

**T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI**

HEMŞİRELİK

**PSİKIYATRİDE GÖRÜLEBİLECEK DİĞER
BOZUKLUKLAR**

Ankara, 2012

- Bu modül, mesleki ve teknik eğitim okul/kurumlarında uygulanan Çerçeve Öğretim Programlarında yer alan yeterlikleri kazandırmaya yönelik olarak öğrencilere rehberlik etmek amacıyla hazırlanmış bireysel öğrenme materyalidir.
- Millî Eğitim Bakanlığınca ücretsiz olarak verilmiştir.
- PARA İLE SATILMAZ.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
ÖĞRENME FAALİYETİ-1	3
1. MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI.....	3
1.1 Madde Kötüye Kullanımı.....	4
1.2. Madde Bağımlılığı	5
1.2.1. Madde Bağımlılığının Nedenleri.....	6
1.3. Bağımlılık Yapan Maddelerin Genel Özellikleri	9
1.4. Bağımlılık Yapan Maddeler.....	10
1.4.1. Esrar.....	11
1.4.2. Halüsinojenler.....	11
1.4.3. İnhalanlar (Uçucular).....	12
1.4.4. Alkol	13
1.4.5. Kokain	19
1.4.6. Opioidler.....	19
1.4.7. Barbitüratlar ve Benzodiazepinler	20
1.4.8. Tütün ve Nikotin:.....	21
1.4.9. Amfetamin ve Türevleri:	22
1.4.10. Kafein ve Metilksantinler	22
1.5. Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavi.....	22
1.6. Madde Kullanım Bozukluklarında Hemşirelik Yaklaşımı.....	24
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	26
ÖĞRENME FAALİYETİ-2	27
2. CİNSEL BOZUKLUKLAR VE Hemşirelik Yaklaşımı.....	27
2.1. Cinsel İşlev Bozuklukları.....	28
2.1.1. Cinsel İşlev Bozukluğunun Nedenleri	32
2.1.2. Cinsel İşlev Bozukluklarında Tedavi.....	33
2.1.3. Cinsel İşlev Bozukluklarında Hemşirelik Yaklaşımı.....	34
2.2. Cinsel Kimlik Bozuklukları	36
2.2.1. Cinsel Kimlik Bozukluklarının Etiyolojisi	38
2.2.2. Cinsel Kimlik Bozukluklarında Tedavi	38
2.2.3. Cinsel Kimlik Bozukluklarında Hemşirelik Yaklaşımı	39
2.3. Parafililer (Cinsel Sapmalar).....	40
2.3.1. Parafililerin Etiyolojisi.....	41
2.3.2. Parafililerde Tedavi	42
2.3.3. Parafililerde Hemşirelik Yaklaşımı	42
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	44
DEĞERLENDİRME	45
CEVAP ANAHTARLARI.....	47
KAYNAKÇA	48

GİRİŞ

Sevgili Öğrenci,

Bu modül madde kullanım bozukluklarını ve cinsel bozuklukları içermektedir. Birinci öğrenme faaliyetinde maddenin kötüye kullanımı, madde bağımlılığı, bağımlılık yapan maddelerle bu maddelerin kullanımında tedavi ve hemşirelik yaklaşımı hakkında temel bilgiler hazırlanmıştır. Psikiyatrinin konularından biri olan madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı, insanlığın sağlık ve gelişimini tehdit eden faktörlerin içinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Günümüzde de madde kullanımı hızlı bir şekilde artış göstermektedir. O nedenle hemşirelerin bu konuyu bilmeleri ve doğru hemşirelik yaklaşımında bulunabilmeleri önemlidir.

İkinci öğrenme faaliyetindeyse cinsel işlev bozuklukları, cinsel kimlik bozuklukları, ve parafililer (cinsel sapmalar) ile cinsel bozukluklarda tedavi ve hemşirelik bakımı hakkında temel bilgiler hazırlanmıştır. Cinsel bozukluklarda kliniklere baş vurular, toplumun cinsel konuları tabu olarak bakış açısı değişmeye başladığından artmıştır.

Modül, madde kullanım bozukluklarını ve cinsel bozuklukları kolaylıkla anlayıp öğrenebileceğiniz şekilde düzenlenmiştir. Daha ayrıntılı bilgi edinmek isterseniz modülün sonundaki kaynaklardan ve diğer bilimsel verilerden yararlanabilirsiniz.

İşletmelerde beceri eğitimlerinizde psikiyatri polikliniğine ya da servisine giderek madde kullanım bozukluğu veya cinsel bozuklukları olan bireylerin dosyalarını inceleyin ve incelemelerinizi arkadaşlarınızla paylaşın. Bu araştırmalar, modülü kolay öğrenmenizi sağlayacaktır.

ÖĞRENME FAALİYETİ-1

AMAÇ

- Madde kullanım bozukluklarını kavrayıp hemşirelik yaklaşımında bulunabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Madde kullanım bozukluklarını farklı kaynaklardan araştırınız. Araştırmanızı sunu haline getirerek sınıf ortamında sununuz.
- Bağımlılık yapan maddeleri farklı kaynaklardan araştırınız. Araştırmalarınızı not alarak sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

1. MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI

Tarih öncesi çağlardan beri madde kullanımının olduğu düşünülmektedir. İlk insanlar çevrelerindeki bitkileri tanıırken bazı bitkilerin tıbbi etkilerinin olduğunu, bazılarının ise kendilerini farklı hissettirdiğinin farkına varmışlardır. O zamandan beri madde kullanımı insanların yaşam tarzının bir parçası olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü psikoaktif (bağımlılık yapıcı) madde tanımını şu şekilde yapmaktadır: Normal sağlığın sürdürülmesi için gerekli olmayan; yaşayan bir organizma tarafından alındığında bu organizmanın bir veya daha fazla işlevini değiştiren herhangi bir maddedir. Psikoaktif maddeler merkezi sinir sistemini etkileyerek algı, duygudurum, düşünce, davranış ve motor işlevlerde uyarı veya baskılama ortaya çıkarır.

Madde kelimesi, tıbbi endikasyonu dışında kullanılan ilaçları ve bir çok kimyasal, yasal ve yasadışı olan tüm maddeleri kapsar. Doğal (bitkisel) veya laboratuvarında üretilmiş olabilir. Keyif verici özellikleri nedeniyle tüketilirler ve kişi üzerinde sahte bir “iyi oluş” hali oluştururlar. Sigara, alkol, esrar, kokain, kafein, opioidler, halüsinojenler (LSD, ecstasy), inhalanlar (benzen, toluen), sedatif hipnotikler ve diğer bir çok psikoaktif maddeler bu isim altında yer almaktadır.

Maddeler zihinsel ve davranışsal aktiviteleri etkileyerek nöropsikiyatrik belirtilere, böylece psikiyatrik bozukluklara neden olmaktadır.



Resim 1.1: Maddeler ilk beyni etkiler

Madde kullanan birey maddeyi önce denemek amaçlı kullanır, daha sonra sosyal kullanım bu aşamadan sonra madde kullanım bozuklukları; kötüye kullanım ve bağımlılık ortaya çıkmaktadır. Madde kullanım bozukluklarını DSM-IV iki gruba ayırmıştır.

- Madde kullanımından kaynaklanan bozukluklar
 - Madde kötüye kullanımı
 - Madde bağımlılığı

- Madde kullanımının organizmada yol açtığı bozukluklar:
 - Madde entoksikasyonu
 - Madde kullanımının yol açtığı deliryum
 - Madde kullanımının yol açtığı kalıcı demans
 - Madde kullanımının yol açtığı kalıcı amnestik bozukluk
 - Madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk
 - Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu
 - Madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu
 - Madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu
 - Madde kullanımının yol açtığı uyku bozukluğu

1.1 Madde Kötüye Kullanımı

Bireyin günlük yaşamında tehlikeli durumlar, yasal, toplumsal yineleyen sorunlar ve istenmeyen kötü sonuçlar ortaya çıkmasına rağmen maddenin kullanılmasına devam edilmesidir. Bu bozukluğun temel özelliği madde kullanımı kişiye zarar verdiği halde tekrarlayan biçimde madde kullanımudur.

DSM IV'e göre ise madde kötüye kullanımı tanı ölçütleri; 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz madde kullanımı örüntüsü:

- Tekrarlayan bir biçimde madde kullanımı sonucu ortaya çıkan; işte, okulda ya da evde alması gereken başlıca sorumlulukları alamama. Örneğin; madde kullanımı nedeniyle sık sık işe gitmeme ya da işte başarı gösterememe
- Fiziksel olarak tehlikeli olacak şekilde tekrarlayıcı madde kullanımı. Örneğin, madde kullanımının yarattığı bozukluklar sırasında araba kullanma
- Madde kullanımı ile ilişkili, tekrarlayıcı biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar. Örneğin, madde ile ilişkili davranım bozukluğuna bağlı tutuklanmalar
- Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da tekrarlayıcı toplumsal ya da kişiler arası sorunlara karşın sürekli madde kullanımı. Örneğin, eşle olan tartışmalar, fiziksel kavgalar.

Maddenin kötüye kullanımı bağımlılık tanısına göre daha az şiddetlidir. Maddeyi yeni kullanmaya başlayanlar için ön planda düşünülmektedir. Bazı maddeler daha uzun dönemde bağımlılık oluşturur. Bağımlılık oluşana kadar geçen süreç için madde kötüye kullanımı tanısı düşünülür.



Resim 1.2: Maddenin kötüye kullanımı

1.2. Madde Bağımlılığı

Kullanan kişide bilişsel, davranışsal, fiziksel sorunlara yol açmasına ve sosyal uyumu bozmasına rağmen madde alma davranışının kontrol edilememesidir. Madde alımı kişi tarafından kontrol edilemez; kişi maddeyi almak için oldukça güçlü bir istek duyar, hedeflediğinden daha çok ve daha uzun süre kullanır. Bağımlı kişi günlük programını maddeyi bulma ve kullanma üzerine odaklamıştır. Diğer tüm yaşam alanları onun için yok sayılabilir. Her türlü iş ve sosyal etkinlikler, bağımlı bireyin yaşamında önemsiz birer ayrıntı haline gelmeye başlar. Bağımlılık, tedavisi olan, düzelebilen bir hastalıktır. Ancak kişinin kendi kendine azaltma ya da kesme çabası çoğu kez başarısızdır. O nedenle mutlaka profesyonel yardım alınmalıdır. Madde bağımlılığının iki tipi vardır:

- **Psikolojik (ruhsal) bağımlılık:** Bir maddenin kullanımını alışmış olanlarda maddenin etkisiyle ruhsal bir tatmin duyulur. İlaç veya madde alındığı zaman rahatlama olur, keyif alınır. Bu dönemde madde kesilirse ya da alınmazsa tolerans ya da yoksunluk bulguları görülmez. Ruhsal bir takım sıkıntılar ortaya çıkabilir. Fakat kısa bir süre sonra bu sıkıntılar kendiliğinden azalır ve kaybolur.
- **Fiziksel bağımlılık (Fizyolojik):** Bazı maddelere karşı alışkanlık ileri safhaya ulaşır. Bu durumdayken madde kesilirse alınmazsa vücut fonksiyonları bozulur. Ruhsal sıkıntılarla birlikte organik belirtilerin de oluşması, yoksunluk belirtilerinin meydana gelmesi fizyolojik bağımlılık olduğunu gösterir.

DSM IV'e göre Madde Bağımlılığı Tanı Ölçütleri: 12 aylık bir dönem içinde her hangi bir dönem ortaya çıkan, aşağıdaki belirtilerden en az üçünün olmasıyla kendini gösteren klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan bir madde kullanımı örüntüsü.

- Tolerans gelişmesi; Kullanılan maddenin istenen etkisini sağlaması için kullanılan madde miktarının artırılması ihtiyacı,
- Madde kullanılmadığında bu maddeye özgü yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması,
- Maddenin çoğu kez tasarlandığından daha fazla miktarda ve daha uzun bir dönem sürecinde alınması kişinin madde kullanımını kontrol etme çabaları başarısızlıkla sonuçlanır. Kullanım miktar ve süresi kontrol dışı bir hal alır.
- Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da başarısız bırakma girişimleri,
- Maddeyi sağlamak, maddeyi kullanmak ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla çaba ve zaman harcanması,
- Madde kullanımı yüzünden sosyal, mesleki ve kişisel etkinliklerin azalması ya da tamamen bırakılması. Madde kullanmak ve madde kullanan arkadaşları ile daha çok zaman geçirmek için ailesi ile ilgili etkinliklerden ve özel zevklerinden uzak durur, İşine karşı ilgisi, işe odaklanması bozulur ve çalışma hayatında sorunlar yaşanmasına neden olur.
- Zarar görmesine rağmen madde kullanımını sürdürme; madde kullanımı giderek diğer tüm önemli etkinliklerin yerini alır. Bunun sonucunda psikolojik, fiziksel ya da sosyal sorunlara yol açtığını bildiği halde madde kullanımını sürdürülür.

1.2.1. Madde Bağımlılığının Nedenleri

Madde bağımlılığının gelişmesi ve ilerlemesinde birçok etmen rol oynamaktadır. Bu etmenlerden sık görülenleri;

- **Genetik etmenler:** Madde kullanan kişilerin ailelerinde de madde kullanımı sık görülmektedir. Yapılan çalışmalarda özellikle alkol bağımlılığının kalıtsal etkenler ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Alkolik ailelerin çocuklarında alkolizm görülme oranı da diğer çocuklara göre 3-4 kat artmaktadır. Ancak diğer madde kötüye kullanımında ya da bağımlılıklarının gelişiminde kalıtsal etkenlerin rolü üzerine yerince bilgi yoktur. Bu nedenle madde kullanan ailelerin çocuklarında da madde kullanımının olmasının nedenlerini genetik teorilerle açıklanması tartışma konusudur. Çünkü; aile biçimleri ve aileden öğrenme de genetik nedenler dışında ayrı bir etken olduğundan hangi etkenin çocuğun madde kullanımına yol açtığı bilinmemektedir. Bu nedenle genetik bir kod bulunmadığı takdirde madde kullanmanın kalıtsal bir durum olduğu ileri sürülemez.
- **Psikolojik etmenler:** Bazı kişiler, karşılaştığı sorunlarla başa çıkmakta zorlanır; içinde bulunduğu ortama uyum sağlayamaz. Bu kişiler; bağımlı, duygusal yönden gelişmemiş, engellenmeye dayanamayan, benlik algısı düşük, sosyal fobisi olan, fevri davranışlar, tatminsizlik, ansiyete ve panik durumlarını sık yaşayan, içinde buldukları durumu tahlil yeteneğine ve durumlarını değiştirme yetisine sahip olmayan güvensiz kişilerdir. Bu kişiler kendilerine rahatsızlık veren olumsuz duygulardan kurtulmak amacıyla madde kullanmaya yönelebilirler. Psikoseksüel gelişim dönemlerinde özellikle oral dönemde sevgi ve güvenin eksik olması nedeniyle yetişkinlik döneminde yaşanan kaygının bastırılabilmesi ve bu duyguyla başa çıkabilmek amacıyla insanın uyuşturucu maddelere yöneldiği düşünülmektedir. Ayrıca yapılan araştırmalarda madde bağımlılığıyla kişilik bozuklukları arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. En sık; anti sosyal kişilik bozukluğu olmak üzere bağımlı kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu ve pasif agresif kişilik bozukluğu madde bağımlılarında sıklıkla rastlanan kişilik bozukluklarıdır.
- **Sosyo-kültürel etmenler:** Bir toplumda madde kullanımı kabul görüyorsa madde o çevrede kolay bulunuyorsa kullanan kişi sayısı artar ve o toplum yaşamında bu normal olarak kabul edilir. Kullanmayan bir kişi madde kullanmaya başlayarak kullanan kişilerin grubuna girmeye, sosyal kabul ve destek görmeye çalışır. Madde kullanımında önemli etkenlerden biri ise kişinin yaşamında riskleri göze alıyor ve riskli bir yaşamı tercih ediyor olmasıdır. Uyuşturucu madde kullanımını özendirilen bazı toplumsal etmenler de vardır. Bunlar arasında özellikle tüketim toplumlarında yaygınlaşan günlük streslerden haplar ya da ilaçlar yoluyla kurtulma davranışlarıdır. Bir ilaç olarak sistemin getirdiği yüklerden kurtulmaya çalışılmaktadır. Bu ilaçların bir kısmı düzensiz ve kontrolsüz alındığında bir süre sonra bağımlılığa neden olabilmektedir. Madde kullanımı üzerinde aile ve akran ilişkileri oldukça önemlidir.

- **Aile:** İnsan yaşamında ve gelişiminde çok önemlidir. İnsanın gelişim dönemlerinde etkilendiği, sevgi ve güven duygularını geliştirdiği kurumdur. Çocukların aile içindeki ilk ilişkileri, daha sonra sağlıklı gelişmeleri ve madde kullanımı riskini belirleyen en önemli etmendir. Aile ile madde kullanımı arasındaki ilişki aşağıdaki gibi özetlenebilir:
 - Madde kullanan gençlerin büyük çoğunluğunun ailesinde de uyuşturucu madde kullanan kişiler saptanmıştır.
 - Madde kullanımını ailenin yaşadığı çevrenin özellikleri, ailenin eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi etkiler.
 - Madde kullanan gençlerin aileleri genellikle ihmal eden, yeterli kontrol, sevgi ve destek sağlamayan, disiplinsiz ailelerdir.
 - Bazı ailelerin ileri derecede katı, baskın, çocuğun gelişimine olanak tanımayan yapıya sahip olduğu belirlenmiştir.
 - Bazı aşırı koruyucu, kollayıcı ailenin çocuklarında da uyuşturucu kullanımı yaygın olduğu gözlenmiştir.
 - Boşanmış, ayrı yaşayan, ebeveynlerden birinin kaybedilmiş olduğu, parçalanmış aile çocuklarında uyuşturucu madde kullanımı daha yaygındır.
 - Anne babanın iyi birer model olmaması da önemli bir etkendir. Sorunlar karşısında aciz kalan , çözüm üretemeyen ya da uyuşturucu maddelere karşı hoşgörülü ailelerin çocukları risk altındadır.
 - Aile içinde gencin özdeşim kurabileceği bir bireyin olmaması önemli sorunlar yaratabilmektedir.



Resim 1.3: Aile içi şiddet

- **Akran ilişkileri:** Uyuşturucu ve alkol bağımlıları bu maddeleri kullanmaya genellikle genç yaşta başlarlar. Ergenlik döneminde arkadaşlar çok önemlidir. Alkol ve madde kullanan arkadaşlar, kişinin ilk alkol ve madde kullanımında etkili olmaktadır. Okul başarısızlığı ve sosyal beceri yokluğu genci risk altına sokmaktadır. Sigara, alkol ya da herhangi bir uyuşturucu bir grup içinde norm olmuşsa veya o grubun elemanı olmanın bir şartı gibiyse, gruptaki yerini kaybetme ya da alay edilme endişesi gence uyuşturucunun etkilerinden daha korkunç gelir. O nedenle madde kullanmaya başlayabilir.

1.3. Bağımlılık Yapan Maddelerin Genel Özellikleri

Bağımlılık yapan maddeler; kullanıldığında merkezi sinir sistemini etkilemesi sonucunda kullanan kişinin ruhsal ve fiziksel dengesini bozan, bağımlılığa neden olan, kişisel, sosyal, ekonomik ve toplumsal çöküntü oluşturan maddelerdir.

Bağımlılık yapan maddelerin doğrudan bağımlılık yapmasıyla ilişkili ortak özellikleri vardır. Bunlar:

- **Keyif vericilik:** Bağımlılık yapan maddeler keyif verici özelliğe sahiptir. Buradaki keyif vericilik yararlı ve keyif veren hobilerle elde edilen keyiften farklı bir keyif değildir. Beyinde bir keyif ve motivasyon merkezi vardır ve keyif alınan tüm durumlarda başka bir merkezin uyarılması söz konusu değildir. Taraftarı olunan bir futbol takımının farklı bir galibiyeti, yeteneklerin ödüllendirilmesi ve çok sevdiğiniz bir dostunuzla veya arkadaş grubunuzla hoşlandığınız bir faaliyeti birlikte yapmak gibi sıradan günlük olaylarda da beynin aynı merkezi uyarılır ve keyif alınır. Bağımlılık yapan maddeler keyif vericidir ancak keyif verici etkilerine hızla tolerans gelişir. Aynı keyfi duymak için dozu artırma zorunluluğu vardır. Doz artışı da hızla fiziksel bağımlılık gelişimine ve yoksunluk krizine giden kısır döngüyü başlatır.
- **Madde arayışı davranışı oluşturma:** Bağımlılık yapıcı maddelerin tümünde belli bir süre kullanımdan sonra, madde arayışı davranışı gelişir. Bu durum kullanılan maddeyi aşırma düzeyinde şiddetle arzulama (craving) ve onu elde etmediği sürece kendini kötü hissetmeyle karakterizedir. Böyle bir özlemle kişi maddeyi elde etmek için geçerli tüm yasaları ve ahlak kurallarını çiğneyebilir ve her yola başvurabilir.
- **Tolerans gelişimi:** Bağımlılık yapıcı maddelerin çoğuna kullanım süresi içinde derecesi kullanılan maddeye göre değişen ölçüde tolerans gelişir. Aynı farmakolojik gruptaki maddelerden birine karşı tolerans gelişmişse bu grubun diğer üyelerine karşı da tolerans gelişimi söz konusudur. Buna “çapraz tolerans” denir. Çapraz tolerans ilaç grupları arasında da olabilir.

- **Duyarlılaşma gelişimi:** oğunlukla farmakolojik etkiye sahip bir maddenin tekrarlayan kullanımı esnasında maddenin bazı etkilerine tolerans gelişir. Bununla beraber, bazı durumlarda, bir maddenin bir etkisi tekrarlayan kullanımı esnasında artabilir. Bu durum “duyarlılaşma (sensitizasyon)” veya “ters (reverse) tolerans” olarak adlandırılır. Duyarlılaşma toleransa göre daha kalıcıdır.
- **Yoksunluk krizi gelişimi:** Yoksunluk; maddeye zruhsal veya fiziksel belirtilerin ortaya çıkmasıyla gelişen kriz tablosudur. Fazla ve uzun süreli kullanılan bir maddenin tolerans ve bağımlılık geliştikten sonra, ani olarak kesilmesi veya azaltılması sonucu yoksunluk krizi ortaya çıkar. Yoksunluk krizinin şiddeti kullanım süresi ve gelişen fiziksel bağımlılığın derecesine göre öldürücü olabilir. Yoksunluk sendromu bağımlı için acı verici ve istenmeyen bir durumdur. Birey, rahatsızlık veren bu durumdan kurtulmak için tekrar madde kullanmak ister.
- **İkincil hastalıkların ortaya çıkması:** Doza ve kullanım sıklığına göre özellikle vücudun böbrekler, karaciğer ve akciğerler gibi zehirli bileşiklerin atılım organlarında ciddi hasarlar oluştururlar. Bu maddelerin kronik olarak tkutilmesi zamanla kullanan kişiye, maddenin niteliğine, kullanılan doza ve maddenin alınış yoluna göre değişen nitelik, şiddet ve sürede ciddi fiziksel ve ruhsal hastalıkların gelişimine neden olur. AIDS, ciddi karaciğer ve böbrek hastalıkları, kalıcı beyin hasarları, ciddi psikozlar ve kanser görülme sıklığı bağımlılar arasında daha yüksektir. Madde bağımlılığı ile birlikte en sık görülen mental hastalıklar arasında depresyon ve şizofreni sayılabilir. Depresyon madde bağımlılığına yatkınlığı artırabileceği gibi sürekli madde kötüye kullanımın bir sonucu olarak da karşımıza çıkar. Çoğu madde bağımlısında depresyon görülür. şizofrenide alkol, sigara ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanım sıklığının arttığı epidemiolojik çalışmalarla ortaya konmuştur.
- **Yasak ve toplumsal tepki:** Alkol ve sigara dışında kalan maddelerin kullanımı ve pazarlanması kanunlarla yasaklanmıştır. Ülkemizde son yıllarda özellikle sigara kullanımının kısıtlanmasına yönelik yasal düzenlemeler yapılarak pasif içiciliğin engellenmesine yönelik toplumsal bilinç gelişmesi için çalışmalar yapılmaktadır.

1.4. Bağımlılık Yapan Maddeler

Bağımlılık yapan maddelerin bazıları psikolojik bağımlılık yapar, fizyolojik bağımlılık yapmaz. Bunlar esrar halüsinojenler ve inhalanlardır (uçucular). Bazı maddelerse hem psikolojik hem de fizyolojik bağımlılık yapar. Bunlar; alkol, opioidler morfin, barbitüratlar, kokain, amfetaminler ve sigaradır.

Bağımlılık Yapan Maddeler	Bağımlılık Tipleri
Opioidler (Opium, heroin, kodein vb).	Opyat tipi bağımlılık
Morfin	Morfin tipi bağımlılık
Alkol (Etil Alkol)	Alkol tipi bağımlılık
Esrar	Esrar (marihuana) tipi bağımlılık
Barbitüratlar ve Benzodiazepinler	Barbitürat, Benzodiazepin tipi bağımlılık
Kokain	Kokain tipi bağımlılık
Amfetaminler	Amfetamin (uyarıcı) tipi bağımlılık
Halüsinojenler Liserjik asit dietil esteri (LSD), psilosibin, harmin, harmalin, ibogain, meskalin vb.	Halüsinojen (LSD) tipi bağımlılık
Uçucu solventler (inhalanlar) (Toluen, ksilen, benzen, trikloretilen)	Solunan çözücü tipi bağımlılık
Nikotin içeren tütün ürünleri	Tütün tipi bağımlılık

Tablo 1.1. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı bağımlılık yapıcı maddeler ve bağımlılık tipleri

1.4.1. Esrar

En sık kullanılan psikoaktif maddedir. Yoğun psikolojik bağımlılık yapar. Kannabis, marihuana, haşhiş olarak da bilinir. Genelde sigara şeklinde kullanılır. Sigaranın organizma üstündeki olumsuz etkileri, esrar için de geçerlidir. 412 ayrı kimyasal madde içerir. Esrarın organizma üzerine etkileri; öfori, disfori, bellek ve öğrenme güçlüğü, algıda bozulma, problem çözme yeteneğinde güçlük, koordinasyon kaybı, taşikardi, ağız kuruluğu anksiyete ve panik bozukluktur. Akciğerdeki etkisi sigarayla aynıdır. Marihuana kullanımıyla alınan katran ve karbonmonoksit miktarı sigara içiminden 5 kat fazladır.

Esrar yoksunluk oluşturur. Esrarı uzun süre ve yüksek dozlarda kullananlar ani olarak bu maddenin kullanımını bıraktıklarında uykusuzluk, irritabilite, huzursuzluk, maddeyi arzulama, depresyon, tremor, terlemede artış, ağrı, anksiyeteye bağlı sinirlilik ve kırgınlık görülür. Yoksunluk bulguları 24 saat sonra başlar, 2-4 gün içinde doruk düzeye ulaşır. 14 gün içinde azalmaya başlar. Uzun süre kullanımlarda kalıcı hasarlar oluşur.

1.4.2. Halüsinojenler

Doğal ve sentetik halüsinojenlerin içinde en tanınmış olanı LSD'lerdir (lysergic acid diethylamide). Psilocybin, mescaline, harmine ve türetilmiş amfetaminler (MDMA, MDEA, MMDA) bu gruptandır. LSD kokusuz ve renksiz az da olsa acı bir tadı olan maddedir. Yenerek, emilerek veya sigara şeklinde kullanılırlar.

LSD'nin fiziksel etkisi; hipertansiyon, taşikardi, pupilla genişlemesi, iştah kaybı, terleme, ağız kuruluğu, uyuşukluk ve tremordur. Ruhsal olarak algı bozuklukları, tetikte olma, uyumsuz davranış değişiklikleri, paranoid düşünce, depersonalizasyon (kişinin vücudunun tümü ya da bir kısmına yabancılaşması) panik reaksiyonlara (bad trip) neden olur. Yüksek doz alımlarda görsel halüsinasyonlar, paranoyalar görülür ve panik gelişebilir. Bu durum kullanımdan 12 saat sonra silinmeye başlar. LSD kullanımı sonucu depresif yakınmalar ve şizofrenik bozukluk gelişebilir. Tedavide destekleyici yaklaşım gerekir.

1.4.3. İnhalanlar (Uçucular)

Ulaşımı kolay olduğundan sık kullanılmaktadır. Ev veya iş yerinde kullanılan çok sayıda sıradan ve ucuz ürünler, teneffüs edilebilir maddeler içerir. İnhalanlar solunum yoluyla burun ve ağızdan alınır. Yaygın olarak kullanılan uçucu maddeler aşağıda belirtilmiştir:

- Boyalar ve boyalarda kullanılan tiner ve incelticiler
- Yapıştırıcılar (uhular)
- Çakmak gazı olarak kullanılan bütan gazı
- Kuru temizlemede kullanılan maddeler (çözücüler)
- Benzin
- Yazı yazarken yapılan hataları silmekte kullanılan maddeler
- Sprey boyalar, saç ve deodorant spreyleri

Uçucu madde kullanımında, fiziksel bağımlılık nadiren gelişir ancak güçlü bir psikolojik bağımlılıkla tolerans gelişimi görülmektedir. Akciğer yoluyla süratli bir şekilde emilerek, hızla beyne ulaşırlar. Genellikle merkezi sinir sistemi depresanı olarak hareket ederler. Beyin üstüne doğrudan toksik etki yaptığı için oldukça zararlıdır. Etkileri, 5 dakika içinde görülmekte ve alınan maddeye, dozuna bağlı olarak 30 dakikayla saatler arasında sürebilmektedir.

Uçucu maddelerin neden olduğu fiziksel etkiler; sahte neşe hali, konuşma bozukluğu, uyuklama, nefeste koku, taşikardi, baş ağrısı, bulantı, kusma, burun kanaması, halüsinasyonlar, hezeyanlar, algı ve kontrol kaybı görülebilir. Saldırgan ve tehlikeli davranışlar uçucu madde kullananlar arasında sık olarak gözlenir.

En ciddi yan etkileri, uçucu maddelerin beyin ve kalp üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı solunum depresyonu, kardiyak aritmiler, asfiksi ve kusmuğun aspirasyonu nedeniyle ani ölümler görülmesidir.

Uzun süre uçucu madde kullanım sonucunda, ventriküler fibrilasyon, karaciğer, böbrek, merkezi sinir sistemi veya beyin hasarı, işitme kaybı, kol ve bacaklarda spazm, kemik iliğinde hasar ve kan O₂ düzeyinde düşme (vücuttaki tüm hücreler hipoksi nedeniyle zarar görebilir.) görülebilir.

Ergenler arasındaki uğucu madde kullanımı; davranış bozukluğu ya da antisosyal kişilik bozukluğu ile de ilişkilidir. Uęucu maddelerin sadece sokak çocukları arasında kullanıldığı dūřuncesi yanlıştır. Bu maddeler artık her yaşta ve sosyo ekonomik dūzeyde kullanılan bir madde haline gelmiştir.

1.4.4. Alkol

Alkol dūnyada en eski ve çok yaygın olarak kullanılan yasal bir maddedir. Yasal bir madde olduęu için ulařımı kolaydır. Baęımlılık yapıcı etkisi yūksektir. Ařırı alkol tūketimi ve alkolle iliřkili sorunlar tūm dūnyada önemli bir sorundur. Alkol baęımlılıęı; saęlık sorunları, trafik kazaları, intihar, suç iřleme, aile parçalanması, ekonomik sorunlar ve iř hayatının bozulması vb. Çok ynlū toplumsal sorunlara neden olur. Alkolle iliřkili bu sorunlar her sosyal sınıfta gr÷lmektedir.

Alkollū içkilerin etken maddesi etanoldür (etil alkol). Etil alkol, meyve tahıllarındaki karbonhidratların fermentasyonu sonucu kolayca elde edilebilmektedir. Bu nedenle, hemen her toplumda alkollū içecekler bilinmekte ve kullanılmaktadır. Alkol insan bedeni için toksik bir maddedir. Etil alkol alındıęı miktara ve kandaki konsantrasyonuna baęlı olarak santral sinir sisteminde foriden koma ve lūme kadar deęiřen etkilere neden olur. Alkol doęrudan kana karıřan bir maddedir. Yiyecekler ve dięer alkolsüz içecekler gibi sindirilmez.

Alkol içen herkes baęımlı olmamakla birlikte, belli dūzenle alkol alınması psikolojik ve çoęunlukla da fiziksel baęımlılık yapmaktadır. Yapılan arařtırmalara göre; her g÷n 100 ml, kanda 100-150 mg alkol dūzeyi yapacak biçimde alkollū iki tūketenlerde, 5 yıl içinde baęımlılık geliřmektedir. Çocuklarda ve kırk yařından sonra alkole bařlayanlarda bu sūre 2-3 yıla inebilmektedir.

Alkollū içeceklerde içindeki alkol miktarına göre standart iki tanımı kullanılmaktadır. Farklı ÷lkelerde iki b÷y÷klüklerine göre farklı standart iki tanımı kullanılır. Örneęin, bir standart iki Kanada'da 13.6 g, Amerika Birleřik Devletleri'nde 14 g, İngiltere'de 8 g, Avustralya'da 10 g, Japonya'da 19.75 g etanoldür. ÷lkemizde bir standart iki 12-14 g etanol içerir (Bir řiře bira, bir tek rakı, bir kadeh şarap bir standart ikidir). G÷nde dört standart ikiden fazla ve haftada 14 standart ikiden fazla içen erkekler, g÷nde üç standart ikiden fazla ve haftada yedi standart ikiden fazla içen kadınların ve 65 yař üstü erkeklerin alkolle ilişkili sorun yaşama riski fazladır.

Alkolden, kadınlar erkeklere göre daha çabuk etkilenir. Aynı miktar alkol alan aynı vūcut aęırlıęındaki bireylerde kan alkol dūzeyi; kadınlarda, erkeklere göre daha yūsek olur. Bunun nedeni; kadınlarda, vūcut yaę oranı daha fazla olduęu için etil alkolün daęılım hacmi erkeklerdekinden biraz daha azdır ve kadınların vūcut aęırlıęı genelde erkeklerinkinden daha az olduęundan bu da aynı miktar alkol alan kadın ve erkek arasındaki konsantrasyon farkında rol oynar.

Ergenlik döneminde, erişiminin kolay olması nedeniyle alkol sık kullanılabilir. Alkolün ergenlik dönemindeki gelişmekte olan beyne etkisi ile yetişkin beynine etkisi

farklıdır. Ergenlik döneminde beyin gelişim sürecindedir ve belli değişimler geçirir. Bu değişimler döneminde alkol alınması bilişsel yetenek, bellek ve planlamaya olumsuz etki eder. Haz merkezinde de önemli değişimlere neden olur.

1.4.4.1. Alkol Kullanım Bozuklukları

Alkol kullanımı ile ilgili bozukluklar tüm sosyoekonomik sınıflarda görülmektedir. Alkol kullanımı insanlık tarihi kadar eski olmasına rağmen alkol kullanım bozukluklarının hastalık olarak algılanması son zamanlarda gerçekleşmiştir. Alkol kullanma biçimleri ele alındığında;

- **Sosyal içicilik (Düşük riskli alkol kullanımı):** Alkol kullanımından dolayı sağlık sorunu ya da sosyal sorun yaşamayan ve alkol kullanımı kesildiğinde yoksunluk yaşamayan kişiler için kullanılır. Sosyal içici olarak adlandırılan bu kişiler, alkolün kötüye kullanımının olumsuz etkilerini yaşamazlar ancak alkolle ilişkili kazalar gibi tek bir içme döneminin riskleriyle karşı karşıyadırlar.
- **Riskli alkol kullanımı:** Alkol; içen kişide fiziksel, mental ya da sosyal alanlarda sorunlara yol açtığına veya var olan sorunları artırdığına ya da diğer sağlık sorunlarının iyileştirilmesini etkilediğinde ‘çok içmek’ yahut ‘riskli alkol kullanımı’ olarak değerlendirilir. Riskli alkol kullananlar arasında 21 yaşın altında alkol kullananlar, alkol kullanan hamile kadınlar, belirli ilaçları (örneğin, sedatif-hipnotikler, metranidazol, antihipertansif ilaçlar) kullanan kişiler, hipertansiyon, diyabet hastaları ya da makine, araç kullanan kişiler sayılabilir. Alkol kullanım miktarı ve sıklığı arttıkça bazı sorunlar ortaya çıkacaktır. Giderek kötüye kullanım ve bağımlılık gelişecektir.
- **Alkol kötüye kullanımı (zararlı alkol kullanımı):** Birçok sosyal, ruhsal ve tıbbi sorunlar yaşayan fakat alkole bağımlı olmayan insanlar, alkolü kötüye kullananlar veya bağımlı olmayan sorunlu içiciler olarak adlandırılır. Alkolün kötüye kullanımı olgularının hepsinde alkol bağımlılığı gelişmez; büyük çoğunluğu ömürleri boyunca sorunlu olmayan içmeyle sorunlu olabilecek içme dönemleri arasında gidip gelirler. DSM-IV-TR’ye göre aşağıdakilerden bir ya da daha fazlasının en az bir yıl sürmesi durumunda alkolün kötüye kullanımı düşünülür.
 - İşte, okulda ya da evde, alması beklenen sorumlulukları yerine getirememesi; tekrarlayıcı bir şekilde alkol kullanımı,
 - Tehlikeli durumlarda yinelenen alkol kullanımı (örneğin alkollü araba kullanma),
 - Alkol kullanımıyla ilişkili tekrarlayıcı bir şekilde yasal sorunlar ortaya çıkması (alkol etkisinde ortaya çıkan davranış bozuklukları nedeniyle tutuklanma)
 - Alkol kullanımıyla ilişkili toplumsal ya da kişiler arası sorunlar yaşanmasına rağmen alkol kullanımının sürmesi

➤ **Alkol bağımlılığı:** Alkol bağımlılığı, alkolizm olarak da adlandırılır. Alkole karşı fiziksel ve psikolojik bağımlılık geliştiği için içme davranışı üzerindeki kontrol kaybıdır. Alkol almak için yoğun istek vardır. Alkol bağımlıları uzun süreli alkol kullanımının hem tıbbi hem de sosyal sonuçlarını yaşarlar. İçme davranışı üzerinde kontrol kaybı, alkol kötüye kullanımı ile alkol bağımlılığı arasındaki kritik sınırı oluşturur. Alkol kötüye kullanımını, alkol bağımlılığından ayırt etmek güç olabilir. Bağımlılık gelişmesi genellikle geç olarak ve belirgin derecede tolerans geliştikten sonra olur. Diğer bağımlılık tiplerinden farklı olarak alkol bağımlılığında karaciğer, beyin, miyokart ve çizgili kaslarda bozukluklar da gelişir. Bu nedenle alkol bağımlılığı aynı zamanda kronik alkol zehirlenmesidir. Alkol bağımlılığı genellikle 22-35 yaşları arasında görülür. Kadınlarda bağımlılık erkeklere göre daha seyrek görülür. DSM-IV-TR'ye göre son 12 ay içinde aşağıdakilerden en az üçünün yaşanmış olması durumunda alkol bağımlılığı tanısı konur:

- Uzun süre aynı miktar alkol alınmasına karşın aynı etkiyi sağlamak için alkol kullanım miktarının artması (Tolerans gelişmesi).
- Alkole özgü yoksunluk sendromu gelişmesi ya da yoksunluk semptomlarından kurtulmak veya kaçınmak için alkol alınması
- Alkol alımının sınırlandırılmaması, istenen ya da planlanandan daha fazla kullanılması,
- Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da başarısız girişimler,
- Alkolü sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama
- Alkol kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması,
- Alkolün neden olduğu ya da alevlendirmiş olabileceği fiziksel ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımı sürdürme

Alkol bağımlılığı gelişmesinde; genetik geçiş, emosyonel instabilite, kişilik bozuklukları ve sosyokültürel faktörler rol oynar. Yapılan araştırmalarda bireyin ailesinde alkol bağımlısı varsa diğer bireylere göre alkol bağımlılığı riski 3-4 kat fazladır. Çocuklukta dikkat eksikliği ve hiperaktivite, davranış bozukluğu ya da her ikisinin birlikte olması erişkinlikte alkole bağlı bozuklukluk riskini arttırmaktadır. Ayrıca antisosyal kişilik bozukluğu gibi kişilik bozuklukları da alkole bağlı bozukluklara yatkınlığı arttırmaktadır.



Resim 1.4: Alkol bağımlılığı

1.4.4.2. Alkol Kullanımına Bağlı Tıbbi ve Sosyal Sorunlar

Belli miktarın üstünde alkol kullanıldığında çeşitli bedensel ve ruhsal zararlar ortaya çıkar. Kullanılan miktarla orantılı olarak ortaya çıkan sorunlar da farklı olur. Kullanılan alkol miktarı arttıkça zarar riski de artar. Kandaki alkol miktarı belli bir düzeyin üstüne çıktığı zaman koma ve ölüm görülebilir. Alkol bedeninin bütün hücrelerini, fakat en çok beyin hücrelerini etkiler. Bu nedenle etkileri önce davranışlarda belli olur. Kronik alkol tüketimi uzun süreli tıbbi sorunlara yol açar. Bu sorunlar:

- **Mide-barsak sistemi:** Yemek borusu hastalıkları, gastrit, ülser, akut ve kronik pankreatit, pankreas üzerine olumsuz etkileri ile şeker metabolizmasında bozukluk
- **Karaciğer:** Yağlanma, hepatit, siroz, karaciğer koması
- **Bağırsıklık sisteminin baskılanması:** Tüberküloz, pnömoni, kanser riskinin artması
- **Beslenme bozuklukları:** Bağırsaklarda emilim bozukluğu sonucu; B1, B5, B12 ve folat (folik asit) eksikliğine bağlı hastalıklar, anemi
- **Nörolojik:** Bacaklar ve ellerde uyuşma, ağrı, denge kaybı, beyin hücrelerini etkileyerek dil ve dikkat işlevlerinde bozulmalar, dürtü kontrolünde zafiyet
- **Gebelikte kullanılması halinde bebekte:** Düşük doğum ağırlığı, gelişim geriliği, yarı dudak, kalp-damar bozuklukları, nörolojik bozukluklar
- **Kalp- Damar sorunları:** Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı
- **Ruhsal sorunlar:** Uykusuzluk, bellek kaybı, anksiyete, depresyon
- **Diğer sorunlar:** Beyin kanaması, cinsel işlevde bozulmadır.

Kronik alkol tüketiminin neden olduğu sosyal sorunlar; Aile sorunları (boşanma, geçimsizlik, şiddet), iş sorunları (işten atılma), yasal sorunlardır (alkollü araba kullanırken yakalanmak, kaza, kavga).

Kandaki konsantrasyon (mg/100 ml)	Etkiler
50 – 80 (80 mg/100 ml, yaklaşık olarak, 60 ml rakı veya viski veya iki şişe -1000 ml- bira içtikten sonra oluşan konsantrasyondur.)	Öfori, hafif motor bozukluklar, zihinsel etkinlikte azalma
80 - 100	Nistagmus, beceri isteyen işlerin yapılmasında aksama, araba sürme yeteneğinin bozulması, EEG’de alfa dalgalarının aktivasyonu
100 - 200	Emosyonel düzensizlik, motor koordinasyonun ileri derecede bozulması (ataksi, yalpalama), EEG’de alfa dalgaların frekansının azalması, daha sonra yavaş dalga periyodlarının belirlenmesi
200 - 300	Konfüzyon, geveleyerek konuşma, amnezi
300 - 400	Stupor ve koma
500 - <	Kesinlikle ölüm

Tablo 1.2: Kandaki alkol konsantrasyonuna bağlı olarak ortaya çıkan santral etkiler

1.4.4.3. Alkol İntoksikasyonu

İntoksikasyon; yakın bir geçmişte, madde alımına bağlı gelişen geri dönüşlü, maddeye özgü bir sendromdur. Maddenin merkezi sinir sistemi üzerine direkt etkisine bağlı ortaya çıkan belirgin uygunsuz davranışlar, psikolojik değişiklikler vardır. Alkol intoksikasyonu, alkol kullanımı sırasında ya da sonrasında alkolün merkezi sinir sistemine etkisiyle ortaya çıkan, belirgin şekilde uygunsuz davranışlar, psikolojik ve nörolojik değişikliklerin ortaya çıktığı durumdur. İntoksikasyon belirtileri şunlardır:

- Yüzde kızarma,
- Konuşmada bozukluk (peltek konuşma),
- Huzursuzluk ve ajitasyon,
- Dikkat dağınıklığı, konfüzyon, stupor, koma,
- İllüzyonlar ve geçici hallüsinasyonlar,
- Bellek bozukluğu,
- Düşünce bozuklukları,
- Psikomotor davranışlarda artış ve saldırganlık,
- Ataksi, nistagmus, koordinasyon bozukluğu gibi nörolojik bozukluklar,
- Kandaki alkol miktarı arttıkça tablo ağırlaşır, birey önce komaya girer, solunum durmasıyla ölüm gerçekleşir.

Alkol entoksikasyonunda hastanın; kan basıncı, solunumu, ateşi çok yakından takip edilir. Tıbbi durumu ayrıntılı bir şekilde gözden geçirilir. Alkol seviyesine bakılır ve entoksikasyonun ne derecede olduğu tespit edilir. Alkol entoksikasyonunda sıklıkla kan şekeri düzeyi düşebilir. Hasta bu açıdan takip edilmelidir. Eğer hastaların saldırganlığı, etrafa zarar verme ve aşırı öfke hali söz konusu ise nöroleptik ilaç takviyesi yapılır. Tıbbi durumunun ciddiyeti, beraberinde başka bir madde kullanım öyküsünün varlığı veya şiddetli entoksikasyon durumu söz konusuysa yoğun bakım takibi gerektirir.

1.4.4.4. Alkol Yoksunluğu

Uzun süre, sık ve yoğun miktarda alkol kullananlarda alınan alkol miktarının azaltılması ya da aniden kesilmesi durumunda ortaya çıkan sendromdur. Alkol yoksunluk belirtileri;

- Otonomik hiperaktivite (Örn; terleme, taşikardi vb.),
- Artmış el tremoru,
- Uykusuzluk,
- Bulantı ya da kusma,
- Görsel, dokunsal ya da işitsel geçici halüsinasyonlar ya da illüzyonlar,
- Psikomotor ajitasyon,
- Anksiyete,
- Epileptik nöbetler,
- Mesleki ve toplumsal işlevlerde bozulmalar gibidir.

Alkol yoksunluğunun tedavisi ortalama 1-2 hafta kadar sürer. Hastanın fiziksel bulguları iyi değerlendirilip gerekli önlemler alınır. Yoksunluk döneminde çoğu zaman vücudun sıvı eksikliği olur, buna yönelik uygun sıvı takviyesi yapılır. Özellikle tiamin ve folik asit içeren polivitamin takviyesi yapılır. Proteinden zengin ve bol mineralli besinlerle yeterli derecede beslenmesi ve hastanın dinlenmesi sağlanır.

Bu yoksunluk belirtilerinden kurtulmak veya kaçınmak için alkol kullanımını olabilir. Alkol yoksunluğu hafife alınmamalıdır. Bazı kişilerde deliryum tremens gelişebilir.

- **Deliryum tremens:** Kronik alkolizmde, alkolü bırakmaya bağlı olarak gelişen bilinç ve diğer bilişsel işlevlerde bozulmayla karakterize bir sendromdur. Alkol kesilmesi ya da azaltılmasından 48-72 saat sonra akut olarak ortaya çıkar, genelde kısa sürelidir (saatler, günler) ve belirtilerde gün boyu dalgalanmalar görülür. Deliryum tremens acil ve yoğun bakım gerektiren klinik tablodur. Bu tablo 3-4 gün sürebilir. Hastada görülen belirti ve bulgular; huzursuzluk, uykusuzluk, oryantasyon bozukluğu, algı bozukluğu, bilinç bulanıklığı, dikkat dağınıklığı, sıklıkla halüsinasyonlar ve illüzyonlar, titreme, ataksik yürüyüş, hipertansiyon, taşikardi, ateş, terleme ve sıvı elektrolit dengesizlikleridir.

1.4.5. Kokain

Kokain bir alkaloiddir ve Güney Amerika'da And dağlarında yetişen Erytroxylon Coca bitkisinin yapraklarından elde edilir. Kok, blow, cane, freebase olarak bilinir. İnhalasyon yoluyla, sigara gibi içerek ya da intravenöz yolla kullanılır. İntravenöz yoldan veya inhalasyon yoluyla alınan kokainin bağımlılık yapma potansiyeli diğer yollara göre daha yüksektir.

Kokain kullanımı sonucunda kan damarlarında vazokonstriksiyon, pupilla dilatasyonu, yüksek ateş, taşikardi, hipertansiyon gelişir. Yüksek doz ya da uzun süreli kokain kullanımı, sanrısız bozukluğa neden olur. Burundan kullanımı sonucunda müköz membranda ülserasyon gelişir. Kokain kardiyak komplikasyonlar ve deliryumla ani ölüme neden olabilir.

Kokain yoksunluğu, kokain açlığı belirgindir. Yorgunluk, suçluluk, anksiyete, depresyon görülebilir ve birkaç günde pik yapar. Tedavi semptomatiktir. Tespit etme, benzodiazepin, antipsikotikler, beta blokerler uygulanabilir.

1.4.6. Opioidler

Opioid, vücutta morfin gibi etki gösteren maddelerdir. Ana kullanım amaçları analjezidir. Opium türevleri ve sentetik maddelerinden oluşan diasetil morfin (eroïn, smack, horse), metadon, kodein, oxycodone (percadon, percocet), meperidin, pentozasin vs. narkotik analjeziklere verilen bir addır.

Opiumun sigara gibi oral, İV. ve SC. veya nazal kullanım yolları vardır. Morfin, heroin (diasetilmorfin) ve diğer opioid ilaçların kötüye kullanımı çabuk gelişen bir bağımlılığa neden olur.

Morfin, genellikle aşırme derecesinde ilaç özlemi ve dolayısıyla güçlü psişik bağımlılık yapar. Maddeyi bıraktıktan sonra yeniden başlama oranı (relaps=nüks) yüksektir. Fiziksel bağımlılık ve tolerans çabuk gelişir. Kullanma süresi arttıkça fiziksel bağımlılığın derecesi dolayısıyla toleransın derecesi de paralel olarak artar. İnsanda tek bir terapötik dozda verilen morfinden 6-8 saat sonra hafif de olsa yoksunluk belirtilerinin görülmesi morfinin ilk dozundan itibaren fiziksel bağımlılığın başladığını düşündürmüştür.

Opioid intoksikasyonunda, merkezi sinir sistemi depresyonu, solunum depresyonu, bulantı, kusma, anlaşılmaz konuşma, hipotansiyon, bradikardi, pupillerde daralma, öfori, bazen sakinlik görülebilir.

İlacın kesilmesi son dozdan 8-10 saat sonra başlayan akut yoksunluk sendromuna neden olur. Klinik belirtiler gribe benzer. Anksiyete, göz yaşarması, burun akıntısı, esneme, terleme, insomnia, sıcak-soğuk basması, kramp, kas ağrıları, pupilla genişlemesi, tremor, bulantı-kusma izlenir. Akut dönemden sonra, hipotansiyon, bradikardi, hipotermi, midriyazis ve solunum merkezinin karbon dioksit karşı duyarlılığının azalması gibi nisbeten hafif belirtilerin eşlik ettiği kronik yoksunluk dönemi gelir ve bu dönem 26-30 hafta kadar sürer.

İntravenöz uygulanan opioid ilaçları, kullananlarda aşırı doz alımına bağlı akut zehirlenme ve aseptik olmayan injeksiyon uygulanması ile gelişen sistemik infeksiyonlar sonucu ölümler görülebilir.

Tedavi: Yaşamsal işlevler desteklenir. Tedavi metadonla sürdürülür.

1.4.7. Barbitüratlar ve Benzodiazepinler

Sedatif ve hipnotik ilaç grubundadır. Barbitüratlar ve diğer hipnosedatif ilaçların (örneğin benzodiazepinler, meprobamat ve kloral gibi) kullanılması sonucu oluşur. Bu ilaçlar genel tıpta ve özellikle psikiyatride; anksiyete, insomnia, kas spazmları, epilepsi ve diğer psikofizyolojik semptomları içeren hastalıkların tedavisinde sıklıkla kullanılan ilaçlardır. Benzodiazepinler, barbitüratlara ve diğer hipnosedatif ilaçlara göre, günümüzde daha sık kullanılmaktadır.

Bu ilaçlar fiziksel ve psikolojik bağımlılığa neden olur. İlaç çoğunlukla oral tablet halinde, nadiren de damardan verilir. İlaçların alkolle alınması etkiyi iki katına çıkarır.

Bu ilaçlar hem reçeteye hem de yasadışı kaynaklardan temin edilebilirler. Bu maddelerin doktor kontrolü dışında kullanımı da görülür. Bağımlılık yapma özelliğinden dolayı bu ilaçlar ülkemizde özel reçete (yeşil reçete) ile kullanılabilir. Reçete edilmiş ilaçları kullanan kişiler nadiren bunları kötüye kullanır. Kötüye kullanım ve bağımlılık, yasadışı kullanımlarda daha sık görülür. Sıklıkla alkol, esrar, kokain gibi diğer psikoaktif maddelere bağımlılıkla birlikte görülür.

Bağımlılık belirtileri; dalgınlık, dikkat toplayamama, yargılama bozukluğu, bunaltı, anksiyete, çırpınma nöbetleri beyin dokusuna verilen zarar sonucu intihar ve ölüme kadar giden tablo görülür. Bu ilaçların aşırı dozda kullanılması veya fazla miktarda alkolle birlikte alınması solunumu deprese ederek ölüme neden olabilir.

Barbitüratların ve benzodiazepinlerin yoksunluk belirtileri; uykusuzluk, baş dönmesi, görme bulanıklığı, titreme, bulantı, kusma, kilo kaybı, karın bölgesinde kramplar, hızlı kalp atışları, hipertansiyondur. İlerleyen dönemlerde hipotansiyon, hipertermi, nöromusküler irritabilite, psikoz ve epileptik nöbetler görülebilir. Bu ilaçlarda yoksunluk belirtileri morfine göre daha uzun sürer ve ölüme kadar gidebilen sonuçlar doğurur.

Bu ilaçlar aniden kesilmemelidir. Ani kesilmelerde yoksunluk sendromu oluşur. Bu nedenle ilaç dozu aşamalı olarak azaltılarak kesilir.

1.4.8. Tütün ve Nikotin:

Tütün bağımlılığında en önemli etken nikotindir. Nikotin bilinen en sık bağımlılık yapıcı maddedir. Tütün içilmesi veya çiğnenmesi yoluyla alınır. Sigara tarzında veya başka şekillerde tütün dumanının inhalasyonu, zamanla bağımlılık oluşturur. Nikotin, Santral Sinir Sistemi'nde nöronların nikotinik nitelikteki kolinerjik reseptörlerini uyarmak suretiyle etki oluşturur.

Sigaranın içinde birçok ; sitotoksik (hücre öldürücü), mutajenik (hücresinin yapısını bozucu) ve karsinojenik (kansere yapıcı) madde bulunmaktadır. Bu maddelerden bazıları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Sigarada Bulunan Zehirlerden Bazıları
Polonyum- 210 (kanserojen)
Radon (radyasyon)
Metanol (füze yakıtı)
Toluen (tiner)
Kadmiyum (akü metali)
Bütan (tüpgaz)
DDT (böcek öldürücü)
Hidrojen Siyanür (gaz odaları zehiri)
Aseton (oje sökücü)
Naftalin (güve kovucu)
Arsenik (fare zehiri)
Amonyak (tuvalet temizleyicisi)
Karbon Monoksit (egzoz gazı)
Katran (asfalt)

Tablo 1.3: Sigarada bulunan zehirlerden bazıları

Tütün içenlerde nikotinin bazı etkilerine (bulantı, kusma ve başdönmesi gibi) tolerans gelişir. Nikotinin bağımlılığı hızlı gelişir. Bağımlılık oluşumu günlük sigara tüketimiyle paralellik gösterir. Sigarayla sık içen, uygun olmayan durumlarda bile içmek, sağlığını bozduğunu gördüğü ve bildiği halde içmekte devam etmek ve sabahleyin yataktan kalktığında ilk iş olarak sigaraya sarılmak gibi belirtiler bağımlılığı yansıtır.

Sigara dünyada meydana gelen ölüm nedenlerinin üst sıralarında yer almaktadır. Bu nedenle ülkeler sigara kullanımını kısıtlama ya da yasaklama eğilimindedirler. Sigaranın bağımlılık dışında çok belirgin hastalıklara yol açtığı bilinen bir gerçektir.

Erken ergenlik döneminde, sigara içme akciğerin gelişmesine engel olur. İleri ki dönemlerde akciğer kanseri başta olmak üzere bir çok hastalığın nedenidir. Tütünü çiğneyerek kullanma dış çürüklerine, ağızda lökoplaki ve kanser gelişimine neden olur.

Nikotin yoksunluğu, nikotin alma isteği, irriabilite, öfke, anksiyete, yoğunlaşma güçlüğü, bradikardi, iştah artışı ile belirlidir. Yoksunluk sendromu birkaç hafta sürebilir.

Tedavisinde, tiksindirme tedavisi, nikotin nasal sprey ve sakızları, transdermal nikotin uygulamaları uygulanır.

1.4.9. Amfetamin ve Türevleri:

Amfetaminler (D–amfetamin, metilamfetamin, metilfenidat, fenmetrazin, fenetilin vb.), santral sinir sisteminde dopaminerjik reseptörleri indirekt biçimde etkileyerek öfori yapan uykusuzluğa, yorgunluk ve açlığa karşı dayanıklılığı artıran ve iştahı azaltan psikostimülan ilaçlardır. Bağımlılar ilacı oral veya intravenöz yoldan kullanır. İntravenöz alınan amfetaminlerin pekiştirici etkisi ve toksisitesi oral verilmeye göre daha fazladır.

Amfetaminler başlangıçta diğer bağımlılık yapıcı maddeler gibi çeşitli etkenlerin verdiği zevki artırır, anksiyeteyi azaltır, enerjiyi, dikkati, kendine güveni, seksüaliteyi ve kişiler arası etkileşimin yarattığı heyecanları artırır. Ancak kronik amfetamin kullanılması zamanla libidoyu ve seksüel performansı tam olarak inhibe eder. Uykusuzluk yapar ve iştahı azaltır. Kişiye büyüklük duygusu verir, onu geçimsiz ve agresif yapabilir. Sürekli ve sık kullanılırsa aylar süren başlangıç dönemini psikoz belirtilerinin ağır bastığı ikinci dönem izler.

1.4.10. Kafein ve Metilksantinler

Dünya Sağlık Örgütünün listelediği bağımlılık tipleri arasında yer almasa da kafein, tütün ve alkolün yanı sıra en fazla kullanılan yasal bağımlılık yapıcı maddedir. Kafein; kahve, çay, çikolata ve kola gibi içeceklerde bulunur. Bunların aşırı tüketimleriyle bağımlılık oluşur. Kafein bağımlılığı özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygındır. Sigara ve alkol bağımlılığına göre görülme sıklığı daha düşüktür.

Kafein de diğer bağımlılık yapıcı maddelerde olduğu gibi keyif verici, konsantrasyonu artırıcı ve öforizan etkileri nedeniyle kullanılır. Kafein yüksek dozda alınırca doz aşımına bağlı ölüm vakaları bildirilmiştir. İnsanlardaki öldürücü dozu 3-8 g arasında değişir. Bu 30-60 fincan kahveye karşılık gelen bir dozdur.

1.5. Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavi

Madde kullanan hastalara uygun tek bir yaklaşımdan söz etmek mümkün değildir, ayrıca her bireye uygun tek bir tedavi yoktur. Tedavi yaklaşımları; kullanılan maddeye, madde kullanım modellerine, psikosozal destek sistemlerine ve hastaların kişisel özelliklerine göre değişir.

Tedavide iki temel hedef vardır. İlk hedef maddenin tamamen bırakılmasıdır. İkinci hedef ise hastanın fiziksel, psikiyatrik ve psikosozal iyilik halinin sağlanmasıdır.

Tedavi stratejisi belirlenirken en önemli belirleyici hastanın isteğidir. Hasta isteği dışında tedavi edilmez. Madde kullanım bozukluklarında tedavi süreci uzundur, bu nedenle tedavi programı kesilmemeli, süreklilik göstermeli ve kişinin değişen gereksinimlerine uygun düzenlenmelidir. Tedavide hem psikoterapi hem de farmakoterapiden yararlanır.



Resim 1.5: Alkol ve madde bağımlılığı tedavi ve eğitim merkezi

Tedavi üç aşamadan oluşur:

- **Detoksifikasyon (arındırma tedavisi):** Hastanın kullandığı maddenin etkisinden arındığı, yoksunluk belirtilerinin giderildiği dönemdir. Bu dönemde alınan madde kesilir. Maddenin kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkan yoksunluk belirtileri ilaç kullanımı ve diğer tıbbi müdahaleleri gerektirir. Eğer bir komplikasyon çıkmazsa arındırma tedavisi 2-3 hafta içinde sonlanır. Detoksifikasyon sırasında ruhsal destek sağlanır. Bu dönemde tedavi olmaya karşı hastanın motivasyonu artırılmaya çalışılır.
- **Rehabilitasyon dönemi:** Bu dönem oldukça uzun sürer. Psikososyal tedaviler uygulanır. Bu dönemde kişi artık madde yoksunluğundan kurtulmuştur. Yaşamdaki normal işlevlere dönebilme ve madde kullanmadan yaşama uyum sağlama bakımından hastaya bilgi ve beceriler kazandırılmaya çalışılır. Grup, bireysel, aile terapileri ve gerekli durumlarda ilaç tedavisi, tedavinin ikinci aşamasını oluşturur. Kimi zaman madde bağımlılığının temelinde depresyon, anksiyete, fobi gibi başka bir ruhsal rahatsızlık olabilir bu bozuklukların da tedavi edilmesi gerekir.

- **Relapsı önleme:** Ayıklığın sürdürülmesi ve bireyin madde kullanmadan yaşama uyum sağlaması hedeflenmektedir. Bu aşamada da ilaç tedavilerine devam edilebilir. Kullanılan ilaçlar ya madde arama isteğini azaltmaya ya da madde arama davranışını söndürmeye yöneliktir. Davranışçı terapiler, bireysel ve grup terapileri, evlilik ve aile terapileri, neurobiofeedback vb. terapiler uygulanır. Alkol bağımlıları için Adsız Alkolikler(AA) destek grubunun desteği sağlanır. Adsız Alkolikler (Alcoholic Anonymous); alkol bağımlısı bireylerin kendi aralarında dayanışma amacıyla kurulmuştur. Amacını çeşitli toplantılar, konferanslar, eğitim çalışmaları ve alkolik üyelerinin birbirlerine doğrudan yardımcı yoluyla gerçekleştirir. Bu dönemde hastanın uzun süreli tedavi programına katılımı izlenmeli ve ilişki koparılmamalıdır.

Madde kullanımıyla ilgili en sık karşılaşılabilecek acil sorunlar, madde intoksikasyonu ve yoksunluk sendromudur. Hemşire bu konularda dikkatli olmalı ve hastayı takip etmelidir. Madde kullandığı bilinen kişilerde aşağıdaki belirtilerin görülmesi yaşamın tehdit altında olduğunu gösterir. Bu nedenle hastaları yakın takip altında tutmalıdır.

- Bilinç bozukluğu
- Hasta uyandırılmıyorsa veya uyandırılrsa bile hemen uykuya dalıyorsa
- Solunum güçlüğü: Hastanın solunumu durmuş, çok zayıf ve yüzeysel ya da düzensiz seyrediyorsa (solunum hırıltılı olabilir ve siyanoz bulguları görülebilir)
- Ateş: 38°C üzerindeki ateş
- Anormal veya düzensiz nabız
- Bilinç bozukluğuna kusmanın eşlik etmesi ve aspirasyon riski oluşturması
- Konvülsyonlar: Yüzde, vücutta ya da ekstremitelerde seğirmeler, kasılma ve katılık bazen muhtemel nöbetin belirtisi olabilir.(Şiddetli sıçramaları ve spazmı olan hasta nöbet geçiriyordur.)

1.6. Madde Kullanım Bozukluklarında Hemşirelik Yaklaşımı

Madde kullanan kişinin ruhsal ve fiziksel olarak düzelmesini sağlamak için hemşirenin ve diğer tedavi ekibinin hastaya karşı; samimi, saygılı ve anlayışlı, söz ve eylemlerinde tutarlı bir tutum sergilemesi çok önemlidir.

- Hastaya değer veren, kabul eden, yargılamayan, sorunlarını içtenlikle dinleyen tutumlar sergilenmek
- Madde bağımlısı hastanın tedaviye motivasyonunu artırmaya çalışmak
- Hemşire, hastanın klinikteki tedavi ekibiyle iletişiminin ve ilişkilerinin geliştirilmesinde rol almak
- Tedavi ekibi hasta ve ailesi arasındaki ilişkinin kurulmasını sağlamada rol almak
- Aileye yönelik eğitici çalışmalarda bulunma ve aile kurum ilişkisinin kurulup geliştirilmesini sağlama da rol almak
- Hastanın ailesiyle ilişkilerini güçlendirerek sosyal destek sağlamak,
- Hastanın güçlü yanlarını keşfetmesine olanak vermek

- Hastanın kimyasal bir maddeye bağımlı olduğunu anlamasını sağlamak
- Bağımlılığın belirtilerini hastanın deneyimlerine uygun biçimde göstermek
- Madde kullanımı için duyduğu isteğin farkına varmasını sağlamak
- Hastaya bağımlılığın fiziksel zararları ve yaşadığı sorun hakkında bilgi verilerek değişmesine yardımcı olmak
- Eğitim grupları oluşturularak bağımlılık kavramı konusunda grup oturumu yapılabilir. Benzer deneyimler yaşamış kişilerin paylaşımları, kişilere güç sağlar (sosyal destek ağı). Yalnız olmadıklarının farkına varırlar. Grup ortamı sosyal öğrenme ortamı yaratabilir. Benzer sorunlar yaşayan üyeler bu sorunlarıyla nasıl başa çıkmışlardır. Böylelikle birey kendi sorunlarıyla baş etme becerisi kazanır, aynı zamanda grubun diğer üyelerine de yardım ederek güç kazanır. Hastanın başkalarının gelişimine katkı verme sorumluluğu bu noktada önem kazanır.
- Hastanın tedavi sırasında madde kullanıp kullanmadığını dikkatle gözlemek; hastayla ilişkilerde gösterilen hoşgörüler ve toleranslar, hastanın yeniden maddeye başlamasına neden olabilir. Bu nedenle ilişkilerde dikkatli olmak gerekir.
- Hastayı madde almaması için cesaretlendirmek ve temiz kalmasını sağlamak
- Yaşamsal sorunlarıyla baş etmede yetersiz kaldığında madde kullanımına başvurduğunun farkına varmasını sağlamak
- Kişiye yeni ve daha etkili sorun çözme yöntemleri kazandırmak
- Tedavi sırasında mutlaka diğer tıbbi durumlar konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilmelidir.
- Relapsa neden olan düşünce ve davranışlarının tanınmasını sağlamak
- Sabırlı olunmalıdır. Düzelme yavaş ve geç olacaktır.
- Hastanın bireysel ve grup terapilerine katılmasını sağlamak
- Bir çok madde bağımlısının madde alımının dışında ailesel, kişiler arası ve mesleki sorunları da vardır. Bu nedenle hasta ve ailesini iyi tanımak gerekir.
- Hastaya madde bağımlılığının tedavisi güç ruhsal bir hastalık olduğu anlatılarak hastanın inancının ve desteğinin önemi vurgulanmalıdır.
- Hastanın diğer hastalarla ilişkileri desteklenmeli, klinik etkinliklerinde ve klinik içi yaşamda sorumluluk almaları konusunda cesaretlendirilmelidirler.
- Yetenek ve becerileri ortaya çıkarılmaya çalışılmalı, uğraş tedavilerine etkin olarak katılımları sağlanmalıdır.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyarak doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi madde bağımlılığının psikolojik etmenlerindedir?
A) Anti sosyal kişilik
B) Ailede madde bağımlısının olması
C) Sosyal kabul ve destek görme isteği
D) Toplumda madde bağımlılığının kabul görmesi
2. Aşağıdakilerden hangisi bağımlılık yapan maddelerin ortak özelliklerindedir?
A) Tolerans gelişimi
B) Keyif vericilik
C) Yasak ve toplumsal tepki
D) Hepsi
3. Aşağıdakilerden hangisi psikolojik bağımlılık yapan maddelerdendir?
A) Alkol
B) Esrar
C) Barbitüratlar
D) Opioidler
4. Aşağıdakilerden hangisi birçok sosyal, ruhsal ve tıbbi sorunlar yaşanmasına karşın, alkole bağımlı olmayan insanlar için kullanılır?
A) Alkol bağımlılığı
B) Sosyal içicilik
C) Riskli alkol kullanımı
D) Alkol kötüye kullanımı
5. Aşağıdakilerden hangisi madde bağımlılığında hemşirelik yaklaşımları arasında sayılamaz?
A) Hastaya değer veren, kabul eden ve yargılamayan tutum içinde olması
B) Aile ve kurum ilişkisinin geliştirilmesini sağlamada rol alması
C) Hastaya kendi değerlerini benimsetmeye çalışması
D) Hastayı madde almaması için cesaretlendirmesi

ÖĞRENME FAALİYETİ-2

AMAÇ

- Cinsel bozukluklar hakkında bilgi sahibi olabilecek ve uygun hemşirelik yaklaşımında bulunabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Cinsel bozuklukları ve hemşirelik yaklaşımını farklı kaynaklardan araştırınız. Araştırmanızı sunu haline getirerek sınıf ortamında sununuz.
- Bölgenizde bulunan bir psikiyatri kliniğine giderek orada görevli sağlık personelinin, cinsel bozukluk nedeniyle başvuran kişiler hakkında bilgi alınız. Bu başvurular en çok hangi sebeple yapılmaktaymış; bu hastaların ortak özellikleri nelermiş vb. sorular sorarak bilgi edininiz. Görüşmenizi not ederek sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

2. CİNSEL BOZUKLUKLAR VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Cinsellik; iki insanın birlikte yaşadığı beraberliklerini ve cinsel doyumunu içeren sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri olan özel bir yaşantı olarak tanımlanır.

Cinselliğin biyolojik boyutu, temel olarak üremeyi; psikolojik boyutu, sevmeye, sevilme, yakınlaşma, bütünleşme, bir olma gibi duyguları içerir. Toplumsal boyutuysa iki insanın birlikte oluşu, değer yargıları, inançlar ve geleneklere göre şekillenmektedir.

Sağlıklı cinsel yaşamın sınırları; anksiyete ve suçluluk uyandırmayan, normal, toplumsal yaşantıya uygun yaşanan cinsellik olarak çizilebilir. Uygun eş, uygun zaman ve uygun yer sağlıklı cinsel yaşam için gereklidir.



Resim 2.1: Uyumlu çift

Cinsel yaşamda ya da tercihlerde bazen sorunlar ve bozukluklar ortaya çıkmaktadır. DSM-IV cinsel sorunlar ve bozuklukları üçe ayırır. Bunlar aşağıdaki gibidir:

➤ Cinsel işlev bozuklukları
➤ Parafililer
➤ Cinsel kimlik bozuklukları

Tablo 2.1: DSM-IV'e göre cinsel sorunlar ve bozukluklar

2.1. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel eylem belirli evrelere göre gerçekleşir. Bu süreç “cinsel yanıt”olarak tanımlanır. Periferik ya da santral, uyarımla başlayan cinsel yanıt, kadında ve erkekte sinir sisteminin tetiklediği bir dizi vasküler değişikliklerle kendini gösterir. Yanıtın ortaya çıkışında özellikle psikolojik durum, endokrin, nörolojik ve vasküler sistem yoğun bir etkileşim içinde rol oynamaktadır. Cinsel yanıt dört temel aşamayı içerir. Bunlar:

- Uyarılma evresi
- Plato (cinsel organın orgazma hazır hale gelmesi) evresi
- Ejakulasyon/ orgazm evresi
- Çözülme evresidir.

Fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel bileşenleriyle genel sağlığın ayrılmaz parçalarından birini oluşturan cinsel yaşam, pek çok faktörden olumsuz yönde etkilenebilmekte ve cinsel işlev bozukluğu gelişebilmektedir. Cinsel işlev bozukluğu son derece özel, rahatsız edici, fiziksel ve sosyal açıdan yıkıcı etkileri olabilen bir sağlık sorunu olup bireylerin kendine olan güvenlerini, yaşam kalitelerini düşürmekte ruhsal durumlarını da önemli derecede etkilemektedir.

DSM IV'e göre cinsel işlev bozuklukları (CİB), cinsel yanıt döngüsünü belirleyen yukarıda sayılan evrelerde oluşan bozulmalar veya cinsel birleşme aşamasında oluşan ağrıyla karakterizedir. Cinsel işlev bozuklukları birden fazla cinsel aşamada görülebilir. Cinsel işlev bozukluklarında kısa sürede kendiliğinden düzelmeyen veya kısa süreli de olsa sık tekrar ederek süreklilik kazanmış, normal cinsel döngüyü bozan rahatsızlıklar akla gelir. Cinsel işlev bozukluklarını DSM-IV şu şekilde kategorize etmiştir.

1. Cinsel istek bozuklukları <ul style="list-style-type: none">• Azalmış cinsel istek bozukluğu• Cinsel tiksinti bozukluğu
2. Cinsel uyarılma bozuklukları <ul style="list-style-type: none">• Kadında cinsel uyarılma bozukluğu• Erkeklerde cinsel uyarılma bozukluğu
3. Orgazmla ilgili bozukluklar <ul style="list-style-type: none">• Kadında orgazm bozukluğu• Erkeklerde orgazm bozukluğu• Erken boşalma
4. Cinsel ağrı bozuklukları <ul style="list-style-type: none">• Disparöni (ağrılı cinsel birleşme)• Vajinismus (vajinanın kasılması)
5. Genel tıbbi bir duruma bağlı CİB
6. Madde kullanımının yol açtığı CİB
7. Başka türlü adlandırılmayan CİB

Tablo 2.2: DSM-IV'e göre cinsel işlev ve bozuklukları

Sık görülen cinsel işlev bozuklukları aşağıda kısaca anlatılmıştır.

- **Azalmış cinsel istek bozukluğu (cinsel soğukluk):** Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması (ya da hiç olmaması) ya da hiç olmamasıdır. Bu durum kadınlarda çok daha sıktır ve evli çiftlerde en sık ortaya çıkan cinsel işlev bozukluğudur. Sorunun ortaya çıkışı, yetişme tarzıyla çok yakından ilgilidir. Kadın cinselliğinin; ayıp, çirkin, günah sayıldığı ve cinsel ilişkinin sadece erkeği doyuma ulaştırmaya yarayan bir kadınlık görevi olduğu bilgisiyle yetiştirilen kadınlarda cinsel soğukluk sık görülür. Bazı toplumlarda kadınlarda cinsel isteksizlik oranı %80'e kadar ulaşmaktadır. Ayrıca kronik stres, kaygı depresyon hali, hormon düzeyi değişimleri, uzun süre cinsel ilişki olmayışı, kişinin ya da eşinin önemli bir bedensel rahatsızlığı, kişinin dış görünümünü ve beden algısını değiştiren ameliyatlara cinsel soğukluğa neden olabilir. Cinsel arzuda azalma bazen de bozulmakta olan bir ilişkinin belirtisi ya da eşe yönelik düşmanca duyguların dolaylı bir ifadesidir. Sürekli ve düzenli bir ilişkide, eşlerden birinde cinsel soğukluk varsa, öncelikle eşler arasında yakınlık sağlamaya, sorunları çözmeye ve ilişkiyi canlandırmaya çalışmalıdır.

- **Cinsel tiksinti bozukluğu:** Cinsel ilişki kurmaktan sürekli ve aşırı biçimde tiksinti duyma ve bu nedenle cinsellikten tümüyle kaçınmaktır. Evlilik çatışmaları, gebelik korkusu, cinsel fobiler veya kaçınmalar, katı dini inançlar, yaşla veya çekicilikle ilgili endişeler, eşe ilgi kaybı, yakınlık sorunları, eşin cinsel beceri eksikliği, güç dengesizliği, pasif agresif eş ve eşteki cinsel sorunlardan kaynaklanabilir. Tedavide temel ilke tiksintiye yol açan etkenlerin bulunup ortadan kaldırılması ya da çözümlenmesidir. Bunun için çiftin cinsel iletişimlerinin artırılması, cinsel isteklerini daha rahat ifade edebilmelerinin sağlanması ve cinsel yaşamlarındaki kısıtlılıkların kaldırılması için terapiler yapılır.
- **Kadında ve erkekte cinsel uyarılma bozukluğu:** Cinsel uyarılma bozukluğu; kadında sürekli olarak veya yineleyici bir biçimde, cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma-kabarma tepkisini sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene dek bunu sürdürememe, erkekteyse herhangi bir cinsel etkinlik için yeterli ereksiyonu tekrarlayıcı yahut kalıcı biçimde sağlayamama, sürdürememe durumu olarak tanımlanır. Erektile disfonksiyon en sık başvuru nedeni olan erkek cinsel işlev bozukluğudur. Toplumda yaygın olarak rastlanır. Yaş, kilo, sigara, alkol kullanımı, diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi sistematik hastalıklarla rastlanma sıklığı artar. Erektile disfonksiyon, psikojenik, organik ya da her ikisinin varlığıyla gelişebilir. Tedavi iki yönlü yapılır. Öncelikle hastanın genel sağlığı, sağlık sorunlarıyla ilgili araştırma yapılarak varolan hastalıkları ve geçmişte yaşanan sorunlar tespit edilir. Bu sorunlarla ilgili genel önlemler alınır. Sigara ve alkol kullanımı mutlak şekilde önlenmelidir. Aşırı kilo engellenmeli, yaşa uygun düzenli fizik egzersiz yapılmalı dengeli beslenmeye dikkat edilmeli ve olabildiğince stresten kaçınmalıdır. Soruna neden olan hipertansiyon, diyabet, sinir sistemi ve hormon sistemi hastalıkları kontrol altına alınarak tedavileri sağlanmalıdır. Soruna yönelik psikolojik, tıbbi ve cerrahi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Tedavinin diğer yönü ise sorun psikolojikse cinsel iletişimi artırıcı teknikler, fantezi kurma, öykü yazma, cinsel materyal paylaşılması gibi tekniklerden yararlanılır.
- **Kadında ve erkekte orgazm bozukluğu:** Kadınlarda orgazm yokluğunun adı anorgazmi; erkeklerde ise ejakülasyon geçikmesidir. Kadınlarda, normal koşullar ve süredeki bir cinsel uyarılma evresi sonrasında orgazmın ortaya çıkmayışına anorgazmi denir. Genellikle istek azlığıyla anorgazmi bir arada gider. Erkeklerde orgazm bozukluğu, ejakülasyon geçikmesi ya da yokluğu olarak ortaya çıkar. Orgazma ulaşmak çok güç ve zaman alıcıdır. Kadınlardaki nedenlerin başında; gebelik korkusu, yaralanma ve zarar görme korkuları, reddedilme endişesi, erkeklerle karşı düşmanca duygular, cinsel dürtülere ilişkin suçluluk duyguları gelir. Erkeklerdeki orgazm bozukluğunun nedenleri; eşle ilgili sorunlar, eşin kendisinden daha yüksek düzeyde cinsel performans bekliyor oluş, eşin cinsel çekiciliğinin azalması, eşin gebeden bırakmayla ilgili gerçekçi veya hayali korkular, eşe ve cinselliğe yönelik olan ama dile gelmeyen düşmanca duygulardır. Obsesif kişilerde çok daha sık rastlanır. Tedavisinde; çift cinsel terapisi, bilişsel davranışçı psikoterapiler, bireysel psikoterapi ve grup terapileri uygulanır.

- **Erken boşalma:** Erken boşalma; erkeğin cinsel ilişkide, kendi isteğinden önce orgazma ulaşması ve ejakülasyon olmasıdır. Erken boşalmanın birçok ruhsal, cinsel, bedensel, çevresel, ilişkisel ve toplumsal nedeni vardır. Cinsellikle ilgili bilinç dışı korkular, cinsel eylemin kişi için kaygı verici olması, cinsellikle ilgili yanlış inançlar, seksin pis, kirletici olarak algılanması ve dolayısıyla suçluluk duyguları yaratması, erken boşalmaya neden olabilir. Ayrıca evlilikteki sorunlar, öfke veya içsel ahlaki yasaklar nedeniyle rahatça ortaya konamıyor, kişi tarafından kabullenilemiyor oluşu da erken boşalmaya neden olabilir. Tedavide; çift cinsel terapisi, bilişsel davranışçı terapi, bireysel dinamik psikoterapi ve grup psikoterapisi uygulanır.
- **Disparöni (ağrılı cinsel birleşme):** Erkeklerde ya da kadınlarda cinsel ilişkiye, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak eşlik eden genital ağrının olmasıdır. Ağrının nedeni kadınlarda; uyarılma eksikliği, vaginal veya pelvik enfeksiyon, over patolojileri, endometriozis; erkeklerde ise uretra, prostat ve mesane enfeksiyonlarıdır. Tedavi, nedene yönelik olarak yapılır. Öncelikle bu duruma neden olabilecek fiziksel bir hastalık varsa o tedavi edilir. Neden psikolojikse psikiyatrik destek ve tedavilerle çözüme gidilir.
- **Vajinismus (vajinanın kasılması):** Vajinismus; kadınlarda vajinanın üçte bir alt kısmındaki kasların, penis girişini engelleyecek biçimde istemsiz kasılması sonucu, cinsel birleşmenin olamaması ya da son derece ağrılı olmasıdır. Bu kasılmalar istemsiz, yani kadının bilinçli kontrolü dışında gerçekleşir. Vajinismusun birçok nedeni olabilir. Kadın cinselliğinin; toplumsal olarak ayıp, günah, “aşağı” sayıldığı, katı yetiştirme kurallarının geçerli olduğu ve cinselliğin evlenir evlenmez çok doğal bir “görev” olarak icra edilmesinin beklendiği toplumlarda, vajinismusu çok daha sık rastlanır. Yaralanma ve ağrı çekme, penis tarafından zarar görme korkuları, geçmişte cinsel istismar ve tecavüze uğramış olma, cinsellikle ilgili iç çatışmalar, eşle ilişkideki sorunlar gibi birçok neden, vajinismusu sebep olabilir. Bu hastalar çözümü ertelememeli, bir kadın doğum hastalıkları uzmanına başvurmalı ve rahatsızlığın nedeni araştırılmalı, penis girişine engel olacak bedensel rahatsızlık yoksa profesyonel psikiyatrik yardım alınmalıdır. Tedavide vajinadaki istem dışı kasılmalar aşamalı egzersizlerle ortadan kaldırılır bunun için gevşeme, imajinasyon, duyarsızlaştırma teknikleri kullanılır. Ayrıca vajinismusu yol açan etkenlerin çözümlenmesi sağlanır.

Cinsel işlev bozuklukları, sık rastlanan ve toplumun önemli bir kesimini ilgilendiren sorunlardır. Yapılan çalışmalar; kadın ya da erkek ayrımı yapılmaksızın, her üç kişiden birinin, yaşamlarının herhangi bir dönemlerinde en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığını ortaya koymaktadır. Ülkemizde cinsel sorunlardan dolayı bir sağlık kuruluşuna başvurma ancak son yıllarda önem kazanmaya başlamıştır.

Cinsel işlev bozukluklarında kültürel ve toplumsal etkenlerle ortaya çıkan bazı farklılıklar vardır. Örneğin, muhafazakar toplumlarda cinselliğin yasaklanması, formal bir cinsel eğitimin olmaması, cinselliğin bir tabu olarak algılanması ve bekaretin önemsenmesi gibi etkenler kadınlarda vajinismusun ve cinsel isteksizliğin; erkeklerdeyse çeşitli ejakülasyon bozukluklarının görülme sıklığı, cinselliği daha serbest yaşayan toplumlara göre daha fazladır.

Gelişmiş batı ülkelerinde daha çok ileri yaşlardaki kişiler menopoz, diabetes mellitus, hipertansiyon, ilaç kullanımları vb. nedenlerle erektil disfonksiyon, cinsel isteksizlik ve dispareni gibi hastalıklar nedeniyle bir kliniğe başvururken; gelişmekte olan ülkelerde ve doğu toplumlarında daha çok genç, orta yaş kuşağın vajinismus, cinsel birleşme kuramama, prematür ejakülasyon gibi psikojenik kökenli cinsel işlev bozukluklarıyla ilgili başvurdukları gözlenmiştir.

2.1.1. Cinsel İşlev Bozukluğunun Nedenleri

Cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında ve sürmesinde genellikle; çok sayıda psikososyal, kültürel, davranışsal ve klinik etkenler birlikte rol oynamaktadır. Bunlar, doğuştan getirilen özellikler olabildiği gibi yetişme koşulları, ailenin tutumu, eğitim, yetiştiği alt kültürün cinselliğe bakışı, yaşanan psikolojik travmalar vb. sonradan edinilen özellikler de olabilir.

Erken çocukluk dönemine ait bilinçaltı çatışmalar; çocukluk ve ergenlik dönemine ait psikoseksüel gelişim dönemlerindeki aksaklıklar, yanlış öğrenilmiş cinsel davranışlar, eksik ya da yanlış cinsel bilgi, cinsellekle ilgili yanlış ve abartılı beklentiler, geleneksel ve tutucu yetiştirilme biçimi, utanma, suçluluk ve günahkarlık duyguları, eşler arasındaki uyumsuzluk ve iletişim sorunları, evlilik içi çatışmalar, eşin cinsel sorunlarının olması, eşinde ya da kendisinde varolan başta depresyon olmak üzere cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyen çeşitli psikiyatrik sorunlar ya da hastalıklar ve kişinin başta cinsel organlar olmak üzere kendi bedeniyle ilgili olumsuz düşünce ve inançları cinsel işlev bozukluğunun nedenleri arasında sayılır.



Resim 2.2: Cinsel işlev bozukluklarının nedenleri

Cinsel işlev bozukluklarının nedenleri genel olarak organik ve psikolojik nedenler olarak ayrılrsa da genellikle karmaşık ve çok yönlü bir etkileşim süreci sonunda ortaya çıkar. Çoğu zaman, psikolojik ve organik nedenler sorunun ortaya çıkmasında birlikte rol oynarlar. Sorun bedensel ya da ilaç kullanımı gibi çeşitli organik nedenlerle ortaya çıksa da, genellikle bir süre sonra psikolojik etkenler de tabloya eklenebilir.

- **Organik nedenler:** Organizmanın çeşitli hastalıkları ve kullanılan ilaçların cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu görülmüştür. Bu hastalıklar şunlardır:
 - Sistemik hastalıklar (solunum sistemi hastalıkları, böbrek hastalıkları vb.)
 - Karaciğer hastalıkları (siroz, hepatit vb.)
 - Vasküler bozukluklar (penis arter ve venlerinde tromboz, lösemi hipertansiyon vb.)
 - Hormonal bozukluklar (hipotiroidizm, addison hastalığı, diabet vb.)
 - Nörolojik bozukluklar (paraliziler vb.)
 - Lokal genital hastalıklar (üretit, penis travmaları, üretral patolojiler vb.)
 - Cerrahi durumlar (genitalerde ve genital sinirlerinde hasar, kastrasyon vb.)
 - İlaç ve alkol kullanımı (sedatifler, hormonlar, antikolinerjikler, trankilizanlar vb.).
- **Psikolojik nedenler:** Cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında hazırlayıcı, başlatıcı ve sürdürücü etkenler bulunmaktadır.
 - **Hazırlayıcı (yatkinlaştırıcı) nedenler:** Bu nedenler; tutucu bir ortamda yetiştirilme, bozuk aile ilişkileri, travmatik cinsel deneyimler, yetersiz ve yanlış cinsel bilgiler, kişilik tipi gibidir.
 - **Ortaya Çıkarıcı (başlatıcı) nedenler:** Bu nedenler; eşler arası ilişkide bozulma, doğum, partnerde CİB, sadakatsızlık, başarısız deneyim, depresyon ve anksiyete, travmatik cinsel deneyimler, yaşlanma, organik hastalıklara tepki, yetersiz ve yanlış bilgiler gibidir.
 - **İdame Ettirici (sürdüren) nedenler:** Bu nedenler; performans kaygısı, başarısızlık korkusu, partnerin abartılı istekleri, partnerler arasında iletişim bozukluğu, suçluluk duygusu, partnerler arasında çekicilik kaybı, cinsel alan dışındaki ilişkilerde bozulma, yakın ilişkiye girme korkusu, yetersiz ve yanlış cinsel bilgiler, depresyon ve anksiyete gibidir.

2.1.2. Cinsel İşlev Bozukluklarında Tedavi

Cinsel işlev bozukluğunun nedeni organikse soruna yönelik uygun tıbbi ve cerrahi tedavi yöntemleriyle sorun tedavi edilir. Tedavi için pek çok disiplinin bir arada çalışması gerekebilir (Jinekoloji, üroloji endokrinoloji, kardioloji vb). Hem tanı hem de tedavi açısından disiplinler arası işbirliğinin olması şarttır. Bunun yanı sıra mutlaka psikolojik tedavilerle de hasta desteklenmelidir. Psikolojik tedaviler organik ve psikolojik kaynaklı tüm hastalarda kullanılır.

Psikiyatri tedavilerinde ilk adım, hastanın hatalı bilgi ve inanışlarının düzeltilmesidir. Bunun için psikoanalitik, davranışçı, kognitif gibi psikoterapi teknikleri tedavide kullanılmaktadır. Bu terapilerin arasından en sık kullanılan davranışçı terapilerdir. Hastanın rahat olması tedavi sırasında ve sonrasında önemlidir. Onun için hastaya gevşeme teknikleri öğretilir.

2.1.3. Cinsel İşlev Bozukluklarında Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşireler, hastalarla en fazla vakit geçiren ve onları en doğru biçimde gözlemleyebilen sağlık profesyonelleridir. Onun için yaptıkları gözlem ve değerlendirmeler cinsel fonksiyonlara ilişkin sorunların saptanmasında oldukça önemli yer tutmaktadır. Bireylerin cinsel sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımı; cinsel sağlığın değerlendirilmesi, sorunun belirlenmesi, uygun hemşirelik girişimleri ile sorunun çözülmesi ya da bireyin cinsel tercihleriyle uyumlu bir şekilde yaşamasını ve cinsel sağlığın sürdürülmesi aşamalarını içermektedir. Tüm bu aşamalardaki hemşirelik girişimlerinin amacı; hastanın bireysel cinsel sağlığını güçlendirmek, cinsel sorunlarını ifade edebilmeleri için cesaretlendirmek, cinsel sorunların nedenlerini ve özelliklerini belirlemek, belirlenen sorunların çözümü için uygun girişimlerde bulunmak, yaşam kalitesini yükseltmektir.

- Hastanın davranışsal ya da sözel ifadelerine dikkat ederek cinselliği tartışmaya hazır olup olmadığı değerlendirilir.
- Hastayla görüşme için yüz yüze oturlan, rahat, iyi aydınlatılmış, doğal ve özel bir ortam hazırlanır.
- Hastanın kendini ifade etme yöntemleri değerlendirilir. Cinsel yaşamlarında oluşan değişiklikleri ve yaşadığı sorunları ifade etmesi için cesaretlendirilir. Bunun için cinselliğin doğal bir ihtiyaç olduğunu ve bu konudaki sorunların konuşulabileceğini belirtir.
- Alınan bilgilerin kayıt edileceği ve görüşmenin gizli tutulacağı garanti edilir.
- Sorun ne olursa olsun ciddiyetle ele alıp ilgilenilir.
- Hemşire gözlemi yapılır; hastanın fiziki özellikleri, eşi ile iletişim kurma yöntemleri, eşine karşı davranışları, sosyal çevresi ile ilişkileri belirlenir.
- Hastadan kapsamlı öykü alınır; sosyo-demografik ve sosyokültürel özellikleri, cinsel gelişim öyküsü, cinsel işlev aşamalarının (uyarılma, plato, orgazm, tatmin) sorgulanması,
- Mevcut fiziksel ve ruhsal hastalıkları araştırılır. Hastanın kronik hastalıkları, cinsel yaşama ilişkin yakınmaları, cinsel gelişim öyküsü, cinsel konulardaki bilgi düzeyi, ergenliğe giriş yaşı, cinsellikle ilgili bilgilerin öğrenilme yaşı ve kimlerden alındığı, mastürbasyonu nasıl değerlendirdiği, toplumda yaygın olan cinsel mitler ve tabular hakkındaki görüşleri, cinsel taciz, travma öyküsünün olup olmadığı, varsa ayrıntıları öğrenilir.
- İlk cinsel birleşme yaşı ve partneri, evlilik öncesi cinsel yaşam öyküsü değerlendirilir. Eşi ile evlilik/ilişki durumu değerlendirilir.
- Hastanın fizik muayene bulguları (genital organların yapısı, üreme organlarına yönelik yapılan ameliyatlara, cinsel birleşme sırasında ve sonrasında ağrı yaşama durumu) değerlendirilir.

- Cinsel ilişkiden sonra utanma, korku, igrenme, suçluluk duyguları yaşama durumu yaşanan sorunu eş ile konuşabilme durumu değerlendirilir.
- Elde edilen bilgiler doğrultusunda bütüncül yaklaşım çerçevesinde yapılacak olan değerlendirme, cinsel sorunların çözümü için temel oluşturur.
- Cinsel sorunların belirlenmesine yönelik yapılan değerlendirmenin her aşamasında, bireysel farklılıklar dikkate alınarak öncelikler belirlenir ve sorunun çözümüne yönelik girişimler planlanır.
- Eşlerin üreme organlarının yapı ve fonksiyonları ile cinsel işlev aşamaları hakkındaki bilgi düzeylerine göre cinsel eğitim programları hazırlanır. (Eğitimler maketler ya da yardımcı araçlar kullanılarak partnerlerin eğitim seviyesine uygun anlaşılır bir dille yapılmalıdır).
- Eşlerin durumuna uygun (pelvik cerrahi sonrası, gebelik ve doğum sonrası, kalp krizi sonrası, kanser vb) eğitici bir takım faaliyetler (broşür, seminer vs) ve spesifik önerilerde bulunulabilir.
- Cinsel yaşamdaki değişimlerin ya da sorunların eşler üzerindeki etkisi ve cinselliğin önemi tartışılır.
- Fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkların, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların ve kullanılan ilaçların cinsel fonksiyonlara etkisini anlatmaya yönelik eğitim programları planlanır.
- Eşlere duyulara odaklanma egzersizleri önerilerek kendi his ve duygularından emin olmaları sağlanabilir.
- Eşlerin inandığı cinsel mitler ve önyargıların geçerlik ve etkileri, bilimsel veriler ve bireyin sosyo-kültürel düzeyine uygun olarak yapılacak açıklamalarla ortadan kaldırılmaya çalışılır.
- Partnerlere cinsel birleşme için uygun yer ve zaman seçiminin önemi vurgulanır.
- Stresin, özellikle de cinsel konularda yaşanan stresin cinsel yaşam üzerine etkisi tartışılır. Stresle baş etme yöntemlerini öğrenmesine yardım edilir. Bu yöntemler; derin nefes alma egzersizleri, fiziksel egzersiz, gevşeme teknikleridir.
- Eşlerin yaşadığı cinsel sorunları kendi yaşam şekline, eşi ve çocukları ile ilişkilerine, sosyal yaşamına etkisi hakkındaki görüşlerini ifade etmesi sağlanır. Bu düşüncelerini eşi ile de paylaşması için desteklenir.
- Çiftlere ilişkilerinde yaşadığı sorunların çözümü için etkili baş etme yöntemleri (eşi ile vakit geçirme, sorunları paylaşma ve birlikte çözüm yolları bulma) geliştirmesi için destek olunur. Eşi ile iletişimini sürdürmesi için cesaretlendirilir.
- Beden imajı, benlik saygısı, özgüveni, ilişkileri, görünümünü nasıl algıladığı, kendini çekici bulma durumu gibi cinselliğe ilişkin duygularını ifade etmesi sağlanır ve bu duygularını yeniden yapılandırması için destek olunur.
- Çiftlere kendilerine ve birbirlerine zaman ayırmaları önerilir.
- Özel tedavi gerektiren cinsel sorunlar saptanmışsa, sorunun çözümü için ilgili birimlere yönlendirilir.
- Cinsel ilişki sırasında ya da sonrasında ağrı yaşıyorsa nedeninin araştırılması için uzmanlara yönlendirilirler.

2.2. Cinsel Kimlik Bozuklukları

İnsanın biyolojik cinsiyeti, doğuştan belirlenir. Doğuştan belirlenen biyolojik cinsiyetten farklı olarak cinsel kimlik, bireyin kendini hangi cinsiyetle özdeşleştirdiğine ilişkin öznel bir durumdur yani bireyin kendi bedenini ve benliğini belli bir cinsiyet içinde algılayışı, kabullenışıdır. Cinsel kimlik gelişimi, doğumla başlayan süt çocukluğu ve çocukluk dönemlerinde ebeveynleri, akranları ve çevreleriyle olan ilişkileriyle yetişkinliğe kadar devam eden bir süreçtir.

Cinsel kimliğin gelişmesinde yaşamın ilk yıllarındaki deneyimlerin etkisi büyüktür. Çekirdek cinsel kimlik çocukluğun ilk iki yılında, genel olarak cinsel kimlik duygusu ilk dört yılında yerleşmektedir. Bu yaştan sonra cinsel kimlikte değişme çok güçtür. Çocukluk çağındaki öğrenmeler, ilk ilişkiler ve özdeşimler cinsel kimliğin gelişmesini etkiler, ona biçim verir. Bu ilişkilerde sürekli ağır bozukluklar yoksa yetişen çocuğun ilerde olumlu sevgi ilişkileri kurma olasılığı yüksektir. Bu dönemde uygun özdeşim örneklerinin bulunuşu ya da bulunmayışı, cinsel kimliğin gelişmesinde en önemli etkenlerden biridir.

Erkek çocuğun baba ya da baba yerinde olan bir erkek; kız çocuğun anne ya da anne yerine geçen bir kadınla özdeşim yapma olanağı bulunması erkek çocuğun babayı, kız çocuğun anneyi benimsemesi onun özelliklerini benliğine sindirmesi sağlıklı cinsel kimlik gelişimi için zorunludur. Bir çok cinsel korkular, saplantılar, sapmalar bu özdeşimin yapılamayışından kaynaklanır. İleri derecede suçlamalar, ağır günah duygusu suçüstü yakalanma endişeleri, ana- babanın çocuğun gelişmekte olan cinsel organlarıyla fazla ilgilenmeleri, aşırı denetleme ve yanlış bilgiler; cinsel korkular ve çekingenliklerin yoğun yaşandığı cinsel kimlik gelişimine yol açabilir.

Cinsel yönelim; bireyde duygu, istek ve davranışların belli bir cinsiyete çekimidir. Bu yöneliş bireyin cinsel kimliğine uygun ya da karşı biçimde olabilir. Ergenlik dönemlerinden itibaren cinsel yönelimler ortaya çıkar. Örneğin; cinsel kimliğini erkek olarak algılayan birinin cinsel yönelimi, yani cinsel seçimi kadın ya da erkek ya da her iki cinsiyete doğru olabilir. Cinsel yönelim:

- **Homoseksüel:** Erkeğin ve kadının kendi cinsinden kişilerle cinsel ilişki kurma eğilimi ve eylemidir.
- **Heteroseksüel:** Kendisine cinsel eş olarak karşı cinsten birini seçme eylemi. Yani kadının erkeği erkeğin ise kadını seçme eylemidir.
- **Biseksüel:** Kendisine cinsel eş olarak hem karşı cinsten hem de kendi cinsinden kişileri isteyen ve seçen kişilerdir.

Her üç durum da bozukluk olarak değerlendirilmez.

Cinsel kimlik bozuklukları (Transseksüalite); bireyin kendi biyolojik cinsiyetine uygun genitalerinden rahatsız olma, reddetme karşı cinsten olma isteği veya ısrarlı bir biçimde kabul ettiği cinsel kimliğe uygun tutum, davranış ve rolleri benimseme ile seyreden klinik bir durumdur. Birey, çocukluk çağından itibaren kendi cinsel organlarını reddeder,

karşı cinsin cinsel kimliğine uygun tutum, davranış ve rolleri benimser. Karşı cins gibi giyinmek, oynamak, davranmak ister. İsrarla, cinsiyetini kalıcı olarak değiştirmek ister. İçinde yaşadığı bedeninin cinsiyetinden asla hoşnut değildir. Bu durum erkeklerde, kadınlara oranla daha fazla görülmektedir.

DSM-IV'e göre cinsel kimlik bozukluklarının temel özelliği, kişinin belirlenmiş cinsiyetine ilişkin sürekli ve şiddetli rahatsızlık duyması ya da cinsiyetinin gerektirdiği cinsel rol için uygun olmadığı duyumunun olması ve karşı cinsiyetle güçlü ve sürekli bir özdeşim kurma isteği ve ısrarıdır. Genellikle fiziksel görünümünü değiştirmek için ergen ve erişkinler tıbbi veya cerrahi girişimler isterler. DSM-IV'te bu kişiler basit olarak cinsel kimlik bozukluğu şeklinde sınıflandırılır.

- **Çocuklarda cinsel kimlik bozukluklarının belirtileri;**
 - Diğer cinsiyette olma isteğini ya da ısrarını yineleyici bir biçimde dile getirme,
 - Erkek çocukların kız çocukları gibi giyinmek istemesi ya da kadınsı giyim kuşamı taklit etmesi,
 - Oyunlarda güçlü bir biçimde ve sürekli olarak karşı cinsin rollerini oynamayı yeğleme ya da sürekli olarak diğer cinsiyette olma fantezileri taşıma,
 - Karşı cinsin alışlagelmiş oyunlarına ve eğlencelerine katılma konusunda yoğun bir istek duyma,
 - Oyun arkadaşlarını özellikle karşı cinsten seçme,
 - Erkek çocuklarda, penis ya da testislerin iğrenç olduğunu, ilerde yok olacaklarını öne sürme,
 - Kız çocuklarda oturarak idrar yapmayı reddetme, ileride penisinin olacağını öne sürme, göğüslerinin büyümemesini ya da olağan kadınsı giysilere karşı ileri derecede tiksinti duyma vb.
- **Ergenler ve Yetişkinlerde Cinsel Kimlik Bozukluklarının Belirtileri;**
 - Diğer cinsiyette olma isteğini dile getirme,
 - Kendini diğer cinsiyetteymiş gibi gösterme,
 - Onlar gibi yaşamayı ve davranılmayı isteme,
 - Kendi cinsiyetinden rahatsızlık duyma,
 - Cinsiyetinin gerektirdiği cinsel roller için uygun olmadığını düşünme,
 - Primer ve sekonder cinsiyet özelliklerinden kurtulma üzerine kafa yorma. Örneğin; Diğer cinsiyeti taklit etmek için cinsiyet özelliklerini fiziksel olarak değiştirmek üzere hormon, cerrahi ya da başka bir tür girişim uygulanmasını isteme,
 - Yanlış cinsiyette doğduğuna ilişkin inanç taşıma.

2.2.1. Cinsel Kimlik Bozukluklarının Etiyolojisi

Cinsel kimlik bozukluklarının nedenlerine yönelik çeşitli varsayımlar ortaya atılmışsa da, hala tam olarak etiyolojisi bilinmemektedir. Cinsel kimlik gelişimi karmaşık bir süreç olup biyolojik, bireysel, ailesel, psikososyal ve çevresel etkenler ile bilişsel ve zihinsel gelişimin etkileşimi sonucu gerçekleşmektedir.

Biyolojik olarak erkek ya da kız olmak, cinsel organların normal yapıda olması, hormonların uygun biçimde salgılanması sağlıklı cinsel kimlik gelişim için yeterli değildir. Hormonlar cinsiyet ve cinsel davranışın ifade edilmiş biçimini etkilemekte ancak cinsel kimliğin oluşumunu etkilememektedir. Doğumla getirilen özellikler de cinsel yönelimin tek belirleyicisi değildir. Tek yumurta ikizlerinde yapılan çalışmalara göre tek yumurta ikizlerinin, daima aynı cinsel yönelime sahip olmadıkları görülmüştür. Özetle biyolojik değerlendirmelerde cinsel kimlik bozukluğuna neden olabilecek tatminkar bir sonuç elde edilmemiştir.

Cinsel kimlik bozuklukları çok etkenlidir. Biyolojik etkenler dışında diğer etkenlerin daha ön planda olduğu görülmektedir. Çocuklar yetiştirildikleri cinsiyet ile uyumlu bir cinsel kimlik geliştirirler. Yaşamın ilk yıllarında anne çocuk ilişkisinin niteliği, cinsel kimliğin belirlenmesinde çok önemlidir. Aşağılayıcı ve hostile (düşmanca tutum) annelik cinsel sorunlara neden olabilir. Model olma ve özdeşim cinsel kimlik gelişiminde en önemli psikososyal etkenlerden biridir. Özdeşim modellerinin yokluğu ya da niteliği, anne baba psikopatolojisi, anne baba ilişki sorunları (birbirini aşağılama, saymama), aile içi şiddet, ihmal ve cinsel istismar, kadın cinsiyetinin kötülenmesi, babanın kızını sevmemesi, oğlunu ileri derecede ürkütmesi ya da ihmal etmesi gibi nedenlerin sağlıklı özdeşimi engellediği düşünülmektedir.

Anne babanın karşı cinse özgü davranışları desteklemesinin de cinsel kimlik bozukluklarına yol açabileceği düşünülmektedir. Karşı cinse özgü rol davranışları üç beş yaşlarında başlamakta ve ergenlik döneminde sürekli bir kişilik özelliği halini almaktadır. Cinsel kimlik bozuklukları tanısı konan çocukların, karşı cinsiyet davranışları göstermelerinin aileleri tarafından engellenmediği hatta desteklendiği görülmüştür. Anne babalar çocuklarının karşı cinsiyet davranışlarını sürdürmelerini desteklemeseler bile en azından hoş gördükleri, duyarsız kaldıkları görülmüştür. Çünkü aileler bu durumun geçici olduğunu düşünmüşlerdir.

2.2.2. Cinsel Kimlik Bozukluklarında Tedavi

Cinsel kimlik bozukluklarında tedavi karmaşık bir sorundur. Terapilerle, ilaç ya da hormon tedavileriyle bu bozukluğu tedavi edebilmek, kişinin kendi biyolojik cinsiyetini bu köklü reddedişini değiştirebilmek mümkün değildir. Bu tür bozukluğu düzeltmede çok nadiren başarılı olunur. Cinsel kimlik bozukluğu olan kişilerin çoğunda sabit fikirler ve değerler vardır. Değişmeyi istemezler. Tedavideki amaç geleneksel cinsel kimliği olan kişi yaratmak değil, hastalara arzu ettikleri cinsel kimlikle rahat olmalarına yardım etmektir.

Bu kişilerin psikoterapiye alınmalarının genel nedeni, bozukluklarına eklenen depresyon veya anksiyeteyi tedavi etmektir.

Uygun olan olgularda "cinsiyet değiştirme operasyonu" uygulanabilir. Ancak cinsiyet değiştirme operasyonlarına, kişi ancak ciddi bir psikolojik hazırlık ve psikoterapi sürecinden geçtikten, böylesi büyük bir değişime tam olarak hazırlandıktan sonra; bu alanda uzman hekimlerin onayı, mahkeme kararı gibi yasal prosedürlerin tamamlanmasından sonra girişilmelidir. Aksi takdirde dönüşü olmayan bir süreçte, bu operasyonu olan kişiler ve yakın çevreleri büyük güçlükler yaşayabilirler. Operasyondan sonra da psikoterapi devam etmeli ve birey uzun süreli izlem için, bu konuda özelleşmiş merkezlere yönlendirilmelidir.

2.2.3. Cinsel Kimlik Bozukluklarında Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşirelerin gözlem ve değerlendirmeleri diğer sorunlarda olduğu gibi cinsel kimlik bozukluklarında da oldukça önemlidir. Hemşirelik yaklaşımının amacı bireyi cinsel sorunları ve duygularını ifade edebilmeleri için cesaretlendirmek, hastalara tercih ettikleri cinsel kimlikle rahat yaşamalarına yardımcı olmaktır.

- Hastaya değer verilmeli, cinsel tercihleri yargılanmamalı, sorunları içtenlikle dinlenmelidir.
- Hasta cinsel seçiminden ve davranışlarından dolayı aşağılanmamalıdır.
- Hastanın kendini ifade etme yöntemleri değerlendirilir. Cinsel yaşamlarında oluşan değişiklikleri ve yaşadığı sorunları ifade etmesi için cesaretlendirilir.
- Hastanın ailesiyle ilişkilerini güçlendirerek sosyal destek sağlanmalı, hastanın ailesinin de terapi görmesi sağlanmalıdır.
- Alınan bilgilerin kayıt edileceği ve görüşmenin gizli tutulacağı önemle vurgulanmalıdır.
- Anksiyete ve istenmeyen davranışları giderecek bir ortam yaratmalıdır.
- Hemşire gözlemi yapılır; hastanın fiziki özellikleri, çevre ve diğer hastalarla iletişim kurma yöntemleri ve ilişkileri değerlendirilir.
- Hastadan kapsamlı öykü alınır; sosyo-demografik ve sosyokültürel özellikleri, cinsel gelişim öyküsü, cinsel tercihleri ve ilk cinsel birleşme yaşı ve partneri sorulur.
- Mevcut fiziksel ve ruhsal hastalıkları araştırılır. Hasta cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden (HIV/AIDS, sifiliz, frengi, hepatit vb.) taranır.
- Hastanın fizik muayene bulguları (genital organların yapısı, üreme organlarına yönelik yapılan ameliyatlar) değerlendirilir.
- Cinsel sorunların belirlenmesine yönelik yapılan değerlendirmenin her aşamasında, bireysel farklılıklar dikkate alınarak öncelikler belirlenir ve sorunun çözümüne yönelik girişimler planlanır.
- Yaşadığı cinsel ve duygusal sorunların kendi yaşam şekline ve sosyal çevresine etkileri hakkındaki görüşlerini ifade etmesi sağlanır.
- Beden imajı, benlik saygısı, özgüveni, ilişkileri, görünümünü nasıl algıladığı, kendini çekici bulma durumu gibi cinselliğe ilişkin duygularını ifade etmesi sağlanır ve bu duygularını yeniden yapılandırması için destek olunur.

- Hastaya sorunlarıyla başa çıkabilmesi için etkili sorun çözme yöntemleri kazandırılır.
- Hastanın bireysel ve grup terapilerine katılması sağlanır.
- Yetenek ve becerileri ortaya çıkarılmaya çalışılır, uğraş tedavilerine etkin olarak katılımları sağlanır.
- Hasta, cinsiyet değiştirme operasyonu yaptıracaksa bu konuda hastanın ve ailesinin psikolojik olarak hazırlıklı olması için psikoterapilere katılımlarını sağlamak
- Hastanın operasyondan sonra da psikoterapilere devam etmesini sağlamak, bu konuda hastayı motive etmek

2.3. Parafililer (Cinsel Sapmalar)

Cinsel uyarılma ve orgazm için, alışılmadık nesnelere, eylemler veya durumları içeren tekrarlayıcı ve yoğun cinsel dürtü, fantezi veya davranışların zorunlu olması ile karakterize bozukluklardır.

Bireylerin cinsel sapmalara benzer fantazileri olabilir ancak parafilili tanısı alması için sık tekrarlanması ve yapmadan durulamayan davranışlar haline gelmesi gerekir. Genellikle birden fazla parafilili bir arada görülebilir ve böyle bir kişilik örüntüsü kişilik bozukluğu veya şizofreni gibi başka psikiyatrik hastalıklara da işaret eder. Cinsel suç işleyenlerde, en az 2 parafililiye rastlanır. Parafilili sıklıkla erkeklerde 15- 25 yaşları arasında görülür.

DSM- IV'e göre bir davranışın cinsel davranış bozukluğu olarak nitelendirilebilmesi için;

- İnsan olmayan objelerin kullanılması,
- Kişinin cinsel partnerine ya da kendisine ciddi anlamda acı vermesi,
- Partnerini ya da kendisini aşağılayıcı davranışlarda bulunması,
- Cinsel davranışların; çocuklara, insan ya da canlı olmayanlara veya rızası olmayan yetişkinlere yöneltilmesi ölçütleri ele alınmaktadır.

Çok çeşitli parafililer vardır. En sık rastlanan parafilili türleri:

- **Egzibisyonizm (Teşhircilik):** Kişinin bedenini, özellikle cinsel organını (genellikle ereksiyon halindeki penis) göstermek için önüne geçemediği bir gereksinim duymasıyla karakterize parafilidir.
- **Fetişizm (Yalnızca belirli nesnelere uyarılabilme):** Aslında cinsel anlamı olmayan fakat birey için simgesel ve cinsel çekicilik kazanmış bir nesneyle cinsel doyum tutkusudur. Örneğin; çorap, ayakkabı, kalem, mendil, topuk gibi nesnelere bilinen fetişist nesnelere.
- **Transvestik fetişizm:** Karşı cinsin kıyafetlerini giyerek cinsel haz alma durumudur.

- **Frötterizm (Sürtünmecilik):** Genellikle erkeğin orgazm amacıyla penisini tamamen giyinmiş kadının kalçalarına ya da vücudunun diğer kısımlarına sürmesi ile belirlidir. Hareket genelde kalabalık yerlerde meydana gelmektedir, özellikle metro ve otobüslerde sık görülür.
- **Pedofili (Küçük yaştaki çocuklara yönelik cinsel ilgi):** En azından 6 aylık bir süre içerisinde 13 yaşında veya daha küçük çocuklara karşı tekrarlayıcı şiddetli cinsel istekler veya uyarılmalar olması durumudur.
- **Ensest:** Aralarında birinci derecede kan bağı bulunan, evlilikleri yasalar ile engellenen (anne-oğul, baba-kız, dede-torun, kardeşler gibi) akrabalar arasındaki cinsel ilişkidir.
- **Mazohizm (Acı çekerek/aşağılanarak uyarılabilme):** Kişi cinsel ısrarlarla ve küçük düşürülme, dövülme, yaralanma yani acı çektirme hareketlerini içeren tekrarlayıcı fanteziler ile ilgilidir.
- **Sadizm (Acı yaşatarak/aşağılayarak uyarılabilme):** Başka birinin psikolojik ya da fiziksel olarak ıstırap çekmesi eylemi (taklit değil gerçeği) ile ilgili yoğun, cinsel yönden uyarıcı fantezilerinin, cinsel dürtülerinin ya da davranışlarının yineleyici bir biçimde ortaya çıkması durumudur.
- **Voyörizm (Röntgencilik, gözetlemecilik),** Bir başkasını giyinip soyunurken, çıplak ya da cinsel ilişki sırasında izleyerek cinsel haz alma durumu.
- **Nekrofil:** Cesetlere yönelik cinsel ilgi, ölümlerden cinsel haz alma saplantısıdır
- **Zoofili:** Hayvanlara yönelik cinsel karşı cinsel istek duyma,
- **Telefon Stokolojisi:** Açık seçik telefon konuşmaları ile uyarılabilme.
- **Asfiksifili:** Bir başkası tarafından boğulma eylemi sırasında cinsel haz alma durumu.
- **Koprofil (Dışkıya yönelik cinsel ilgi):** Cinsel tatmin için, partnerinin üzerine dışkılamak, partnerinin kendi üzerine dışkı yapması, dışkı yemek ile ilgili arzularla ilişkilidir.
- **Ürofil (İdrara yönelik cinsel ilgi):** Ürofil partnerinin üzerine işeme veya partnerinin kendi üzerine işemesi arzuları ile ilişkili cinsel tatmin ile ilgilidir.
- **Agalmatophilia:** Nü heykelden veya vitrin mankenlerinden kaynaklanabilen cinsel uyarım.

Parafililerin toplumda rastlanma sıklığı ile ilgili güvenilir ve kapsamlı epidemiyolojik araştırmalar bulunmamaktadır. Bu tür cinsel bozukluklara karşı varolan toplumsal tepki, bu olguların adli ve idari zorunluluk durumları dışında, tedavi ve yardım amacıyla hekimlere başvurusunu engelleyen önemli bir etken olmakta, böylece bu sorunların rastlanma sıklığı bilmemektedir. Ayrıca, başvuruların azlığı bu sorunların psikolojik ve farmakolojik tedavileri konusundaki deneyimlerin çok kısıtlı kalmasına neden olmaktadır.

2.3.1. Parafililerin Etiyolojisi

Freud'a göre; yetişkinlikte görülen cinsel davranış sapmaları, çocuğun Oidipal dönemde karşılaştığı sorunlarla yakından alakalıdır. Erken çocukluk yıllarında cinsellikte ortaya çıkan bazı problemler, yetişkinlik döneminde, kendini göstererek o yıllara doğru bir gerilemeye yol açar ve bu tarz sapmalar görülür.

Başka görüşlere göre bireyselliklerine kavuşamamış ve otoriter anne imgesinden kurtulamamış kişiler, kimliklerini sürdürememe korkusunu yenmek ve kafalarındaki imgelere karşı bir zafer kazanmak için, bu sapmalara yönelirler.

2.3.2. Parafililerde Tedavi

Bu hastalarda tedavinin başarısı, genel olarak kişilik gelişimi ve olgunluk düzeyiyle paralellik gösterir. Kişilik gelişimi daha ileri düzeylerde olan, ciddi bir kişilik bozukluğu olmayan hastalarda, tedavi daha kolay ve başarılı iken ağır kişilik bozuklukları gösteren kişilerde tedavi çok daha uzun sürer. Hastanın tedavi motivasyonunun yüksek olması da tedavi başarısını etkilemektedir. Parafililerde cinsel dürtüleri engelleyici ilaçlar verilebilir.

2.3.3. Parafililerde Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşire bakım amacına ulaşabilmesi için diğer sağlık ekibi elemanlarıyla işbirliği içinde çalışmalıdır. Hastayı desteklemek, gerektiğinde sınırlamalar koymak, anksiyete ve istenmeyen davranışları giderecek ortam yaratmak, koruyucu bakım vermek ve terapilere katılmak hemşirenin görevlerindedir.

- Hastanın kendini ifade etme yöntemleri değerlendirilir.
- Hastadan kapsamlı öykü alınır; sosyo-demografik ve sosyokültürel özellikleri, cinsel gelişim öyküsü, cinsel tercihleri ve ilk cinsel birleşme yaşı ve partneri sorulur.
- Alınan bilgilerin kayıt edileceği ve görüşmenin gizli tutulacağı garanti edilir.
- Hastaya karşı ön yargılı olunmamalıdır.
- Mevcut fiziksel ve ruhsal hastalıkları araştırılır. Hasta cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden (HIV/AIDS, sifiliz, frengi, hepatit vb.) taranır.
- Yaşadığı cinsel ve duygusal sorunların kendi yaşam şekline ve sosyal çevresine etkileri hakkındaki görüşlerini ifade etmesi sağlanır.
- Parafililerden herhangi biri yaşandığında, hastanın davranışlarına aşırı tepki gösterilmemeli ve hasta aşağılanmamalıdır. Hastalığın doğası anlaşılmaya çalışılmalıdır.
- Hastanın davranışlarının altında yatan nedenler tespit edilmeye çalışılmalı, davranışı tetikleyen nedenler araştırılmalıdır.
- Hasta hemşireye karşı seksüel içerikli temasta bulunduğu davranışın rahatsız ettiğinin hastaya söylenmesi gerekir.
- Diğer hastalara karşı böyle bir davranışta bulunduğu araya girip istenmeyen davranışlar engellenmelidir.
- Hastanın bu tür davranışları olduğunda duygularını açıklamasına fırsat verilmelidir.
- Başkalarının haklarına karşı saygılı olması gerektiği, bireysel sınırlar ve yaptığı ihlaller hastaya anlatılmalıdır.
- Gerekirse hastaya bir takım sınırlar koyulmalı ve düşmanca davranışlar sergiliyorsa izole edilmelidir.
- Hastanın dikkati başka yöne çekilmeye çalışılmalıdır (uğraş terapisi).

-
- Hasta bu davranışlarını sergilemediği zaman ödüllendirilmeli ve olumlu geri bildirimlerde bulunulmalıdır.
 - Hastanın parafilik davranışlarının sonuçları hakkında hasta ile görüşülmeli ve sonuçları birlikte değerlendirilmelidir.
 - Hastanın davranışlarının nedenleri, hastalığı ile ilgili bilgi düzeyi araştırılmalı gerekirse cinsel eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmelidir.
 - Hastanın bireysel ve grup terapilerine katılması sağlanmalıdır.
 - Tedaviye olumlu etki yapacak aile, arkadaş vb. kişiler varsa tedavi sürecine aktif katılımları sağlanır.
 - İlaçlarını düzenli alması sağlanmalıdır. İlaçların etki ve yan etkileri gözlenmelidir.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyarak doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi cinsel kimlik bozukluğudur?
A) Frötterizm
B) Pedofili
C) Mazohizm
D) Transseksüalite
2. Cinsel yanıt döngüsünde oluşan bozulmalar veya cinsel birleşme aşamasında oluşan ağrıyla karakterize cinsel bozukluk aşağıdakilerden hangisidir?
A) Parafililer
B) Cinsel işlev bozuklukları
C) Cinsel kimlik bozuklukları
D) Transseksüalite
3. Cinsel kimlik bozukluklarında aşağıdaki hemşire tutumlarının hangisi yanlıştır?
A) Hastanın sorunları içtenlikle dinlenmeli
B) Gizliliğe önem verilmeli
C) Hastaya doğru cinsel kimlik kazanması için yardım edilmeli
D) Hastaya değer verilmeli
4. Aşağıdakilerden hangisi aralarında birinci derecede kan bağı bulunan, evlilikleri yasalar ile engellenen akrabalar arasındaki cinsel ilişkiye verilen addır?
A) Ensest
B) Mazohizm
C) Voyörizm
D) Nekrofil
5. Cinsel sapmalarda aşağıdaki hemşire tutumlarının hangisi doğrudur?
A) Hastanın kendini ifade etmesine izin verilir
B) Hastaya karşı ön yargılı olunmaz
C) Gerekli durumlarda hasta izole edilir
D) Hepsi

DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyarak doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdaki maddelerden hangisi alkol kullanmaya bağlı ortaya çıkan nörolojik belirtilerdendir?
A) Siroz
B) Anksiyete
C) Şeker metabolizmasında bozukluk
D) Bacak ve ellerde uyuşma
2. Kandaki alkol konsantrasyonu kaç mg. üzerine çıkarsa ölüm gerçekleşir?
A) 100- 200 mg.
B) 200- 300 mg.
C) 500 mg. ve üzeri
D) 800 mg. ve üzeri
3. Aşağıdaki maddelerden hangisi hem psikolojik hem de fizyolojik bağımlılık yapar?
A) Alkol
B) Esrar
C) Halüsinojenler
D) İnhalanlar
4. İnhalanların sık kullanılmasının nedeni aşağıdakilerden hangisidir?
A) Ulaşımının kolay olması
B) Ucuz olması
C) Ev ve işyerlerinde sık kullanılan maddeler olması
D) Hepsi
5. Aşağıdakilerden hangisi madde bağımlılığının sosyo-kültürel etmenlerindendir?
A) Toplumda madde bağımlılığının kabul görmesi
B) Düşük benlik algısı
C) Ailede madde bağımlısının olması
D) Sosyal fobi
6. Aşağıdakilerden hangisi cinsel işlev bozukluklarındanır?
A) Homoseksüellik
B) Vajinismus
C) Biseksüellik
D) Egzibisyonizm

7. Cinsel uyarılma ve orgazm için, alışılmadık nesnelere, eylemler veya durumları içeren tekrarlayıcı ve yoğun cinsel dürtü, fantezi veya davranışların zorunlu olması ile karakterize bozukluk aşağıdakilerden hangisidir?
A) Parafililer
B) Cinsel işlev bozuklukları
C) Cinsel kimlik bozuklukları
D) Transseksüalite
8. Aşağıdakilerden hangisi cesetlere yönelik cinsel ilgi, ölümlerden cinsel haz alma saplantısına verilen addır?
A) Ensest
B) Mazohizm
C) Voyörizm
D) Nekrofil
9. Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?
A) Bireyselliklerine kavuşamamış ve otoriter anne imgesinden kurtulamamış kişiler, kimliklerini sürdürememe korkusunu yenmek için, cinsel sapmalara yönelirler.
B) Cinsel kimlik bozukluklarında hastaların tedavileri oldukça başarılıdır. Hasta kendi biyolojik cinsel kimliğini kazanır.
C) Anne-babanın karşı cinse özgü davranışları desteklemesinin cinsel kimlik bozukluklarına yol açabileceği düşünülmektedir
D) Cinsel işlev bozukluklarında psikolojik tedaviler organik ve psikolojik kaynaklı tüm hastalarda kullanılır.
10. Aşağıdakilerden hangisi cinsel işlev bozukluklarının hazırlayıcı nedenlerindedir?
A) Doğum
B) Sadakatsızlık
C) Tutucu bir ortamda yetiştirilme
D) Depresyon veya anksiyetenin varlığı

CEVAP ANAHTARLARI

ÖĞRENME FAALİYETİ – 1'İN CEVAP ANAHTARI

1	A
2	D
3	B
4	D
5	C

ÖĞRENME FAALİYETİ – 2'NİN CEVAP ANAHTARI

1	D
2	B
3	C
4	A
5	D

DEĞERLENDİRME CEVAP ANAHTAR

1	D
2	C
3	A
4	D
5	A
6	B
7	A
8	D
9	B
10	C

KAYNAKÇA

- Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Çalışma Grubu **Cinsel Kimlik Bozuklukları ve Transseksualizm, Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Kılavuzu** Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği yayını, 2011, Ankara.
- AKVARDAR Yıldız, Reyhan UÇKU, **Alkol Kullanım Sorunları Nasıl Önlenir? Alkol Kullanım Bozukluklarının Tanı ve Tedavisinde Kısa Müdahale Yaklaşımı**, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11:51-59
- ARGUN Ertan Can, Kerem Giray DURSUN, Sevim DURSUN, **Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği**, İstanbul, 2010
- ARIKAN Zehra, **Alkol Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar**, Işık E. (ed.) Güncel Klinik Psikiyatri, 2. Baskı, Golden Print Matbaası, Ankara, 2008.
- COŞKUNOL Hakan, Ahmet ÇELİKKOL, **Alkol Kullanım Bozuklukları ve Tedavisi**, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1996.
- DANKI Demet, Nesrin DİLBAZ, Tuncer OKAY, Çağlar AÇIKGÖZ, Işıl Bilgin ERDİNÇ, Şükran TELCİ, **Madde Kullanımına Bağlı Gelişen Psikotik Bozuklukta Atipik Antipsikotik Tedavisi: Bir Gözden Geçirme**, Bağımlılık Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 3, 2005.
- İNCESU Cem, **Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları**, Klinik Psikiyatri Dergisi, Ek 3:3-13, 2004.
- KARATAŞ Fatma, Ayşe KARATAŞ GÜNER, **Ruh Sağlığı ve Psikiyatri**, Korza Yayıncılık, Ankara, 2012.
- KÖKNEL Özcan, **Bağımlılık**, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1998.
- KÖROĞLU Ertuğrul, **DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri**, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2005.
- KUM Nebahat, **Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı**, Birlik Ofset Ltd. Ş, İstanbul, 1996.
- KÜTMEÇ Cemile, **Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı**, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:12, 2009

- ÖGEL Kültegin, **Bağımlılığı Önleme Anne-Babalar Öğretmenler İçin Kılavuz.** IQ kültür sanat yayıncılık, İstanbul, 2002.
- ÖGEL Kültegin, **İnsan, Yaşam ve Bağımlılık Tartışmalar ve Gerekçeler,** IQ kültür sanat yayıncılık, İstanbul, 2001.
- ÖZBAY Haluk, Erol GÖKA, Emine Zinnur KILIÇ, **Ruh Sağlığı Hastalıkları ve Bakımı,** Somgür yayınları, Ankara, 1997.
- ÖZGEN Ali, Sunar BİRSÖZ, **Benzodiazepinler “Yararlanım ve Kötü Kullanım Ölçütleri,”** Bağımlılık Dergisi, 2000; 1(2).
- ÖZSUNGUR Berna, **Cinsel Kimlik Gelişimi ve Cinsel Kimlik Bozukluğunda Psikososyal Değişkenler: Gözden Geçirme,** Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 17 (3) 2010
- ÖZTÜRK Orhan, Aylın ULUŞAHİN, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları,** Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2008.
- PEKTEKİN Çaylan, **Psikiyatri Hemşireliği,** Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1992.
- SAYIL Işık, **Ruh Sağlığı ve Hastalıkları,** Antıp AŞ Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar No: 20, Ankara, 2000.
- SUNGUR Mehmet Z., Özlem YALNIZ **Transseksüalite: İlgili Kavramlar ve Cinsiyet Düzenleme Girişimleri,** klinik psikiyatri dergisi, 1999;1:49-54.
- YAPICI Aslıhan, **Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiştirimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi** uzmanlık tezi İstanbul 2006
- YÜKSEL Nevzat, **Ruhsal Hastalıklar,** MN Medikal&Nobel Yayınları, Özyurt Matbaacılık, Ankara, 2006
- www.bagimlilik.info.tr, TAMAR GÜROL Defne, **Psikoaktif Maddeler ve Bağımlılık,** Erişim: 05.07.20012.
- <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-abuse-addiction> Erişim: 05.07.20012.
- <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/shuyazilari.htm>, MUTLU Ercan, **Madde Bağımlılığı (Uçucu Maddeler)** Erişim: 05.07.20012
- www.ibb.gov.tr/.../.. **Madde Bağımlılığı,** İstanbul Büyükşehir Belediyesi Erişim: 05.07.20012.

- okulweb.meb.gov.tr/18/11/311335/rehberdosya/sigara_alkol.ppt. Erişim: 06.07.20012.
- http://mcilal.k12.tr/Rehberlik/AnneBabaElKitabi.pdf. Erişim: 06.07.20012.
- http://psychotropicon.info/tr/inhalate-schnuffeldrogen/. İnhalanlar. Erişim: 06.07.20012.
- http://www.madde.gov.tr/index.php/ucucu-maddeler/86-%C3%A7ocuklar%C4%B1m%C4%B1z%C4%B1-u%C3%A7ucu-maddelerden-koruyal%C4%B1m. Erişim: 06.07.20012.
- http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/, **Psikiyatrik Aciller**, Erişim: 05.07.2012.
- http://www.yeniden.org.tr/bilgimerkezi/alkol/ALKOL.asp Erişim: 06.07.20012.
- www.teb.org.tr/...akademi/.../20110325100354madde_bagimliliği_ta.. UZBAY İ. Tayfun, **Bağımlılık Yapan Maddeler ve Özellikleri**, Erişim: 16.07.2012.
- tpedu.Cumhuriyet.Edu.Tr/.../Hipnosedatifilaclar%20u.Ppt Hipnosedatif İlaçlar İ: Barbitüratlarve Diğerleri Erişim: 16.07.2012.
- http://www.saglikbilgisi.org/cinsel-islev-bozukluklari.html. Erişim: 16.07.2012.
- http://www.beah.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=258 Erişim: 16.07.2012.
- www.ctf.edu.tr/.../cinselligin.../cinsel%20kimlik%20Bozuklukları.ppt. ÇAVUŞ ŞİMŞEK Emel, **Cinsel Kimlik Bozuklukları**, Erişim: 19.07.20012.
- www.ctf.edu.tr/.../cinselligin.../cinsel_sapmalar_ebru%20ilkme.ppt Erişim: 19.07.20012.
- http://www.tapd.org.tr/tr/page.asp?id=56 **Cinsel İşlev Bozuklukları** Erişim: 19.07.20012.
- http://www.egebagimlilik.org/default.asp?l=tr&mid=182 **Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Alkol, Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi** Erişim: 19.07.20012.