Bardakçı, 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, psikotrop ilaç kullanan psikiyatri hastalarındaki cinsel işlev bozukluğu düzeyini ölçmek amacı ile Montejo ve ark. (2000) tarafından geliştirilen Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire. (PRSexDQ-SALSEX) ölçeğinin Türkçe versiyonunun, geçerlik ve güvenirlik çalışması olacak şekilde metodolojik desende planlanmıştır. Araştırma sonunda aşağıda verilen soruların cevaplanması planlanmıştır.

Araştırma soruları;

1) Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire. (PRSexDQ-SALSEX) ölçeğinin Türkçe formu geçerli midir?
2) Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire. (PRSexDQ-SALSEX) ölçeğinin Türkçe formu güvenilir midir?
3) Türkiye'de psikotrop ilaç (antipsikotik) kullanan hastaların cinsel işlev bozukluğu düzeyleri nasıldır?
4) Hastalar arasındaki cinsel işlev bozukluğu düzeyleri sosyo-demografik bilgilere göre farklılık göstermekte midir?

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Etlik Şehir Hastanesi psikiyatri kliniğinde ayaktan ve yatarak tedavi gören psikiyatrik tanılı ve mevcut tedavisinde en az bir antipsikotik kullanımı olan hastaların katkı ve katılımlarıyla, 16 Mart 2023 – 30 Ocak 2024 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Etlik Şehir Hastanesi psikiyatri kliniğinde tedavi gören, 18 yaşından büyük, en az bir antipsikotik ilaç kullanan ve çalışmaya gönüllük esasıyla katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem büyüklüğü, "Örnek sayısı= (Madde Sayısı) x (Gözlem/kişi sayısı)" formülü ile hesaplanmıştır. Bu formül, ölçek geçerlik-güvenirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğü hesaplanırken sıklıkla tercih edilen bir yöntemdir (Alpar, 2022). Literatüre göre, formülde belirtilen "gözlem/kişi sayısı" geçerlik ve güvenirliği araştırılan ölçekte bulunan her madde için 5-40 kişi olarak önerilmektedir (Alpar, 2022; Kartal ve Bardakçı, 2018). Bir ölçeğin geçerlilik çalışmaları çerçevesinde faktör analizi gibi çok değişkenli analizlerin uygulanabilmesi için gerekli örneklem büyüklüğüne dair çeşitli ölçütler ve görüşler bulunmaktadır. Preacher ve MacCallum (2002) örneklem büyüklüğünün en az 100 ile 250 arasında olması gerektiğini belirtirken (Preacher ve MacCallum 2002); Tavşancıl (2002) ölçekteki madde sayısının en az beş katı, hatta on katı olması gerektiğini bildirmektedir. Benzer şekilde, Akgül (1997) ve Tavşancıl (2005) ölçek çalışmalarında faktör analizinin yapılabilmesi için örneklem büyüklüğünün ölçek madde sayısının 5-10 katından az olmamasını önermektedir (Akgül, 1997; Tavşancıl, 2005). Bu çalışmada, veri toplama aşamasına geçilmeden önce evrenin özelliği ve ulaşılabilirliği göz önüne alınarak ve literatürdeki görüşler-önerilerden yola çıkarak, geçerlik ve güvenirlik testi yapılacak ölçekteki her bir madde için en az 40 hasta olmak üzere örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır ve formül doğrultusunda 200 antipsikotik kullanan psikiyatrik tanılı hastaya ulaşılması gerektiği belirlenmiştir (5 Madde x 40 = 200). Buna göre örneklem büyüklüğü ölçekteki madde sayısının 5-10 katından fazladır (Tavşancıl, 2002). Diğer yandan örneklem büyüklüğü 100 ile 250 arasında bir değer olarak belirlenmiştir. Örnekleme alınan psikiyatri hastalarına Etlik Şehir Hastanesi psikiyatri kliniğinde uzman görüşü sunan Doçent Doktor ünvanına sahip bir psikiyatri hekimi tarafından işlemlerin desteklenmesi ve aracılığıyla ulaşılmıştır. Uzmanın ismi teşekkür bölümünde açıkça belirtilmiştir.

Çalışmaya dahil etme ve dışlama kriterleri aşağıda yer almaktadır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

-Çalışmaya gönüllü katılım sağlıyor olmak,
-18 yaşından büyük ve 65 yaşından küçük olmak,
-Psikiyatri kliniğinde ayaktan veya yataklı şekilde tedavi alıyor olmak,
-Psikiyatrik tanısı olmak,
-En az bir tane antipsikotik ilaç kullanıyor olmak.

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

-18 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük olmak,
-Bir psikiyatrik tanı veya ilaca bağlı olmaksızın cinsel işlev bozukluğu yaşıyor olmak.

3.4.Veri Toplama Araçları

Veri toplama sürecinde, Aydınlatılmış Onam Formu (Ek-5), Sosyodemografik Veri Toplama Formu (Ek-1) ve Psikotrop İlişkili Seksüel Disfonksiyon Ölçeği (Psychotropic-related Sexual Dysfunction (PRSexDQ-SALSEX)) (Ek-2) kullanılmıştır.

Sosyodemografik Veri Toplama Formu (EK-1)

Hastaların sosyodemografik özelliklerini ve psikiyatrik ilaç kullanımına yönelik değişkenleri içermektedir. Bu form, araştırmacılar tarafından konu kapsamına yönelik gerekli bilgileri içerecek şekilde geliştirilmiştir. Hastaların, sosyodemografik özelliklerini, aktif cinsel hayat mevcudiyetlerini, psikiyatrik tanılarını, kullandıkları antipsikotik ilaç/ilaçları, ne kadar zamandır tedavi gördüklerini ve tedavinin oluşturduğu cinsel yan etkiyi sorgulayan on iki sorudan oluşmaktadır.

Psikotrop İlişkili Seksüel Disfonksiyon Ölçeği (Psychotropic-related Sexual Dysfunction (PRSexDQ-SALSEX)) (EK-2)

Montejo ve ark. tarafından 2000 yılında, psikiyatrik tedavi alan hastaların yaşadığı cinsel işlev bozukluğu düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek tek boyuttan ve 7 maddeden oluşmaktadır. Cronbach alfa (α) değeri 0,753 olarak hesaplanmıştır. İlk madde, hastanın herhangi bir cinsel işlev bozukluğu olup

olmadığını değerlendirmek için bir tarama maddesidir. İkinci madde, hastanın sağlık profesyoneline herhangi bir yan etkiyi kendiliğinden bildirip bildirmediğini değerlendirir. Sonraki maddeler (madde 3-7) yan etkinin beş boyutunu şiddete veya sıklığa göre değerlendirmektedir: libido kaybı (0 =hiç, 1 = hafif, 2 = orta, 3= şiddetli), gecikmiş orgazm veya boşalma (0 = hiç, 1 = hafif, 2 = orta, 3 = şiddetli), orgazm veya boşalma eksikliği (0 = asla, 1 = ara sıra, 2 = sıklıkla, 3 = her zaman), erkeklerde erektil disfonksiyon/kadınlarda vajinal kayganlaştırma disfonksiyonu (0 = asla, 1 = ara sıra, 2 = sıklıkla, 3 = her zaman) ve hastanın yan etkiye toleransı (0 = cinsel işlev bozukluğu yok, 1 = iyi, 2 = orta, 3 = zayıf). Sadece 3 ila 7 arasındaki maddeler PRSexDQ-SALSEX'in toplam puanını oluşturur (toplam puan 0 ile 15 arasında değişir). Toplam puan; 0-5 aralığında hafif, 6-10 aralığında orta ve 11-15 aralığında ciddi cinsel işlev bozukluğu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kesim noktası bulunmamakta ve ölçekten alınan puan arttıkça cinsel işlev bozukluğunun da arttığı şeklinde yorumlanmaktadır.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

3.5.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın pilot çalışması yani ön uygulaması, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 15 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamada, formların görünüş geçerliği ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek hedeflenmiştir. Ön uygulamaya katılan hastalar araştırma örneklemi içerisine dahil edilmemiştir.

3.5.2. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri, hastalar ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Psikiyatri kliniğinde yataklı ve ayaktan tedavi biriminde tedavi görmekte olan hastalar ile görüşülmüştür. Veri toplama aşamasında kullanılan formların doldurulması yaklaşık olarak on dakika kadar sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (03-94) alınmıştır (EK-3). Çalışmanın yapılacağı Etlik Şehir

Hastanesi'nden izin yazıları alınmıştır (EK-4). Araştırmaya katılan katılımcılardan yüz yüze görüşme öncesi yazılı ve imzalı aydınlatılmış onam alınmıştır (EK-5).

3.7. Psikotrop İlişkili Seksüel Disfonksiyon Ölçeği (Psychotropic-related Sexual Dysfunction (PRSexDQ-SALSEX))'nin Uyarlama Aşamaları

PRSexDQ-SALSEX Kullanım İzninin Alınması

Araştırma konusunun belirlenmesi aşamasından sonra, PRSexDQ-SALSEX ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılabilmesi için, ölçeğin geliştirilmesinde sorumlu araştırmacı olan Professor Ángel Luıs Montejo González ile e posta yöntemiyle iletişime geçilmiştir. Prof. Montejo, ölçeğin bu araştırma bağlamında Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılabilmesi için e posta yoluyla gerekli izni vermiştir (EK-6). Araştırmanın dil geçerliği aşamasında faktörlerin adlandırılmasında ve analiz sonuçlarının yorumlanmasında Prof. Montejo ile iletişim halinde kalınmış ve görüşlerine başvurulmuştur.

3.7.1. PİSexDÖ'nün Geçerlik Aşamaları

PİSexDÖ'nün Geçerlik Aşamaları

Bu aşamada; PİSexDÖ'nün geçerliğinin değerlendirilmesi için dil geçerliği, kapsam geçerliği, görünüş geçerliği ve yapı geçerliği analizleri uygulanmıştır.

PİSexDÖ'nün Dil Geçerliği

PRSexDQ-SALSEX'in Türkçe formunun oluşturulması ve dil geçerliğini değerlendirmek için geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında sık sık başvurulan yöntem olan çeviri-geri çeviri tekniğine başvurulmuştur. Dil geçerliği ve kapsam geçerliği süresince yapılan tüm süreçler Tablo 3.1'de aşamalı şekilde gösterilmiştir.

Tablo 3.1. *PİSexDÖ'nün Dil ve Kapsam Geçerliği Uygulama Aşamaları*

Uygulama Aşamaları	Uygulamanın Amacı	Uygulama
• Hazırlık Aşaması	PRSexDQ-SALSEX'in Türkçe versiyonunun geçerlik güvenirlik çalışmasının yapabilmek için gerekli iznin alınması.	Sorumlu araştırmacı olan Professor Ángel Luıs Montejo González ile mail aracılığıyla iletişime geçilerek gerekli izin alındı.
• Ölçeğin orijinal dili olan İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi aşaması	Anlam ve yapının korunması.	Ana dili Türkçe ve İngilizce diline de hakim olan iki akademisyen ve sorumlu araştırmacı tarafından çeviri gerçekleştirildi.
• Türkçe çevirilerde karar kılınması	İlerleyen aşamalarda ölçeğin kullanılabilmesi için uygun olan çevirilere karar vermek.	Sorumlu araştırmacı ve danışmanı ile çeviriler tek bir form olarak oluşturuldu.
• Çevirilerin Türkçe'ye uygunluğunun değerlendirilmesi	Türkçe dil bilgisi ve anlam kapsamında inceleme yapmak.	Bir Türkçe dil bilim uzmanı tarafınca değerlendirilerek uygun görüldü.
• Ölçeğin Türkçe'den İngilizce'ye çevirisi aşaması	Anlam ve yapının korunduğuna emin olmak.	Ana dili Türkçe ve İngilizce diline hakim iki farklı akademisyen tarafından çeviri işlemi yapıldı.
• İngilizce çevirilerde karar kılınması	İleri aşamalarda ölçeğin kullanılabilmesi için uygun olan çevirilere karar vermek.	Sorumlu araştırmacı ve danışmanı ile çeviriler tek bir form olarak oluşturuldu.
• Çevirilerin İngilizce'ye uygunluğunun değerlendirilmesi	İngiliz dil bilgisi ve anlam açısından incelemek.	Bir ingilizce dil bilim uzmanı tarafınca değerlendirildi ve uygun görüldü.

Tablo 3.1 (devam) *PİSexDÖ'nün Dil ve Kapsam Geçerliği Uygulama Aşamaları*

• Çevirinin orjinal yapıya göre değerlendirilmesi	Orijinal ölçek ile çeviri yapılan form arasındaki anlam ve yapıyı korumak.	Sorumlu araştırmacı Prof. Montejo tarafınca değerlendirildi ve uygun bulundu.
• Kapsam Geçerliği Aşaması	Ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği ne derece temsil ettiğini belirlemek.	İki kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği akademisyeni, bir psikiyatri hemşireliği akademisyeni, cinsel olgular üzerinde çalışmaları olan bir psikolog ve ölçme değerlendirme çalışmaları olan iki eğitim bilimleri akademisyeninden oluşan, altı uzman görüşü alındı.
• Ölçeğin son halinin değerlendirilmesi	Dil ve kapsam geçerliği tamamlanan ölçeğin uygulanabilmesi için hazırlamak.	Sorumlu araştırmacı ve danışmanı ile incelendi ve görünüş geçerliğinden önce son hali verildi.
• Görünüş geçerliği aşaması	Güvenirlik aşamasından önce ölçek maddelerinde yaşanabilecek anlam ve yapı problemlerini tespit etmek	Örnekleme dahil edilmeyen 15 hastaya veri formu uygulandı.

PİSexDÖ'nün Yapı Geçerliği

PİSexDÖ'nün yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde DFA ve AFA'ya başvurulmuştur. Faktör analizlerini yapmadan önce, Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlett küresellik testi uygulanmıştır. Böylelikle, verilerin örneklem büyüklüğünün analize uygunluğu ve yeterliliği değerlendirilmiştir. Örneklem büyüklüğünün yeterliliği, KMO değerinin 0,60 üstünde olması, ölçeğin faktörlenebilirliğiyse Bartlett's küresellik testi p değerinin 0,05'en küçük olması ile açıklanmıştır. Araştırmada yapı geçerliğinin incelenmesinde, doğrulayıcı faktör analizi için

ağırlıklandırılmamış en küçük kareler tahmin yöntemi ve AFA için Temel Bileşenler Analizi kullanılmıştır. Ölçeğin orijinal yapısıyla örneklemden elde edilen veriler doğrulayıcı faktör analizi yardımıyla analiz edilmiştir. DFA değerlendirilmesinde "χ^2/SD", "GFI", "IFI", "CFI", "RMSEA", "NFI", "SRMR" ve "TLI" uyum indekslerinin iyi uyum ve kabul edilebilir değerleri göz önünde bulundurularak yapı geçerliği hakkında karara varılmıştır. Faktör yapısının ülkemize uygunluğunun değerlendirilmesi için açımlayıcı faktör analizine başvurulmuştur. Açımlayıcı faktör analizinde temel hedef birden fazla faktörü ortaya çıkartmak olduğundan, faktör yüklerinin doğru dağılımını belirleyebilmek için eğik döndürme yöntemlerinden olan varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. AFA sonucunda, ölçeğin faktör yapısı değerlendirilirken, her bir faktör grubunda bulunan maddelerin en az "0,30" faktör yüküne sahip olması gerekliliği göz önünde bulundurulmuştur.

3.7.2. PİSexDÖ'nün Güvenirlik Aşamaları

Bu araştırmada, PİSexDÖ'nün güvenirliğinin değerlendirilmesi için iç tutarlılık güvenirliği ile madde analizlerine başvurulmuştur.

İç tutarlık güvenirliği

PİSexDÖ ve alt boyutları için Cronbach alfa (α) katsayıları hesaplanması ve Cronbach alfa (α) katsayısının 0,60 ve üzerinde bir değer olması iç tutarlığın sağlanmasında esas alınmıştır.

Madde analizi

Bu araştırma için madde analizi kapsamında korelasyona dayalı madde analizi yani madde/bütün koralasyon katsayıları ve madde ayırt edicilik gücü indeksinden yararlanılmıştır. Ölçekteki her maddenin ölçülmesi beklenen kavramı ölçme gücünü ortaya koymak ve ölçeği daha güvenilir bir duruma getimek için, PİSexDÖ'nün madde toplam korelasyon katsayısı ve madde silindiğinde oluşan Cronbach α katsayısı değerleri incelenmiştir. Madde toplam korelasyon katsayısının negatif bir değer olması veya +0,25 değerinden küçük olması dolayısıyla söz konusu maddenin ölçekten çıkartılması suretinde ölçek Cronbach Alfa (α) katsayısının artması belirleyicileri

kapsamında ölçeğin madde analizleri yapılmıştır (Tavşancıl, 2006; Çetin, 2017). Ölçekte bulunan her maddenin ayrı ayrı madde ayırt ediciliklerinin belirlenmesinde alt ve üst %27'lik grupların madde ortalamaları karşılaştırılmış ve alt-üst %27'lik gruplar arasındaki fark incelenirken bağımsız gruplarda iki ortalama arası farkın önemlilik testinden yararlanılmıştır. Değerlendirme p değerinin 0,05'en küçük olması üzerinden yapılmıştır (Kartal ve Bardakçı, 2018).

3.8. Verilerin Analizi

Araştırma verileri bilgisayar üzerinden IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 ve faktör analizi için AMOS istatistik programları kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada hastaların tanımlayıcı özellikleri belirlenirken frekans ve yüzde analizlerinden yararlanılmıştır. Ölçeğin incelemelerinde ise ortalama ve standart sapma istatistiklerine başvurulmuştur. Araştırmada ölçek maddeleri ve toplam puanın normal dağılıp dağılmadığının tespiti için Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerlerine başvurulmuştur. Veri analizinde ise parametrik yöntemlerden faydalanılmıştır. Tanımlayıcı özellikler üzerinden ölçek düzeyinde farklılaşma olup olmadığını incelemek amacıyla bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerine başvurulmuştur. Ölçek güvenirliği Cronbach alpha ve McDonald's Omega analizi ile yapılmış; madde analizi ile birlikte iç tutarlılık test edilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliği doğrulayıcı faktör analizi ve açımlayıcı faktör analizi yöntemleri kullanılarak test edilmiştir. Ölçek ayırt ediciliği, alt ve üst %27'lik gruplar arasında bağımsız gruplar t-testi kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel kararlarda $p<0,05$ seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi şeklinde kabul edilmiştir. PİSexDÖ'nün geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesinde kullanılan analizler, araştırmanın uygulanması bölümünde ilgili başlıklarda açıklanmıştır.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri

Dış geçerlik çalışmasının yapılmamış olması: Ölçek geçerlik güvenirlik çalışmalarında, dış geçerliğin değerlendirilmesinde aynı özelliği ölçen ölçeklerin kullanılması tavsiye edilmektedir. Fakat, literatür incelendiğinde Türkiye'de psikiyatri hastalarının antipsikotik kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğu düzeylerini ölçme

amacıyla kullanılabilecek ölçüm araçlarına rastlanmamış ve başka bir özellik bulunduran ölçeklerle yapıldığında dış geçerlikte olumsuzluk yaratacağı düşünüldüğünden çalışmada dış geçerlik incelenmemiştir.

Yapılan tez çalışmasında, hastaların %50'den fazlasının bekar ve örneklemin %55'inin kadın olduğu görülmektedir. Ülkemizde bekar kadın ve cinsellik olgusuna bakışın ölçek maddelerinin cevaplandırılmasında bir kısıtlılık olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın güçlü yönleri: Literatürde örneklem büyüklüğü hesaplanmasında farklı yöntemler tercih edilebilmektedir. Bu tez çalışmasında, faktör analizi gibi çok değişkenli analizlerin yapılabilmesi için gerekli olan ve gereç ve yöntem kısmında açıkça belirtilen örneklem sınır değerleri incelenerek en üst sınırlar baz alınarak belirlenmiş olup örneklem 200 hastadan oluşmaktadır. Bu da tanımlayıcı özellikler ile hastaların aldıkları ölçek puanlarının karşılaştırılmasında güçlü bir yön olarak düşünülmektedir.

4. BULGULAR

Çalışma bulguları üç başlık altında sunulmuştur. İlk bölümde katılımcılara özgü değişkenler yer almıştır. İkinci bölümde Psikotrop İlişkili Seksüel Disfonksiyon Ölçeği (PİSexDÖ)'nin geçerlik ve güvenirlik analizleri yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise PİSexDÖ'nin ölçek puanlarının hastalara ait özelliklere göre dağılımı istatistiksel açıdan incelenmiştir.

4.1.Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Bu kısımda, hastaların sosyodemografik bilgilerine (cinsiyet, yaş, yaşanılan il, medeni durum, psikiyatrik tanı, kullanılan antipsikotik türü ve ilaç kullanım süresi) dair bulgular incelenmiştir. Araştırmaya katılım gösteren hastaların sosyodemografik özelliklerine yönelik bulgular, Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. *Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n=200)*

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	110	55,0
Erkek	90	45,0
Yaş (Ort= 38,88 ;SS= 12,441 ;Min=18 ;Max=64)		
30 ve Altı	62	31,0
31-40	52	26,0
41-50	40	20,0
51 Ve Üzeri	46	23,0
Yaşadığı İl		
Ankara	181	90,5
Diğer İller	19	9,5
Medeni Durumu		
Evli	71	35,5
Bekar	105	52,5
Boşanmış	24	12,0
Psikiyatrik Tanısı		
Şizofreni	29	14,5
Bipolar Affektif Bozukluk	56	28,0
Majör Depresyon	14	7,0
Psikoz ve Diğer Psikotik Bozukluklar	42	21,0
Tanımlanmamış	59	29,5
Kullandığı Antipsikotik Türü		
Birinci Kuşak Antipsikotik kullanmaktadır	7	3,5
İkinci Kuşak Antipsikotik kullanmaktadır	179	89,5
Her İki Kuşak Antipsikotik Türünü kullanmaktadır	14	7,0
İlaç Kullanım Süresi (Ay)		
1-3 Ay	48	24,0
3-6 Ay	15	7,5
6-9 Ay	26	13,0
12 Ay ve Daha Fazla	111	55,5

Tablo 4.1'de hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları sunulmaktadır. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, hastaların %55'ini kadınlar, %45'ini ise erkekler oluşturmaktadır. Yaş grupları incelendiğinde, hastaların %31'inin 30 yaş ve altında, %26'sının 31-40 yaş arasında, %20'sinin 41-50 yaş arasında ve %23'ünün ise 51 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Hastaların yaşları 18 ile 64 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 38,88 olarak hesaplanmıştır.

Standart sapma değeri 12,441'dir. Bu dağılım, örneklemde genç ve orta yaş grubunun ağırlıklı olduğunu göstermektedir.

Yaşanılan il bakımından, katılımcıların büyük çoğunluğu (%90,5) Ankara'da ikamet etmekte olup, diğer illerde yaşayanlar %9,5 oranında kalmaktadır. Medeni durum incelendiğinde, katılımcıların %52,5'i bekar, %35,5'i evli ve %12'si boşanmış bireylerden oluşmaktadır.

Psikiyatrik tanı açısından, katılımcıların %28'i bipolar bozukluk, %21'i psikoz, %14,5'i şizofreni, %7'si depresyon tanısı almış olup, %29,5'i diğer tanılar grubuna dahildir. Bu sonuçlar, en yaygın tanının bipolar bozukluk olduğunu göstermektedir. Antipsikotik türüne göre, katılımcıların büyük bir kısmı (%89,5) ikinci kuşak antipsikotik kullanmakta, %3,5'i birinci kuşak ve %7'si her iki türü birden kullanmaktadır. Bu, günümüzde ikinci kuşak antipsikotiklerin daha yaygın olarak tercih edildiğine işaret etmektedir.

İlaç kullanım süresi dağılımında ise katılımcıların %55,5'i ilaç kullanım süresinin bir yıl veya daha fazla olduğunu belirtmiştir. %24'ü 1-3 ay, %7,5'i 3-6 ay, %13'ü ise 6-9 ay aralığında ilaç kullandığını ifade etmiştir. Bu veriler, çoğu katılımcının uzun süreli ilaç kullanımında olduğunu göstermekte olup, uzun süreli tedavi sürecinin yaygın bir özellik olduğunu ortaya koymaktadır.

4.2.PİSexDÖ'nin Geçerlik Bulgularının İncelenmesi

PİSexDÖ'nin Türk dili ve kültürüne uyarlanması çalışmasında geçerlik değerlendirilmesinde; dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği analizleri uygulanmış ve bulgularına yer verilmiştir.

4.2.1. PİSexDÖ'nin Dil Geçerliği

PİSexDÖ'nin dil geçerliğinin incelenmesine, çeviri – geri çeviri yönteminden yararlanılmıştır. Çeviride öncelikle PİSexDÖ'nin orijinal dili olan İngilizden Türkçeye madde madde çevirileri yapılmıştır ardından Türkçe çeviri aşaması için ana dili Türkçe ve İngilizce diline hakim olan iki akademisyen ve sorumlu araştırmacı tarafından çeviri yapılmıştır. Çeviri yapan kişiler, çevirilerini birbirinden bağımsız olarak gerçekleştirmiştir. Elde edilen üç çeviride, sorumlu araştırmacı ve danışmanı ile

incelenerek, her maddenin uygun Türkçe çevirisinde karar kılınmıştır. Türkçe çevirisi tamamlanan ölçeğin, Türk dil bilgisi ve anlam yönünden incelenmesi için bir Türkçe dil bilim uzmanına danışılmıştır. Uzmanın önerileri kapsamında, PİSexDÖ'nin son Türkçe çevirileri oluşmuştur. Türkçe çevirisi yapılan PİSexDÖ'nin, İngilizceye geri çeviri işlemini İngilizceye hakim olan iki farklı akademisyen yapmıştır. Çeviri yapan kişiler ölçeğin orijinal yapısını görmemiş ve birbirlerinden bağımsız şekilde çevirileri gerçekleştirmişlerdir. Sonuçta ulaşılan çeviriler, sorumlu araştırmacı ve danışmanı ile incelendikten sonra maddelere en uygun ingilizce çevirilerde karar kılınmıştır. Böylelikle ingilizce çevirisi de tamamlanan ölçek, İngilizce dil bilim uzmanına gönderilmiştir. Böylelikle ölçeğin İngiliz dil bilgisi ve anlam açısından değerlendirilmesi sağlanmıştır. Uzman önerileri doğrultusunda ölçeğin son İngilizce hali oluşturulmuştur.

Böylelikle çeviri ve geri çeviri aşamaları tamamlanan PİSexDÖ, uygunluğunun değerlendirilmesi için ölçeği geliştiren akademisyene e-posta yoluyla iletilmiştir. Akademisyen ölçeğin orijinal yapısı ve çeviri yapılan formu arasında değerlendirmelerini gerçekleştirmiştir. Değerlendirme sonucunda, ölçeğin öncül sorularından olan A maddesine, 1, 2, 3, 4 ve 5.maddelere kelime anlam farklılıkları ve madde anlam yapısına ilişkin görüş ve önerilerde bulunmuştur. Akademisyenden gelen öneriler, sorumlu araştırmacı ve danışmanı ile incelenerek ölçeğin öncül sorusu olan A maddesine boşalma ve orgazmın yanına "kadınlarda vajinal ıslaklık" açıklaması eklenmiştir. Madde 1'in 1.seçeneğine "cinsel ilgide azalma" eklenmiştir. Madde 2'ye "orgazm olmada gecikme" eklenmiştir. Madde 3 ve 4'ün seçeneklerinde tedavi periyodu ibaresi kaldırılarak "cinsel aktivite" olarak düzenlenmiştir. Madde 5'in seçeneklerinde yalnızca partner ile olan ilişki değil "kişinin kendi cinsel hayatına" yönelik zorluklara da yer verilmiştir. Böylece, PİSexDÖ dil geçerliği aşaması tamamlanmış ve son halini almıştır.

4.2.2. PİSexDÖ Kapsam Geçerliği

Dil geçerliği tamamlanan PİSexDÖ'nün kapsam geçerliğinin değerlendirilmesinde, kapsam geçerlik indeksi (KGİ) kullanılmıştır. Kapsam geçerliği aşamasında, iki kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği akademisyeni, bir psikolog, bir psikiyatri hemşireliği akademisyeni, bir eğitim bilimleri ve ölçme değerlendirme

çalışmaları olan akademisyen, iki yabancı diller akademisyeninden oluşan, yedi uzmanın görüşünden faydalanılmıştır. Davis tekniğinin puanlama ölçütü kapsamında, uzmanlardan maddeleri 1-4 arasında, 1 puan "madde uygun değil", 2 puan "maddenin uygun şekle getirilmesi gerekiyor.", 3 puan "uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor", 4 puan "madde uygun" şeklinde puanlamaları istenmiştir. Uzmanlar PİSexDÖ'nin kültürel uygunluğu ve anlaşılırlığını değerlendirerek görüş bildirmişlerdir.

PİSexDÖ'nün maddelerine ilişkin kapsam geçerlik oranları (KGO) ve kapsam geçerlik indeks (KGİ) değerleri, Tablo 4.2'de sunulmuştur. Uzman görüşleri doğrultusunda sorumlu araştırmacı ve danışmanı tarafınca, madde 1, 2, 3, 4, 5, 6 ve 7 için önerilmiş olan ufak değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Ölçek son olarak sorumlu araştırmacı ve danışmanı ile incelenmiştir. Tüm bu aşamalar sonucunda PİSexDÖ son şeklini almıştır.

Davis tekniğiyle kapsam geçerliği değerlendirilen PİSexDÖ'nün maddelerinin kapsam geçerlik oranları (KGO) 1.00 olarak bulunmuştur. KGİ değeri ise 1.00 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar bağlamında, kapsam geçerliği incelenen PİSexDÖ'nün geçerli bir ölçme aracı olduğu belirlenmiş ve madde çıkarımına gidilmemiştir (Alpar, 2022).

Tablo 4.2. *PİSexDÖ'nün KGO ve KGİ değerleri*

MADDE/UYGUNLUK	1 ***"madde uygun değil"***	2 ***"maddenin uygun şekle getirilmesi gerekiyor"***	3 ***"uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor"***	4 ***"madde uygun"***	**KGO SKORU**
Madde 1	-	-	2	5	1
Madde 2	-	-	2	5	1
Madde 3	-	-	4	3	1
Madde 4	-	-	3	4	1
Madde 5	-	-	3	4	1
Madde 6	-	-	4	3	1
Madde 7	-	-	7	-	1
Kapsam Geçerlik İndeksi : 1					

4.2.3. PİSexDÖ Görünüş Geçerliği

PİSexDÖ'nün araştırmanın ana örneklemine uygulanmasından önce, ölçek maddelerinde meydana gelebilecek anlam ve yapı problemlerini tespit edebilmek için örnekleme dahil edilmeyen 15 hastaya veri toplama araçları uygulanmıştır (Büyüköztürk, 2023). Uygulama sonucunda hastalar ölçeğe, anlam ve yapı açısından, ölçeğin dışsal görünümü ve ölçek açıklama metnine dair öneride bulunmamışlardır. Dolayısıyla ölçekte değişiklik yapılmamıştır.

4.2.4. PİSexDÖ Yapı Geçerliği

Dil geçerliği ve kapsam geçerliğine yönelik incelemeleri yapılmış olan PİSexDÖ'nün yapısının Türk dili ve kültürüne uygun olup olmadığını değerlendirebilmek için, doğrulayıcı faktör analizleri (DFA) ve açıklayıcı faktör analizleri (AFA)'ne başvurulmuştur (Thorndike, 2017). Faktör analiz aşamasının öncesinde araştırma örnekleminin faktör analizine uygun olup olmadığını tespit etmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's küresellik testlerine başvurulmuştur (Tablo 4.3).

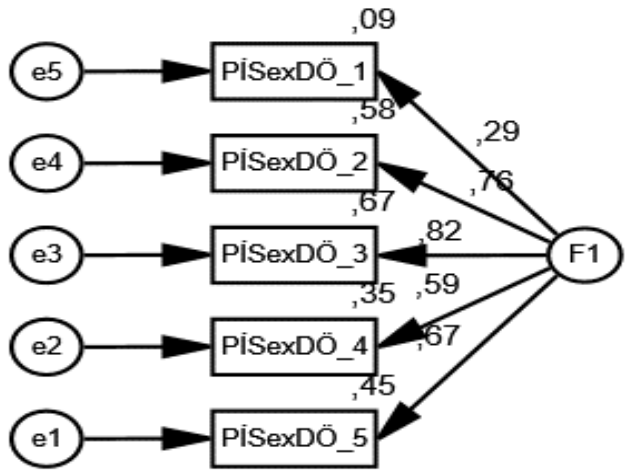
Tablo 4.3. *PİSexDÖ'nin KMO ve Bartlett's küresellik test sonuçları*

Kaiser Meyer Olkin (KMO)	0,778
Bartlett's Küresellik Testi	$\chi^2 = 270{,}673$, $p < 0{,}01$

Analiz için yapılan ön testlerde, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,778 bulunmuştur. Bu değer, veri setinin faktör analizi için uygun ve örneklem büyüklüğünün yeterli düzeyde olduğunu gösteren bir parametredir. İlaveten, Bartlett küresellik testi sonucu anlamlı çıkmış ($\chi^2 = 270{,}673$, $p < 0{,}01$) ve değişkenler arasında yeterli korelasyon yapısının olduğunu doğrulamıştır. Bu sonuçlar, faktör analizi yapabilmek için uygun koşulların sağlandığını göstermektedir (Kartal ve Bardakçı, 2018).

PİSexDÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Ölçek uyarlama çalışmalarında, geçerliğin test edilmesinde ölçeğin orijinal faktör yapısına uyulduğunu belirlemek amacıyla doğrulayıcı faktör analizleri (DFA) uygulanmaktadır (Alpar, 2022). PRSexDQ-SALSEX; iki öncül soru, beş madde ve tek boyuttan oluşmaktadır (Montejo ve Rico-Villademoros, 2008). Şekil 4.1'de doğrulayıcı faktör analizine ilişkin diyagram yer almaktadır.



Şekil 4.1 *Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Diyagram*

Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin uyum iyiliği değerleri aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 4.4. *PİSexDÖ'nün Doğrulayıcı Faktör Analizi İndeks Değerleri*

Uyum İndeksleri	Uyum Değerleri	Sınır Değerler
$\chi 2$	9,644	
df	5	
$\chi 2$/df (CMIN/DF)	1,929	$0 \leq \chi 2/df \leq 5$
CFI	0,982	$0,80 \leq CFI \leq 1,00$
GFI	0,981	$0,80 \leq GFI \leq 0,95$
NFI	0,965	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$
IFI	0,983	$0,80 \leq IFI \leq 1,00$
TLI	0,965	$0,80 \leq TLI \leq 1,00$
RMSEA	0,068	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$
SRMR	0,022	$0,05 \leq SRMR \leq 0,08$

Tablo 4.4'te sunulan doğrulayıcı faktör analizi (DFA) sonuçlarına göre, modelin veri ile oldukça iyi bir uyum gösterdiği anlaşılmaktadır. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine bölünmesiyle elde edilen χ^2/df (CMIN/DF) değeri 1,929 olup, 0 ile 5 arasında kabul edilen sınır değerleri içinde kalmaktadır. Bu sonuç, modelin veri seti ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) ve Artırılmış Uyum İndeksi (IFI) sırasıyla 0,982 ve 0,983 olarak hesaplanmıştır. Her iki indeks de 0,80 ile 1,00 arasında olup modelin güçlü bir uyum sergilediğini göstermektedir. Benzer şekilde, Genel Uyum İndeksi (GFI) ve Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) değerleri sırasıyla 0,981 ve 0,965 olarak bulunmuş ve belirlenen sınır değerler arasında yer almaktadır. Bu yüksek değerler, modelin veri ile uyumlu olduğunu doğrulamaktadır.

Tucker-Lewis İndeksi (TLI) ise 0,965 değeri ile kabul edilebilir sınırlar içerisinde bulunmakta ve modelin yeterli uyumu sağladığını göstermektedir. Ayrıca, Kök Ortalama Kare Hata Karekökü (RMSEA) değeri 0,068 olarak hesaplanmış olup 0,05 ile 0,08 arasındaki kabul edilebilir sınırlar içinde kalmaktadır. Bu durum, modelin veri seti ile makul bir uyum sağladığını işaret etmektedir. Kök Ortalama Karekök Hatası (RMR) değeri ise 0,022 olup, oldukça düşük bir hata oranını göstermekte ve modelin veri ile güçlü bir uyum sergilediğini ortaya koymaktadır.

Bu bulgular, doğrulayıcı faktör analizinin uyum indeksleri ile değerlendirildiğinde, modelin veri seti ile oldukça iyi uyum sağladığını göstermektedir. Elde edilen yüksek uyum değerleri, modelin ölçüm yapısının geçerli ve güvenilir olduğunu desteklemektedir.

Ölçek maddelerinden sadece bir tanesi standardize edilmiş regresyon katsayısı değeri 0,30'un altında bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, standardize edilmiş regresyon kat sayısı 0,30 altında olan maddenin çıkartılması önerilmektedir (Akduman & Cantürk, 2010). Ancak yapılan diğer analizlerde madde çıkarılmasını gerektiren bir durumla karşılaşılmaması sebebiyle ölçeğin Türk kültür ve diline uygun faktör yapısının tespiti için açımlayıcı faktör analizi (AFA) uygulanmıştır (Alpar, 2022).

PİSexDÖ Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

Açıklayıcı faktör analizi (AFA), bir grup değişken içerisinde bir faktör modeli ya da yapısı belirlemek için kullanılan bir yapı geçerliği yöntemidir (Alpar, 2022). Açıklayıcı faktör analizi sonuçları, psikotropik ilaçlara bağlı cinsel işlev bozukluğunu ölçmeye yönelik değişkenlerin ortak bir faktör yapısı altında değerlendirilebileceğini göstermektedir. Analiz için yapılan ön testlerde, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,778 şeklinde bulunmuştur. Ulaşılan bu değer, veri setinin faktör analizi için şartları sağladığını ve örneklem büyüklüğünün yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. İlaveten, Bartlett küresellik testi sonucu anlamlı çıkmış ($\chi^2 = 270,673$, $p < 0,05$) ve değişkenler arasında yeterli korelasyon yapısının olduğunu doğrulamıştır. Bu sonuçlar, faktör analizi yapabilmek için uygun koşulların sağlandığını göstermektedir. Bu gerekçeyle, PİSexDÖ'nün Türkiyede oluşacak faktör yapısını belirlemek için açımlayıcı faktör analizine başvurulmuştur. Tablo 4.5'de PİSexDÖ madde faktör yükleri sunulmuştur.

Tablo 4.5. *PİSexDÖ'nin Faktör Yükleri*

Maddeler ve Faktörler			**β**	**Std. β**	**S.Hata**	**C.R.**	**P**
PİSexDÖ_5	<---	F1	1,000	,670			
PİSexDÖ_4	<---	F1	1,113	,590	,157	7,086	p<0,001
PİSexDÖ_3	<---	F1	1,618	,820	,182	8,896	p<0,001
PİSexDÖ_2	<---	F1	1,630	,763	,188	8,654	p<0,001
PİSexDÖ_1	<---	F1	,546	,292	,148	3,690	p<0,001

Tablo 4.5'de faktör yüklerine ilişkin sonuçlar, her bir madde ve faktör için standartlaştırılmış (Std. β) ve standartlaştırılmamış (β) katsayılar ile hata terimleri, kritik oran (C.R.) ve anlamlılık (p) değerlerini içermektedir. PİSexDÖ_5 maddesinin faktör yükü standartlaştırılmış olarak 0,670 iken, standartlaştırılmamış katsayısı 1,000 olarak belirlenmiştir. Bu madde referans alınarak, diğer maddelerin faktör yükleri karşılaştırılmıştır. PİSexDÖ_4 maddesi için standartlaştırılmamış katsayı 1,113 ve standartlaştırılmış katsayı 0,590 olarak hesaplanmış olup, 7,086'lık bir kritik oran değeri ile p<0,001 seviyesinde anlamlı bulunmuştur.

PİSexDÖ_3 maddesi, en yüksek faktör yüküyle (Std. β=0,820) dikkat çekmektedir ve standartlaştırılmamış katsayısı 1,618 olarak hesaplanmıştır. Bu madde,

8,896’lık bir C.R. değeriyle anlamlılık göstermektedir (p<0,001). PİSexDÖ_2 maddesi ise 1,630’luk standartlaştırılmamış katsayı ve 0,763’lük standartlaştırılmış katsayı ile modelde yüksek bir faktör yüküne sahiptir (C.R.=8,654, p<0,001). Son olarak, PİSexDÖ_1 maddesi, 0,546’lık standartlaştırılmamış katsayı ve 0,292’lik standartlaştırılmış katsayı ile en düşük faktör yüküne sahip olup, anlamlı bir sonuç vermiştir (C.R.=3,690, p<0,001).

Bu bulgular, PİSexDÖ_3 ve PİSexDÖ_2 maddelerinin modelde en yüksek yükleri taşıdığını ve faktörü güçlü şekilde temsil ettiğini göstermektedir. Diğer maddeler de anlamlı faktör yüklerine sahip olup, faktör yapısının tüm maddeleri içerecek şekilde anlamlı ve güvenilir olduğunu işaret etmektedir.

Tablo 4.6’da bileşen matrisi sunulmuştur. Burada değişken faktör yükleri, açıklanan varyans değeri ve özdeğer incelenmiştir.

Tablo 4.6. *PİSexDÖ’nün Bileşen Matrisi Değerleri*

Değişken	Faktör Yükleri
PİSexDÖ_1	0,391
PİSexDÖ_2	0,817
PİSexDÖ_3	0,844
PİSexDÖ_4	0,702
PİSexDÖ_5	0,773
Açıklanan Varyans: 52,429; Özdeğer: 2,621	

Toplam varyans açıklama sonuçlarına göre, elde edilen ilk bileşen özdeğeri 2,621 olup toplam varyansın %52,429’unu açıklamaktadır. Bu oran, psikotropik ilaçların cinsel işlev üzerindeki etkisini ölçen değişkenlerin büyük oranda tek bir faktör altında toplandığını göstermektedir. Eigenvalue (özdeğer) değeri 1'in üzerinde olan tek bir faktör elde edildiğinden, diğer bileşenler dikkate alınmamıştır.

Sonuç olarak, bileşen matrisine bakıldığında tüm değişkenlerin birinci bileşende yüksek yükler aldığı görülmektedir. Bu durum, tek bir faktörün psikotropik ilaçların cinsel işlev üzerindeki etkisini açıklamada yeterli olduğunu göstermektedir.

4.3.PİSexDÖ'nin Güvenirlik Bulgularının İncelenmesi

Ölçeğin taşıması gerekliliği olan özelliklerden bir tanesi güvenirliktir. Bir ölçme aracı vasıtasıyla yapılan ölçümler aynı şartlar altında tekrarlandığında ölçümün gösterdiği kararlılıktır (Ercan ve Kan, 2004). PİSexDÖ'nin güvenirlik bulguları test edilirken, iç tutarlık Cronbach α kat sayısı ve madde analizleri kullanılmıştır.

4.3.1. PİSexDÖ'nin İç Tutarlık Cronbach α Kat Sayısı Bulguları

Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılan analiz sonucunda, Cronbach's Alpha katsayısı 0,753 ve McDonald's Omega katsayısı 0,777 olarak bulunmuştur. Bulunan bu değerler, ölçeğin kabul edilebilir iç tutarlılık gösterdiğini belirtmektedir. Ölçek maddelerinin toplam iç tutarlılığa katkılarını değerlendirmek için madde analizi yapılmıştır.

4.3.2.Madde Analizi

Tablo 4.7'de PİSexDÖ'nin madde analizi sunulmuştur.

Tablo 4.7. *PİSexDÖ'nün Madde Analizi Sonuçları*

	Madde silindiğinde ölçek puanı	**Madde silindiğinde varyans**	**Madde toplam korelasyonu**	**Madde silindiğinde cronbach alpha**
PİSexDÖ_1	5,13	6,757	,255	,798
PİSexDÖ_2	5,70	4,955	,645	,658
PİSexDÖ_3	6,12	5,107	,681	,645
PİSexDÖ_4	6,04	5,878	,488	,721
PİSexDÖ_5	5,32	6,187	,583	,697

Tablo 4.7' de, her bir madde çıkarıldığında ölçek puanı, varyansı, madde-toplam korelasyonu ve madde çıkarıldığında hesaplanan Cronbach's Alpha değeri verilmiştir. PİSexDÖ_1 maddesi çıkarıldığında ölçek puanı ortalaması 5,13, varyansı ise 6,757 olarak hesaplanmış; madde-toplam korelasyonu 0,255 olup Cronbach's Alpha değeri 0,798'e yükselmiştir. PİSexDÖ_2 maddesi çıkarıldığında Cronbach's Alpha değeri

0,658'e düşmektedir ve bu madde yüksek bir madde-toplam korelasyonuna (0,645) sahiptir, bu da maddenin ölçek iç tutarlılığına güçlü bir katkı sağladığını göstermektedir. Benzer şekilde, PİSexDÖ_3 maddesi de 0,681'lik yüksek bir madde-toplam korelasyonu ile iç tutarlılık açısından önemli bir katkı sağlamaktadır. PİSexDÖ_4 ve PİSexDÖ_5 maddeleri de yüksek madde-toplam korelasyonlarıyla ölçeğin güvenilirliğine katkıda bulunmaktadır.

PİSexDÖ'nin tüm maddelerine yönelik madde toplam korelasyonları Tablo 4.7'de görüldüğü gibi pozitif değere sahip ve +25'den büyüktür. Aynı zamanda, ölçekten birinci madde silindiğinde Cronbach α katsayısında önemli bir yükselmeye olduğu görülmektedir. Ancak yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach's α değeri uygun olduğundan madde çıkarımı yapılamamıştır.

PİSexDÖ'nin Madde Ayırt Ediciliği Bulguları

Tablo 4.8'de ölçek puanlarının alt ve üst %27'lik gruplara göre farklılaşma durumu analiz edilmiştir.

Tablo 4.8. *PİSexDÖ'nün Ölçek Puanlarının Alt-üst %27 Gruplarına Göre Farklılaşma Durumlarının Dağılımı*

Gruplar	Alt %27 (n=54)		Üst %27 (n=54)		t	sd	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			
Toplam Puan	3,560	1,110	10,720	1,698	-25,957	106	<0,001

PİSexDÖ'nin maddelerinin alt ve üst %27'lik grupları arasındaki fark bağımsız gruplar arası t test ile değerlendirilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ölçeğinin Alt %27 ile Üst %27 grupları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu sonuçlar doğrultusunda, ölçeğin ayırt edecek kadar hassas ölçüm yaptığı saptanmıştır. Bu da ölçeğin, ölçmek istediği kavramı ayırt edebilme yeteneğine sahip olduğunu doğrulamaktadır.

4.4.PİSexDÖ'nin Ölçek Puanlarının Hastalara Ait Özelliklere Göre Dağılımı

Bu kısımda, hastaların PİSexDÖ'den almış oldukları puanlar incelenmiştir. Ayrıca, PİSexDÖ'nin ölçek puanlarının hasta değişkenlerine göre dağılımı incelenmiştir. Böylelikle sosyodemografik özellikler kapsamında alınan puanlar arasında fark olup olmadığı analiz edilmiştir.

Katılımcıların PİSexD yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri aşağıda Tablo 4.9'da yer almaktadır.

Tablo 4.9. *PİSexD Puan Ortalamaları Dağılımı*

	N	Ort	Ss	Min.	Max.	Ölçek Min-Max
PİSexD Toplam	200	7,080	2,916	1	15	0-15

Tablo 4.9'da PİSexD toplam puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler sunulmaktadır. Katılımcı sayısı (N) 200 olup, PİSexD toplam puan ortalaması 7,080 (SS=2,916) olarak hesaplanmıştır. Puanların minimum değeri 1, maksimum değeri ise 15'tir. Ölçeğin genel aralığı 0 ile 15 arasında değişmektedir. Bu ortalama, katılımcıların genel olarak orta düzeyde cinsel işlev bozukluğu yaşadığını göstermektedir. Puanların geniş bir aralıkta (1-15) dağılıyor olması, katılımcılar arasında cinsel işlev bozukluğu düzeylerinin çeşitlilik gösterdiğine işaret etmektedir.

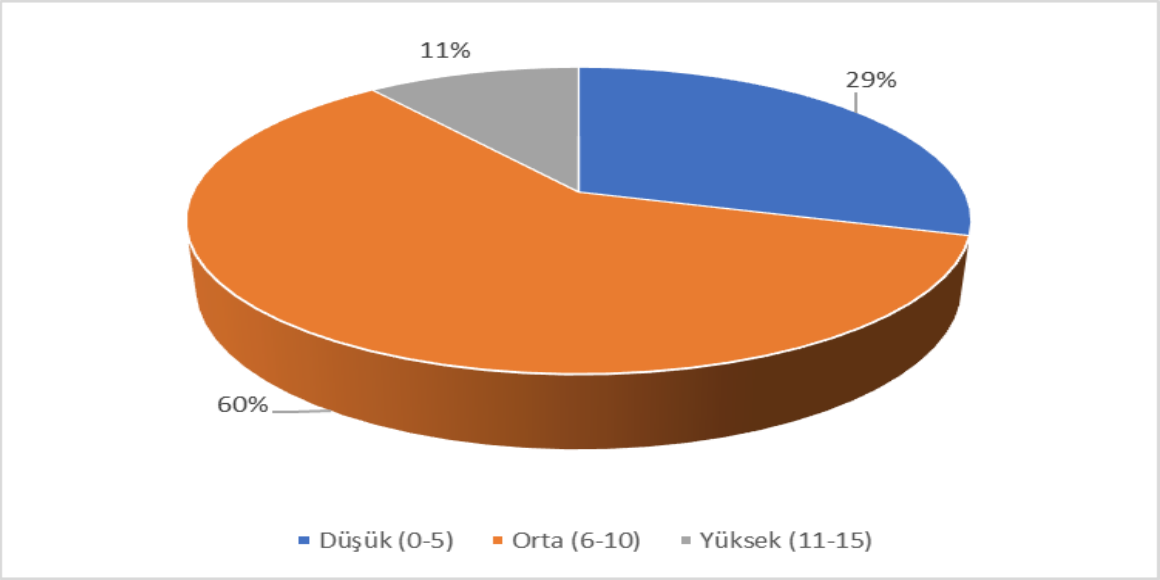
Tablo 4.10'da PİSexD gruplarına göre katılımcıların cinsel işlev bozukluğu yaşama durumlarının dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 4.10. *PİSexD Gruplarına Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Yaşama Durumlarının Dağılımı*

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
PİSexD		
Düşük (0-5)	59	29,5
Orta (6-10)	120	60,0
Yüksek (11-15)	21	10,5

Tablo 4.10'da PİSexD puanlarına göre katılımcıların düşük, orta ve yüksek düzeyde cinsel işlev bozukluğu yaşama oranları görülmektedir. Katılımcıların %29,5'i düşük düzeyde (0-5 aralığında) cinsel işlev bozukluğu yaşarken, %60'ı orta düzeyde (6-10 aralığında) cinsel işlev bozukluğu yaşamaktadır. Yüksek düzeyde (11-15 aralığında) cinsel işlev bozukluğu yaşayanların oranı ise %10,5'tir. Bu dağılım, katılımcıların çoğunluğunun orta seviyede cinsel işlev bozukluğu yaşadığını ve yüksek düzeyde cinsel işlev bozukluğu yaşayan grubun orta seviyeye kıyasla daha az sayıda olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, cinsel işlev bozukluklarının katılımcı grubunda yaygın olduğunu ancak çoğunlukla orta şiddette yaşandığını ortaya koymaktadır.

Katılımcıların düşük-orta-yüksek düzeyde cinsel işlev bozukluğu yaşama oranları Şekil 4.2'de gösterilmiştir.



Şekil 4.2. *Katılımcıların PİSexDÖ Gruplarına Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Yaşama Oranları*

PİSexD ifadelerine göre katılımcıların cinsel işlevle ilgili yaşadıkları zorlukların dağılımı Tablo 4.11'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. *Hastaların PİSexDÖ İfadelerine Göre Cinsel İşlevle İlgili Yaşadıkları Zorlukların Dağılımı*

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsel Aktivitede (mastürbasyon, Cinsel İlişki Vb.) Bulunma İsteğinizde veya Cinselliğe Yönelik İlginizde Herhangi Bir Azalma Gözlemlediniz mi?		
Problem Yok	9	4,5
Hafif Azalma	45	22,5
Orta Azalma	94	47,0
Ciddi Azalma	52	26,0
Boşalmanızda veya Orgazm Olmanızda Bir Gecikme Gözlemlediniz mi?		
Gecikme Yok	41	20,5
Hafif Gecikme	65	32,5
Orta Gecikme	72	36,0
Yoğun Gecikme	22	11,0
Cinsel İlişkiye Başladıktan Sonra Boşalamadığınızı/veya Orgazm Olamadığınızı Gözlemlediniz mi?		
Hiç Olmadı	66	33,0
Bazen	88	44,0
Sıklıkla	34	17,0
Her Zaman	12	6,0
Cinsel Aktiviteye Başladıktan Sonra Sertleşmekte (kadınlarda Vajinal Islanma) veya Sertliği Sürdürmekte (kadınlarda Vajinal Islaklığın Sürdürülmesinde) Güçlük Yaşadığınız Oldu mu?		
Zorlanmadım	52	26,0
Bazen	101	50,5
Sıklıkla	35	17,5
Her Zaman	12	6,0
Cinsel Yaşamınızda/ilişkinizde Deneyimlediğiniz Değişikliklere Ne Ölçüde Tahammül Edebildiniz?		
Cinsel Sorun Yaşamadım	4	2,0
Bu Sorundan Kaynaklı Problem Yaşamadım	60	30,0
Cinsel İşlev Bozukluğu Rahatsız Edici Ama Tedaviye Devam Ederim	116	58,0
Cinsel İşlev Bozukluğu Önemli Bir Sorun Tedaviyi Bırakmayı Düşünüyorum	20	10,0

Tablo 4.11, PİSexDÖ ifadelerine göre katılımcıların cinsel işlevle ilgili yaşadıkları zorlukların dağılımını göstermektedir. Cinsel aktivite isteğinde veya cinselliğe yönelik ilgide azalma sorusuna yanıt veren katılımcıların %4,5'i problem yaşamadığını belirtirken, %22,5'i hafif, %47'si orta derecede, %26'sı ise ciddi azalma yaşadığını ifade etmiştir. Bu, cinsellik isteğinde orta ve ciddi düzeyde azalma yaşayanların oranının oldukça fazla olduğunu göstermektedir.

Boşalma veya orgazmda gecikme yaşayanlar arasında, %20,5'i gecikme yaşamadığını belirtirken, %32,5'i hafif, %36'sı orta ve %11'i yoğun gecikme yaşadığını ifade etmiştir. Orta ve yoğun gecikme yaşayanların oranı (%47) ise gecikmenin birçok katılımcıda yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir.

Cinsel ilişki sırasında boşalma veya orgazma ulaşamama durumu sorulduğunda, katılımcıların %33'ü bu durumu hiç yaşamadığını, %44'ü bazen, %17'si sıklıkla ve %6'sı her zaman yaşadığını bildirmiştir. Bu bulgular, cinsel işlev sorunlarının sıklıkla gözlemlendiğini göstermektedir.

Sertleşme veya vajinal ıslanma konusunda zorlanma yaşayan hastaların %26'sı hiç zorlanmadığını, %50,5'i bazen zorlandığını, %17,5'i sıklıkla ve %6'lık kısmı her zaman zorlandığını belirtmiştir. Bu sonuçlar, cinsel işlev bozukluğu semptomlarının çoğu katılımcıda zaman zaman veya sıklıkla görüldüğünü göstermektedir.

Cinsel yaşamlarındaki değişikliklere tahammül düzeyi sorusuna katılımcıların %2'si cinsel sorun yaşamadığını, %30'u ise yaşadığı sorunların kendisi için problem oluşturmadığını belirtmiştir. %58'i cinsel işlev bozukluğunu rahatsız edici bulmasına rağmen tedaviye devam edeceğini ifade ederken, %10'u bu sorunu önemli bir problem olarak gördüğünü ve tedaviyi bırakmayı düşündüğünü belirtmiştir. Bu bulgu doğrultusunda, katılımcıların önemli bir bölümünün tedavi sürecinde cinsel işlev bozukluğuyla başa çıkmaya çalıştığını, ancak küçük bir grubun bu nedenle tedaviyi bırakmayı düşünebildiğini göstermektedir.

Tablo 4.12'de PİSexDÖ'nin ölçek puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu incelenmiştir.

Tablo 4.12. *PİSexDÖ Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumlarının Dağılımı*

Demografik Özellikler	n	PİSexDÖ Toplam
Cinsiyet		Ort ± SS
Kadın	110	7,600±2,836
Erkek	90	6,430±2,899
t=		2,866
p=		**0,005**
Yaş		Ort ± SS
30 Ve Altı	62	7,190±3,024
31-40	52	6,730±2,723
41-50	40	7,450±3,434
51 Ve Üzeri	46	6,980±2,508
F=		0,509
p=		0,676
Yaşanılan İl		Ort ± SS
Ankara	181	7,090±2,979
Diğer İller	19	6,890±2,283
t=		0,283
p=		0,778
Medeni Durum		Ort ± SS
Evli	71	6,930±2,743
Bekar	105	7,080±2,898
Boşanmış	24	7,500±3,526
F=		0,341
p=		0,711
Psikiyatrik Tanı		Ort ± SS
Şizofreni	29	6,340±3,265
Bipolar	56	7,450±3,219
Depresyon	14	7,000±2,038
Psikoz	42	6,790±2,719
Diğer Tanılar	59	7,310±2,743
F=		0,877
p=		0,479
İlaç Kullanım Süresi		Ort ± SS
1-3 Ay	48	6,330±2,739
3-6 Ay	15	7,400±3,043
6-9 Ay	26	7,690±3,172
1 Sene Ve Daha Fazla	111	7,210±2,889
F=		1,575
p=		0,197

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.12'de PİSexDÖ puanlarının çeşitli demografik özelliklere göre farklılaşma durumuna ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Cinsiyete göre yapılan bağımsız gruplar t-testine göre, kadınların PİSexDÖ puan ortalaması (7,600±2,836), erkeklerin ortalamasından (6,430±2,899) anlamlı derecede yüksektir (t=2,866; p=0,005). Bu bulgu, kadınların cinsel işlev bozukluğu puanlarının erkeklere oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Yaş gruplarına göre PİSexD puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F=0,509; p=0,676). Benzer şekilde, yaşanılan il açısından Ankara'da yaşayanlar ile diğer illerde yaşayanlar arasında da anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (t=0,283; p=0,778).

Medeni duruma göre yapılan analizde de gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (F=0,341; p=0,711). Bu durum, cinsel işlev bozukluğu puanlarının medeni durumdan bağımsız olarak benzer dağılım sergilediğini göstermektedir. Psikiyatrik tanıya göre yapılan analizde de anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F=0,877; p=0,479), bu da tanılar arasında PİSexD puanlarının büyük ölçüde benzer olduğu anlamına gelmektedir.

İlaç kullanım süresine göre yapılan analizde de gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F=1,575; p=0,197). Bu sonuç, cinsel işlev bozukluğu puanlarının ilaç kullanım süresine göre belirgin bir değişiklik göstermediğini ortaya koymaktadır.

Genel olarak, PİSexD puanları yalnızca cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermiştir. Diğer demografik özellikler (yaş, yaşanılan il, medeni durum, psikiyatrik tanı ve ilaç kullanım süresi) açısından ise PİSexD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, antipsikotik kullanan psikiyatri hastalarında deneyimlenen cinsel işlev bozukluğunun, ne kadar sıklıkla ve hangi yoğunlukta olduğunu belirlemek amacı ile geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliğine ilişkin bulgular tartışılmıştır. Ölçüm aracının gerçeğe olabildiğince yakın, objektif şekilde sonuç vermesini ve ölçüm sonunda doğru değerlendirmelerin yapılmasını sağlayan iki temel faktör geçerlik ve güvenirlik analizlerdir (Alpar, 2022; Güler, 2017). Bu sebeple ölçme araçlarının "geçerlik" ve "güvenirlik" özelliklerine sahip olması beklenmektedir (Alpar, 2022). Bu bölümde PRSexDQ-SALSEX ölçeğinin Türkçe formunun uygunluğunun değerlendirilmesi amacı ile yapılan geçerlik ve güvenirlik analizleri, uygulanma aşaması kapsamında sırayla tartışılmıştır.

5.1.PİSexDÖ'nün Geçerliği

Bir ölçme aracının ölçmesi istenilen özelliği ne derece doğru ölçtüğünü gösteren kavram "geçerlik" olarak açıklanmaktadır (Büyüköztürk, 2023). Bir başka ifadeyle, ölçme aracının ölçtüğü değişkeni başka hiçbir değişkeni içine almaksızın ölçebilme derecesidir (Güler, 2017). Ölçeklerin ve verilerin tipi ve türüne göre farklı geçerlik analiz yöntemleri bulunmuştur (Alpar, 2022). Likert tipi ölçekler için, dil geçerliği, kapsam geçerliği, görünüş geçerliği, ölçüt (uyum) geçerliği, kestirim geçerliği ve yapı geçerliği kullanılması önerilen geçerlik analizleridir (Thorndike ve Christ, 2017; Alpar, 2022; Büyüköztürk, 2023; Erkuş, 2017). Kullanılan yöntemin tercihi, ölçeğe, örneklemin yapısı ve mevcut sınırlılıklara göre yapılmaktadır (Kartal ve Bardakçı, 2018). PİSexDÖ'nün geçerlik bulgularının değerlendirilmesinde, "dil geçerliği", "kapsam geçerliği", "görünüş geçerliği" ve "yapı geçerliği" analizleri kullanılmıştır.

Dil Geçerliği

Dil geçerliği için ölçek uyarlama çalışmalarında sıklıkla tercih edilen bir yöntem olarak bilinen çeviri-geri çeviri tekniğinden faydalanılmıştır. Bu teknik bağlamında ölçeğin orijinal dili ile çevrilen dile hakim olan en az bir çevirmen ve en az bir geri çevirmen kullanılması önerilmektedir (Alpar, 2022). Ancak Türkçe dilinin yapısı göz önünde bulundurularak, mecaz, yan ve eş anlamlı kelimelerin yoğun olarak bulunması sebebiyle, üç çevirmen ve iki geri çevirmen ile İngilizce ve Türkçe dil bilimcilerin görüşleri alınmıştır.

Yapılan çeviri ve geri çeviriler kapsamında en uygun olduğu belirlenen çeviriler sorumlu araştırmacı ve danışmanı ile incelendikten sonra kabul edilmiştir. Daha sonra, çeviri kaynaklı hataları en aza indirmek ve maddenin orijinal anlam kaybında azalmaların olmaması amacı ile, ölçeği geliştiren akademisyene e-posta yoluyla ulaşılarak fikir alışverişinde bulunulmuştur. Dil geçerliği aşamaları sonucunda gerekli düzeltmeler sağlanarak, ölçeğin dil geçerliğinin sağlandığı ve PİSexDÖ'nün Türkçe formunun anlaşılabilir ve uygulanabilir olduğu kararına varılmıştır.

Kapsam Geçerliği

Ölçeği oluşturan maddelerin, nicelik ve nitelik bakımından ölçülmek istenen özelliği ölçmede yeterliliğini değerlendiren bir göstergedir (Büyüköztürk, 2023; Güler, 2017). Kapsam geçerliğinin belirlenmesine yönelik farklı yaklaşımlar mevcuttur. En etkili yaklaşımlardan bir tanesi, araştırma konusuna dair bilgi birikimi olan, çoğunlukla akademisyenlerin bulunduğu uzmanların görüşlerine başvurmaktır (Atılgan, 2017; Alpar, 2022; Erefe, 2004). Literatür incelendiğinde, kapsam geçerliğinin sağlıklı şekilde değerlendirilebilmesi için en az beş ve en fazla 40 uzmanın görüşüne başvurulması gerekmektedir (Alpar, 2022; Büyüköztürk, 2023). Buna göre, yapılan araştırmanın kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için, iki kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği akademisyeni, bir psikiyatri hemşireliği akademisyeni, cinsel olgular üzerinde çalışmaları olan bir psikolog ve ölçme değerlendirme konusunda çalışmaları olan iki eğitim bilimleri akademisyeninden oluşan altı uzmanın görüşlerine başvurulmuştur.

Kapsam geçerliğinin istatistiksel olarak yorumlanabilmesi için Lawshe ve Davis teknikleri gibi bazı derecelendirme ve yorumlama ölçütlerinin kullanılması

literatür kapsamında önerilmektedir (Kartal ve Bardakçı, 2018; Tavşancıl, 2006; Erefe, 2004). Araştırmada ölçeğin kapsam geçerliği sıklıkla tercih edilen bir yöntem olan Davis tekniği ile değerlendirilmiştir. Davis tarafından 1992 yılında geliştirilen tekniğe göre, görüşlerine başvurulan uzmanların, ölçekte yer alan her bir madde için 1-4 puan ("1"- uygun değil, "2"-maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir, "3"-uygun ama ufak değişiklikler gerekiyor, "4"-çok uygun) arası değerlendirme yapmaları istenmektedir (Alpar, 2022; Davis, 1992). Değerlendirme sırasında, maddede ufak değişiklik yapılması gerektiğini düşünen uzmanlardan maddeye yönelik öneri ve görüşlerini belirtmeleri istenmiş ve kapsam geçerliği analizi sonucunda madde 1, 2, 3, 4, 5, 6 ve 7'de uygun ufak değişiklikler yapılmıştır. Yapılan değişikliklerin değerlendirilmesi için değişiklik talep eden uzmanların görüşüne tekrar başvurulmuştur ve maddeler uzmanlar tarafından uygun bulunmuştur.

Literatür kapsamında, altı uzman görüşüne başvurulduğunda her bir madde için en küçük KGO'nın "0,75" ve üzeri olması gerekliliği bulunmakta ve düşük olan maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir (Alpar, 2022; Erkan ve Gömleksiz, 2014). Bu kapsamda, Tablo 4.2, sorumlu araştırmacı ve danışmanı tarafından incelendiğinde PİSexDÖ'nün tüm maddelerinin KGO değeri "0.75" üzerinde ve KGİ değeri "1" olarak hesaplanmıştır. Dolayısıyla ölçekten madde çıkarımı yapılmamıştır. Sonuç olarak, PİSexDÖ'nün kapsam geçerliğine sahip olduğu bulunmuştur.

Görünüş Geçerliği

Ölçeğin adı, açıklamaları, maddeler ve ölçek düzeni gibi faktörlerle beraber, ölçek maddelerinde ölçmesi hedeflenen yapıyı ölçüyor görünüp görünmediğini değerlendiren bir geçerlik türü olarak ifade edilmektedir (Büyüköztürk, 2023). Bir ölçeğin görünüş geçerliğinin yüksek değerlerde olması hastaların yanıt verme eğilimlerini pozitif yönde etkilemektedir (Thorndike ve Christ, 2017). Literatüre incelendiğinde, görünüş geçerliğinin değerlendirilmesi sürecinde, uzman görüşü ve/veya küçük bir katılımcı grubuna pilot çalışma yapılması önerilmektedir (Kartal ve Bardakçı, 2018; Holden, 2010). Bu bağlamda, bir ölçme değerlendirme uzman görüşü ve örnekleme dahil edilmeyen 15 hastaya ölçeğin uygulanması ile, görünüş geçerliği değerlendirilmiştir. Hastalar ve ölçme değerlendirme uzmanı, ölçek açıklamalarına ve ölçeğin düzenine yönelik bir değişiklik talebinde bulunmamıştır. PİSexDÖ'nün görünüş geçerliği uygun ve ölçeğin uygulanabilir olduğu kararına varılmıştır.

Yapı Geçerliği

Bir ölçeğin ölçülmek istenen davranış çerçevesinde soyut bir kavramı (faktörü) doğru olarak ölçebilme derecesi yapı geçerliği olarak açıklanmaktadır (Büyüköztürk, 2023). Yapı geçerliğinin değerlendirilmesi sürecinde farklı araştırmacılar, farklı yöntemlerin kullanılmasını önermektedir (Tavşancıl, 2006). Bu araştırmada kapsamında, ölçeğin yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde "faktör analizi" yöntemlerine başvurulmuştur.

Faktör analizi, temelde birbiri ile ilişkili değişkenleri belirli bir faktör altında bir araya getirmek için kullanılan istatistiksel bir yöntemdir (Alpar, 2022; Tavşancıl, 2006). Faktör analizi en genel tanımıyla, çok sayıda değişkenden az sayıda, anlamlı ve özetlenmiş şekilde yeni değişkenlerin elde edilmesi olarak açıklanmaktadır (Kartal ve Bardakçı, 2018). Literatür incelendiğinde iki temel faktör analizi olan AFA ve DFA'nın genel olarak kullanıldığı görülmektedir (Alpar, 2022; Tavşancıl, 2006).

AFA, araştırma örnekleminden toplanan veriler bağlamında ve değişkenler yardımıyla faktör yapısının açıklanmasında kullanılmaktadır. Bu yöntem, belli bir kuramsal yapı veya faktör yapılarının bilinmediği zamanlarda kullanılan istatistiksel bir yöntemdir (Kartal ve Bardakçı, 2018). DFA ise, araştırmacı tarafından belirlenen kuramsal düzeyde faktör yapısının veya AFA ile belirlenmiş faktör yapılarının uygunluğunun test edilmesinde kullanılmaktadır (Alpar, 2022). Bu bilgiler bağlamında genelde ölçek uyarlama çalışmalarında DFA, ölçek geliştirme çalışmalarında ise AFA tercih edilmektedir (Ercan ve Kan, 2004; Karakoç ve Dönmez, 2014; Erefe, 2004).

Her veri seti faktör analizi için uygun olamayabilmektedir. Bu sebeple, araştırmanın uygulandığı örneklem grubunun faktör analizine uygunluğu ve yeterliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir (Tavşancıl, 2006; Karakoç ve Dönmez, 2014). Bu kapsam çerçevesinde, örneklem yeterliğinin istatistiksel olarak hesaplanmasında çeşitli yöntemler mevcuttur. Bunlardan en çok tercih edileni "10 kuralı"dır. Bu kuralda, ölçeğin her maddesi için en az 10 katılımcı olacak şekilde araştırma grubuna dahil edilerek değerlendirilmektedir (Alpar, 2022). Bir diğer kural ise "100 kuralı"dır. Araştırma örneklemine faktör analizi uygulayabilmek için en az 100 katılımcı gerekmektedir (Atılgan, Kan ve Aydın, 2017; Tavşancıl, 2006). Açıklanan kuralların haricinde araştırma örnekleminin faktör analizine uygun olup olmadığının istatistiksel olarak hesaplanması sürecinde iki varsayım mevcuttur. Bu

varsayımlar KMO ve Bartlett testleridir. Literatür incelendiğinde KMO değerinin 0.90-1 arasında olması mükemmel; 0,80-0,89 arasında olması "çok iyi" 0,70-0,79 arasında olması "iyi" 0,60-0,69 arasında olması "orta" 0,59-0,50 arasında olması "zayıf" ve 0,50'nin altında olması ise kabul edilemez olarak değerlendirilmektedir (Büyüköztürk, 2023).

Yeterli örneklem ile bir faktör analizinin yapılabilmesi için KMO değerinin en az 0,60 olması ve Bartlett's küresellik testinin ise anlamlı çıkması gerekmektedir (Alpar, 2022).

Bu çalışma bağlamında, geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılan PİSexDÖ'nün örneklem büyüklüğü 200 kişi olarak belirlenmiştir. Bu sayının literatürde belirtilen "10 kuralı" ve "100 kuralı" uyum sağladığı görülmektedir. PİSexDÖ'nün örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluk ve yeterliğinin hesaplanmasında KMO ve Bartlett's küresellik istatistik yöntemleri kullanılmıştır. Yapılan testler çerçevesinde, KMO değeri 0,778 ve Bartlett's küresellik testi sonucuda $\chi^2 = 270,673$, $p < 0,05$ bulunmuştur (Tablo 4.3). Bulgular doğrultusunda araştırmanın yapıldığı 200 antipsikotik kullanan psikiyatrik tanılı hastanın oluşturduğu örneklem grubunun faktör analizi için uygun ve yeterli olduğu görülmektedir.

PİSexDÖ'nün yapı geçerliğinin değerlendirilmesi sürecinde, DFA ve AFA yöntemleri kullanılmıştır. Öncelikli olarak mevcut çalışmanın ölçek uyarlama çalışması olması sebebiyle ve mevcut bir faktör yapısının orijinal ölçekte zaten var olması sebebiyle ölçeğin orijinal yapısının Türk dil ve kültürüne uygunluğunun analizi için DFA kullanılmıştır. DFA'nın değerlendirilmesinde "χ2", "df", "χ2/df" (CMIN/DF), "CFI", "GFI", "NFI", "IFI", "TLI", "RMSEA" ve "RMR" uyum indeks değerleri baz alınmıştır. DFA sonucunda, bu indeks değerlerinin kabul edilebilir aralıkta olduğu görülmektedir (Tablo 4.4). Literatür kapsamında, DFA elde edilen standardize edilmiş regresyon kat sayısı 0,30 altında olan maddenin çıkartılması önerilmektedir (Büyüköztürk, 2023). Yapılan analizler kapsamında tüm maddelerin 0,30'un üstünde olduğu görülmüştür. Dil geçerliği, kapsam geçerliği ve görünüş geçerliği aşamalarında madde çıkarımı yapılmayan PİSexDÖ'nün yapı geçerliği aşamasında da madde çıkarımı yapılmamıştır. PİSexDÖ'nün ülkemizdeki faktör yapısını belirlemek için AFA uygulanmasına karar verilmiştir (Orçan, 2018; Çapık, 2014).

AFA uygulamasında sıklıkla tercih edilen temel bileşenler analiz metodu kullanılmıştır. Ayrıca maddelerin faktörlere yüklenme durumlarının daha net bir şekilde görülmesine olanak sağlayan eğik döndürme yöntemlerinden biri olan varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır (Karaman, Atar ve Çobanoğlu Aktan, 2017; Alpar, 2022). Faktör sayısı, açıklanan toplam varyans değeri ve faktör özdeğerleri göz önünde bulundurularak karar verilmiştir. Açıklanan toplam varyans değerlerinin %40-%60 olması, faktör özdeğerlerinin 1'den büyük olması doğrultusunda faktör sayısı belirlenmektedir (Alpar, 2022; Kartal ve Bardakçı, 2018). Bu bağlamda yapılan araştırmada, elde edilen ilk bileşen özdeğeri 2,621 olup toplam varyansın %52,429'unu açıklamaktadır (Tablo 4.6). Bu oran, psikotrop ilaçların cinsel işlev üzerindeki etkisini ölçen değişkenlerin büyük oranda tek bir faktör altında toplandığını göstermektedir. Eigenvalue (özdeğer) değeri 1'in üzerinde olan tek bir faktör elde edildiğinden, diğer bileşenler dikkate alınmamıştır. Bulgular göz önüne alındığında PİSexDÖ'nün ülkemizde tek faktörlü yapısının geçerli olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

5.2.PİSexDÖ'nün Güvenirliği

Literatürde güvenirlik kavramının pek çok tanımı mevcuttur. En genel tanımıyla güvenirlik, bir ölçeğin tutarlılık, kararlılık ve duyarlılık ölçüsü olarak açıklanmaktadır (Alpar, 2022). Bu tanım çerçevesinde, bir ölçme aracı aynı grup üzerinde, aynı şartlar sağlanarak tekrarlı olarak uygulandığında, sonuçlar birbiriyle tutarlı, belirli zaman aralıklarıyla örnekleme tekrar uygulama yapıldığında sonuçların kararlı ve ölçülecek olan özelliği olabildiğince hassas ölçebilecek düzeyde duyarlığa sahip olması, ölçme aracının güvenilir olduğunu gösteren bir parametredir (Kartal ve Bardakçı, 2018). Bir ölçeğin güvenirliğini belirlerken paralel testler yöntemi, test-tekrar test yöntemi, iç tutarlılık Cronbach α katsayısı, eş değer yarılar yöntemi ve madde analizi kullanılmaktadır (Atılgan, 2017; Alpar, 2022; Kartal ve Bardakçı, 2018; Tavşancıl, 2006). Kullanılan yöntemlerin tercihi, ölçeğin özelliklerine, örneklemin yapısına ve mevcut sınırlılıklara göre değişmektedir. PİSexDÖ'nün güvenirliğinin belirlenmesinde, "iç tutarlılık Cronbach α katsayısı", "McDonald's omega ω katsayısı" ve "madde analizi" kullanılmıştır.

İç Tutarlılık-Cronbach (α) Güvenirlik Katsayısı

Ölçekte yer alan her maddenin ölçek yapısının tümüyle aynı yönde hareket edip etmediğinin bir göstergesi iç tutarlılık olarak açıklanmaktadır. Yani, ölçekte bulunan her maddenin ölçeğin bütünü ile arasındaki ilişkinin incelenmesidir (Kartal ve Bardakçı, 2018; Tavşancıl, 2006). Literatür incelendiğinde, bu ilişki derecesinin değerlendirilmesinde en sık tercih edilen ve kabul gören yöntemse Cronbach α katsayısıdır (Atılgan, 2017; Alpar, 2022; Erkuş, Sünbül ve ark., 2017). Analizler sonucu ortaya çıkan katsayı değeri; "0,80-1,00: ölçek yüksek güvenirliğe sahip", "0,60-0,79: ölçek oldukça güvenilir", "0,40-0,59: ölçeğin güvenirliği düşük" ve "0,00-0,39: ölçek güvenilir değil" şeklinde yorumlanmaktadır (Alpar, 2022). Bu bağlamda yapılan araştırmanın Cronbach α katsayısı değeri 0,753 ve McDonald's Omega katsayısı 0,777 olarak bulunmuştur. Bu değerler, ölçeğin kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla PİSexDÖ'nün oldukça güvenilir olduğu belirlenmiştir.

McDonald's omega (ω) Güvenirlik Katsayısı

McDonald, bu katsayıyı ölçme aracıyla ile ölçülen yapıyı gösterge değişkenlerin ne kadar açıklayabildiğini ortak faktör modelleri aracılığıyla belirlemesi nedeniyle "construct reliability" olarak da adlandırmaktadır (McDonald, 1999). Tüm çalışmalarda sıklıkla rastlanan güvenirliğin bir "iç tutarlılık" ölçütü olarak Cronbach alfa katsayısı yani α, tanımlanıp öğretilse de, doğrudan madde yanıtlarının iç tutarlılığı veya homojenliğinin bir ölçüsü olmadığı güncel çalışmalarda incelenmektedir. Güvenilirliği kavramsallaştırmanın farklı yollarına duyarlı birçok alternatif olmasına rağmen, α'ya ciddi bir rakip McDonald'a atfedilmektedir. McDonald'da α gibi, bir dizi öğenin tek bir uygulamasından hesaplanabilmektedir. Yani ω, α'dan daha genel bir güvenilirlik tahmin edicisidir çünkü temel tau eşdeğerliğini varsaymaz ancak temel tau eşdeğerliği varsayımı altında α'ya indirgenir (Hayes ve Coutts, 2020).

McDonald's Omega Katsayısında maddelerin faktör yükleri ayrı ayrı ele alınmaktadır. Alfa katsayısının faktör yüklerine dayanan hesaplama formülündeyse faktör yüklerinin ortalaması dikkate alınmaktadır (Kıbrıslıoğlu, Aydoğan ve Doğan, 2017). Bu bağlamda yapılan araştırmanın McDonald's Omega katsayısı 0,777 olarak bulunmuştur. Bu değer, ölçeğin kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla PİSexDÖ'nün oldukça güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Madde analizi

Ölçekte yer alan maddelerin ölçeğin amacına hizmet edip etmediğini tespit etmek için kullanılan yöntem madde analizi olarak ifade edilmektedir (Kartal ve Bardakçı, 2018). Bu kapsamda, ölçekteki maddelerin ölçeğe olan katkısını incelemek için madde analizi yöntemlerinden olan korelasyonlara dayalı madde analizi, madde silindiğinde Cronbach α ve madde ayırt edicilik gücü indeksine başvurulmuştur. Korelasyona dayalı madde analizinde, bir maddeyle bütün arasındaki korelasyon o maddenin geriye kalan maddelerin tamamının ölçtüğü özelliği ölçüp ölçmediğini belirleyen bir yöntem olarak görülmektedir (Tavşancıl, 2006; Büyüköztürk, 2023). Ölçekte bulunan maddelerle yapılan korelasyon analizi sonucunda bir maddenin ölçeğin bütünü ile yaptığı korelasyon katsayısı düşük ise söz konusu maddenin ölçeğe katkısının düşük olduğu düşünülmektedir (Alpar, 2022; Kartal ve Bardakçı, 2018). Bu kapsamda, maddenin ölçeğe katkısının kabul edilebilir bulunması için, madde-bütün korelasyon katsayısı pozitif yönde ve en az + 0,25 olmalıdır (Alpar, 2022). Madde istenilen düzey olan + 0,25'den düşükse ölçeğin güvenirliğini düşürdüğü gerekçesiyle maddenin ölçekten çıkartılması önerilmektedir (Thorndike ve Christ, 2017; Güler, 2017). PİSexDÖ'nün madde toplam korelasyon katsayıları 0.255-0.681 arasında değişmektedir (Tablo 4.7). Bulgular kapsamında ölçek maddelerinin istenen düzeyde korelasyon katsayılarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla analizi gerçekleştirilen maddelerin ölçeğin amacına hizmet ettiği görülmüştür.

Cronbach α katsayısı ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğini gösteren bir bileşendir. Bu sebeple, ölçekten madde silindiğinde Cronbach α değerleri önemli ölçüde yükseliyorsa o maddenin ölçekte bulunması ölçeğin güvenirliğini düşürdüğü şeklinde yorumlanıp, maddenin ölçekten çıkarılması önerilmektedir (Kartal ve Bardakçı, 2018; Arıkan, Demirlitaş ve Gültekim, 2017). Yapılan çalışmanın, madde silindiğinde ki Cronbach α değerleri incelendiğinde, birinci madde silindiğinde Cronbach α değerinin önemli ölçüde arttığı görülmektedir. Ancak bu madde ölçekte tanımlayıcı bir özelliğe sahiptir ve iç tutarlılık analizinde Cronbach α değeri uygun değer aralığında olduğundan ölçekten madde çıkarımı yapılmamıştır.

Madde ayırt ediciliği

İç tutarlık belirlenmesinde kullanılan bir diğer yöntem Madde ayırt ediciliği yöntemidir. Bir ölçek maddelerinin, madde üzerinden ölçülmesi beklenen özelliğe sahip olan ve olmayanları birbirinden ayırt edebilmesi şeklinde açıklanmaktadır. Tüm örneklem içinde yüksek puan alanların yer aldığı üst grubun ve düşük puanlar alanların yer aldığı alt grubun oluşturulmasına ve bu iki grubun almış olduğu puanların analizine dayanan bir yöntemdir. Alt ve üst grupların belirlenmesine yönelik farklı yöntemler mevcuttur. Literatürde en sık tercih yöntem, yüksek puan alan %27'lik grup ve düşük puan alan yüzde %27'lik grubun kullanımına bağlı yöntemdir (Çetin, 2017). Testin iç tutarlığının göstergesi, alt ve üst gruplar arasındaki farkın anlamlı olması olarak değerlendirilir. PİSexDÖ'nün madde puan ortalamalarının, alt %27 ve üst %27'deki gruplarda karşılaştırıldığında, farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir, (Tablo 4.8). Bu sonuçlara göre ölçeğin iç tutarlığının yüksek olduğu, ayırt edecek hassas ölçüm yaptığı saptanmıştır. Bu da ölçeğin, ölçmek istediği kavramı ayırt edebilme yeteneğine sahip olduğunu doğrulamaktadır (Kartal ve Bardakçı, 2018; Çetin, 2017).

Ülkemizde psikotrop ilişkili cinsel işlev bozukluğunun ölçüm gereçlerine ilişkin literatür incelendiğinde PRSexDQ ölçeğinin seçici seratonin geri alım inhibitörü kullanan hastalarda geçerlik ve güvenirliğini inceleyen tek bir çalışma olduğu görülmektedir.

Şafak ve arkadaşları tarafından 2023 yılında yapılan çalışma seçici seratonin geri alım inhibitörü kullanan hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir (Şafak, Kurt Kaya ve Tulacı, 2023). Yapılan çalışmanın örneklemini 100 hasta oluşturmaktadır. Yapılan tez çalışmasında bu sayı 200 olarak belirlenmiş olup mevcut çalışmanın iki katıdır. Çalışmada katılımcıların %58'i kadın ve yaş ortalaması 35,46±9,24 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %20'si bekar ve %80'i evli olarak bulunmuştur. Bu tez çalışmasında, kadınlar örneklemin %55'ini oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 38,88 ve katılımcıların %52,5'i bekardır. İki çalışma arasında görülen belirgin farklılıklar çalışmaya katılan hastaların evli veya bekar olma durumları ile örneklemdeki hasta sayısıdır. Tez çalışmamızda bekar ve kadın hasta grubu ön plandadır. Ülkemiz koşullarında kadın ve bekar olma durumunun özellikle birinci maddede yer alan "mastürbasyon" ifadesinden kaynaklı cevap verme durumunu

değiştirebileceği düşünülmektedir. "PİCİB-Türkçe" şeklinde isimlendirilen ölçeğin yapı geçerliği analizleri incelendiğinde, ölçeğin yapısal geçerliğinin analizi ve faktör yapısı değerlendirmek için KMO örneklem uygunluğu testi uygulanmış ve 0,93 ile faktör analizine uygunluk saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da benzer biçimde bu oran 0,778 olarak bulunmuştur. Bartlett'in küresellik testi de her iki çalışma için anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Komponent matriksi incelendiğinde tüm soruların 0,9'un üzerinde puanlarla tek bir faktörde yığılması sebebiyle ölçeğin tek faktörlü yapıda olduğunu sonucuna varılmıştır. Bu nedenle faktör rotasyonu analizlerine gerek görülmemiştir. Bu sonuç çalışmamızdaki tek faktörlü yapıyı doğrulamaktadır. Ölçeğin, ölçüt geçerliğini belirlemek için ACYÖ (Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği) ve GRCDÖ (Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği) korelasyonu kadın ve erkek için ayrı ayrı değerlendirilmiş. Erkeklerde PİCİB ile ACYÖ ve tüm alt ölçekleri arasında yüksek korelasyon bulunmuştur. Kadınlarda da PİCİB ile ACYÖ ve tüm alt ölçekleri arasında yüksek veya orta derecede korelasyon bulunmuştur. Hem kadınlarda hem de erkeklerde PİCİB ile ACYÖ ve neredeyse tüm alt ölçekleri arasında korelasyon bulunmaktadır. Bu sonuçlara göre uygun bağlamlarda PİCİB'in cinsel işlevlerin niteliğinin değerlendirilmesinde ACYÖ veya benzer ölçeklerin yerine kullanılması mümkün olabilmektedir. PİCİB ölçeğinin güvenirlik bulguları incelendiğinde, iç tutarlılık analizlerinde Cronbach Alfa (α) katsayısı 0,906 hesaplanmıştır. Bizim çalışmamızda bu oran 0,753 olarak bulunmuştur. Bu oranlar ölçeğin kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılığa sahip ve güvenilir olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmada ölçekten bir madde çıkarıldığında Cronbach Alfa (α) katsayısında belirgin bir değişim görülmemiştir. Ancak bizim çalışmamızda ölçekten birinci madde silindiğinde Cronbach Alfa (α) katsayısında belirgin bir artış olduğu görülmektedir. İki çalışma arasındaki bu farkılığın hem örneklem sayısındaki farklılık hem de çalışmaya katılan hastaların demografik özelliklerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. PİCİB'de zamansal güvenilirliği belirlemek için test-tekrar test yöntemi uygulanmış Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayıları 0,939 ile 0,985 arasında tespit edilmiştir ve tüm değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Bizim çalışmamızda farklı olarak güvenirlik değerlendirmesi için madde analizi kullanılmıştır. PİSexDÖ'nün madde toplam korelasyon katsayıları 0.255-0.681 arasında değişmektedir. Bulgular kapsamında ölçek maddelerinin istenen düzeyde korelasyon katsayılarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Buna bağlı olarak analizi yapılan maddelerin ölçeğin amacına hizmet ettiği bulunmuştur. Madde ayırt ediciliği

incelendiğinde PİSexDÖ'nün madde puan ortalamalarının, alt %27 ve üst %27'deki gruplarda karşılaştırıldığında, farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre ölçeğin iç tutarlığının yüksek olduğu, ayırt edecek kadar hassas ölçüm yaptığı saptanmıştır. Bu da ölçeğin, ölçmek istediği kavramı ayırt edebilme yeteneğine sahip olduğunu doğrulamaktadır. Aynı dil ve kültür bağlamında gerçekleştirilen geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında farklı yöntemlerin kullanımının klinik faktörler ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Uluslararası literatür incelendiğinde, Wang ve arkadaşları tarafından 2016 yılında antipsikotik alan şizofreni hastaları üzerinde PRSexDQ ölçeğinin Çin örnekleminde geçerlik güvenirlik çalışması olduğu görülmektedir. Çalışmanın güvenirlik analizlerinden elde edilen bulgularda Cronbach Alfa (α) katsayısı 0,902 olarak hesaplanmıştır. Bu da çalışmamızla benzer şekilde bir iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Çin versiyonunda alınan örneklem antipsikotik alan şizofreni hastaları şeklinde özelleştirilmişken bizim çalışmamızda örneklem antipsikotik kullanan tüm psikiyatri hastalarını kapsamaktadır. Bu çalışmada diğer bir güvenirlik değerlendirmesi için çalışmamız aksine test-tekrar test yöntemi uygulanmış ve güçlü bir test-tekrar test güvenirliği ortaya koyulmuştur (ICC=0.907, 95% CI: 0.872–0.936, p <0.001). Test ve tekrar test arasındaki korelasyon da mükemmel olarak bulunmuştur (p < 0,001). Çalışmanın geçerlik analizlerindeki sonuçlar ölçeğin 3-6. maddelerinin yüksek oranda ilişkili olduğunu (p < 0,001) gösterirken, UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeğinin 7. maddesinin daha düşük bir korelasyon katsayısına sahip olduğunu (p < 0,01) göstermektedir. PRSexDQ'nun toplam puanı CGI-SF (Clinical Global Impression-Sexual Function) ile mükemmel bir korelasyona sahip ve ek olarak, PRSexDQ'nun SD'yi belirlemedeki duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla 0,94 ve 0,93 iken, PPV ve PNV (hassaslık, özgüllük, pozitif ve negatif ön görü değerleri) sırasıyla 0,87 ve 0,93 olarak bulunmuştur (Wang ve ark., 2016). Bu da PİSexDÖ'nün özellikle psikotrop ilaç kullanımı olan kişilerde cinsel deneyimi değerlendirmek ve sayısal olarak ölçmek için yararlı ve pratik bir araç olduğunu ve ölçeğin görece kısa olması nedeniyle klinikte ve toplum taraması gibi durumlarda daha çok kişinin değerlendirilmesinde faydalı olacağını göstermektedir.

Montejo ve arkadaşları tarafından 2000 yılında ölçeğin orijinal versiyonunun psikometrik özelliklerinin antidepresan alan hastalar üzerinden incelendiği çalışmada

ölçeğin iç tutarlılık açısından güvenilirliğine ilişkin elde edilen Cronbach Alfa (α) katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur bu da çalışmamızla benzer şekilde maddeler arasında yeterli homojenliği göstermektedir. Çalışmanın geçerlik bulguları incelendiğinde PRSexDQ anketinde elde edilen puanlar ile Cinsel İşlev Bozukluğunun CGI ölçeklerinde ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinde elde edilen puanlar arasındaki korelasyon analizlerinde CGI Cinsel İşlev Bozukluğu ölçeğiyle korelasyon doğrudan ve yüksek ($r > 0,7$) iken, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğiyle ters ve orta düzeyde olduğu görülmektedir ($0,7 < r < 0,3$). Çalışma bulguları her iki çalışma grubunda da başlangıç ziyaretinde ve altı ay sonraki son grupta PRSexDQ anketinde elde edilen ortalama toplam puanlar arasındaki karşılaştırmayı göstermektedir. Başlangıç ve tedavi öncesi hasta grupları karşılaştırıldığında, başlangıç ziyaretinde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur (Mann-Whitney U Testi: $p < 0,05$). Tedavi öncesi hasta grubunda, cinsel işlev bozukluğunun daha şiddetli olduğunu gösteren daha yüksek puanlar gözlemlenmiştir. Bu çalışmada, güvenilirlik analizi iç tutarlılık analiziyle sınırlı tutulmuştur. Elde edilen iç tutarlılık katsayısı ($* > 0,7$), anketin maddeleri arasında değerlendirdikleri yön açısından yeterli homojenlik ve karşılıklı bağımlılığı göstermektedir. Bu nedenle, sunulan iç tutarlılık tatmin edicidir. Mevcut çalışmada, geçerlilik, PRSexDQ anketinde elde edilen puanlar ile Cinsel İşlev Bozukluğu ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin CGI ölçekleri arasındaki korelasyonların analiz edilmesi ve daha önce antidepresan tedavisi almamış hastalarla SSRI antidepresan veya venlafaksin ile önceden tedavi görmüş hastaların karşılaştırılmasıyla incelenmiştir. Başlangıç ziyaretinde ve hastaların toplam örneğinde, PRSexDQ anketi ile kullanılan diğer cinsel işlev bozukluğu ölçümü, yani cinsel işlev bozukluğunun CGI ölçeği arasında doğrudan bir ilişki bulunmuştur; bu da anketin geçerliliğini destekleyen bir sonuçtur. İki çalışma grubu başlangıç ziyareti açısından karşılaştırıldığında, SSRI antidepresan veya venlafaksin ile önceden tedavi edilen hasta gruplarında, nefazodon ile antidepresif tedaviye başlayan hastalara göre PRSexDQ anketinde daha yüksek puanlar bulunmuştur. Bu farklılıklar, her iki alt grubun farklı tarama kriterleriyle tutarlıydı ve çalışmanın sonunda, düşük oranda cinsel işlev bozukluğuna bağlı bir antidepresan olarak kabul edilen nefazodon ile tedaviden sonra gruplar arasındaki fark ortadan kalkmıştır. Bu sonuçlar, PRSexDQ anketinin cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan depresif hastalar arasında ayrım yapma kapasitesine sahip olduğunu ve antidepresan tedavisiyle ilişkili cinsel işlev bozukluğu sorunlarını değerlendirmede geçerliliğini göstermektedir.

Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde psikiyatrik ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev değişimlerini değerlendiren geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarının eksikliği bu konuyu değerlendirmek için yeni, çabuk uygulanabilir, anlaşılır ve geçerli-güvenilir araçların gerekliliğine dikkat çekmektedir. PRSexDQ geçerlik güvenirlik çalışmalarında ortaya çıkan farklılıklar, psikotrop ilişkili cinsel işlev bozukluğunun pek çok faktörden etkilendiğini, kültür farklılıkları ve klinik yapının oldukça belirleyici olabildiği şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada Türkiye örnekleminde antipsikotik kullanan hastaların deneyimlediği cinsel işlev bozukluğunu değerlendirebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracını literatüre katmak amaçlanmıştır. Böylelikle klinik uygulamada pratik bir ölçüm aracının kullanılması kanımızca faydalı olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Montejo ve arkadaşları tarafından 2000 yılında düzenlenen orijinal dili İngilizce olan Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire (PRSexDQ-SALSEX)'ın Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılarak, Türk kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olup olmadığı incelenmek istenmiştir. Bu amaç doğrultusunda, PİSexDÖ'nün Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği; dil geçerliği, kapsam geçerliği, görünüş geçerliği, yapı geçerliği, iç tutarlılık analizleri ve madde analizleri yapılarak değerlendirildi.

6.1. Sonuç

- PİSexDÖ'nün dil geçerliği tespiti için çeviri-geri çeviri yöntemi tercih edilerek, dil geçerliği sağlanmıştır.
- Uzman görüşlerine dayanarak, PİSexDÖ'nün maddelerinin tümünde KGİ değeri 1 olarak belirlenmiş olup kapsam geçerliği olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2).
- Ölçeğin KMO değeri (0,778) ve Bartlett's testi (χ^2 = 270,673, $p < 0,05$) sonuçları kapsamında verilerin birbiri ile ilişkili olduğu ve faktör analizi için uygun olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).
- PİSexDÖ'nün yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde öncelikle DFA kullanılmış, Türk dili ve kültürüne uygun yapının belirlenmesi içinse AFA kullanılmıştır (Tablo 4.4).
- Yapılan AFA sonucunda, Türk dili ve kültüründe PİSexDÖ'nün 2 öncül madde ve 5 ana madde ile toplam 7 madde ve tek alt boyuttan oluştuğu belirlenmiştir. PİSexDÖ'nün faktör yüklerinin 0,391-0,844 arasında değiştiği ve açıklanan toplam varyansın %52,429 olduğu ve varyans değerinin yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).
- AFA sonucunda PİSexDÖ, orijinal formuna uygun olarak tek alt boyuttan

oluştuğu belirlenmiştir.

- PİSexDÖ'nün tamamı için Cronbach alfa (α) güvenirlik katsayısı 0,753; McDonald's Omega katsayısı 0,777 olarak belirlenmiş ve yeterli düzeyde olduğu tespit edilmiştir.
- PİSexDÖ'nün korelasyona dayalı madde analizi için "madde-toplam puan korelasyon katsayıları" hesaplanmış, korelasyon değerinin 0,255-0,681 değerleri arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 4.7).
- PİSexDÖ'nün maddelerinin alt-üst %27'lik grup puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p<0.05$), ölçeğin ayırt ediciliğinin yeterli olduğu görülmüştür (Tablo 4.8).

Sonuç olarak; PİSexDÖ'nün 2 öncül, 5 ana madde ve tek alt boyuttan oluşan Türkçe versiyonunun Türk kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

PİSexDÖ'nün;

- Antipsikotik alan psikiyatri hastalarının psikotrop ilişkili cinsel işlev bozukluğu düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların yürütülmesi,
- Psikiyatri hastalarında psikotrop ilaçların yol açtığı cinsel işlev bozukluğu durumunu ortaya çıkarmak amacıyla yürütülecek çalışmalarda PİSexDÖ'nün kullanılması,
- Psikiyatri hastalarında cinsel işlev bozukluğu dinamiklerinin incelenmesi için ilaç, ilaç düzeyi, hemşirelik bakımı ve bunun gibi faktörlerle ilişki durumunu değerlendiren çalışmaların gerçekleştirilmesi,
- PİSexDÖ'nün cinsel işlev bozukluğunun önlenmesi ve azaltılmasına yönelik yapılan çalışmalarda ölçüm aracı olarak kullanılması,
- PİSexDÖ'nün ölçeğin orijinali ile benzer olan tek alt boyutlu yapısının Türk kültürü ve sağlık sistemi bağlamında daha yakından incelenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Dünya Sağlık Örgütü. (2022, Haziran). World Mental Health Report: Transforming Mental Health for all. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1 Erişim tarihi (25-08-2024).

Eker, Ö. D., & Eker, M. Ç. (2010). Lityumun Metabolik Yan Etkileri/Metabolic Side Effects of Lithium. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, *2*(1), 26.

Halter, M. J. (2014). *Varcarolis' Foundations Of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. (Seventh Edition). Elsevier.

Martinelli, A., & Ruggeri, M. (2020). An overview of mental health recovery-oriented practices: potentiality, challenges, prejudices, and misunderstandings. *Journal of Psychopathology*, *26*(2), 147-154.

Öztürk, O. (2018). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* (15.baskı). Nobel Tıp Kitabevi.

Puolakka, K., & Pitkanen, A. (2019). Effectiveness of psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: A systematic review. *Arch Psychiatr Nurs*, *33*(5), 73-82. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.07.001

Rehm, J., & Shield, K. D. (2019). Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Curr Psychiatry Rep*, *21*(2), 10. https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0

Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R., & Jung, Y. S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry*, *147*(12), 1602-1608. https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1602

Tel, H. (2023). *Healing Effect of Psychosocial Interventıons in Chronic Mental Illnesses* [Interview].

Toker, S. (2023). Dünyada Ve Türkiye'de Kadinlarda Cinsel Sağlik Ve Üreme Sağliği Sorunlari: Güncel Veriler [Sexual health and reproductive health problems in women in the world in turkey: Current data]. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *10*(2), 31-38. https://dergipark.org.tr/en/pub/erusaglik/issue/81523/1266223

Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, *3*(2), 171-178. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2

Yadav, J., Gennarelli, L. A., & Ratakonda, U. (2001). Female sexuality and common sexual dysfunctions: evaluation and management in a primary care setting. *Prim Care Update Ob Gyns*, *8*(1), 5-11. https://doi.org/10.1016/s1068-607x(00)00062-7

Bandelow B. (2020). Current and Novel Psychopharmacological Drugs for Anxiety Disorders. *Advances in experimental medicine and biology*, *1191*, 347–365. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_19

Garakani, A., Murrough, J. W., Freire, R. C., Thom, R. P., Larkin, K., Buono, F. D., & Iosifescu, D. V. (2020). Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 595584. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.595584

Gray, R., Wykes, T., Parr, A. M., Hails, E., & Gournay, K. (2001). The use of outcome measures to evaluate the efficacy and tolerability of antipsychotic medication: a comparison of Thorn graduate and CPN practice. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *8*(3), 191–196. https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00377.x

Morrison, P. ve ark. (2000). The Use of the Liverpool University Neuroleptic Side-Effect Rating Scale (LUNSERS) in clinical practice. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing,* 9: 166-176.

Ling, C. Y., Klainin, P., Ignacio, J. (2009). The impact of antipsychotic side effect on attitudes toward medication in patients with schizophrenia: A systematic review. *JBI* Systematic Review Protocol, www.joannabriggs.edu.au/protocols/Protocol346.pdf.

Aker, T., Üstünsoy, S., Kuğu, N., Yazıcı, A. (2000). Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Art Ofset Matbaacılık, Antalya, 175-179.

Balon, R. (2002). Managing compliance. *Psychiatric Times,* 19(5): 1-2, www.psychiatry-in-practice.com/ default.asp (10.04.2003).

Lambert, T. J. R., Cock, N., Alcock, S. J., Kelly, D. L., Conley, R. R. (2003). Measurement of antipsychotic-induced side-effects: Support for the validity of a self-report (LUNSERS) versus structured interview (UKU) approach to measurement. *Hum Psychopharmacol Clin Exp,* 18: 405-411.

Üstünsoy Çobanoğlu, Z. S., Aker, T., Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi,* 16(4): 211- 218.

Young, A. H., & Hammond, J. M. (2007). Lithium in mood disorders: increasing evidence base, declining use?. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *191*, 474–476. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.043133

Aizenberg, D.; Sigler, M.; Zemishlany, Z.; Weizman, A. (1996). Lithium and male sexual function in affective patients. *Clin. Neuropharmacol,* 19, 515–519. [CrossRef]

Grover, S.; Ghosh, A.; Sarkar, S.; Chakrabarti, S.; Avasthi, A. (2014) Sexual dysfunction in clinically stable patients with bipolar disorder receiving lithium. *J. Clin. Psychopharmacol.* 34, 475–482. [CrossRef]

Yilmazer, E. E., Güler, J., & Incesu, C. (2011). Psikiyatrik Ilaç Tedavilerine Bagli Cinsel Islev Bozukluklari/Sexual Side Effects Caused By Psychotropic Medications. *Noro-Psikyatri Arsivi*, *48*, 7.

Yelboğa, Z., & Korgalı, E. (2015). Psikofarmakoloji ve cinsel işlev. *Androloji Bülteni*, *17*(62), 189-193.

Akhtar, S., Thomson, A.Jr. (1980). Schizophrenia and sexuality: A review and a report of twelve unusual cases. *Journal of Clinical Psychiatry;* 41:166-74.

Wesson, M.L., Finnegan, D.M., Clark, P. (1996). Continuing clozapine despite neutropenia. *British Journal of Psyhiatry;* 168:217-20.

Balon, R., Yeragani, V.K., Pohl, R. et al. (1993). Sexual dysfunction during antidepressant treatment. *Journal of Clinical Psychiatry;* 54:209-12.

Rothschild, A.J. (1995). Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: Efficacy of a drug holiday. *American Journal of Psychiatry;* 152:1514-6.

Sarıkoç, G. (2011). *Ruhsal Sorunları Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların İçselleştirilmiş Etiketlenmeleri, Yüksek Lisans Tezi,* Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 82.

Kök, H. (2014). *Psikiyatri Polikliniğinde Takip Edilen Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek,* Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 53.

Çam, O., Engin, E. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul Tıp Kitabevi.

Montejo, A. L., García, M., Espada, M., Rico-Villademoros, F., Llorca, G., & Izquierdo, J. A. (2000). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. Grupo Español de Trabajo Para El Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos [Psychometric characteristics of the psychotropic-related sexual dysfunction questionnaire. Spanish work group for the study of psychotropic-related sexual dysfunctions]. *Actas espanolas de psiquiatria*, *28*(3), 141–150.

Dünya Sağlık Örgütü. (2022, Haziran). World Mental Health Report: Transforming Mental Health for all. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1 Erişim tarihi (25-08-2024).

Dünya Cinsel Sağlık Derneği. (1999, August). Declaration of Sexual Rights. https://www.worldsexualhealth.net/_files/ugd/793f03_5c0e5a958d5d4a6e9e17c362c9b22f12.pdf Erişim tarihi (31.08.2024).

Dünya Sağlık Örgütü. (2006). Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/overview Erişim tarihi (31-08-2024).

Koyuncu Aka, E. (2024). *Anksiyete Bozukluğu Ve/Veya Depresyon Tanısı Bulunan Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu Sıklığı Ve Cinsel Benlik Şemaları İle İlişkisi* [Tıpta Uzmanlık Tezi]. T.C. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=KMB79M3N7zK1UR2WYeRgQvwtZq44nCgi4j9q_m5ZK1ftdHS9mjHaW414GXzSCoxd

Komut, S. (2011). Türkiye'de kadın, cinsellik ve kürtaj. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi,* 3(1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2010). Developing sexual health programmes. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Aslan, E. (2013). Hastalıklarda Cinsel Disfonksiyon. Durna Z. (Ed.) İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık. S:645-665.

Bozdemir, N., Özcan, S. (2011). Cinsellik ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care,* 5 (4), 37-46.

Everaerd, W., & Laan, E. (2010). Journal of Sex Research Drug treatments for women's sexual disorders. *Journal of Sex Research,* 37(3), 195–204. https://doi.org/10.1080/00224490009552040

Bilgin Z, Kömürcü N. (2016). Kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlar. *Androloji Bülteni,* 18(64), 48-55.

Akbulut MF, Üçpınar MB, Gürbüz ZG. (2015). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Urology* (Special Topics), 8(3), 10-15.

Klein V, Laan E, Brunner F, Briken P. (2022). Sexual pleasure matters (especially for women)-data from the German Sexuality and Health Survey(GeSİD). *Sexuality Research and Social Policy,* 19, 1879-1887.

Yılmaz B. (2022). Cinsel işlev bozukluklarında bilişsel davranışçı terapi ve diğer psikoterapi yöntem ve teknikleri. *Telakki Sosyal Bilimler Dergisi,* 1(1), 46-59.

Üstgörül S. (2016). Doğum Sonrası Dönemde Disparoni Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler:Longitudinal bir çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD), (2008). Cinsel Haklar Bildirgesi. Erişim tarihi: 03.09.2024, https://www.cetad.org.tr/menu/17/%20cinsel-haklar-bildirgesi

Beyazıt F, Pek E, Şahin B. (2018). Alterations in sexual functions during and after pregnancy:Prejudice? Or Real? *Klinik Psikiyatri,* 21(4), 397-406.

Turhan A. (2019). Postpartum Döneme Uyumun Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir

Shepardson, R. L., & Carey, M. P. (2016). Sexual Dysfunctions. *Encyclopedia of Mental Health:* Second Edition, 140–143. https://doi.org/10.1016/B978-0-12- 397045-9.00014-8

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Laumann, E.O, Paik, A, Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* ;281:537–44. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188762#google_vignette

Gao, J., Zhang, X., Su, P., Shi, K., Tang, D., Hao, Z., Zhou, J., & Liang, C. (2014). Prevalence and impact of premature ejaculation in outpatients complaining of ejaculating prematurely: using the instruments of intravaginal ejaculatory latency time and patient-reported outcome measures. *International Journal of Impotence Research* 2014 26:3, 26(3), 94–99. https://doi.org/10.1038/ijir.2013.42

Shaeer, O., & Shaeer, K. (2012). The Global Online Sexuality Survey (GOSS): Ejaculatory Function, Penile Anatomy, and Contraceptive Usage among ArabicSpeaking Internet Users in the Middle East. *The Journal of Sexual Medicine,* 9(2), 425–433. https://doi.org/10.1111/J.1743-6109.2011.02338.X

Ejaculation disorder. (2019). *International Journal of Advanced Studies in Sexology,* 1(1), 39–43. https://doi.org/10.46388/IJASS.2019.12.118

Kessler, A., Sollie, S., Challacombe, B., Briggs, K., & Van Hemelrijck, M. (2019). The global prevalence of erectile dysfunction: a review. *BJU International,* 124(4), 587–599. https://doi.org/10.1111/BJU.14813

Akkus, E., Kadioglu, A., Esen, A., Doran, S., Ergen, A., Anafarta, K., & Hattat, H. (2002). Prevalence and Correlates of Erectile Dysfunction in Turkey: A Population-Based Study. *European Urology,* 41(3), 298–304. https://doi.org/10.1016/S0302-2838(02)00027-1

Wijesinha, S., Piterman, L., Kirby, C. (2013). The male reproductive system An overview of common problems. *Reprinted from Australian Family Physician* Vol. 42, No. 5. https://www.racgp.org.au/getattachment/67e6c38d-8b18-4f77-adc2-4a2329db1de2/The-male-reproductive-system.aspx

Celik, O., Ipekci, T., Akarken, I., Ekin, G., & Koksal, T. (2014). To evaluate the etiology of erectile dysfunction: What should we know currently? *Archivio Italiano Di Urologia e Andrologia,* 86(3), 197–201. https://doi.org/10.4081/aiua.2014.3.197

El-Hamd, M. A., Saleh, R., & Majzoub, A. (2019). Premature ejaculation: an update on definition and pathophysiology. *Asian Journal of Andrology,* 21(5), 425. https://doi.org/10.4103/AJA.AJA_122_18

Althof, S. E. (2006). Psychological approaches to the treatment of rapid ejaculation. *Journal of Men's Health and Gender,* 3(2), 180–186. https://doi.org/10.1016/J.JMHG.2006.04.001

İncesu, C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *7*(3), 3-13.

Burri, A., & Spector, T. (2011). Recent and Lifelong Sexual Dysfunction in a Female UK Population Sample: Prevalence and Risk Factors. *The Journal of Sexual Medicine,* 8(9), 2420–2430. https://doi.org/10.1111/J.1743-6109.2011.02341.X

Zeleke, B.M., Bell, R.J., Billah, B., Davis, S.R. Hypoactive sexual desire dysfunction in community-dwelling older women. Menopause. 2017;24(4):391–9.

Kingsberg, S., Faubion, S. Clinical management of hypoactive sexual desire disorder. Menopause. 2019 Feb 1;26(2):217–9.

Fooladi, E., Islam, R.M., Bell, R.J., Robinson, P.J., Masoumi, M., Davis, S.R. The prevalence of hypoactive sexual desire disorder in Australian and Iranian women at midlife. Menopause. 2020 Nov 1;27(11):1274–80.

Laumann, E.O., Paik, A., Rosen, R.C. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA.* 1999 Feb 10;281(6):537–44.

Shifren, J.L., Monz, B.U., Russo, P.A., Segreti, A., Johannes, C.B. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics & Gynecology.* 2008 Nov;112(5):970–8.

Faubion, S.S., Parish, S.J. Sexual dysfunction in women: Can we talk about it? *Cleve Clin J Med* [Internet]. 2017 May 1 [cited 2023 Dec 28];84(5):367–76. Available from: https://www.ccjm.org/content/84/5/367

Vermillion, S.T., Holmes, M.M. Sexual dysfunction in women. Prim Care Update Ob Gyns. 1997 Nov 1;4(6):234–40.

Payne, K. A., Binik, Y. M., Amsel, R., & Khalifé, S. (2005). When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain. *European Journal of Pain,* 9(4), 427– 436. https://doi.org/10.1016/J.EJPAIN.2004.10.003

Yelboğa, Z., & Korgalı, E. (2015). Psikofarmakoloji ve cinsel işlev. *Androloji Bülteni*, *17*(62), 189-193.

Kıncı, M.F., Sivaslıoğlu, A.A. (2020). İlaç Kullanımı ve Cinsel Yaşam. *Cinsel Tıp ve Genital Estetik*. 17; (s.281-289)

Yılmazer, E. E., Güler, J., & İncesu, C. (2011). Psikiyatrik İlaç Tedavilerine Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları. *Archives Of Neuropsychiatry/Nöropsikiyatri Arşivi*, *48*.

Akhtar, S., Thomson, A. (1980). Jr. Schizophrenia and sexuality: A review and a report of twelve unusual cases. *Journal of Clinical Psychiatry;* 41:166-74.

Cohen, L.S., Rosenbaum. (1987). J.F. Clonazepam: New uses and potential problems. *Journal of Clinical Psychiatry;* 48(Suppl 10):50-5.

Decastro, R.M. (1985). Reversal of MAOI-induced anorgasmia with cyproheptadine. *American Journal of Psychiatr;* 142:783.

Ghadirian, A.M., Annable, L., Belanger, M.C. (1992). Lithium, benzodiazepine, and sexual function in bipolar patients. *American Journal of Psychiatry;* 149:801-5.

Ghadirian, A.M., Chouinard, G., Annable, L. (1982). Sexual dysfunction and plasma prolactin levels in neuroleptic-treated schizophrenic outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease;* 170:463-6.

Jani, N.N., Wise, T.N., Kass, E. et al. (1988). Trazodone and anorgasmia. *American Journal of Psychiatry;* 145:896.

Lesko, L.M., Stotland, N.L., Segraves, R.T. (1982). Three cases of female anorgasmia with MAOIs. *American Journal of Psychiatr;* 139:1353-4.

Lydiard, R.B., Howell, E.F., Laraia, M.T. et al. (1987). Sexual side effects of alprazolam. *American Journal of Psychiatry;* 144:254-5.

Sangal, R. (1985). Inhibited female orgasm as a side effect of alprazolam. *American Journal of Psychiatry;* 142:1222-3.

Segraves, R.T. (1992). Overview of sexual dysfunction complicating the treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry Monographs;* IO(Suppl 2):4-10.

Wesson, M.L., Finnegan, D.M., Clark, P. (1996). Continuing clozapine despite neutropenia. *British Journal of Psyhiatry;* 168:217-20.

Gitlin, M. (2003). Sexual dysfunction with psychotropic drugs. *Expert Opin Pharmacother;* 4(Suppl 12):2259-69.

Park, Y.W., Kim, Y., Lee, J.H. (2012). Antipsychotic-induced sexual dysfunction and its management. *The world journal of men's health;* 30:153-159.

Cutler, A. (2003). Sexual dysfunction and antipsychotic treatment. *Psychoneuroendocrinology;* 28:69- 82.

Serretti, A., & Chiesa, A. (2011). Sexual side effects of pharmacological treatment of psychiatric diseases. *Clinical pharmacology and therapeutics*, *89*(1), 142–147. https://doi.org/10.1038/clpt.2010.70

Bobes, J., Garc, A-Portilla. M.P., Rejas, J. et al. (2003). Frequency of sexual dysfunction and other reproductive side-effects in patients with schizophrenia treated with risperidone, olanzapine, quetiapine, or haloperidol: the results of the EIRE study. *J Sex Marital Ther;* 29(Suppl 2):125-47.

Werneke, U., Northey, S., Bhugra, D. (2006). Antidepressants and sexual dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica,*114:384-397.

Hirschfeld, R. (1999). Care of the sexually active depressed patient. *The Journal of clinical psychiatry,*60:32-35; discussion 46-38.

Stephen Stahl, S.M. (2008). Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. third edition. New York: Cambridge University Press.

Schweitzer, I., Maguire, K., Ng, C. (2009). Sexual side-effects of contemporary antidepressants.review. *Australian and New Zealand J Psych;* 43:795-808.

Clayton, A.H., Pradko, J.F., Croft, H.A. et al. (2002). Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J Clin Psychiatry;* 63(Suppl 4):357-66.

Segraves, R.T. (2007). Sexual dysfunction associated with antidepressant therapy. *Urol Clin North Am;* 34(Suppl 4):575-9.

Segraves, R. (2003). Recognising and reversing sexual side effects of medications. In:Levine SC, Risen C, Althof S, eds. Handbook of clinical sexuality for mental health professionals. New York: NY Brunner-Routledge; s. 377-92.

Segraves, R., Kavoussi, R., Hughes, A. et al. (2000). Evaluation of sexual functioning in depressed outpatients: a double-blind comparison of sustained-release bupropion and sertraline treatment. *J Clin Psychopharmacol;* 20:122-8.

Labbate, L.A. (2008). Psychotropics and sexual dysfunction: the evidence and treatments. In: Sexual Dysfunction: *Karger Publishers;* pp. 107-130.

Segraves, R.T. (1989). Effects of psychotropic drugs on human erection and ejaculation. *Archives of General Psychiatry,*46:275-284.

Norden, M.J. (1994). Buspirone treatment of sexual dysfunction associated with selective serotonin re-uptake inhibitors. *Depression,* 2:109-112.

Ghadirian, A.M., Annable, L., Belanger, M.C. (1992). Lithium, benzodiazepines and sexual function in bipolar patients. *Am J Psychiatry;* 149:801-805.

Aizenberg, D., Sigler, M., Zemishlany, Z., Weizman, A. (1996). Lithium and male sexual function in affective patients. *Clin Neuropharmacol;* 19:515-519.

Stoléru, S., Grégoire, M.C., Gérard, D., Decety, J., Lafarge, E., Cinotti, L., et al. (1999). Neuroanatomical correlates of visually evoked sexual arousal in human males. *Arch Sex Behav.;* 28: 1–21.

Ferretti, A., Caulo, M., Del Gratta, C., Di Matteo, R., Merla, A., Montorsi, F., et al. (2005). Dynamics of male sexual arousal: distinct components of brain activation revealed by fMRI. *Neuroimage.;* 26: 1086–1096.

Bozdemir, N., Özcan, S. (2011). Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *TJFM&PC*; 5 (4): 37-46.

Fennell, R., Grant, B. (2019). Discussing sexuality in health care: A systematic review. *J Clin Nurs*. ; 28: 3065–3076. https://doi.org/10.1111/jocn.14900

Nelson, A.M. (2003). Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.;* 32(4): 465-477.

American Nurses Association 2010, www.nursingworld.org/Nursing-Scope, Erişim tarihi (26-Eylül-2024).

Karakoyunlu, F., & Öncel, S. (2009). Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Kadına Ait Hemşirelik Bakım Süreci Örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *12*(3), 82-92.

İncesu, C. (2005). Cinsel İşlev Bozuklukları (1. Basım), Organon Yayınları, İstanbul.

Bomar, P. (2004). Family Sexuality. Promating Health in Families, Third Edition, Saunders an Imprint of Elsevier, Philadelphia

Volpe, E., Wertheimer, J. (2004). Exploring Sexuality Attitudes and Knowledge in Nursing: An Education Program. Doctor of Philosophy in Clinical Sexology, Florida.

Yaniv, H. (2000). Kanser Hastalarında Seksüalite. Onkoloji Hemşireliği Derneği Kurs Kitabı, İsrail Kanser Derneği. 21-22 Eylül, Ankara.

Taylor, C., Carol, L., Lemone, P. (2001). Sexuality. Fundementals of Nursing. Lippincott Company, Fourth Edition, Philadelphia, 779-816.

Perry, G.A., Potter, P.A. (2003). Self Concept and Sexuality. Basic Nursing, Fifth Edition, Mosby Company. St. Louis. 461-478.

Bilgi, N. (2015). Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi,* 10(1), 68-74.

Kütmeç, C. (2009). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi;* 4(12): 111-136.

Lacro, J.P., Dunn, L.B., Dolder, C.R., Leckband, S.G., Jeste, D.V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry;*63:892–909.

Uslu, E., & Buldukoğlu, K. (2018). Şizofrenide ilaç tedavisine uyum ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, *7*(1), 61-72.

DiBonaventura, M., Gabriel, S., Dupclay, L., Gupta, S., Kim, E. (2012). A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a crosssectional nationwide survey of patients with schizophrenia. BMC Psychiatry http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/20

Kartal, M., Bardakçı, S. (2018). *Spss Ve Amos Uygulamalı Örneklerle Güvenirlik Ve Geçerlilik Analizleri.* Ankara: Akademisyen Yayınevi.

Alpar, R. (2022). *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik.* (Yenilenmiş 7.baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.

Büyüköztürk, Ş. (2023). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı.* (30.baskı). Ankara: Pegem Akademi.

Thorndike, R., Christ, T. (2017). Psikolojide ve eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Nobel Kitabevi.

Atılgan, H., Kan, A., Aydın, B. (2017). *Eğitimde ölçme ve değerlendirme.* (10.Baskı). Ankara: Anı Yayınları.

Tavşancıl, E. (2006).*Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi.* Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Ercan, İ., Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.;*30(3):211-6.

Pnueli, A., Siegel, M., Singerman, E., editors. (1998).Translation validation. International Conference on Tools and Algorithms for the Construction and Analysis of Systems. New York: Springer;

Erkan, S., Gömleksiz, M. (2014). *Eğitimde ölçme ve değerlendirme.* Ankara: Anı Yayıncılık.

Davis, L.L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research.;*5(4):194-7.

Karakoç, A.G., Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası.;*13(40):39-49.

Arıkan, S., Demirlitaş, N., Gültekim, S. (2017).Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Anı Yayıncılık.

Erefe, İ. (2004).Hemşirelik Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Ankara: HEMARGE.

Erkuş, A., Sünbül, Ö., Ömür Sünbül, S., Yormaz, S., Aşiret, S. (2017). Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-II ölçme araçlarının psikometrik nitelikleri ve ölçme kuramları. Ankara: Pegem Yayıncılık.

Güler, N. (2017). Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Pegem Yayıncılık.

Preacher, K.J., MacCallum, R.C. (2002) Exploratory factor analysis in behavior genetics research: factor recovery with small sample sizes. Behav Genet, 32:153–161.

Tavşancil, E. (2002) Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara, Nobel Yayıncılık.

Akgül, A. (1997). Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri. (1. Baskı, sy:440-575). Ankara: Yükseköğretim Kurulu Matbaası.

Tavşancıl, E. (2005). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ileri veri analizi. (2. Basım, sy:16-29). Ankara: Nobel Basımevi.

Çetin, B. (2017). Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Anı Yayıncılık.

Montejo, Á. L., & Rico-Villademoros, F. (2008). Psychometric Properties of the Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire (PRSexDQ-SALSEX) in Patients with Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *34*(3), 227–239. https://doi.org/10.1080/00926230701866125

Akduman, G. G., & Cantürk, G. (2010). Cinsel istismara uğrayan çocuklara karşı tutum ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması (Üniversite öğrencileri örneklemi). Adli Tıp Dergisi, 24(2), 22-29.

Holden, R.R. (2010). Face validity. The Corsini Encyclopedia of Psychology:1- 2.

Orçan, F. (2018). Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi: ilk hangisi kullanılmalı? *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology.*;9(4):413-21.

Çapık, C. (2014). Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizinin Kullanımı. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.;*17(3):196-205.

Karaman, H., Atar, B., Çobanoğlu Aktan, D. (2017). Açımlayıcı faktör analizinde kullanılan faktör çıkartma yöntemlerinin karşılaştırılması. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi.;*37(3):1173-93.

Şafak, Y., Kurt Kaya, S.N., Tulacı, R.G. (2023). Psikotrop İlişkili Cinsel İşlev Bozukluğu Ölçeğinin Türkçe Versiyonu (PİCİB-Türkçe): Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörü Kullanan Hastalarda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi;* yayınlanmak üzere kabul edilmiştir. https://doi.org/10.5080/u27318

Wang, Y .,Zhang, P., Xin, L., Chen, L., Liu, Y., Su, Y., Si, T. (2016). Chinese version of the Psychotropic-related Sexual Dysfunction Questionnaire (PRSexDQ -SALSEX): Validity and reliability for schizophrenic patients taking antipsychotics. *Psychiatry Research 246;* 303-307.

Montejo, A. L., García, M., Espada, M., Rico-Vi-llademoros, F., Llorca, G., Izquierdo, J. A. (2000). Psychometric characteristics of the Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire. *Actas Esp Psiquiatría, Mayo- Junio,* 28, 3: 141- 150.

Hayes, A. F., & Coutts, J. J. (2020). Use Omega Rather than Cronbach's Alpha for Estimating Reliability. But…. *Communication Methods and Measures*, *14*(1), 1–24. https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629

Kıbrıslıoğlu Uysal, N., Aydoğan, S., Doğan, N. (2017). Cronbach a ve Mc Donalds Ω Değerlerının Gerçek Verılerde Karşılaştırılması. *The Journal Of Academic Social Science;* Yıl: 5, Sayı: 62, Aralık 2017, s. 460-468.

McDonald, R. P. (1999). Test theory: Unified treatment. Lawrence Erlbaum Associates.

8. EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu
SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

1. Cinsiyetiniz

□ Kadın □ Erkek

2. Doğum Yılınız (gün/ay/yıl):.....

3. Yaşınız:

4. Yaşadığınız yer: İl / İlçe: .....

5. Medeni durumunuz

□Evli □Bekar □Boşanmış

6. Aktif cinsel hayatınız mevcut mu?

□Evet □Hayır

7. Psikiyatrik tanınız nedir?

□Şizofreni □Bipolar □Major depresif bozukluk □Depresyon □Psikoz □ Diğer

8.Aşağıdaki ilaçlardan hangisi kullanmaktasınız?

Birinci kuşak antipsikotikler

□ Largactil □ Stilizan □ Norodol □ Clopixol □ Clopixol acuphase

□ Clopixol depot □ Fluanxol □ Nörofren

İkinci kuşak antipsikotikler

□ Dogmatil □ Sülpir □ Meresa □ Meresa fort □ Zeprid □ Solian □ Paxiprid

□ Leponex □ Clonex □ Serequel □ Cedrina □ Etipin □ Gyrex □ Ketilept

80

Ek-1 (devam) Sosyodemografik Veri Toplama Formu

□ Ketya □ Quelept □ Quet □ Sequa □ Serex □ Zprexa □ Zprexa velotab

□ Elyoza □ Oferta □ Olaxinin □ Olftex □ Olftex easytab □ Ollafax □ Olgepis

□ Ozaprin □ Pinolza □ Rexapin □ Rexapin easytab □ Zolspine □Zophix □ Zyzapin □ Risperdal □ Perilife □ Restela □ Ricus □Rileptid □ Ripesil □ Rixol □ Rixper □ İnvega □ Xeplion □ Zeldox □ Abilify □ Abizol □ Aripa □ İgnis □ Zolerip □ Serdolect

9. Kullandığınız ilaç/ilaçların tam adınızı yazınız:

……

10. İlacınızı hangi dozlarda ve hangi saatlerde almaktasınız?

……

……

11. Ne kadar zamandır bu ilaç/ilaçları kullanıyorsunuz?

□1-3 ay

□3-6 ay

□6-9 ay

□1 sene ve daha fazla

12. Kullandığınız ilaçtan cinsel yaşamınızı ilgilendiren bir yan etki gördünüz mü? Nedir?

……

……

81

Ek-2. Psikotrop İlişkili Seksüel Disfonksiyon Ölçeği (Psychotropic-related Sexual Dysfunction (PRSexDQ-SALSEX))-Türkçe Versiyon (PİSexDÖ)

Psikotrop İlişkili Seksüel Disfonksiyon Ölçeği (PİSexDÖ)

Aşağıda okuyacağınız sorular, psikiyatrik ilaçlar ile tedavi olmaya başladıktan sonra yaşayabileceğiniz olası seksüel disfonksiyon (cinsel işlev bozuklukları) ile ilgilidir.

A-Tedavi almaya başladığınızdan itibaren/bu yana cinsel aktivitenizde (arzu, heyecan duyma, ereksiyon (sertleşme), boşalma veya orgazm (kadınlarda vajinal ıslaklık)) herhangi bir değişiklik gözlemlediniz mi?

a) **EVET** b) **HAYIR**

B-Hasta bu değişiklikten spontane (kendiliğinden) bir şekilde mi bahsetti yoksa cinsel işlev bozukluğu yaşadığını fark etmesi için kendisine sorular sormak gerekti mi?

a) **EVET** kendiliğinden bir şekilde bahsedildi.
b) **HAYIR** kendiliğinden bir şekilde bahsedilmedi.

1-Cinsel aktivitede (mastürbasyon, cinsel ilişki vb.) bulunma isteğinizde veya cinselliğe yönelik ilginizde herhangi bir azalma gözlemlediniz mi? 0)Problem gözlemlemedim. Hiçbir değişiklik yaşamadım. 1)Cinsel ilgide hafif azalma gözlemledim. 2)Orta derecede azalma gözlemledim. Kısmen daha az ilgiliyim. 3)Ciddi azalma gözlemledim. Neredeyse hiç isteğim ve ilgim kalmadı.
2-Boşalmanızda veya orgazm olmanızda bir gecikme gözlemlediniz mi? 0)Gecikme gözlemlemedim. 1)Hafif gecikme gözlemledim. Fark edilmeyecek kadar az bir gecikme. 2)Orta derecede gecikme gözlemledim. Fark edilebilecek düzeyde. 3)Yoğun derecede gecikme gözlemledim. Hatta bazen orgazm mümkün olmadı.
3-Cinsel ilişkiye başladıktan sonra boşalamadığınızı/veya orgazm olamadığınızı gözlemlediniz mi? 0)Hiç gözlemlemedim 1)Bazen gözlemledim: Cinsel aktivitenin %25'inden daha az bir zamanda. 2)Sıklıkla gözlemledim: Cinsel aktivitenin %25-75'inde. 3)Her zaman/hemen hemen her zaman gözlemledim: Cinsel aktivitenin %75'inden fazlasında.
4-Cinsel aktiviteye başladıktan sonra sertleşmekte (kadınlarda vajinal ıslanma) veya sertliği sürdürmekte (kadınlarda vajinal ıslaklığın sürdürülmesinde) güçlük yaşadığınız oldu mu?

Translated into Turkish by İrem ARABACI with permission of Prof AL Montejo. 2023.

Ek-2 (devam) Psikotrop İlişkili Seksüel Disfonksiyon Ölçeği (Psychotropic-related Sexual Dysfunction (PRSexDQ-SALSEX))-Türkçe Versiyon (PİSexDÖ)

0)Asla yaşamadım. 1)Bazen yaşadım: Cinsel aktivitenin %25'inden azında. 2)Sıklıkla yaşadım: Cinsel aktivitenin %25-75'inde. 3)Her zaman/hemen hemen her zaman yaşadım: Cinsel aktivitenin %75'inden fazlasında.
5-Cinsel yaşamınızda/ilişkinizde deneyimlediğiniz değişikliklere ne ölçüde tahammül edebildiniz? 0)Herhangi bir cinsel zorluk yaşamadım. 1)Bu sorundan kaynaklanan bir problem yaşamadım. 2)Kişi bu soruna bağlı tedaviyi kesmeyi düşünmese de cinsel işlev bozukluğu onu rahatsız etmektedir. Cinsel işlev bozukluğu çiftin ilişkisini kötüleştirmektedir. 3)Bu cinsel işlev bozukluğu önemli bir sorun olarak görünmektedir. Kişi ya cinsel yaşamına ya da partneriyle olan ilişkisine ciddi zararlar verdiğinden tedaviye devam etmemeyi düşünmektedir.
TOPLAM PUAN:

HAFİF: 0-5 (1 üzerinde verilen puan yok) ORTA: 6-10 (ya da puanı 2 olan en az bir seçenek var, ama 3 yok) CİDDİ: 11-15 (ya da puanı 3 olan en az bir seçenek var)

Translated into Turkish by İrem ARABACI with permission of Prof AL Montejo. 2023.

Ek-5. Aydınlatılmış Onam

EK-2

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi İrem ARABACI tarafından yürütülen "Psychotropic-related Sexual Dysfunction (PRSexDQ-SALSEX) Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması ve Antipsikotik Alan Hastalarda Geçerlik Güvenilirlik Çalışması" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler:**
   a. Araştırmanın Amacı: PRSexDQ-SALSEX Ölçeğinin Antipsikotik kullanan bireylerde geçerlik güvenilirlik ve Türkçeye uyarlama çalışmasını yapmak.
   b. Araştırmanın İçeriği: Sosyo-demografik form, PRSexDQ-SALSEX ölçeği kullanılarak yüz yüze yapılan anketler ile ölçeğin antipsikotik alan bireylerde geçerlik güvenilirliğini belirlemek.
   c. Araştırmanın Nedeni: ☐ Bilimsel araştırma ☐ Tez çalışması
   d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 1 yıl
   e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 200
   f. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Ankara Etlik Şehir Hastanesi
2. **Çalışmaya Katılım Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:
Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Araştırmacının
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

AYBU ETİK Form 2
Y.T. / REV. : 12.202021/ 00

Ek-5 (devam) Aydınlatılmış Onam

EK-2

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

Araştırmacının
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

AYBU ETİK Form 2
Y.T. / REV. : 12.202021/ 00

Ek-7. Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire. (PRSexDQ-SALSEX)



Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire. (PRSexDQ-SALSEX).

The following questions refer to the possible appearance of sexual dysfunction after initiating treatment with psychotropic agents.

A. - Have you observed any type of change in your sexual activity (desire, excitation, erection, ejaculation or orgasm) since you began taking the treatment?
☐ YES ☐ NO

B. - Has the patient spontaneously reported this alteration or was it necessary to expressly question him or her to discover the sexual dysfunction?
☐ YES *It was spontaneously reported* ☐ NO *It was not spontaneously reported.*

1. - Have you observed any decrease in your desire for sexual activity or in your interest in sex?
   0. - *No problem*
   1. - Mild decrease. Somewhat less interest.
   2. - Moderate decrease. Much less interest.
   3. - Severe decrease. Almost none or no interest.
2.- Have you observed any delay in ejaculation/orgasm?
   0.- *No delay*
   1.- Mild delay or hardly noticeable
   2.- Moderate delay or clearly noticeable.
   3. - Intense delay, even sometimes orgasm is not possible.
3. - Have you observed that you are unable to ejaculate/or to have an orgasm once you begin sexual relations?
   0. - *None.*
   1. - Sometimes: less than 25% of the time.
   2. - Often: 25-75% of the time.
   3. - Always or almost always: more than 75% of the time.
4. - Have you experienced any difficult obtaining an erection or maintaining it once you have initiated sexual activity? (vaginal lubrication in women)
   0. - *Never.*
   1. - Sometimes: less than 25% of the time.
   2. - Often: 25-75% of the time.
   3. - Always or almost always: more than 75% of the time.
5. – How well have you tolerated these changes in your sexual relations?
   0.- *No sexual Dysfunction*
   1.- Well. No problem due to this reason
   2.- Fair. The dysfunction bothers him or her although he or she has not considered discontinuing the treatment for this reason. It interferes with the couple's relationship.
   3.- Poor. The dysfunction presents an important problem. He or she has considered discontinuing treatment because of it or it seriously interferes with the couple's relationship.

TOTAL SCORE:

MILD: 0-5 (with no item >1); MODERATE: 6-10 (OR any item =2, with no item =3); SEVERE: 11-15 (OR any item =3)

© Montejo AL, García M, Espada M, Rico-Villademoros F, Llorca G, Izquierdo JA and Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunctions (2000) [Psychometric characteristics of the Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire]. Actas Esp Psiquiatr, 28, 141- 150.

©Montejo AL, 2000. All rights reserved.