

**T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**CİNSEL YAKINMASI OLAN HASTALARDA BELİRTİ  
DAĞILIMININ PSİKIYATRİK TANI VE DİĞER KLİNİK  
DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ  
Dr. Arzu Azime ÜNLÜ KARAKOÇ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Murad ATMACA**

**ELAZIĞ  
2013**

## DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. İrfan ORHAN

DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Murad ATMACA

**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı**

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Murad ATMACA

\_\_\_\_\_

**Danışman**

**Uzmanlık Tezi Değerlendirme Jüri Üyeleri**

..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, deneyim ve becerilerini benden esirgemeyen aynı zamanda tez danışmanım olan ve tezimin oluşmasında her aşamada desteklerini gördüğüm Prof. Dr. Murad ATMACA başta olmak üzere, değerli hocalarım Prof. Dr. Murat KULOĐLU ve Yard. Doç. Dr. Osman MERMİ' ye en içten teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık süresi boyunca birlikte çalıştığım tüm asistan doktor arkadaşlarım ve klinik personeline özellikle her zaman dostluğu ve yardımları ile yanımda olan dostum, kardeşim Dr. Faruk KILIÇ' a teşekkür ederim.

Hayatım boyunca destek ve sevgilerini yanımda hissettiğim rahmetli anneme, babama ve kardeşlerime özellikle her daim yüreği ile yanımda olan canım Nejla' ma, karşılaştığım tüm zorlukları birlikte aştığım sevgili eşim Dr. Orhan KARAKOÇ' a, varlığı ile hayatıma renk katan can yavrum Melike' me ve henüz doğmamış olan karnımdaki güzel yavruya teşekkür ederim.

## ÖZET

Cinsel işlevler ile ilgili bilimsel çalışmalar sınırlı olmasına rağmen son yıllarda yapılan çalışmalarda artış bulunmaktadır, ancak genellikle cinsel işlevler ile ilgili çalışmalar batı toplumlarından elde ettiğimiz bilgiler olup ülkemizdeki çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır.

Bu çalışmada, Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran yatan veya ayaktan hastalarda cinsel yakınmaları sorgulamayı ve bunların psikiyatrik tanı ve klinik değişkenlerle ilişkisini incelemeye çalıştık. Çalışmaya 57'si kadın ve 64'ü erkek olmak üzere toplam 121 hasta alındı. Hastalara Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Kısa Form 36, Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri ve SCID-I uygulanmıştır.

Çalışmamıza katılan hem kadın hem de erkek hastalarda psikiyatrik bir hastalık tanısına komorbid cinsel işlev bozukluğu veya cinsel işlev bozukluğuna komorbid bir psikiyatrik tanının eşlik ettiğini, bunun genellikle major depresyon, anksiyete bozukluğu veya somatoform bozukluklar olduğunu tespit ettik. Ayrıca çalışmamıza katılan hastaların yaşam kalitesinin oldukça düşük olduğu da göze çarpmaktadır. Cinsel soruna eşlik eden bir psikiyatrik tanının veya psikiyatrik tanıya eşlik eden cinsel soruna rastlanma oranının yüksek olduğunu görmekteyiz.

Gerek fiziksel gerek psikolojik faktörlerin cinsel sorunların etyolojisinde oynadığı rolün etkilerinin tanımlanması için daha büyük örneklem grupları içeren ve sağlıklı kişilerle karşılaştırmalı yeni çalışmalar, cinselliğin ve cinsellikte yaşanan sorunların bu hastalıklar ile ilişkisini ortaya koyacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Cinsel işlev bozukluğu, psikiyatrik komorbidite.

## ABSTRACT

### THE RELATIONSHIP OF SYMPTOM DISTRIBUTION BETWEEN PSYCHIATRIC DIAGNOSIS AND THE OTHER CLINICAL VARIABLES IN PATIENTS WITH SEXUAL COMPLAINTS

Despite the limited scientific studies on sexual functions, in the recent years there has been an increase in the studies performed, but the informations we have obtained about the sexual functions are often from the studies established in the western world and in our country there are very limited number of studies.

This study was conducted with Elazığ Firat University Hospital psychiatric outpatients or hospitalized patients and the aim of study was to question their sexual complaints and to investigate the relationship between psychiatric diagnosis and clinical variables. The study comprised 57 women and 64 men, a total of 121 patients. All participants applied socio-demographic data sheet, Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton Anxiete Rating Scale, ASEX, Short Form-36, GRİSS and DSM-IV scale structured clinical interview for axis I disoreders (SCID-I).

Both male and female participants who involved the study were accompanied by sexual dysfunction with comorbid psychiatric diagnosis of a disease or a comorbid psychiatric diagnosis with sexual dysfunction, and we have detected that this is usually major depression, anxiety disorder or somatorfm disorders. Also the life quality of the patients involved in the study, especially for the female patients is observed to be quite low. We see that there is high rate of occurrence of sexual problems associated with a concomitant psychiatric diagnosis or a psychiatric diagnosis accompained with a sexual dysfunction.

To determine the effects of the role of both physical and psychological factors in the development of sexual problems, there is need for more investigations with larger sample groups and in comparison to healthy individuals to reveal and understand the relationship between sexuality and sexual problems with these diseases.

**Key Words:** Sexual dysfunction, psychiatric comorbidity

## İÇİNDEKİLER

<b>BAŞLIK SAYFASI</b>	<b>i</b>
<b>ONAY SAYFASI</b>	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>vi</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b>	<b>viii</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b>	<b>ix</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Genel Bilgiler	2
1.2. Cinsel İşlevlerin Fizyolojisi	3
1.2.1. Kadın Cinsel Organ Anatomisi	5
1.2.1. Erkek Cinsel Organlar Anatomisi	6
1.2.3. Cinsel İşlevlerin Nöroendokrin Temelleri	7
1.3. Cinsel İşlev Bozuklukları	7
1.3.1. Tanım	7
1.4. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması Ve Yaygınlığı	8
1.4.1. Cinsel İşlev Bozuklukları DSM-IV TR Tanı Ölçütleri	9
1.4.2. Cinsel İstek Bozuklukları	9
1.4.2.1. Azalmış (Hipoaktif) Cinsel İstek Bozukluğu	10
1.4.2.2. Cinsel Tiksinti Bozukluğu	11
1.4.3. Cinsel Uyarılma Bozuklukları	12
1.4.3.1. Erkeklerde Sertleşme Bozukluğu	12
1.4.3.2. Kadınlarda Cinsel Uyarılma Bozukluğu	13
1.4.4. Orgazm Bozuklukları	14
1.4.4.1. Kadında Orgazm Bozukluğu	14
1.4.4.2. Erkeklerde Orgazm Bozukluğu	15
1.4.4.3. Erkeklerde Erken Boşalma	16
1.4.5. Cinsel Ağrı Bozuklukları	17
1.4.5.1. Disparoni	17
1.4.5.2. Vajinismus	17

1.5. Cinsel İşlev Bozuklukları Ve Komorbiditenin Önemi	18
1.6. Cinsel İşlev Bozuklukları Ve Psikiyatri İlişkisi	18
<b>2. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>25</b>
2.1. Uygulama	25
2.2. Çalışmada Kullanılan Araçlar	25
2.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	25
2.2.2. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)	25
2.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ)	26
2.2.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ)	26
2.2.5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-ACYÖ (The Arizona Sexual Experience Scale)	26
2.2.6. Kısa Form 36 (Short Form-36; SF-36)	26
2.2.7. Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri (GRISS)	27
2.3. Hastalar için çalışmadan dışlama kriterleri	27
2.4. Hastalar için çalışmaya dahil edilme kriterleri	28
2.5. İstatiksel yöntem ve değerlendirme	28
<b>3. BULGULAR</b>	<b>29</b>
3.1. Hasta Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri	29
3.2. Hasta Gruplarının Klinik özellikleri	30
3.3. Hasta Gruplarının Cinsel Bilgilerinin Özellikleri	30
3.4. Ölçek Puanları ve Korelasyon Analizleri	32
<b>4. TARTIŞMA</b>	<b>39</b>
<b>5. KAYNAKLAR</b>	<b>47</b>
<b>6. EKLER</b>	<b>55</b>
<b>7. ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>75</b>

## TABLO LİSTESİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1.</b> Hasta sosyodemografik bilgileri	29
<b>Tablo 2.</b> Hastaların sosyodemografik bilgileri (devamı)	30
<b>Tablo 3.</b> Hastaların cinsel bilgilerinin özellikleri	31
<b>Tablo 4.</b> Hastaların ölçek puan sonuçları	32
<b>Tablo 5.</b> Kadın hastalarda ilk cinsel yaş ile GRİSS ve ASEX ölçek ilişkileri	33
<b>Tablo 6.</b> Erkek hastalarda ilk cinsel yaş ile GRİSS ve ASEX ölçek ilişkileri	33
<b>Tablo 7.</b> İlk ilişkide sorun tarif eden kadın hastalarda GRİSS ve ASEX ölçek ilişkileri	34
<b>Tablo 8.</b> İlk ilişkide sorun tarif eden erkek hastalarda GRİSS ve ASEX ölçek puanları	34
<b>Tablo 9.</b> Kadın hastalarda eşle sürenin GRİSS ve ASEX ölçek puanları ile ilişkisi	35
<b>Tablo 10.</b> Erkek hastalarda eşle sürenin GRİSS ve ASEX ölçek puanları ile ilişkisi	35
<b>Tablo 11.</b> Kadın hastalarda haftalık ilişki sıklığı ile GRİSS ve ASEX ölçek puanları ile ilişkisi	36
<b>Tablo 12.</b> Erkek hastalarda haftalık ilişki sıklığı ile GRİSS ve ASEX ölçek puanları ile ilişkisi	36
<b>Tablo 13.</b> Kadın hastalarda CİB süresi ve haftalık ilişki sıklığı ile değerler arasında korelasyon	37
<b>Tablo 14.</b> Erkek hastalarda CİB süresi ve haftalık ilişki sıklığı ile değerler arasında korelasyon	38



## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>ACYÖ</b>	: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
<b>ASEX</b>	: Arizona Sexual Experience Scale
<b>CETAD</b>	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
<b>CİB</b>	: Cinsel İşlev Bozukluğu
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
<b>DSM-IV</b>	: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması Ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı
<b>ED</b>	: Erektile Disfonksiyon
<b>GRİSS</b>	: Golombok-Rust Cinsel Doyum Envanteri
<b>HAÖ</b>	: Hamilton Anksiyete Ölçeği
<b>HDÖ</b>	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
<b>ICD</b>	: International Classification of Diseases (Dünya Sağlık Örgütü Sınıflaması)
<b>NHLS</b>	: National Health and Social Life Survey
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>PE</b>	: Prematür Ejekülasyon
<b>SCID-I</b>	: DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi
<b>SF</b>	: Kısa Form
<b>SF-36</b>	: Short Form-36 (Kısa Form-36)
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>SSRI</b>	: Selektif Serotonin Reseptör İnhibitörü

## 1. GİRİŞ

Cinsellik kişinin hem fiziksel hem psikolojik hem de sosyal yaşamının önemli bir parçasıdır. Cinsel aktivite sadece türün devamı için yapılan biyolojik bir işlev değil, zevk veren ve insanlar arası duyguların iletişimini sağlayan temel bir işlevdir (1). Cinsel İşlev Bozuklukları cinsel yanıt döngüsünün aşamalarında bireysel haz ve zevki engelleyecek bir şekilde ya da kişinin isteğindeki azalma nedeniyle objektif performansında düşüş olarak tanımlanır. Cinsel İşlev Bozuklukları, DSM-IV sınıflamasında Eksen-I'de sınıflamıştır. Cinsel istekte veya yanıt döngüsünü belirleyen fizyolojik değişikliklerde engellenme bu bozukluklardaki en temel belirtidir (2).

Cinsel yaşamla ilgili ayrıntılı ilk araştırmayı yapan ve bilim dünyasına bunu sunan Kinsey ve ark.' (3), 1938-1952 yılları arasında cinsel davranış biçimleri ile ilgili istatistiklerden oluşan derlemeleri yayınlamışlar ve oldukça çok ses getirmişlerdir. Bu çalışma daha çok epidemiyolojik anlam ifade etmekte, cinsel uyarılara insanda verilen tepkinin fizyolojisi ve anatomisi ile ilgili kapsamlı bilgi sunmamaktadır (3).

Klinik psikiyatri alanında, cinsel işlev bozuklukları her yönü ile giderek artan bir önem kazanmaktadır. Günümüze kadar yapılan çalışmaların sınırlılığı bu alanın hem bireysel hem de toplumsal alanda tabu özelliğinde bir yapısının oluşundan ve cinsel işlevlerin sorgulanmasındaki güçlüklerden kaynaklanabilmektedir.

Psikiyatride kullanılan ICD (Dünya Sağlık Örgütü Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması) ile DSM (Ruhsal Hastalıkların tanımsal ve istatistiksel başvuru kitabı) gibi tanı sınıflandırma sistemlerinde ruhsal hastalıklar belirti kümelerine göre tanımlanmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalar, ruhsal hastalıkların farklılık gösteren klinik görünümüne ilgi çekmektedir (4, 5).

Toplumda cinsel işlev bozuklukları oldukça yaygın olarak görülmektedir. Örneğin prematür ejakülasyon yaklaşık 3-4 erkekte birinde, vajinismus yaklaşık her 10-12 kadından birinde, anorgazmi ise her 3 kadından birinde görülmektedir (6). Bu kadar yaygın olmasına rağmen bilimsel çalışmalarda cinsellik ile ilgili sınırlı yayın bulunmaktadır. Cinselliğin gerek ülkemizde gerek diğer toplumlarda konuşulmasının yadırganması ve en önemlisi bir tabu olarak görülmesi bilimsel çalışmaların az

olmasının nedenlerinden biridir. Oysa ki cinsellik insanlar arası ilişkilerin gelişmesini ve türün devamına katkı sağlayan fizyolojik ve sosyal bir olgudur.

### **1.1. Genel Bilgiler**

Cinsel yaşamda zorlanma cinsel soruna, cinsel sorunun belirginleşmesi ise bir cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır. Uzun yıllar cinsel işlev bozukluklarının nedeninin organik olarak düşünülmesi psikiyatrinin cinsel sorunların tedavisine uzak durmasına sebebiyet vermiştir ve tedavi sürecini olumsuz etkilemiştir. Özellikle kadın doğum, üroloji gibi psikiyatri dışındaki tıp dallarında, ayrıca bazı hekimlerin uygun olmayan tedavi yöntemleri ve tıp dışı alternatif yöntemlerle cinsel sorunlara çözüm bulunmaya çalışılmıştır. Sorunun rahat ifade edilemeyişi ve tedavisindeki zorluklar ile tedaviye ulaşma güçlüğü nedeniyle bu hastalar çok fazla zorluk yaşamaktadırlar. Gerek cinsel tedavilerin bir sağaltım disiplini içeriyor olması, gerek psikiyatrik tanı kategorilerinde bulunuyor oluşu gerekse komorbid psikiyatrik bozukluklar olasılığı psikiyatriyi bu tedavi sürecinin önemli bir aktörü kılmaktadır. Bu açıdan değerlendirdiğimizde cinsel sorun ve psikiyatrinin kesişme noktaları oldukça önem arz etmektedir.

Cinsellik içeren kavramların psikiyatride bile, bireysel psikoterapilerde ya da genel hasta görüşmelerinde kolay kullanılmadığı, sadece hastaların değil psikiyatristlerin de kullanmaktan kaçındığı bilinmektedir. Hastalar, asıl başvuru sebebi cinsellik ile ilgili değilse cinsel sorunlarından bahsetmeyi çoğunlukla ertelerler. Aynı şekilde cinsel öykü sorgulama da hekimlerin erteledikleri bir durumdur. Bunun nedeni hem sosyal hem kültürel olduğu kadar cinselliğin kendisi ile de ilgilidir (7).

Cinsel işlev bozuklukları ile psikiyatrik hastalıklar arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Cinsel işlev bozuklukları temelde yatan depresyon gibi bir psikiyatrik bozukluğun belirtisi olabileceği gibi, primer olarak meydana çıkan bir cinsel işlev bozukluğu, bireyde zamanla depresyon, anksiyete veya uyum bozukluklarına ya da kişilerarası ilişkilerin bozulmasına yol açabilmektedir (8). Cinsel işlev bozuklukları kişinin hem yeteneklerini hem de yakın ilişkiler kurmasını ve oluşturmasını etkileyebilir (9).

Cinsel işlev bozukluğu etiyojisine yönelik yapılan araştırmalarda cinsel işlev bozukluğu ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişkinin bulunması bu konuya verilen önemi artırmaktadır (10). Ayrıca buna ilaveten, anksiyete bozuklukları gibi bazı psikiyatrik bozukluklar ile cinsel işlev bozukluklarının etiyojik olarak benzer bulgular oluşturduğu öne sürülmektedir (10). Diğer taraftan cinsel işlev bozuklukları ile anksiyete bozukluğu birlikteliği hakkında çok az çalışma vardır (11).

Freud'un (12) 20.yüzyıl başlarında insan ruhsal yapısı ve ruhsal problemleri ile cinsellik arasındaki güçlü ilişkiyi tanımlamasından sonra, psikiyatri insan cinselliği ile yakından ilgilenmeye başlamıştır. Bir yaşam dürtüsü olarak doğumdan ölüme kadar devam eden insan cinsel davranışı tek bir kalıba uymaz ve insanlar hem cinsel dürtü ve güç hem de tercih ettikleri cinsel anlatım ve doyum açısından birbirinden farklıdır. Bireyin yaşam koşulları, toplumdaki ilişkileri, kadın veya erkek oluşu, yaşı, içinde bulunduğu kültür ortamı, yaşamı boyunca edindiği cinsel tecrübeleri ne kadar geliştirdiği gibi etkenler bu farkları tanımlamaktadır (12).

## **1.2. Cinsel İşlevlerin Fizyolojisi**

İnsanın cinsel davranış biçimleri ile ilgili ilk detaylı çalışmayı Kinsey ve ark. (13) yapmıştır. Bu çalışmanın devamında Masters ve Johnson (14,15) 10 yıldan daha uzun süren araştırmalarının sonuçlarını, ilk defa 1966 senesinde "İnsanda Cinsel Davranış" adlı kitapta yayınladılar. Masters ve Johnson'un yaptıkları araştırmalar sayesinde, bilim dünyası insan cinselliği ile cinsel fizyolojiye bakış açısını değiştirmişlerdir. Bu çalışmalar dizini günümüzde bile insan cinsel fizyolojisi ile ilgili bilgilerimizin kaynağını oluşturmaktadır. Masters ve Johnson, insan cinselliğini ilk defa olarak laboratuvar şartlarında incelemiş, kadın ve erkek yüzlerce gönüllü denek üzerinde devam ettikleri çalışmalarında, cinsel uyarılara deneklerin verdikleri cevapları doğrudan gözlemleyerek ve cinsel tepki sürecinin bütün evrelerini objektif ölçüm metodlarını kullanarak kaydetmişlerdir (14, 15).

Masters ve Johnson (16) insanda fizyolojik uyarana karşı verilen cinsel yanıtı 4 aşamada tanımlamışlardır. Bunlar:

- 1- Uyarılma evresi
- 2- Plato evresi
- 3- Orgazm evresi

#### 4- Çözülme evresi

Bugünkü bilgilerimiz dahilinde cinsel tepkinin bu dört evresi kısmen geçerli kabul edilmektedir. Bilim dünyasında cinselliğin yer alması ile birlikte, tanımlanan fizyolojik evreler zamanla tekrar gözden geçirilmiştir. Cinsel terapinin kurucularından biri sayılan Helen Singer Kaplan, cinsel yanıtın insanda bifazik özellikli olduğunu öne sürmüştür. Cinsel işlev bozukluklarının ayırıcı tanı ile tedavisinde, bu bifazik yapının tartışılması ile hem önemli ilerlemeler hem de önemli değişiklikler sağlanmıştır. İlk olarak insanda bulunan cinsel yanıt evrelerinin tek bir fizyolojik sürecin bölümleri olduğu düşüncesi yıkılmıştır. Bu yanlış düşüncenin sonucunda ortaya çıkan ve insandaki cinsel işlev bozukluklarının tamamını, erkeklerde empotans, kadınlarda ise frijidite olarak adlandırılan sadece bir klinik sendromun çeşitleri olarak yorumlayan düşünceden vazgeçilmiştir ve psikiyatrik terminoloji ile sınıflandırmalardan bu tanımlamalar çıkartılmıştır (8, 15, 17). Ayrıca, Masters ve Johnson'un tanımladığı evrelere ilave olarak oldukça önem arz eden bir evre de Kaplan (18, 19) tarafından tanımlanmıştır. Bu yeni tanımlanan evre istek evresidir ve bir anlamda cinselliğin en önemli evresidir. Ancak, cinsel istek evresinin diğer evrelerden değişik olarak bir takım biyolojik, nöroendokrin ve psikolojik süreçler belirlemektedir. Günümüzde artık insandaki cinsel yanıt sürecinin, birbiriyle bağlantılı olan fakat nörofizyolojik ve anatomik açıdan birbirinden çok önemli ölçülerde farklı olan istek, uyarılma, orgazm ile çözülme evreleri olmak üzere dört evreden oluştuğu kabul görmektedir:

**İstek:** Cinsel döngünün en önemli evresidir. Diğer evrelerden en önemli farkı doğrudan fiziksel uyarılmaya ihtiyaç duymamasıdır. İnsanın psikolojik ve sosyal özelliklerinden etkilenir. Diğer cinsel evreleri dolaylı olarak veya doğrudan etkilemektedir.

**Uyarılma:** Bedensel veya psikojenik olan herhangi bir çeşit uyarılma sonucu ortaya çıkabilir. Verilen uyarı bireyin gereksinimini karşılayacak düzeyde ise tepkinin yoğunluğu artış gösterir. Erkeklerde uyarılmanın ilk belirtisi peniste sertleşme iken uyarılmanın kadındaki ilk belirtisi cinsel organda ıslanma ve cinsel organda kabarmadır. Oldukça uzun sürebilen bir evredir. Masters ve Johnson'un tanımlamış olduğu plato evresi, uyarılma evresinin orgazm öncesi dönemidir.

**Orgazm:** Süre olarak en kısa olan ancak alınan haz açısından değerlendirildiğinde en yoğun olan evredir. 3-4 kez olan 0.8 milisaniyelik ritmik düzensiz kasılmaların izlendiği haz içeren bir durumdur. Erkeklerde ejakülasyon, kadınlarda ise perine ve vajina kaslarında ritmik kasılma ile karakterizedir. Orgazm, kadınlarda özellikle de klitoral bölgede ve vajinada, erkeklerde ise prostat, penis ve testislerde yoğunluk kazanmaktadır.

**Çözülme:** Kadınlar yeniden bir cinsel uyarana karşı karşıya geldiklerinde, tekrardan yeni bir cinsel yanıt döngüsüne girme kapasitesine sahiptirler. Erkeklerde ise refrakter periyoda girilir. Refrakter periyodun bitimine kadar erkeklerin cinsel bir uyarana yeniden yanıt verip ereksiyon olmaları ya da orgazm olmaları imkansızdır. Çözülme evresine, cinsel eylemin sonlanması ile girilir. Cinsel organlar ve bölgelerde kan akımı normale döner. Otonom sinir sistemi parasempatik aktivasyonun daha fazla ağırlıkta olduğu doğal sürece girer.

Cinsel döngü evreleri özellikle cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılmasında ayırıcı tanı ile tedavi açısından oldukça fazla önemlidir. DSM tanı ve sınıflandırma sistemi açısından önem arz eden evreler “istek”, “uyarılma” ve “orgazm” evreleridir. Esas olarak fizyolojik açıdan “Plato” evresi, “uyarılma” evresinin bir bölümü olarak kabul edilmektedir. psikiyatrik sınıflandırmalarda temel alınmamıştır çünkü “Çözülme” evresine has cinsel sorun veya cinsel işlev bozukluğu oranı ihmal edilebilir düzeydedir. Aşağıda kadın ile erkek cinsel organların anatomisine basitçe değinilecek ve cinsel işlev bozuklukları anlatılacaktır.

### **1.2.1. Kadın Cinsel Organ Anatomisi**

Erişkin normal bir kadında dış genital yapı vulva olarak isimlendirilir. Mons, dış ve iç dudaklar, klitoris, vaginal açıklık ve perineden meydana gelir. İç genital yapı ise himen, vajina, uterus, fallop tüpleri ve overlerden meydana gelir. Erişkin kadınlarda dış genital oluşumlar farklı görünümde olabilmektedir. Klitoris ise ilk defa olarak Hipokrat tarafından tanımlanmıştır. Masters ve Johnson ise klitorisi primer bir cinsel organ olarak değerlendirmişlerdir ve orgazm için yeterli ve uygun klitoral uyarı gerektiğini belirtmişlerdir.

Penis ile karşılaştırıldığında klitoris yaklaşık 3 kat daha fazla zengin sinir ağlarına sahiptir. Cinsel uyarılma esnasındaki vaginal ıslanmanın asıl kaynağı, kan

damarlarının oldukça bol olarak bulunduğu mukozal yapıdır. Kas yapısı ise ileri düzeyde vajinanın kasılıp genişlemesine müsaade eder. Şekil ve büyüklüğü değişken olabilir. Vaginal açıklığı kaplayan himen genellikle halka şeklinde olup membranöz bir yapıdadır. G noktasını, 1950 yılında ilk kez jinekolog doktor Ernst Graefenberg (20) tanımlamıştır ve son 20 senede yapılan araştırmalarda vajina ön duvarında ve pubik kemik ile serviks arasında bulunan bu noktasal bölgenin, uyarılma ile genişleyebildiği ayrıca burasının uyarılmasının sonucunda orgazmın tetiklenebileceği öne sürülmüştür. Grafenberg (20), bu noktasal bölgenin embriyolojik köken olarak prostat dokusuna benzerliğinin dolayı uyarımda önem taşıyabileceğini öne sürmüştür.

### **1.2.1. Erkek Cinsel Organlar Anatomisi**

Erişkin normal bir erkekte skrotum, penis, testisler, epididim ve vas deferensin bir bölümü dış genital yapılar, vas deferensin diğer kısmı, ejakülasyon kanalları ile prostat ise iç genital yapılar şeklinde tanımlanır. Penis birbirine paralel olan spongiyöz ve kavernöz gövde yapılarından meydana gelir. Latince kökenli bir kelime olan penis “kuyruk” anlamına gelmektedir ve penis şekli kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Antik çağlardan günümüze kadar fallus, üreme yeteneğinin ve üretkenliğin bir işareti olarak kabul görmüştür. Yaptıkları çalışmada Masters ve Johnson penis boyunun anatomik pozisyonda 7-11cm, ereksiyon durumunda ise 14-18cm olduğunu belirtmiştir. Penis korpus kavernosa diye isimlendirilen sütun şeklindeki kas yapılardan oluşur ve uyarılma sonucu penil arterlerin genişlemesi bu kaslarda boyut değişikliğine sebep olarak penis ereksiyonunu meydana getirmektedir (20). Dokunma ve basınca duyarlı olan testislerdir ve skrotumun okşanması ile testislerin sıkılması sonucunda cinsel uyarılma sağlanabilir. Ejakülasyonun gerçekleşebilmesi için semen ile seminal sıvının epididim, vas deferens, prostat, seminal vezikül ve üretra içine salınması, sonrasında ise pelvis ile perine kaslarının kontraksiyonu ve penil üretradan dışarı fıskırtılması şeklinde gerçekleşmektedir. Ejakülat sıvısı, ortalama olarak 2.5 ml hacminde olup yaklaşık olarak 120 milyon civarında sperm hücresi barındırmaktadır. Ejakülasyon ile birlikte meydana gelen haz duyumu ise subjektif bir durumu tanımlamakta olup kortikal bir deneyimi göstermektedir.

### **1.2.3. Cinsel İşlevlerin Nöroendokrin Temelleri**

Pek çok nörotransmitter, hormon ve peptit cinsel fonksiyon ile cinsel işlevlerin düzenlenmesinde rol oynamaktadır. Cinsel istek, cinsel fantezi, cinsel dürtü ve cinsel motivasyonun oluşması konusunda bilinen en önemli transmitter dopamindir. Testosteron, hem kadın hem de erkek için cinsel isteği oluşturan ve cinsel istekten sorumlu en önemli hormondur (21). Östrojen de libidoyu dolaylı olarak etkilmektedir. Prolaktin ise diğer hormonların aksine cinsel isteği olumsuz yönde etkiler. Ayrıca, kolinerjik sistem ile asetilkolinin merkezi uyarılmadan sorumlu olduğu düşünülmektedir. Periferik uyarılmadan ise asetilkolin ile birlikte nitrik oksidin çok önemli ve kilit rol oynadığı bilinmektedir (22).

### **1.3. Cinsel İşlev Bozuklukları**

#### **1.3.1. Tanım**

Cinsel yanıt evrelerindeki aksamalardan kaynaklanan bozukluklara cinsel işlev bozuklukları denmektedir. Cinsel yanıt evrelerine ilave olarak hem cinsel ağrı bozuklukları hem de vaginismus cinsel işlev bozuklukları içinde yer almaktadır. Cinsel işlev bozuklukları, DSM-IV-TR sınıflamasında eksen I bozuklukları içerisinde yer alır. Kaplan'ın (23) tanımladığı cinsel yanıt döngüsü temel alınarak, cinsel istek ile cinsel yanıt döngüsünü meydana getiren psikolojik ve fizyolojik değişikliklerde, kişiler arası zorluklara ve strese sebebiyet verecek seviyede bozulma olarak tanımlamıştır. Masters ve Johnson'un (24) tanımına göre cinsel işlev bozukluğu; insandaki cinsel yanıt döngüsünde yeterli cinsel uyarılma olmaması ve/veya cinsel doyuma ulaşmada yetmezliğe sebep olabilecek herhangi bir aksamadır. Schmidt ile Arentewicz (25) ise cinsel işlev bozukluğunu, "azalmış ya da atipik genital fizyolojik reaksiyonlar veya bu reaksiyonların tamamen kaybı sonucu cinsel duyarlılık ya da cinsel davranışlarda ortaya çıkan bozukluklar" olarak tanımlamışlardır. Endokrinolojik sistemin bütünlüğüne ilave olarak, doğru ve düzgün işleyen bir vasküler ve nörolojik sistem söz konusu olduğunda sağlıklı cinsel işlevlerden söz edilebilir. Bu sistemlerin herhangi birindeki aksama ve bozukluk cinsel sağlığı etkilemektedir.



Cinsel işlev bozuklukları kişinin yetenek ve becerilerini etkileyebilir. Yakın ilişkiler kurmasını ve oluşturmasını engelleyebilir (9). Bu bozukluklar, hayat boyu devam eden ya da sonradan edinilmiş tarzda, genelleşmiş veya durumsal olabilir. Cinsel işlev bozuklukları sıklıkla depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve/veya şizofreni gibi diğer ruhsal bozukluklarla ilgili ve ilişkilidir.

#### **1.4. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması ve Yaygınlığı**

Farklı kültürlere ve toplumlara göre değişkenlik gösteren cinsel işlev uygulamaları hemen hemen her kültürde saklı ve gizli olan ve tabu olarak kabul görülen bir alanı temsil ettiğinden bu alanda yapılan araştırma ve çalışmalar sınırlıdır, bu nedenle cinsel işlev bozukluklarının doğru yaygınlık oranlarını kesin olarak tespit etmek mümkün değildir. İnsan cinselliği hakkındaki sınırlı bilgilerimiz çoğunlukla batılı toplumların yaptıkları araştırmalara dayanmaktadır. Oysaki bu konu ile ilgili olan kavramlar, tutumlar, düşünceler ve inançlar ve bunlara dayanak olarak gelişen cinsellik uygulamaları oldukça büyük değişiklik göstermektedir. Buna benzer olarak cinsel işlev bozukluğu sunumlarının aynı zamanda bireye etkilerinin ve en önemlisi de tedavi yaklaşımının da farklı olması beklenir (26).

100 mutlu evli çift ile 1978 yılında yapılan bir çalışma kapsamındaki çiftlerde, erkeklerin %40 kadarında yaşamlarının belli dönemlerinde sertleşme ya da boşalma bozuklukları ve sorunları yaşadıkları belirlenmiştir. Yine, bu çalışmada kadınların %63 kadarında uyarılma ve orgazm bozuklukları saptanmıştır. Sonuç olarak bu çalışmada, erkeklerin %50 ve kadınların %70'inde cinsel yaşantıda sorun ve zorlukların olduğu gösterilebilmiştir (27).

Spector ve Carey'in (28) 1990 senesinde literatürü gözden geçirdikleri review yazılarının yayınlanmasının ardından 2001 yılında yine Simon ile Carey (29) cinsel işlev bozukluklarının yaygınlığı ile ilgili olan yazıları tekrardan gözden geçirmişler ve toplum örneklemlerinde erkek bireylerde %0-3 oranında cinsel istekte azalma bozukluğu, %0-3 oranında orgazm bozukluğu, %4-5 oranında ise erken boşalma tespit etmişlerdir. Yine aynı çalışmada, kadın bireylerde orgazm ile ilişkili bozukluklar %7-10 oranında belirlenmiştir (29).

Amerikan toplumunu temel alan, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ve 19-59 yaşları arasındaki bireylerin dahil edildiği incelemede erkeklerde %3 ve kadınlarda %15 disparoni oranı, orgazm ile ilişkili bozukluklar erkeklerde %10 ve kadınlarda ise %25 olarak belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada, kadınlarda %33 azalmış cinsel istek, %20 cinsel uyarılma bozuklukları, erkeklerde ise %27 oranında prematür ejakülasyon ve %10 oranında erektil bozukluk saptanmıştır (30).

#### **1.4.1. Cinsel İşlev Bozuklukları DSM-IV TR Tanı Ölçütleri**

- 1- Cinsel istek bozuklukları
  - a-cinsel istekte azalma bozukluğu
  - b-cinsel tiksinti bozukluğu
- 2- Cinsel uyarılma bozukluğu
  - a-kadında cinsel uyarılma bozukluğu
  - b-erkeklerde erektil bozukluk
- 3- Orgazm bozuklukları
  - a-kadında orgazm bozukluğu (önceki adı inhibe kadın orgazmı)
  - b-erkeklerde orgazm bozukluğu (önceki adı inhibe erkek orgazmı)
  - c-prematür ejakülasyon
- 4- Cinsel ağrı bozuklukları
  - a-disparoni (genel tıbbi bir duruma bağlı olmayan)
  - b-vajinismus (genel tıbbi bir duruma bağlı olmayan)
- 5- Genel bir tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozukluğu
- 6- Madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu
- 7- Başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozukluğu

Bu sınıflandırmadaki ilk üç madde cinsel yanıt evreleri ile ilişkilidir. Ayrıca cinsel işlevlerin sınıflandırılmasında cinsel ağrı bozuklukları da dahildir.

#### **1.4.2. Cinsel İstek Bozuklukları**

Cinsel istek, kişinin hem biyolojik hem psikolojik hem de sosyal konumundan etkilenen bir durum olup ancak geniş bir bakış açısı ile ele alınması gereken belirleyenlerden meydana gelmektedir. Cinsel uyarılmanın oluşumunda, santral sinir sistemi yapılarından olan hipotalamus ve paleokorteksde yer alan posterior orbito-frontal korteks önem teşkil etmektedir (31). Cinsel uyarılma

ovülasyon sürecinde olan ve ayrıca overleri alınmış hayvanların karşılaştırıldığı bir çalışma, bu paleokortikal bölgenin önemini desteklemektedir (32). Cinsel davranışların esas özelliklerinin yönlendirilmesinde anterior hipotalamik medyal pre-optik çekirdek ile posterior hipotalamik ventromedyal çekirdeğin önem taşıdığı belirtilmektedir (33). Merkezi sinir sisteminde bulunan ve yukarıda bahsedilen bu alanlardaki uyarılarının etkisi altında, genital organlar hem uyarı esnasında hem de cinsel aktivitenin devam ettiği sürece bu uyarılara hormonal olarak yanıtlar verirler. Bu yanıtların var olmasında hipofiz-adrenal aksın öneminin yanı sıra diğer önemli hormonal düzenlemelerde kadınlarda over erkeklerde ise testis temel rol oynarlar. Progesteronun ve östrojenin hem erkekte hem de kadında cinsel istek oluşumunda oldukça önem arz ettiği ayrıca bu iki hormondan da daha önemli olarak testosteronun önemi de bildirilmiştir. Progesteronun ise genel anlamda cinsel istek üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu bildirilmiştir (34).

Cinsel istek; yaşam güçlükleri, ilişkilerde yaşanan çatışmalar, ekonomik sıkıntı ve güçlükler, iş koşulları, evlilik ilişkileri, sevilen bir bireyden ayrılma veyahut kayıp durumları gibi önemli yaşam olayları ve deneyimlerinden çok büyük oranda etkilenmektedir (35). Cinsel isteğin değerlendirilmesinde sadece biyolojik etmenlerin değil, psikolojik ve hatta sosyolojik etmenlerin de göz önünde tutulması gerekmektedir. DSM-IV tanı ve sınıflandırma sisteminde cinsel istek bozuklukları; “Azalmış (hipoaktif) Cinsel İstek Bozukluğu” ve “Cinsel Tiksinti (Aversiyon) Bozukluğu” başlıkları altında incelenmiştir.

#### **1.4.2.1. Azalmış (Hipoaktif) Cinsel İstek Bozukluğu**

Azalmış cinsel istek, DSM-IV sınıflandırma sistemine göre “Sürekli ya da yineleyici olarak cinsel fantazilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az oluşu ya da hiç olmaması” olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu tanının konabilmesi için doktorun, kişinin yaşam şartları ve yaşı gibi cinsel işlevselliğini etkileyen etkenlerin göz önünde bulundurarak cinsel isteğin azaldığı veya olmadığı kanaatine varılabileceği vurgulanmaktadır. Bu durumun başka bir psikiyatrik bozukluğa ikincil olarak gelişen bir durum olmadığı ya da diğer bir cinsel soruna ikincil olarak gelişmediği de hekim tarafından gösterilmelidir. Bu bozukluk ayrıca cinsel etkinliğin kişide yoğun anksiyete ile beraber kaçınma oluşturduğu cinsel tiksinti

bozukluğundan ayırt edilmelidir. Toplumun yaklaşık %20'sinde azalmış cinsel istek bozukluğu olduğu ön görülmektedir (2).

#### **1.4.2.2. Cinsel Tiksinti Bozukluğu**

Bu bozukluk, sürekli veya yineleyici olarak cinsel eş ile birlikte genital cinsel ilişki yaşamaktan aşırı derecede tiksinti duyma ve bundan tamamen kaçınma durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu bozuklukta en önemli özelliklerden biri, kişi eşi ile bir cinsel ilişki olanağı ile karşı karşıya kaldığında sıkıntı, anksiyete, huzursuzluk, korku, iğrenme tanımlamakta ve ayrıca bazı koşullarda panik atak benzeri bir tablo gözlenebilmektedir. Bu durum kişide bozukluğun özelliğine göre genital salgılar ya da koitus gibi cinsel yaşamın belirli bazı öğelerine odaklanabilir veya tüm cinsel uyarıcı ve tepkilere genel bir yanıt olarak ortaya çıkabilmektedir. Buna ilaveten, tanıda dikkat edilmesi gereken diğer önemli bir nokta ise bu bozukluğun sıklıkla ve çoğu zaman azalmış cinsel istek bozukluğu ile birlikte oluşu ve üstelik bazı araştırmacılar bu iki bozukluğun arasında bulunan sınırların belirsiz olduğunu işaret etmektedirler. Schover ve Lo Piccolo (36) cinsel tiksinti bozukluğunun hafif şeklinde azalmış cinsel istek bozukluğunun birlikte bulunduğunu diğer tarafında ise fobik seviyede cinsellikten kaçınmaların bulunduğunu ve bunu bir uzanımda değerlendirmeyi uygun görmüşlerdir. Sigmund Freud (37) bu bozukluk için psikoseksüel aşamalardan olan fallik dönemde takılı kalma sonucunda meydana geldiğini ve özellikle erkeklerde bu durumun kastrasyon korkuları ile ilgili olduğunu kavramsallaştırmıştır. Yine, Freud (38) cinselliğin devam ettirilmesinde penise (fallus) temel ve özel bir önem atfetmiş olup psikanalitik açıklamalarını penis üzerinden kurgulamıştır. Ayrıca, "Penis kıskançlığı", "İğdiş edilme korkusu" gibi her iki cinsin psikoseksüel gelişiminde önemli olan kavramları da arz etmiştir (38).

Çocukluk çağında meydana gelen ve yaşanan cinsel taciz varlığında ya da ilk cinsel birleşmenin sonucunda olumsuz ve kötü deneyimlerinin daha da pekişmesi, cinsel uyarımın bilinçdışı olarak suçluluk ve utanç ile birleştiği şartlarda gözlenebileceği ifade edilmiştir (35).

### **1.4.3.Cinsel Uyarılma Bozuklukları**

#### **1.4.3.1. Erkeklerde Sertleşme Bozukluğu**

Sertleşme bozukluğunun DSM IV tanımına göre, kişinin cinsel ilişkiyi tamamlamaya yetecek erekisyonu başlatmasında ya da sürdürmesinde yetersizlik olarak tanımlanmış ve bu durumun kişide belirgin bir sıkıntı oluşturması ya da kişiler arası alanda sorun teşkil eden niteliğine işaret edilmiştir. DSM sınıflamasında bu bozukluğun hayat boyu oluşu veya sonradan kazanılması durumuna göre ayrılmış ve durumsal ya da genel oluşuna göre betimlemiştir.

Yaptığı çalışmada Kinsey (39), 35 yaşında olan erkeklerde %2-4 civarında sertleşme bozukluğu olduğunu 80 yaş civarında ise bu oranın %80 seviyesinde olduğuna işaret etmiştir. Feldmann (40) ise yaptığı çalışmada 40-70 yaşlar arasındaki erkeklerde erektil disfonksiyon oranının %35 dolayında olduğunu, 70 yaş üzerindeki erkeklerde ise bunun %50 oranında olduğunu göstermiştir.

Empotans terimi psikiyatri literatürü ve terminolojisinde yerini korumakla beraber psikiyatri harici tıbbi literatürde çok daha sıklıkla kullanılmaktadır. Bu durum ister organik kökenli olsun ister olmasın özellikle erkek cinsel işlev bozukluklarının psikiyatristler gibi ürologların da ilgi alanına girmesinden dolayıdır. Uyarılma işlev bozukluğunu tanımlamak için “sertleşme bozukluğu“ daha düzgün ve daha doğru bir tanımlama olarak kabul görmektedir. Bu tanımlama, gerek kişisel aşağılama içermemesi gerek ise empotans teriminin erkekteki cinsel istek, uyarılma ve de boşalma işlevlerinden birini veya tamamının bozuk olduğunu tanımlayan geniş ve belirsiz ifadeden daha uygun görülmektedir (8).

Erkeklerde sertleşme bozukluğu hem organik hem psikolojik hem de her iki sebepten dolayı olabilir. İyi bir cinsel öykü ile anamnez alınması ve gerekli görüldüğü ve olduğu takdirde diğer tıp branşları ile işbirliği yapılarak görüş alınması, bu nedenleri ayırt etmek amacıyla oldukça fazla önem taşımaktadır. Bu konuda yapılan istatistiksel araştırmalar çelişkili bilgiler sunmakla beraber, tıbbi bir nedenin varlığından %50-80 oranında söz edilmektedir (35).

Sigmund Freud (2) ise empotans olarak betimlediği sertleşme bozukluğunu, kadına karşı olan istek ve duyguları birleştirememek kapsamında değerlendirmiş, üstelik bu erkeklerin değersiz olarak gördükleri kadınlarla işlevsel olabileceklerini ifade etmiştir. Ayrıca bunun ötesinde cezalandırıcı ve yargılayıcı bir süper egonun

varlığında, kişide meydana gelen güven duygusunun eksikliği söz konusu olduğunda, yetersizlik ve yetmezlik duyguları veya partneri tarafından reddedileceği ve istenmeyeceği konusundaki kaygıları ve sıkıntıları bu bozukluğa eşlik edebilir. Bir ilişkide ihtiyaç ya da kızgınlıkların ifade edemeyişi özellikle erkek bireyde, sertleşme yolu ile bir anlatım aracı olarak kullanılması durumunu meydana çıkarabilir (2). Olumsuz bir şekilde ilişki esnasında yaşanan sertleşme bozukluğu, daha sonraki olan ilişkilerde anksiyete olarak yansıyabilir. Masters ve Johnson ise yaklaşık olarak 40'lı yaşlardan sonra, erkeğin kaybına ve azalmasına yönelik olarak yaşanan anksiyetenin bu bozukluktaki etkisine değinmiştir.

#### **1.4.3.2. Kadınlarda Cinsel Uyarılma Bozukluğu**

Cinsel uyarılma bozuklukları DSM-IV' e göre "Sürekli ya da yineleyici olarak cinsel uyarımın yeterli bir ıslanma ve kabarma tepkisini sağlayamaması ya da cinsel etkinlik bitene dek bu durumu sürdürememe" olarak tanımlanmıştır. Uyarılma bozukluğu bulunan ve tarif eden kadınlar, cinsel istek veya fantazilerin varlığında bile yeterli bir ön sevişme ya da klitoral uyarı olmasına rağmen yeterli seviyede uyarılamama olmaması ile tanımlanabilirler.

Kadınlarda uyarılma bozuklukları ile ilişkili sağlıklı ve yeterli bilgiler bulunmama ile birlikte yaşanan psikolojik çatışmalar ve cinsellik konusu ile alakalı olan toplumsal baskılar cinsel isteği ve orgazm aşamalarını genellikle olumsuz yönde etkilemektedir. Başka türlü bir ifade olarak, cinsel isteği yeterli seviyede olan veya orgazm ile ilgili sorunu bulunmayan kadınların çoğu zaman uyarılma sorunları da bulunmamaktadır (34).

Ülkemiz için bu durum değerlendirilecek olursa daha farklı bir durum söz konusu olmaktadır. Yeterli cinsel eğitimin ve cinsel deneyimin bulunmaması bu bozukluğun oluşumunda önem taşıyabilmektedir (3). Uyarılma bozukluklarının ayırıcı tanısı kadın bireylerde dikkatli yapılmalı ve özellikle ağırlı ilişkiye sebep olabilen veya cinsel uyarımı bozan olası her hangi bir tıbbi hastalığın varlığı da ortaya konulmalıdır.

#### **1.4.4.Orgazm Bozuklukları**

##### **1.4.4.1. Kadında Orgazm Bozukluğu**

Bu bozukluğu DSM-IV sınıflandırması ve tanı sistemi “olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi ya da hiç olmaması” olarak tanımlamaktadır. Orgazm bozukluğu kadında, olağan bir cinsel uyarılma evresinin ardından sürekli veya yineleyici bir şekilde mastürbasyon veya koitus durumu ile orgazmın gecikmesi ve/veya hiç olmaması tarzında gözlenebilen ve inhibe kadın orgazmı ya da anorgazmi olarak da isimlendirilen yalnızca hekimin tanı koyabildiği bir tablodur. Kadınlarda orgazm işlevlerinin anlaşılabilmesi için bazı kavramlar ortaya çıkartılmıştır. Bu kavramın tartışılabilmesi eski bir psikanalitik fikir olan ve klitoral-vajinal orgazm ikileminin oluşturduğu karışık durumla başlamıştır (41). İlk dönemlerde, psikanalitik yazında kadın orgazmının iki bileşenden oluştuğu düşüncesi kabul görmekteydi. Klitoral orgazmda, klitorisin gerek anatomik gerek ise embriyolojik gelişimine dayanılarak penis eşdeğeri olarak değerlendirilmesi ve ayrıca penise benzer şekilde korpus oluşumlarının bulunması, kadınlarda orgazmın erkeklerdeki orgazma benzer bir şekilde değerlendirilmesine sebebiyet vermiştir. Klitoral orgazmın infantil bir cinsellik içerdiği ve yansıttığı görüşünü Sigmund Freud (42) ve onun bu okulunu takip eden bilim adamları ileri sürmüşlerdir. Psikolojik ve seksüel gelişimin sağlıklı tamamlandığı görüşü, klitorisin erotik uyarıları vajinaya iletmesi ve yönlendirmesi olarak kabul edilmekteydi. Kadınların klitoral orgazmı devam ettirebilmesi bu kadınların nörotik olduğu görüşünü desteklemekteydi. Fakat fizyolojik olarak kadın biraylerde orgazm, perine ve vajina civarındaki kaslarda vazokonjesyon sonucu büyüyen ve genişleyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile belirlidir. Subjektif değerlendirme olarak, bu uyarılar pelviste, klitoral bölge ile vajinada duyumsanır (16). Kadın dış cinsel organlarının sinir uçlarından en zengin ve bu nedenle en duyarlı olduğu bölüm klitoristir. Tetiği her zaman klitoris çekmektedir. Bu fizyolojik bilgilerin ışığı ve varlığında klitorisin yeterli ve doğru düzgün bir şekilde uyarılması ile birlikte, orgazm bozukluklarının cinsel sağaltımında büyük bir önem ve ilerleme kaydedilmiştir. Günümüzde klitoral ve vajinal orgazmın bir ikilem olmadığı ve bunların birbirini tamamlayan görevleri olduğu kabul edilmektedir.

Orgazm sorunları ve bozukluklarının sıklığı konusunda farklı veriler belirtilmekle birlikte bu oranın yaklaşık olarak %5-20 civarına rastlandığı bildirilmektedir (28). Bu oran, daha fazla olarak primer anorgazmi olgularını kapsadığı ayrıca bu oran da dahil edildiğinde bütün nedenlere bağlı orgazm problemlerinin yaklaşık olarak %30 seviyesinde gözlemlendiği ifade edilmektedir (2). Kadınlarda orgazm bozukluğunun oluşmasında çok fazla sayıda faktör rol oynamaktadır ayrıca, diğer tıbbi organik nedenler dışlandığında bunların içinde gebe kalma endişe ve korkusu, cinsel partneri tarafından reddedilme endişe ve korkusu, genital organların ve bölgelerin zarar görebileceği korkusu, erkeklere yönelik olan düşmanca duygular ile cinsellik ile ilgili konularda suçluluk gibi düşünceler sayılabilir. Orgazm tanımı bazı kadınlar için kontrolünü kaybetme veya saldırgan dürtüler üzerinde kontrol duygusunun yitirilmesi olarak yorumlanabilir. Kültürel beklentiler ve sosyal kurallar hem de yaşanan toplumun sosyal yapısı bireyden beklentiler üzerinde önem taşıyabilir.

#### **1.4.4.2. Erkeklerde Orgazm Bozukluğu**

Erkeklerde orgazm bozukluğu veya geç boşalma (Retarde ejakülasyon) erkeğin koitus durumunda ejakülasyon yaşayamamasıdır. Bazı araştırmacı bilim adamları, orgazm ile ejakülasyonun birbirinden farklı olduğunu ve bunların ayrılması gerektiğini, hatta orgazmın kişinin kendi öznel duyum ve hissi ile ilişkili olduğunu ve ejakülasyonun ise fizyolojik bir yapı ve bileşen olduğunu ileri sürerler (35). Ejakülasyonun gerçekleştiği fakat bireyde doyumla nitelendirilebilecek olan orgazm duyumunun gerçekleşmediği görüşüne dayanan bir kavram orgazmik anhedonidir. Erken boşalma veya sertleşme bozukluğuna kıyasla çok daha nadir olarak gözlenen bu bozukluğun toplumdaki genel prevalansının %5 dolayında olduğu bildirilmiştir. Masters ve Johnson ise 447 kişi katıldığı bir popülasyonda bu oranın %3.8 olduğunu tespit etmişlerdir. Primer geç boşalma oldukça ciddi bir psikopatolojinin işareti olarak düşünülebilir. Bu kişilerde cinsellik ile ilgili farklı düşünceler bulunabilmektedir, bunların cinselliği bir tabu gibi algıladıkları, bilinçdışı olan ensestiyöz arzuların ve bunların tabanında gözlenen suçluluk ile alakalı olabileceği var sayılmıştır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan şahıslarda cinsel birleşme için konsantrasyon güclüğü yaşadıkları ve bu neden ile orgazm



bozukluğunun gözlenebileceği bildirilmiştir. Literatürde geç boşalma ile OKB ilişkisini destekleyen çok fazla veri bulunmamasına rağmen obsesif kompulsif bozuklukta bireyin yaşadığı ambivalans ile kadınlara yönelik öfkenin bir işareti olabileceği göz önünde tutulmalıdır.

#### **1.4.4.3. Erkeklerde Erken Boşalma**

Son 25 yıllık zaman zarfında, erken boşalmanın cinsel bir sorun olarak kabul edilmesi ve psikiyatrik tanı ve sınıflamalar sistemlerinde yer alması DSM-III ile ICD-9'un yayınlanmasından sonra gerçekleşmiştir. DSM-IV' de erken boşalma "sürekli ya da yineleyici olarak çok az bir cinsel uyarım ile ve kişinin istemesinden önce, vajinaya giriş öncesinde, girer girmez ya da girdikten hemen sonra boşalmanın olması" olarak tanımlanmaktadır. Hekim bu tanıyı koyarken bireyin cinsel eşi ile durumun daha yeni olması, yaşı ve son zamanlarda oluşan cinsel etkinliğin sıklığı gibi uyarılma evresinin süre ve yapısını etkileyen etmenler göz önüne alınıp iyice değerlendirilmelidir. Erken boşalma terimi neredeyse 30 yıldır tartışılan bir konu olup, Kaplan tarafından önerilen ve DSM-III sınıflandırmasının kabul ettiği haliyle, kişinin boşalma refleksi üstündeki istemli denetiminin önemi konusunda durulmuş ve 1990'lı senelerde istemli denetimin önemi tekrardan vurgulanmıştır (43). Bu bozukluğun yaygınlığı ile ilgili veriler hakkında farklı bulgular olmakla birlikte, herhangi bir cinsel sorun sebebi ile başvuran erkeklerin yaklaşık %40'ında erken boşalma bulunmakta ve başvuru şikayetinin aslını oluşturmaktadır (35). İlk cinsel ilişki ve deneyimlerini hayat kadınları ile para karşılığı yaşayan veya suçluluk duyabileceği bir ortamlarda yaşayan ve ayrıca cinselliğin çabuk yaşanması gerektiğini öğrenen erkeklerde, ilk cinsel deneyimlerinin bir sonucu olarak erken boşalma konusu ile ilgili olumsuz pekiştirici ve olumsuz bir koşullanma olabilmektedir. Psikodinamik ekolü takip edenler ise "empotans" ile erken boşalmanın aynı temel dinamikler çerçevesinde değerlendirilebileceğini öne sürerler. Yakın zamanlı yapılan araştırmalarda, erken boşalmanın gözlemlendiği erkeklerin bir kısmında bu durumun nörobiyolojik nedenler dolayısı ile kaynaklanabileceğini ve bu bireylerin yapısal olarak değerlendirilmesinde sempatik uyarılara çok daha duyarlı olduklarını ilaveten bunların bulbokavrenöz refleks latanslarının daha da kısa olduğunu belirtmektedirler (43). Olumsuz sosyokültürel koşullanmalar ile bireyin

özellikle de ilk cinsel ilişki ve deneyimini yaşadığı ortamın, cinsel partneriyle yaşadığı ilişkiye dair problemler ve ayrıca bu nörobiyolojik temelin getirisi bağlamında, bu bozukluk çok daha fazla faktör çerçevesinde değerlendirilebilmektedir.

#### **1.4.5. Cinsel Ağrı Bozuklukları**

##### **1.4.5.1. Disparoni**

“Disparoni erkek ya da kadında cinsel ilişki öncesinde, sırasında ya da sonrasında yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak genital ağrının olması durumu” olarak DSM-IV’ de tanımlanmaktadır. Bu duruma ve soruna sebep açabilecek diğer tıbbi organik nedenler dikkatle ve ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Kadınlarda bu durum ile birlikte çoğunlukla vajinismus gözlenebilmektedir. Organik bir nedenin saptanamadığı durumlarda bireyin cinselliğe dair hem korku hem de anksiyetesinin, bu bozukluğun gelişimindeki etkisi üzerinde durulmuştur. Bu bozukluğun temelinde, genellikle hastalardaki kronik ağrı veya çocukluk çağında yaşanmış olan cinsel taciz öyküsü varlığı çoğunlukla eşlik edebilmektedir. Erkeklerde bu durumun varlığı oldukça nadiren gözlenmekte olup, etiyolojik incelemelerde çoğu zaman, herpes virüs enfeksiyonu, prostatit ya da peyronie hastalığına benzer organik durumlar öncelikli olarak akılda tutulmalıdır.

##### **1.4.5.2. Vajinismus**

Vajinismusun başlıca temel özelliği, vajinal penetrasyon denendiği takdirde vajinanın dış kısmının üçte birlik kısmını çevreleyen perineal kaslarda yineleyici ya da sürekli bir şekilde istemsiz kasılmaların olmasıdır. Bu kasılmalara bedenin tamamındaki kasılmalar eşlik etmekte, ayrıca bacakların istemsiz kapanması, kaçınma tepkisi, korku duygusu, girişin vajinaya olamayacağı inancı eşlik edebilir (44-45). Bizim ülkemizde vajinismus batı ülkelerde bildirilen oranlardan çok daha sık ve fazla görülmektedir (46). Cinsellik konusunda yetersiz eğitim ve bilginin olması, kadınların kendi cinselliklerini yeteri kadar tanımamalarının ve cinsel ilişki deneyiminin kademeli gelişmeyip doğrudan olarak cinsel birleşme şeklinde başlamasının, ilaveten cinsel hayata yönelik bakış açısı tabanında toplumsal bir düzen çerçevesinde değerlendirilebilir.

### **1.5. Cinsel İşlev Bozuklukları Ve Komorbiditenin Önemi**

Yapılmış olan literatür araştırmaları esnasında cinsel işlev bozukluklarına eşlik eden psikiyatrik bozukluklar veya hastalıklar ile ilgili çok az bilimsel çalışmaya rastlanmıştır. Cinsel işlev bozuklukları ile birlikte gözlenen psikiyatrik rahatsızlıklar gerek tanı gerek ise tedavi planının tespit edilmesi açısından oldukça önemlidir. Ancak, diğer taraftan değerlendirildiğinde, cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı uygun ve doğru tedavi girişimlerinde eş tanı ile ilişkili veriler oldukça önemli olmaktadır. Cinsel işlev bozukluklarında gözlenen psikiyatrik başka bir rahatsızlık eş tanı oranları diğer psikiyatrik bozukluklarda gözlenen ve belirlenen eş tanı oranlarına benzerdir (47). Psikojenik kaynaklı olan cinsel işlev bozukluklarında tedavi sürecinde klinisyenin nasıl bir yol haritası izleyeceği klinik tabloya bakılarak belirlenir. Bu sebepten dolayı hekim hastanın ruhsal durumunu oldukça ayrıntılı öğrenmeli ve öyküde neleri sorgulaması gerektiğini iyi belirlemelidir. Aynı zamanda, komorbidite ile cinsel işlev bozukluklarının etiyojisi açısından değerlendirildiğinde de önem arz etmektedir. Belirli bazı psikiyatrik problemlerle ilişkinin saptanması sonucunda cinsel işlev bozukluklarının meydana geliş süreci ile prognozu hakkında fikir sahibi olmamızı sağlayacaktır. Aşağıda cinsel işlev bozuklukları ile psikiyatrik rahatsızlıklar ilişkisi ile ilgili bilgi sunulacaktır.

### **1.6. Cinsel İşlev Bozuklukları ve Psikiyatri İlişkisi**

Cinsel işlev bozuklukların ile beraber anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk birlikteliği öne çıkmaktadır. Bu birliktelik gerek etiyolojik gerek ise hastalığın seyri esnasındaki karşılıklı etkileşimin sonucu olabilir. Anksiyete ve depresyonun cinsel sorun ile ilişkisine ayrıntılı olarak ileride değinilmiştir.

Çeşitli sebeplerle meydana çıkan anksiyete bozuklukları ile depresyon cinsel isteği ve cinsel ilgiyi oldukça fazla azalttığı gibi cinsel işlev bozukluklarına da sebep olmaktadır. Burada öncelikli olanın depresyon veya anksiyete bozukluğu mu yoksa cinsel işlev bozukluklarına ikincil mi geliştiği konusundaki ayrım önemlidir. Fakat bu ayrımı yapabilmek her zaman için kolay değildir. Hangisinin öncelikli durum olduğuna göre tedavi planı belirlenmelidir. Cinsel bozuklukların farklı psikiyatrik durumlarla ilişkili ve ilgili olduğu belirlemiştir. Anksiyete bozukluğu ile

psikiyatrinin komorbiditesi hakkında çok fazla olmayan deneysel bilgi bulunmaktadır (11 ).

Psikanalitik literatür, her ne kadar anksiyete ile ortaya çıkmış olan intrapsisik çatışmaların cinsel işlev bozuklukları ile olan ilişkisine dikkatini çok fazla olarak yönlendirse de anksiyete bozuklukları ve cinsel işlev bozuklukların komorbiditesi ile ilgili çok sınırlı sayıda bilgi bulunmaktadır.

Kaplan (10) cinsel tiksinti bozukluğu ile cinsel isteksizlik ve cinsellikten fobik düzeyde kaçınma davranışının etyopatogenezinde anksiyetenin rol ve görevine vurgu yapmıştır. Cinsellikten kaçınmaların bulunduğu tüm kişilerde panik bozukluğun da bulunmasının şart olmaması ile birlikte, klinik gözlemler ve deneyimler, özellikle cinsel kaçınmaların ve cinselliğe ait korkuların bulunduğu hasta birey grubunda komorbid psikiyatrik rahatsızlıkların yüksekliğine işaret etmektedir (48 ).

Cinsel işlev bozukluğunun sebeplerinin gözden geçirildiği Barlow'un (49) makalesinde, hem kadın hem de erkekte cinsel işlev bozukluklarının gelişmesinde ve ayrıca cinsel sorunların süre gitmesinde anksiyetenin çok belirgin rol oynadığı bildirilmiştir. Heimberg (50) ve Barlow' un (49) görüşlerine dayanarak; cinsel disfonksiyonun özellikle de erektil disfonksiyonun ya da performans anksiyetesinin sosyal fobiye benzerlik göstererek başkaları tarafından izlenme ve denetlenme korkusunun bir sonucudur.

Laboratuar koşullarında sağlıklı erkeklere aynı zamanlı olarak cinsel uyarı ve ayrıca anksiyete oluşturuu uyarın verildiğinde ve bunlar yalnızca cinsel uyarı verilen erkekler ile kıyaslandı takdirde bunların daha yüksek seviyede uyarılma gösterdikleri bulunmuştur. Ancak buna karşılık, cinsel disfonksiyonu bulunan erkek bireylerde sonuçlar bunun tam aksi yöndedir. Eş zamanlı olarak anksiyete meydana getirici uyarın verildiğinde uyarılmalarda azalma olduğu görülmüştür. Sonuç olarak araştırmacılar şu kaniya varmışlardır; anksiyetenin, cinsel işlev rahatsızlığı olsun veya olmasın erkeklerde bunun tam tersi etkileşimlerde bulunabileceği ayrıca bu cinsel disfonksiyonu olan erkek hastalarla sosyal fobisi olan hastaların da aynı veya benzer bilişsel model işliyor olabileceğini belirtmişlerdir (50).

Kaplan (10) yetersizlik korkusunun cinsellikle ilgili anksiyeteye sebep olduğu ve de cinsel performansı azalttığı, üstelik cinsel işlev bozukluğunun etiyolojisinde

anksiyetenin rol aldığını belirtmiştir. Anksiyete ve boşalma sorunları oldukça yakın ilişkili gibi görünmektedir. Ciddi anksiyete atakları sırasında kendiliğinden olan boşalmalar tanımlanmıştır (51).

Anksiyete belirtileri ile eş zamanlı olarak cinsel işlev bozukluğunun bulunması, bunun seyri ile tedavisini etkileyebilir. Aynı zamanda, sosyal ve kültürel nitelikler açısından değerlendirildiği zaman, Türkiye toplumunda cinsel işlev bozukluklarının, özellikle erkeklik imgesi ile bağdaştırılması oldukça ciddi bir travma ve stres etkenidir. Cinsel işlev bozukluğu yakınması olan hastalarda anksiyetenin şiddet ve düzeyinin genel popülasyonda bulunan normal değerlerden daha yüksek olması anksiyete belirtisinin önemsenmesi gerektiğini düşündürmektedir (52).

Normal kontroller ile kıyaslandığında sosyal fobik olan hastalarda da daha fazla oranda orgazm bozuklukları görülmüştür (11). Ernst ve ark. (53) genç erişkin bireylerdeki cinsel sıkıntı ve sorunların anksiyete ve depresyon ile ilişkili iken kadınlarda cinsel problemlerin daha çok sosyal fobi ve yeme bozukluğu ile ilişkili olabileceğini var saymışlardır. Leary ve Dobbins' in (54) kolej öğrencileri ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, heteroseksüel olan ve anksiyetesi fazla olan kişilerde, cinsel işlev bozukluk insidansının daha da yüksek olduğunu saptamıştır. Porst ve ark. (55)'nin prematür ejakülasyonu olan erkekler ile olmayan erkekleri kıyasladıkları çalışmalarında, prematür ejakülasyonu olan erkek hastalarda bulunan komorbid anksiyete ile depresyonun anlamlı olarak daha yüksek oranda bulunduğunu belirtmişlerdir. Panik bozukluk tanısı konulmuş ve agarofobili 3 olgunun sunulduğu bir çalışmada, aynı zamanda bu kişilerin erektil fonksiyon bozukluğu tedavisi gördüğü üstelik cinsel uyarılma süresince yaşanan duyguların ve ayrıca panik atak sırasında yaşanan duyguların arasında benzerlikler olduğu kaydedilmiştir. Bu konudaki en değerli noktalardan biri hastadan anamnez ve öykü alırken daha da dikkatli olunması gerektiğidir (56, 57).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı olan hastalar ile yapılan bir incelemede kadın hastalarda yaklaşık olarak %22'sinde cinsel istek ile ilişkili sıkıntı ve sorunlar yaşandığı ve %9 oranında anorgazmi bulunduğu belirtilmiştir. Erkek hastalarda ise yaklaşık olarak %25 civarında istek azlığı, %12 oranında erken boşalma olduğu, %6 civarında ise sertleşme bozukluğu bulunduğu belirtilmiştir.

Ayrıca bu hastaların %39'unda cinsel doyumsuzluk saptanmıştır (58). Ülkemiz değerlendirildiği zaman, Aksaray ve ark. (59) yaptığı çalışmada, OKB tanısı olan kadın hastaların cinsel doyum ile cinsel işlev düzeyleri genelleşmiş anksiyete bozukluğu tanısı almış kadınlarla karşılaştırılmıştır. Araştırmanın sonucuna göre, OKB tanısı bulunan hastalarının cinsel anlamda daha az uyarıldıkları, üstelik kaçınma düzeylerinin daha yüksek oranda olduğu ve bunlarda anorgazminin daha sık gözleendiği kanaatine varılmıştır (59). Buna ilaveten, birçok araştırmada depresyon ile uyarılma bozuklukları arasındaki ilişki gösterilmiştir (60). Fakat uyarılma bozukluğunun direkt olarak depresyona yol açtığına ait bilgiler oldukça sınırlıdır. Uyarılma sorunları süre gittiği takdirde başka cinsel sorun ve bozukluklara sebep olmaktadır (61).

Prematür ejakülasyonu olan erkek bireylerde genel olarak bakıldığında kendine güvensizlik ile aşağılık duygusunun hakim olduğunu görmekteyiz ve prematür ejakülasyona bağlı olarak kendine güvensizliğin %68 oranında, anksiyetenin ise %36 oranında olduğu bulunmuştur (62). Anksiyete bozukluğuna bağlı prematür ejakülasyondan ziyade, prematür ejakülasyon sonucu gelişen anksiyete tanımı daha fazla olarak kabul görmektedir. Prematür ejakülasyona bağlı depresif bozukluk da meydana çıkabilmektedir. Prematür ejakülasyonu olan şahıslarda depresyon 2,9 kat daha fazla düzeyde ortaya çıkmaktadır (63). Sosyal fobi ile prematür ejakülasyon arasında ilişki bilinmektedir. Prematür ejakülasyon olan olgularda %47 oranında, kontrol vakalarında ise %9 oranında sosyal fobi tespit edilmiştir ayrıca her iki durumun tedavisinde de selektif olan serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) kullanılmaktadır (64). Kotler ve ark. (65), 91 kişiden oluşan post travmatik stres bozukluğu tanısı almış vakalar ile yaptıkları çalışmada hem cinsel isteksizlik hem de anorgazmi saptanmıştır.

Cinsel işlev bozukluğu olduğu saptanan bireylerde, anksiyete düzeyleri ve tanıları yaygınlaşmış anksiyeteden performans anksiyetesine kadar olan değişiklik gösterebilmektedir (49). Prematür ejakülasyonun etiolojisinde belirtilen anksiyete belirtilerinin etkisi ile uyumludur (66). İngiltere devletinde yapılan bir araştırmada Dunn ve ark. (67), prematür ejakülasyonlularda 3.1 kat daha fazla oranda anksiyete ile depresyon bulmuşlardır. Figueira ve ark.(68) sosyal fobisi olan 19 hastada prematür ejakülasyon yaygınlığını 9 kişi (%47) olarak belirtmişlerdir. Ancak,

bununla birlikte Bodinger ve ark.'nın (11) 21 kişiden oluşan bir sosyal fobik grup ile 22 kişilik bir kontrol grubu olarak gerçekleştirdikleri çalışmada, prematür ejakülasyona rastlanma oranları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Erkeklerde biçilen cinselliğin rol ve süreci sebebiyle erkeklerde performans anksiyetesi daha yüksektir (69). Sosyal fobi de cinsel performans anksiyetesi için olası bir risk faktörüdür (14). Bununla birlikte, yüksek düzeyde performans anksiyetesinin gerek prematür ejakülasyona yol açabildiği gerek ise sertleşme bozukluğunun en önemli nedenleri içinde değerlendirilebileceği belirtilmiştir. Heimberg (50) ve Barlow' un (49) görüşüne dayanarak CİB içerisinde özellikle de sosyal fobiye benzer şekilde sertleşme bozukluğunun, diğerlerini çok fazlasıyla “dikkate alma” veya performans anksiyetesinin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Buna bağlı olarak birçok yazar tarafından CİB bulunan erkeklerin sosyal fobik olan hastalarının bilişsel modeline sahip olabileceklerini ileri sürmüşlerdir. Corona ve ark. (70) CİB bulunan erkek bireylerde anksiyetenin serbest yüzen (free-floating) belirtileri ile alakalı psikojenik ve biyolojik etmenleri inceledikleri çalışmalarında, sertleşme güçlüğü yaşayan erkek bireylerde anksiyetenin skor sonuçlarının yüksek bulunduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca buna ilaveten, sertleşme probleminin aşırı derecede önemszenmesi psikolojik rahatsızlıklara yol açabilmektedir üstelik de hemen tüm erkeklerde sertleşme zorlukları nedeniyle ruhsal çökkünlük hali gözlenebilmekte ve bu çoğunlukla depresyon belirtileri ile birlikte görülmektedir (71).

Cinsel işlev bozukluklarının depresif bozukluk ile beraberliği ile ilgili konularda yapılan çalışma ve araştırmalar oldukça kısıtlıdır. Yapılan çalışmalarda özellikle de depresyon belirtileri bulunan hasta bireylerde gözlemlenen cinsel işlev bozukluğu cinsel istek bozukluklarıdır. Özellikle de cinsel istek bozukluklarının temel nedenlerin başında depresyon ön sıraları çekmektedir. Yine benzer şekilde, depresif bozukluk hastaları arasında en önde gelen nedenlerden 2. sırada yer alan cinsel işlev bozukluğu cinsel isteksizliktir. Majör depresif bozukluk tanısı konulan hasta bireylerde yaklaşık olarak %25-75 oranında libido azalması veya kaybı, ayrıca ereksiyon ile lubrikasyon problemlerine%25 oranında rastlanılmaktadır (72). Cinsel istek bozukluğu ayrıca birçok psikolojik belirti ve bozukluk ile bir arada bulunabilir. Bu bozuklukların nedeni cinsel istek azlığı olabileceği gibi bunların sonucu da olabilir. Bütün bunlara ek olarak, depresyon veya anksiyete bozukluğunun tedavisi

sırasında kullanılan antidepresan farmakoterapisinin de cinsel yan etki oluşturdıkları bilinmektedir.

Bunların yanı sıra özellikle kadın bireylerde rastlanan cinsel işlev bozukluklarının komorbiditesi ile ilişkili yapılan çalışmalar çok daha sınırlı ve yetersizdir. Bunun temel sebepleri arasında özellikle kadınların cinsellikle ilgili konularda yeteri kadar bilgi sahibi olmamaları ve ayrıca yanlış cinsel inançlar ve kalıplar sebebiyle kadın hastaların doktora başvurmamasında önemli etkenlerdendir. Azalmış cinsel istek bozuklukları, batı toplumlarındaki özellikle de kadınlar arasında en sık gözlemlenen cinsel işlev bozukluğudur. Batıda hastaneye başvurusu yapılan kadın hastaların yaklaşık yarıya yakın bölümünde cinsel isteksizlik gözlemleniyorken bizim ülkemizde bu oran yaklaşık %10 civarındadır (61). İngiltere’de yapılan oldukça geniş katılımı olan bir toplum araştırmasında kadın şahıslar arasında cinsel istek bozukluğunun %2.4 gibi bir oran ile en sık rastlanan CİB olduğu saptanmıştır (73). Yapılan araştırmalarda gözlemlenen veri, kadınlarda azalmış cinsel isteğin daha sık olarak var olan bir sorun olduğudur (74).

Orgazm bozukluğunda psikiyatrik eş tanı açısından yeterli veri yoktur. Mevcut çalışmalarda daha çok anksiyete ile depresyona vurgu yapılmıştır. Van Lankveld ve Grotjohann’ın (75) çalışmasında depresyon ile anksiyete bozuklukları gözlenmiş olup diğer psikiyatrik eş tanımlar ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Ağrı bozuklukları açısından genel bir değerlendirme yapılabilecek olursa, dispareni nin depresyon ile vajinismusun ise anksiyete bozuklukları ile daha fazla birliktelik gösterdiği öne sürülebilmektedir. Dunn ve ark. (67) çalışmasında, dispareni si olan kadınlarda kontrol grubuna kıyasla anksiyete 2,8 kat, depresyon ise 4,5 kat daha fazla bildirilmiştir. Watts ve Nettles (76) vajinismusunu olan kadınlarda sadece penetrasyon ile ilgili anksiyete olmadığını, bunlarda genel anksiyete düzeylerinin de yüksek olduğunu vurgulamışlardır.

Psikotik bozukluklar ile cinsel işlevlere baktığımızda, bu hastalarda çeşitli nedenlerden dolayı CİB ortaya çıkabilmektedir. Bunlar hastalığın direkt kendisi ile ilgili olabileceği gibi, kullanılan ilaçlara bağlı da olabilir. Bazı hastalarda ilaçlar psikiyatrik belirtilerin gelişimine ikincil olarak CİB oluştururken, bazı hastalarda antipsikotik tedavinin kendisi doğrudan kendisi CİB’ una yol açmaktadır (77). Kronik psikotik bozukluk tanısı konmuş kadın ile erkek hastalarda yapılan bir



çalışmada, araştırmaya katılan 40 erkek hasta en sık sertleşme problemi (%37.5) yaşadıklarını, kadın hastalar ise azalmış uyarılma ve vajinismus yaşadıklarını (%7.7) belirtmişlerdir (78).

Bütün bunlara ilaveten, alkol ve madde bağımlılığı ve cinsel işlev bozukluklar ile kişilik bozuklukları ve cinsel işlev bozukluklar arasında da komorbidite azımsanmayacak kadar sık görülmekte ve toplumda önemli bir sorun teşkil etmektedir.

## 2. GEREÇ ve YÖNTEM

### 2.1. Uygulama

Çalışmaya 1 yıl süre boyunca, Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri birimine başvuran ayaktan veya yatarak tedavi alan, yaşları 18-60 arasında olan, düzenli cinsel eşi olan, en az okuma-yazma bilen, cinsel işlev bozukluğu ile ilgili yakınması olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 121 hasta dahil edildi. Tüm hastalara yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi gibi bilgileri içeren Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Golombok-Rust Cinsel Doyum Envanteri (GRİSS) ve Kısa Form 36 uygulanmıştır.

### 2.2. Çalışmada Kullanılan Araçlar

#### 2.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Tüm olgularda klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak tarafımızca hazırlanmış bir sosyodemografik ve klinik veri formu kullanıldı. Bu form; yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, cinsiyet, yaşanılan yer, ekonomik durum gibi sosyodemografik bilgileri ve hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık süresince aldığı tedaviler gibi klinik verileri içeren yarı yapılandırılmış bir formdur.

#### 2.2.2. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)

Eksen psikiyatrik tanısı; SCID-I ölçeği uygulanarak tespit edilecektir. SCID-I, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1997 yılında majör DSM-IV Eksen I bozuklukları için geliştirilmiş yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Toplam 38 farklı DSM-IV Eksen I bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 ayrı Eksen I bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. SCID-I diğer birçok yapılandırılmış görüşmenin tersine klinik tanı konmak üzere yapılan görüşme temel alınarak hazırlanmıştır. Eksen I tanısı için, yaşam boyu ve son bir ay içinde

semptomların varlığını ya da yokluğunu saptar. SCID-I'in Türkçeye uyarlama ve güvenilirlik çalışması Çorapçioğlu ve ark. (79) tarafından yapılmıştır.

### **2.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ)**

Klinisyen tarafından uygulanan bu ölçek hastada depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektedir. Yapılandırılmış sorulardan oluşmaktadır ve her bir soruda 0-4 arası puanlama yapılır. 0-13 puan depresyon yok, 14-27 puan hafif depresyon, 28-41 puan orta depresyon, 42-53 puan şiddetli depresyon olarak değerlendirilir. Hamilton ve Williams (1978) tarafından geliştirilen ölçek Akdemir ve ark. (1996) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (80).

### **2.2.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ)**

Anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek amacıyla uygulanan ölçek hem somatik hem de psişik belirtileri sorgulayan alt boyutları da kapsayan toplam 14 soru içermektedir. Beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddeden elde edilen puanların toplamı ile toplam puan elde edilir. Hamilton tarafından geliştirilmiştir. Yazıcı ve ark. (81) tarafından güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır.

### **2.2.5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-ACYÖ (The Arizona Sexual Experience Scale)**

Hastaların cinsel alanda yaşadıkları sorunları kısa, kolay biçimde taramak ve saptamak amacıyla McGahuey ve ark. (82) tarafından geliştirilen bu ölçek, altılı Likert tipinde değerlendirme yapmaya olanak sağlayan 5 maddeden oluşmakta ve kadın erkek için ayrı formları bulunmaktadır. Yönergede, son bir haftanın değerlendirilmesi istenmektedir. 9 Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Soykan (83) tarafından yapılmış olup Son Dönem Böbrek Yetmezliği olan hastalarda kesme puanı 11 olarak bulunmuştur.

### **2.2.6. Kısa Form 36 (Short Form-36; SF-36)**

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (84). Türkçeye çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (85). Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden

oluşmaktadır. Bu boyutlar; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, ağrı ve sağlığın genel algılanması boyutlarıdır. Değerlendirme, bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı, 0-100 arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu gösterir. Bu alt ölçeklerin, bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir (86).

### **2.2.7. Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri (GRISS)**

Rust ve Golombok (87) tarafından geliştirilmiştir. Cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmeye yönelik bir ölçme aracıdır. Her biri 28 sorudan oluşan, kadın ve erkek için ayrı formu vardır. Ölçeğin değerlendirilmesinde hem toplum hem de alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir. Yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Elde edilen ham puanlar daha sonra 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülebilmekte, kadın ve erkekler için ayrı ayrı ya da çiftler için ortak profil çizilebilmektedir. Beş ve üzerindeki puanlar, o alt boyutta problem olduğuna işaret etmektedir. Tuğrul ve ark. (88) tarafından 1993 senesinde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

### **2.3. Hastalar için çalışmadan dışlama kriterleri**

1. Cinsel işlev bozukluğunun organik bir nedene ikincil geliştiği durumlar ( kardiyovasküler, renal, ürolojik, hepatik, pulmoner, genetik, endokrin ve nörolojik hastalıklar ile nutrisyonel bozukluklar, entoksikasyonlar, operasyonlar ve diğer organik bozukluklar gibi cinsel yaşamı olumsuz etkilediği bilinen tıbbi durum varlığı)
2. Okuma-yazma bilmeme
3. Klinik olarak saptanmış mental retardasyon
4. Belirgin alkol ya da psikoaktif madde kötüye kullanımı ve bağımlılığının varlığı
5. 18 yas altı veya 60 yas üzerindeki hastalar
6. Hamilelik, emzirme veya menopoz dönemi içerisindeki kadın hastalar

#### **2.4. Hastalar için çalışmaya dahil edilme kriterleri**

1. 18-60 yaşları arası olması
2. Mental retardasyon olmaması
3. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamış olması

#### **2.5. İstatiksel yöntem ve değerlendirme**

İstatistiksel değerlendirmede SPSS 18. programından yararlanıldı. Kategorik karşılaştırmalarda ki-kare testi, iki grup karşılaştırmalarında “independent t” testi, grup içi ikiden fazla grup karşılaştırmalarında varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin incelenmesi için Pearson Korelasyon analizlerinden yararlanıldı. Sonuçlar %95’lik güven aralığında,  $P<0.05$  değeri anlamlı olarak kabul edildi.

### 3. BULGULAR

#### 3.1. Hasta Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 57'si kadın ve 64'ü erkek olmak üzere toplam 121 hasta alındı. Hastaların yaşları 18-60 yıl arasında değişmekte olup; yaş ortalaması kadınlarda  $35.5 \pm 7.3$  yıl, erkeklerde  $39.8 \pm 9.6$  yıl idi. Kadın ve erkek hastalar arasında yaş açısından anlamlı farklılık gözlemlendi ( $p < 0.05$ ). Sosyodemografik özellikler ele alındığında; hasta grupta ilköğretim ya da ortaöğretim-lise mezunu olma, evli olma, çocuk sahibi olma, görücü usulü veya anlaşarak evlenme, düşük veya orta sosyoekonomik düzeyde olma, şehirde yaşama, kadınlar için ev hanımı erkekler için memur veya işçi olma önde gelen özelliklerdi. Hastaların sosyodemografik verileri Tablo 1'de özetlenmiştir.

**Tablo 1.** Hasta sosyodemografik bilgileri

Sosyodemografik bilgiler		Toplam	Kadın	Erkek	İstatistik	p
Yaş			$35.5 \pm 7.3$	$39.8 \pm 9.6$	$t = -2.768$	0.006*
Medeni durum	Evli	117	56	61	$X^2 = 0.811$	0.368
	Bekar	4	1	3		
Çocuk durumu	Var	96	47	49	$X^2 = 0.639$	0.424
	Yok	25	10	15		
Evlilik şekli	Görücü	62	25	37	$X^2 = 3.891$	0.273
	Anlaşarak	51	29	22		
	Diğer	4	2	2		
	Yok	4	1	3		
Eğitim	Okur -yazar	5	5	0	$X^2 = 16.591$	0.002**
	İlkokul	38	25	13		
	Ortaokul	15	4	11		
	Lise	41	16	25		
	Üniversite	22	7	15		
Yerleşim	Köy	17	5	12	$X^2 = 3.998$	0.135
	Kasaba	12	4	8		
	Şehir	92	48	44		
Ekonomik	Düşük	26	10	16	$X^2 = 1.228$	0.541
	Orta	90	44	46		
	Yüksek	5	3	2		
Meslek	Ev hanımı	46	46	0	$X^2 = 90,115$	$P < 0.001$ **
	Öğrenci	2	2	0		
	Memur	27	4	23		
	İşçi	14	2	12		
	Özel meslek	12	1	11		
	İşsiz	7	1	6		
	Emekli	8	0	8		

### 3.2. Hasta Gruplarının Klinik özellikleri

Çalışmaya dahil edilen hastaların 47'sinde daha önceden herhangi bir hastalık tanısı yoktu, 3 hasta şizofreni, 3 hasta bipolar bozukluk, 30 hasta anksiyete bozuklukları, 19 hasta somatofom bozukluklar olarak tanısı almıştı. Bunların hastalık süreleri ve halen ilaç kullanımları hakkında anlamlı bir fark yoktu (Tablo 2).

**Tablo 2.** Hastaların sosyodemografik bilgileri (devamı)

Sosyodemografik Bilgiler		Toplam	Kadın	Erkek	X <sup>2</sup>	p
Alkol	Var	9	3	6	0.740	0.390
	Yok	112	54	58		
Sigara	Var	69	32	37	0.034	0.853
	Yok	52	25	27		
Ruhsal hast.	Şizofreni	3	1	2	2.592	0.763
	Bipolar	3	2	1		
	Depresyon	19	11	8		
	Anksiyete	30	15	15		
	Somatofom	19	7	12		
	Yok	47	21	26		
Hastalık süresi	0-5yıl	74	35	39	2.623	0.454
	6-10yıl	29	16	13		
	11-15yıl	5	1	4		
	>16yıl	13	5	8		
İlaç kullanımı	Var	63	28	35	0.374	0.541
	Yok	58	29	29		

### 3.3. Hasta Gruplarının Cinsel Bilgilerinin Özellikleri

Çalışmaya katılan kadın hastaların 22'si ilk cinsel ilişkileri 18 yaş altı, 29'u 18-27 yaş arası, 6'sı 28-37 yaş arası yaşamışken; erkek hastaların 16'sı 18 yaş altı, 40'ı 18-27 yaş arası, 8'i ise 28-37 yaş arası yaşamıştır. İlk cinsel ilişkide sorun yaşadığını tarif eden kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Kadın hastaların 55'i ilk cinsel ilişkisini eşiyile yaşarken, erkek hastaların 38'i eşiyile, 24'ü para karşılığı veya arkadaşı ile yaşamıştır. Cinsel bilgiler hem kadın hem erkek hastalarda aile ve/veya arkadaş aracılığıyla öğrenilmiş. Cinsel ilişki sıklığı kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha düşük kabul edilebilir (p=0.053). CİB olarak kadınlarda istek bozukluğunun erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek gözlendiği erkeklerde ise uyarılma bozukluğunun tek başına veya diğer CİB ile birlikte anlamlı olarak daha yüksek gözlendiği tespit edilmiştir. CİB süresi açısından hastalar arasında anlamlı bir fark yoktu. Ancak hastaların tedavi arayışları, ilaç kullanımı, şikayetini spontan dile getirme açısından değerlendirildiği zaman erkek hastalar anlamlı olarak daha yüksek bulundu (tablo 3).

**Tablo 3.** Hastaların cinsel bilgilerinin özellikleri

Cinsel bilgiler		Toplam	Kadın	Erkek	İstatistik	p
İlk cinsel yaş	<18yaş	38	22	16	X <sup>2</sup> = 2.590	0.274
	18-27	69	29	40		
	28-37	14	6	8		
İlk ilişkide sorun	Var	42	18	24	X <sup>2</sup> = 0.466	0.495
	Yok	79	39	40		
İlk kim	Eş	93	55	38	X <sup>2</sup> = 24.238	P<0.001**
	Arkadaş	11	2	9		
	Hayat kadını	15	0	15		
	Diğer	2	0	2		
Cinsel bilgi	Aile	36	25	11	X <sup>2</sup> = 11.499	0.175
	Arkadaş	36	14	22		
	Tv-radyo-gazete	14	5	9		
	İnternet	5	1	4		
	Aile+arkadaş	8	3	5		
	TV-radyo-gazete+internet	5	2	3		
	Arkadaş+tv-radyo-gazete	6	3	3		
	Arkadaş+tv-radyo-gazete+internet	9	3	6		
	Aile+arkadaş+tv-radyo-gazete+internet	2	1	1		
	İlişki sıklığı haftalık			0.89± 0.92		
Eşle süre	>5yıl	96	46	46	X <sup>2</sup> = 1.289	0.256
	<5	29	11	18		
CİB türü	İstek bozukluğu	34	24	10	X <sup>2</sup> = 33.970	P<0.001**
	Uyarılma bozukluğu	12	2	10		
	Orgazm bozukluğu	11	4	7		
	Ağrı bozukluğu	1	1	0		
	Diğer	2	2	0		
	İstek+uyarılma boz.	17	5	12		
	İstek+orgazm boz.	10	7	3		
	İstek+uyarılma+orgazm	17	10	7		
	İstek+uyarılma+orgazm+ağrı	3	2	1		
	Uyarılma+orgazm boz.	14	0	14		
CİB süresi(ay)			63.09±85.86	71.70±75.68	t= -0.587	0.559
CİB tedavi arayışı	Var	51	12	39	X <sup>2</sup> = 19.669	P<0.001**
	Yok	70	45	25		
CİB tedavi şekli	Tıbbi	36	8	28	X <sup>2</sup> = 28.192	P<0.001**
	Bitkisel	4	3	1		
	Özel doktor	1	0	1		
	Geleneksel danışman	2	1	1		
	Yok	69	45	24		
	Tıbbi+bitkisel	8	0	8		
	Tıbbi+geleneksel danışman	1	0	1		
	CİB ilaç kullanımı	Var	25	4		
Yok	96	53	43			
Şikayetini dile getirme	Spontan	58	20	38	X <sup>2</sup> = 7.126	0.008*
	Sorgulayınca	63	37	26		

\* p&lt;0.05 \*\* p&lt;0.001



### 3.4. Ölçek Puanları ve Korelasyon Analizleri

Tablo 4’de kullanılan ölçeklerin ve alt ölçeklerin kadın ve erkeklerdeki ölçek puanları ve anlamlılık düzeyleri belirtilmiştir. SF ağrı alt ölçeği dışındaki tüm ölçeklerin anlamlı olduğu görülmüştür. GRİSS vajinismus/prematür ejakülasyon ile SF alt ölçek puanları erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlemlendi. Kadınlarda HAÖ, HDÖ, ASEX ve GRİSS ölçek ve alt ölçeklerinin (GRİSS vajinismus/prematür ejakülasyon hariç) anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.** Hastaların ölçek puan sonuçları

Ölçekler	Kadın	Erkek	T	p
Hamilton depresyon	16.36±6.29	12.31±8.00	3.114	0.002*
Hamilton anxiete	19.63± 9.42	16.09± 10.55	1.935	0.055
ASEX	20.94± 4.71	15.26± 4.41	6.845	P<0.001**
SF fiziksel fonksiyon	24.87±4.81	26.59±4.54	-2.016	0.045*
SF rol güçlülüğü (fiziksel)	5.65 ±1.80	6.45± 1.67	-2.542	0.012*
SF ağrı	8.47± 8.92	8.50± 3.16	-0.028	0.977
SF genel sağlık	12.71± 4.05	14.83± 5.02	-2.532	0.013*
SF vitalite	9.23± 4.02	13.39± 4.80	-5.128	P<0.001**
SF sosyal fonksiyon	5.56± 2.06	6.83± 2.47	-3.039	0.003*
SF rol güçlülüğü (emosyonel)	3.54± 1.00	4.47± 1.33	-4.343	P<0.001**
SF mental sağlık	14.26± 5.38	17.20± 4.90	-3.142	0.002*
GRİSS sıklık	5.11± 1.61	4.28± 2.11	2.427	0.017*
GRİSS iletişim	5.28± 2.37	3.39± 2.23	4.514	P<0.001**
GRİSS doyum	8.74± 3.43	6.94± 3.27	2.947	0.004*
GRİSS kaçınma	7.79± 3.98	4.19± 3.66	5.182	P<0.001**
GRİSS dokunma	7.88± 3.81	3.31± 3.50	6.861	P<0.001**
GRİSS vajinismus veya erken boşalma	7.63± 4.22	9.31± 3.35	-2.402	0.018*
GRİSS anorgazmi veya empotans	9.49± 3.18	7.19± 3.34	3.868	P<0.001**
GRİSS toplam	61.11± 17.34	42.95± 14.53	6.261	P<0.001**

\* p<0.05 \*\* p<0.001

Kadın hastaların ilk cinsel yaş ile GRİSS ölçek ve alt ölçekleri ile ASEX ölçek puanları karşılaştırıldığında ilk cinsel birleşmesi <18 yaş altı olan kadınların GRİSS doyum, GRİSS anorgazmi ilk cinsel birleşme yaşı 28-37 olanlara göre

anlamli olarak daha yuksekti, ayrıca ASEX puanlari diger iki gruba gore anlamli olarak daha yuksekti (tablo 5).

**Tablo 5.** Kadın hastalarda ilk cinsel yaş ile GRİSS ve ASEX ölçek ilişkileri

	KADIN				
	İLK CİNSEL YAŞ				
	<18	18-27	28-37	F	p
GRİSS SIKLIK	5.54±1.40	5.03±1.47	3.83±2.40	2.903	0.063
GRİSS İLETİŞİM	5.91± 2.22	5±2.40	4.33 ± 2.58	1.476	0.238
GRİSS DOYUM	<b>10 ± 3.05</b>	8.28± 3.54	<b>6.33± 2.73</b>	3.504	0.037*
GRİSS KAÇINMA	8.86 ± 3.62	7.45± 4.02	5.5± 4.41	1.965	0.150
GRİSS DOKUNMA	8.68 ± 3.41	7.72± 4.08	5.67±3.38	1.552	0.221
GRİSS VAJİNİSMUS	6.86± 3.22	7.72 ± 4.84	10 ±4	1.326	0.274
GRİSS ANORGAZMİ	<b>10.59 ± 2.87</b>	9.17 ± 3.12	<b>7 ± 3.22</b>	3.610	0.034*
GRİSS TOPLAM	66.73± 15.92	59.14± 17.58	50 ± 16.22	2.731	0.074
ASEX	<b>22.95 ± 4.41</b>	<b>20 ± 4.57</b>	<b>18.17± 4.16</b>	4.020	0.024*

\* p<0.05

GRİSS DOYUM: <18 olanlar 28-37 yaş arasına göre anlamli olarak daha yuksek.(p=0.049)

GRİSS ANORGAZMİ: <18 olanlar 28-37 yaş arasına göre anlamli olarak daha yuksek.(p=0.035)

ASEX: <18 olanlar, 18-27 ve 28-37 grubuna göre anlamli olarak daha yuksek.

Erkek hastaların ilk cinsel yaş ile GRİSS ölçek ve alt ölçekleri ile ASEX ölçek puanlari arasında anlamli bir ilişki saptanmadı (tablo 6).

**Tablo 6.** Erkek hastalarda ilk cinsel yaş ile GRİSS ve ASEX ölçek ilişkileri

	ERKEK				
	İLK CİNSEL YAŞ				
	<18	18-27	28-37	F	p
GRİSS SIKLIK	4.25±2.08	4.43±2.07	3.63±2.50	0.473	0.626
GRİSS İLETİŞİM	3.31±2.35	3.2±2.19	4.5±2.07	1.152	0.323
GRİSS DOYUM	6.06±3.33	7.1±3.28	7.88±3.09	0.946	0.394
GRİSS KAÇINMA	3.06±3.47	4.62±3.67	4.25±3.95	1.042	0.359
GRİSS DOKUNMA	1.94±2.32	3.9±3.94	3.13±2.47	1.854	0.165
GRİSS PE	9.44±3.48	9.15±3.27	9.88±3.90	0.166	0.848
GRİSS EMPOTANS	7.81±3.31	6.98±3.61	7±1.77	0.364	0.695
GRİSS TOPLAM	39.38±10.35	44.15±16.50	44.13±10.62	0.639	0.531
ASEX	15.5±5.06	15.2±4.51	15.13±2.64	0.030	0.970

Anlamli farklılık saptanmadı.

Tablo 7’de ilk ilişkide sorun olduğunu tarif eden kadın hastaların GRİSS vajinismus alt ölçek ( $p<0,001$ ) ile GRİSS toplam puanları ( $p<0,05$ ) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

**Tablo 7.** İlk ilişkide sorun tarif eden kadın hastalarda GRİSS ve ASEX ölçek ilişkileri

	KADIN			
	İLİŞKİDE SORUN			
	VAR	YOK	t	p
GRİSS SIKLIK	5.22±1.92	5.05±1.46	0.369	0.713
GRİSS İLETİŞİM	5.61±2.03	5.13±2.52	0.710	0.480
GRİSS DOYUM	9.22±3.88	8.51±3.23	0.721	0.473
GRİSS KAÇINMA	8.94±3.82	7.25±3.98	1.504	0.138
GRİSS DOKUNMA	9.11±4.10	7.30±3.58	1.686	0.097
GRİSS VAJİNİSMUS	<b>11.05±4.37</b>	6.05±3.11	4.372	P<0.001**
GRİSS ANORGAZMİ	10.44±3.27	9.05±3.07	1.556	0.125
GRİSS TOPLAM	<b>69.66±16.33</b>	57.15±16.52	2.666	0.010*
ASEX	22.27±4.50	20.33±4.73	1.463	0.149

\*  $p<0.05$  \*\*  $p<0.001$

Erkek hastalarda ilk ilişkide sorun tarif eden hastaların GRİSS prematür ejakülasyon alt ölçeği anlamlı olarak yüksek çıktı (tablo 8).

**Tablo 8.** İlk ilişkide sorun tarif eden erkek hastalarda GRİSS ve ASEX ölçek puanları

	ERKEK			
	İLİŞKİDE SORUN			
	VAR	YOK	t	p
GRİSS SIKLIK	4.08±2.39	4.4±1.94	-0.578	0.565
GRİSS İLETİŞİM	3.08±2.04	3.58±2.34	-0.852	0.397
GRİSS DOYUM	7±3.37	6.9±3.25	0.117	0.906
GRİSS KAÇINMA	4.08±3.48	4.25±3.80	-0.174	0.861
GRİSS DOKUNMA	2.88±3.11	3.58±3.73	-0.771	0.443
GRİSS PE	<b>10.83±3.06</b>	8.4±3.22	2.978	0.004*
GRİSS EMPOTANS	7.04±2.80	7.28±3.66	-0.268	0.790
GRİSS TOPLAM	43.67±13.38	42.53±15.32	0.302	0.763
ASEX	14.63±4.22	15.65±4.53	-0.897	0.372

\*  $p<0.05$

Kadın hastalarda eşyle 5 yıldan uzun süre birlikteliği olanların GRİSS iletişim ve doyum alt ölçekleri anlamlı olarak yüksek bulunmuşken, GRİSS

vajinismus alt ölçeği eşiyle 5 yıldan az birlikteliği olanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (tablo 9).

**Tablo 9.** Kadın hastalarda eşle sürenin GRİSS ve ASEX ölçek puanları ile ilişkisi

	KADIN			
	EŞLE SÜRE			
	>5YIL	<5YIL	T	p
GRİSS SIKLIK	5.17±1.53	4.81±1.94	0.654	0.515
GRİSS İLETİŞİM	<b>5.60±2.15</b>	3.90±2.84	2.205	0.032*
GRİSS DOYUM	<b>9.20±3.46</b>	6.82±2.63	2.125	0.038*
GRİSS KAÇINMA	8.2±3.70	6.09±4.80	1.596	0.116
GRİSS DOKUNMA	8±3.71	7.36±4.34	0.493	0.623
GRİSS VAJİNİSMUS	7±3.87	<b>10.27±4.79</b>	-2.402	0.020*
GRİSS ANORGAZMİ	9.70±3.05	8.63±3.69	0.992	0.325
GRİSS TOPLAM	62.52±16.51	55.18±20.24	1.267	0.210
ASEX	21.52±4.69	18.54±4.15	1.927	0.059

\*p<0.05

Erkek hastalarda eşiyle 5 yıldan uzun süre birlikteliği olanların GRİSS sıklık alt ölçeğinde anlamlı yükseklik saptanmıştır (tablo 10).

**Tablo 10.** Erkek hastalarda eşle sürenin GRİSS ve ASEX ölçek puanları ile ilişkisi

	ERKEK			
	EŞLE SÜRE			
	>5YIL	<5YIL	T	p
GRİSS SIKLIK	<b>4.63±1.83</b>	3.38±2.54	2.176	0.033*
GRİSS İLETİŞİM	3.21±2.28	3.83±2.06	-0.993	0.324
GRİSS DOYUM	7±3.10	6.77±3.76	0.242	0.809
GRİSS KAÇINMA	4.23±3.70	4.05±3.65	0.178	0.858
GRİSS DOKUNMA	3.26±3.48	3.44±3.64	-0.186	0.852
GRİSS PE	9.45±3.18	8.94±3.84	0.545	0.587
GRİSS EMPOTANS	7.20±3.39	7.16±3.32	0.031	0.975
GRİSS TOPLAM	43.34±13.25	41.94±17.77	0.344	0.731
ASEX	15.54±4.08	14.55±5.22	0.802	0.425

\*p<0.05

Kadın hastalarda haftalık ilişki sıklığı 0 olanların hem 1 hem de 2 ve daha fazla olanlara göre GRİSS sıklık alt ölçeğinin anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,001). Ayrıca GRİSS kaçınma ve toplamın da 0 olanların 1 ve 2 olan gruplara göre anlamlı olduğu ancak 1 ve 2 gruplarının kendi içlerinde anlamlılık ifade

etmedikleri görüldü. 0 olanların ASEX puanları sadece 1 olanlara göre anlamlı yüksek olarak bulunmuştur (tablo 11).

**Tablo 11.** Kadın hastalarda haftalık ilişki sıklığı ile GRİSS ve ASEX ölçek puanları ile ilişkisi

KADIN					
İLİŞKİ SIKLIĞI HAFTALIK					
	0	1	2 ve daha fazla	F	p
GRİSS SIKLIK	<b>6.13±1.24</b>	5.08±1.08	3.25±1.42	21.656	P<0.001**
GRİSS İLETİŞİM	5.72±2.29	5±2.06	5±3.07	0.625	0.538
GRİSS DOYUM	10±3.17	8.04±3.08	7.75±4.07	2.589	0.084
GRİSS KAÇINMA	<b>9.45±3.67</b>	6.73±3.70	6.75±4.28	3.402	0.040*
GRİSS DOKUNMA	9.31±4.43	7.08±2.95	6.75±3.49	2.751	0.072
GRİSS	7.09±4.17	7.73±4.31	8.41±4.37	0.385	0.681
VAJİNİSMUS					
GRİSS	10.27±3.11	8.91±2.99	9.16±3.58	1.111	0.336
ANORGAZMİ					
GRİSS TOPLAM	<b>68.36±16.07</b>	57.17±17.01	55.33±16.87	3.461	0.038*
ASEX	<b>23±4.27</b>	19.30±3.99	20.33±1.62	3.969	0.024*

\* p<0.05 \*\* p<0.001

GRİSS sıklık 0 > 1 >2 ve üstü

GRİSS kaçınma 0> 1=2 ve üstü

GRİSS toplam 0> 1=2 ve üstü

ASEX 0> 1

Erkek hastaların haftalık ilişki sıklığı değerlendirmesinde; 0 ve 1 olanların kendi aralarında eşit olduğu bu iki grubun 2 ve daha fazla olanlara göre GRİSS sıklık alt ölçeği açısından anlamlı olduğu görülmüştür. Ayrıca 0 olanların; GRİSS dokunma, GRİSS toplam ve ASEX puanlarının sadece 2 ve daha fazla olan gruba göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 13 kadın hastaların Tablo14 ise erkek hastaların CİB süresi ve haftalık ilişki sıklığının GRİSS ve ASEX ölçek puanları ile korelasyonunu göstermektedir. Kadınlar hastalarda CİB süresi ile GRİSS doyum, GRİSS kaçınma, GRİSS anorgazmi, GRİSS toplam ve ASEX skorları arasında pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla r= 0.363 p= 0.006, r=0.297 p=0.025, r= 0.264 p= 0.047, r=0.315 p= 0.017, r=0.349 p=0.008). Buna karşılık, kadınlarda haftalık ilişki sıklığı ile GRİSSB sıklık, GRİSS doyum, GRİSS kaçınma, GRİSS dokunma, GRİSS toplam ve ASEX skorları

arasında negatif korelasyon saptandı. (Sırasıyla  $r = -0.667$   $p < 0.001$ ,  $r = -0.286$   $p = 0.031$ ,  $r = -0.299$   $p = 0.024$ ,  $r = -0.299$   $p = 0.024$ ,  $r = -0.318$   $p = 0.016$ ,  $r = -0.331$   $p = 0.012$ ) (Tablo 13).

**Tablo 12.** Erkek hastalarda haftalık ilişki sıklığı ile GRİSS ve ASEX ölçek puanları ile ilişkisi

ERKEK					
İLİŞKİ SIKLIĞI HAFTALIK					
	0	1	2 ve daha fazla	F	p
GRİSS SIKLIK	<b>5.85±1.68</b>	<b>4.61±1.28</b>	<b>2.72±1.83</b>	21.152	$P < 0.001^{**}$
GRİSS İLETİŞİM	3.66±2.51	3.44±2.52	3.12±1.76	0.342	0.711
GRİSS DOYUM	8.19±3.48	6.55±2.89	6.16±3.15	2.474	0.092
GRİSS KAÇINMA	5.38±3.49	4.33±4.55	3.08±2.79	2.369	0.102
GRİSS DOKUNMA	<b>4.90±4.68</b>	3.16±2.93	<b>2.08±1.99</b>	4.095	0.021*
GRİSS PE	9.76±3.47	8.38±2.72	9.6±3.65	0.960	0.388
GRİSS EMPOTANS	7.23±3.78	8.16±3.32	6.44±2.88	1.414	0.250
GRİSS TOPLAM	<b>50±18.42</b>	42.5±11.74	<b>37.36±9.86</b>	4.861	0.010*
ASEX	<b>17.61±4.68</b>	15.05±3.90	<b>13.44±3.70</b>	5.946	0.004*

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

GRİSS SIKLIK 0=1>2 VE ÜSTÜ

GRİSS DOKUNMA 0> 2 VE ÜSTÜ

GRİSS TOPLAM 0> 2 VE ÜSTÜ

ASEX 0> 2 VE ÜSTÜ

**Tablo 13.** Kadın hastalarda CİB süresi ve haftalık ilişki sıklığı ile değerler arasında korelasyon

	CİB SÜRE	HAFTALIK İLİŞKİ
GRİSS SIKLIK	0.089	-0.667**
GRİSS İLETİŞİM	0.136	-0.223
GRİSS DOYUM	0.363**	-0.286*
GRİSS KAÇINMA	0.297*	-0.299*
GRİSS DOKUNMA	0.128	-0.299*
GRİSS VAJİNİSMUS	0.020	0.215
GRİSS ANORGAZMİ	0.264*	-0.171
GRİSS TOPLAM	0.315*	-0.318*
ASEX	0.349**	-0.331*

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

Erkek hastalarda CİB süresi ile GRİSS ve ASEX skorları arasında korelasyon saptanmadı. Yine erkek hastalarda haftalık ilişki sıklığı ile GRİSS sıklık, GRİSS kaçınma, GRİSS dokunma, GRİSS toplam ve ASEX skorları arasında negatif korelasyon saptandı (sırasıyla  $r = -0.686$   $p < 0.001$ ,  $r = -0.246$   $p = 0.050$ ,  $r = -0.303$   $p = 0.015$ ,  $r = -0.320$   $p = 0.010$ ,  $r = -0.354$   $p = 0.004$ ) (tablo 14).

**Tablo 14.** Erkek hastalarda CİB süresi ve haftalık ilişki sıklığı ile değerler arasında korelasyon

	CİB SÜRE	HAFTALIK İLİŞKİ
GRİSS SIKLIK	0.036	-0.686**
GRİSS İLETİŞİM	0.188	-0.115
GRİSS DOYUM	0.195	-0.240
GRİSS KAÇINMA	0.048	-0.246*
GRİSS DOKUNMA	0.140	-0.303*
GRİSS VAJİNİSMUS	0.212	0.175
GRİSS ANORGAZMİ	0.058	-0.098
GRİSS TOPLAM	0.176	-0.320*
ASEX	-0.035	-0.354**

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

#### 4. TARTIŞMA

Cinsellik, bir kişinin diğere çekici gelmesini de içerecek şekilde, cinsel haz alma ve üremeye ilgili bütün düşünce, duygu ve davranışları kapsar. Cinsellik pek çok toplum ve ülkede bir tabu olarak görülmesine rağmen, bireyin hem psikolojik, hem fizyolojik hem de sosyal yaşamının önemli bir parçasıdır. Cinsel işlevler ile ilgili bilimsel çalışmalar oldukça sınırlı olmasına rağmen son yıllarda yapılan çalışmalarda artış bulunmaktadır, ancak genellikle cinsel işlevler ile ilgili çalışmalar batı toplumlarından elde ettiğimiz bilgiler olup ülkemizdeki çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır.

Bu çalışmada, Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda cinsel yakınmaları sorgulamayı ve bunların psikiyatrik tanı ve klinik değişkenlerle ilişkisini incelemeye çalıştık.

Cinsel İşlev Bozuklukları, DSM-IV sınıflamasında Eksen-I'de sınıflanmıştır. Diğer bir deyişle, cinsel istekte ya da cinsel yanıt siklusunu belirleyen fizyolojik değişikliklerde oluşan her hangi bir engellenme bu bozukluklardaki temel belirtidir (2). Cinsel yaşamla ilgili ayrıntılı ilk araştırmayı yapan ve bilim dünyasına bunu sunan Kinsey ve ark. (3), 1938-1952 yılları arasında cinsel davranış biçimleri ile ilgili istatistiklerden oluşan derlemeleri yayınlamışlar ve oldukça çok ses getirmişlerdir. Bu çalışma daha çok epidemiyolojik anlam ifade etmekte, cinsel uyarılara insanda verilen tepkinin fizyolojisi ve anatomisi ile ilgili kapsamlı bilgi sunmamaktadır (3).

Toplumda cinsel işlev bozuklukları oldukça yaygın olarak gözükmektedir. Örneğin prematür ejakülasyon yaklaşık 3-4 erkekte birinde, vajinismus yaklaşık her 10-12 kadından birinde, anorgazmi ise her 3 kadından birinde görülmektedir (6).

Spector ve Carey'in (28) 1990 senesinde literatürü gözden geçirdikleri review yazılarının yayınlanmasının ardından 2001 yılında yine Simon ile Carey (29) cinsel işlev bozukluklarının yaygınlığı ile ilgili olan yazıları tekrardan gözden geçirmişler ve toplum örneklemelerinde erkek bireylerde %0-3 oranında cinsel istekte azalma bozukluğu, %0-3 oranında orgazm bozukluğu, %4-5 oranında ise erken boşalma tespit etmişlerdir. Yine aynı çalışmada, kadın bireylerde orgazm ile ilişkili bozukluklar %7-10 oranında belirlenmiştir (29).



Hem kadın hem de erkek cinsel işlev bozukluğunun prevalansını saptamaya yönelik gerçekleştirilen en önemli çalışmalardan olan “Amerika Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması” [National Health and Social Life Survey (NHSLs)], 1992 yılında, Laumann ve ark. (89) tarafından yapılmıştır. Bu çalışma, Amerika Birleşik Devletlerinde yaşayan ve 18-59 yaş arası olan 1410 yetişkin erkek birey ile 1749 yetişkin kadın birey üzerinde gerçekleştirilmiştir. NHSLs tarafından yapılan bu çalışma, Kinsey ve ark. (69)’nın çalışmasının ardından cinsel işlev bozukluğunun prevalansını belirlemeye yönelik olarak gerçekleştirilen ilk çalışma olarak kabul görmektedir. Bu çalışmayı sonuna kadar tamamlayanların oranı %79’un üstündedir. Bu çalışmanın sonucunda kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun prevalansının %43’ün üzerinde olduğu bulunmuştur ve bu oranın erkeklerdeki cinsel işlev bozukluğundan (%31) fazla olduğunu görmekteyiz. Erkek bireylerin %21 kadarında prematür ejakülasyon, %5 kadarında cinsel istekte azalma ve %5 kadarında ise erektil disfonksiyon (ED) olduğu, kadın bireylerde ise %22 kadarında cinsel istekte azalma olduğu, %14 kadarında uyarılma ile ilgili problemlerin olduğu ve %7 kadarında ise cinsel ağrı problemlerinin olduğu belirlenmiştir (69, 90).

Erkek cinsel işlev bozukluğunun epidemiyolojisi ile alakalı bizim ülkemizde yalnız bir çalışma mevcuttur. Yapılan bu çalışmada, Türkiye’nin 5 değişik coğrafik bölgesinde yer alan 17 şehirde gerçekleştirilen 40 yaş üzeri 1982 erkek birey dahil edilmiştir. Bu çalışmada, yaklaşık olarak erektil disfonksiyon prevalansı %64.7 tespit edilmiştir. Üstelik erkeklerin %35.7 kadarında hafif düzeyde, %23 kadarında orta düzeyde, %6 kadarındaysa ileri düzeyde erektil disfonksiyon olduğu belirlenmiştir. Yine, bu çalışmada erektil bozukluk prevalansını arttıran etmenlerin ileri yaş olunması, eğitim seviyesi düşüklüğü, diyabet mellitus hastalığı, hipertansiyon olması, psikolojik stres durumları, prostat hastalıkları gibi durumların sebep olduğu belirlenmiştir (91).

Çayan ve ark. (92) 179 kadın hasta birey ile yaptıkları bir çalışmada, kadınların %60.3’de istek problemleri, %38’inde lubrikasyon problemleri, %43’ünde uyarılma problemleri, %45.8’inde orgazm problemi, %36.8’inde disparoni, %38’inde ise memnuniyetsizlik ile ilgili problemler olduğu tespit edilmiştir. Ancak, bizim ülkemizde kadınlardaki cinsel işlev bozukluklarının prevalansını gösterecek geniş ve

çok merkezli çalışmalar olmadığından dolayı kadınların cinsel işlev bozukluğu epidemiyolojisini ve de prevalansına ilişkin veriler oldukça sınırlıdır (93).

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) tarafından 2006 yılında, Türkiye örneğinde gerçekleştirilen çalışmada ise “ilk cinsel birleşme ya da birleşme denemesi sırasında korku, kasılma, acı hissi ya da kaçınma nedeniyle cinsel birleşmenin gerçekleşmediği oldu mu” sorusuna kadınların %45 kadarının yanıtı evet olmuş, bunların da %17 kadarı yani araştırmaya dahil olan kadınların %7.6’ sı birleşmemenin de daha sonradan devam ettiğini ifade etmişlerdir (61).

Yılmaz ve ark. (94) tarafından Konya İl Merkezi’nde Yaşayan Evli Nüfusta Cinsel Sorunların Araştırılması ile ilgili yapılan bir saha çalışmasında 18-60 yaş grubundaki 945 evli erkek ve kadınlar alınmıştır, çalışma sonucunda şunlar elde edilmiştir: erkeklerde sertleşme gücü % 14.5, erken boşalma % 29.3; kadınlarda anorgazmi % 5.3, vajinismus % 15.3 olarak saptanmış ve bu sonuçların diğer ülkelerde benzer yaş grubunda yapılan çalışma sonuçları ile benzer olduğunu ancak vajinismus yaygınlığı benzer çalışmalara göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmamıza 57’si kadın ve 64’ü erkek olmak üzere toplam 121 hasta dahil edildi. Kadın hastaların erkek hastalara göre daha genç oldukları ve bunun sebebinin bölgemizde kadınların daha erken yaşta evlenmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Nitekim bunu destekler bulgu olarak çalışmamıza katılan kadın hastaların %47’si ilk cinsel birleşmesini 18 yaş altı %97’si ilk ilişkilerini eşleriyle birlikte yaşamışlardır. Kadın hastaların erkek hastalara kıyasla eğitim seviyesi olarak daha düşük olduğu tespit edildi. Meslek gruplarına göre dağılıma bakıldığında erkek hastalarda memur olarak çalışanların (%35.9), kadınlarda ise çalışmayanların (%80.7) (ev hanımı) çoğunlukta olduğu görüldü (Tablo 1).

Çalışmamıza katılan hastaların 47’sinde daha önceden herhangi bir hastalık tanısı yoktu, 3 hasta şizofreni, 3 hasta bipolar bozukluk, 30 hasta anksiyete bozuklukları, 19 hasta somatoform bozukluklar olarak takip ve tanıları mevcuttu. Bunların hastalık süreleri ve halen ilaç kullanımları hakkında anlamlı bir fark yoktu (tablo 2).

İncesu ve Yetkin’in (8) 1997’deki çalışmasında, arkadaşından cinsel bilgilenme oranının %64.7 olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise kadın hastaların bilgilenmesinin %43.8’inin aileden, %24.5’inin arkadaşından ve

%31.5'inin çeşitli kaynaklardan elde ettiği, erkek hastaların ise %17.1'inin aileden, %34.3'ünün arkadaşından ve %48.4'ünün çeşitli kaynaklardan elde ettiği görülmüştür. Hastaların sözlü beyanına göre aileden diye nitelendirdikleri cinsel bilgilenmenin çok sınırlı olduğu, bunun genellikle ilk gece bilgilenmesi olduğu ve çoğunun daha sonradan kendi eşleri aracılığıyla bilgilenme sahibi olduklarını öğrenmekteyiz.

Yine, Yetkin'in (8) çalışmasında, erkek bireylerin %65.5 oranında ilk ilişki deneyimlerinde hayat kadınlarını seçtiği sonucu tespit edilmiştir. Çalışmamıza alınan 64 erkek hastadan 15'i para karşılığı cinsel birleşme yaşadığı (%23.4), 9'unun arkadaşı ile (%14), 2'sinin diğer varlıklar ile (%3.1) ve 38'inin (%59.3) ilk cinsel birleşmeyi eşi ile yaşadıkları, 57 kadın hastanın 55'nin (%96.4) eşiyle cinsel birleşme deneyimi yaşadığı saptandı (Tablo 3). Bu bulgular ile literatürdeki bulgular erkek hastalar için değerlendirildiği zaman benzer değildir. Bunun muhtemel sebebinin, batıda doğuya kıyasla cinselliğin daha rahat yaşanması ve bu gibi bir hayat tarzına daha rahat erişilebilmesi olarak düşünmekteyiz.

Çalışmamızda CİB türü kıyaslandığı zaman, 57 kadın hastanın 24'nün isteksizlik (%42.1), uyarılma, orgazm, ağrı ve diğer cinsel sorunları tek başına bildiren kadın hasta sayısı toplam 9 iken aynı anda birkaç cinsel sorunu birlikte bildiren kadın hasta sayısının 24 (%42.1) olduğu görülmüştür. 64 erkek hastanın 10'nun isteksizlik (%15.6), 10'nun uyarılma (%15.6), 7'sinin (%10.9) orgazm bozukluğu ve 37'sini (%57.8) ise birkaç cinsel sorun birlikteliği görülmektedir (tablo 3). Bu bulgular bize, kadınlarda isteksizliğin çok daha fazla olduğunu ve isteksizlikle beraber cinselliğin diğer aşamalarında da çok fazla sorun yaşandığını düşündürmektedir. Erkek hastalar değerlendirildiği zaman isteksizlikten ziyade orgazm (prematür ejakülasyondan dolayı yetersiz orgazm hissetme) ve uyarılma problemlerinin birlikte daha fazla olduğu gözlenmektedir. Bunu destekler bulgu olarak ayrıca çalışmamızda görmekteyiz ki haftalık cinsel ilişki sıklığı kadın hastalarda anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır.

Çalışmamızda erkek hastaların %60.9'unun CİB için daha önceden bir tedavi arayışında bulunduğunu, bunlardan 37 hastanın tıbbi ve/veya bitkisel yöntemlere başvurduğu ve 21 hastanın da tıbbi bir ilaç kullandığı belirlenmiştir (tablo 3). Bu oranlar kadın hastalar ile kıyaslandığı zaman anlamlı olarak yüksek görülmektedir.

Ayrıca kadın hastaların cinsel şikayetlerini kendiliğinden dile getirme oranının %35 olduğu ve bunun erkek hastalar ile kıyaslandığı zaman (%59.3) anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 3). Bu bulguların, toplumumuzda erkek cinselliğine verilen önemden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda depresyon görülme oranı kadınlarda %7.9, erkeklerde %5.8 olarak tespit edilmişken anksiyete bozukluğu oranı ise kadınlarda %7.1 erkeklerde %3.1 olarak saptanmıştır (95). Aynı çalışmada herhangi bir ruhsal bozukluk oranı ise kadınlarda %22.4 erkeklerde %10.9 olarak bildirilmiştir. Cinsel işlev bozuklukları ile psikiyatrik hastalıklar arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Cinsel işlev bozuklukları temelde yatan depresyon gibi bir psikiyatrik bozukluğun belirtisi olabileceği gibi, primer olarak meydana çıkan bir cinsel işlev bozukluğu, bireyde zamanla depresyon, anksiyete veya uyum bozukluklarına ya da kişilerarası ilişkilerin bozulmasına yol açabilmektedir (8). Cinsel bozukluklar bireylerin gerek yeteneklerini gerek ise yakın ilişkiler kurmasını ve oluşturmasını etkileyebilir (96). Ayrıca buna ilaveten, anksiyete bozuklukları gibi bazı psikiyatrik bozukluklar ile cinsel işlev bozukluklarının etiyolojik olarak benzer bulgular oluşturduğu öne sürülmektedir (10). Cinsel işlev bozukluğu tanısı ile psikiyatrik eş tanın en sık olarak depresyon ve anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır. Yetkin 'in (8) çalışmasında cinsel işlev bozukluğu olan hastalarda ayrıca %45.7 oranında anksiyete bozukluğu, %28.6 oranında major depresif bozukluk ve de %25.7 oranında diğer psikiyatrik bozuklukların gözlendiği vurgulanmıştır. Erişten ve ark. (97) çalışmasında CİB olan kadınların yaklaşık yarısında anksiyete veya major depresif bozukluk olduğu gözlenmiştir. Sertleşme bozukluğu ve psikiyatrik eş tanının araştırıldığı bir çalışmada, depresif belirtiler ile sertleşme bozukluğu arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (40). Depresyonu olan erkeklerde gece sertleşme sıklığında azalma olduğu gözlenmiştir (98).

Bizim çalışmamızda kadın hastaların depresyon ölçek puanlarının ( $16.36 \pm 6.29$ ) erkek hastalara göre ( $12.31 \pm 8.00$ ) anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Kadınlarda depresyonun daha fazla görülmesinin buna etken olmasının yanı sıra CİB ile birlikte depresyon komorbiditesinin fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca çalışmamızda yine kadın hastaların anksiyete ölçek puanları da erkek hastalara göre anlamlı olarak yüksek sayılabilmektedir ( $p=0.055$ )

(Tablo 4). Çalışmamıza katılan kadın hastaların ASEX ve GRİSS ölçek ve alt ölçeklerinin puanlarının (GRİSS vajinismus/prematür ejakülasyon hariç) anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4). Bu da yine kadın hastalarda cinsel işlevlerin çok daha sıkıntılı ve sorunlu yaşandığını göstermektedir. Kadın hastalarda SF-36 alt ölçek puanları (SF ağrı alt ölçeği hariç) erkek hastalara göre anlamlı olarak düşük olduğunu görmekteyiz (Tablo 4). Bu ölçek puanların düşük olması kadın hastaların yaşam kalitelerinin erkek hastalara kıyasla daha kötü olduğunu göstermektedir.

Kadın hastalarımızın ilk cinsel yaşı ne kadar küçükse GRİSS doyum, GRİSS anorgazmi alt ölçekleri ve ASEX ölçek puanları o kadar yüksek çıkmaktadır. Erkek hastalarımızda ilk cinsel yaşın ölçekler üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığını görmekteyiz (Tablo 5, 6).

İlk cinsel ilişkide sorun tarif eden kadın hastaların GRİSS vajinismus alt ölçek ile GRİSS toplam puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Bu da toplumumuzda çok fazla dile getirilmese veya tedavi için çok fazla doktora başvurulmasa bile CİB olan kadınlar arasında vajinismusun tahmin edilenden daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda bu düşüncemizi destekler bulgu olarak kadın hastalarda eşyle 5 yıldan az birlikteliği olanların yine GRİSS vajinismus alt ölçek puanlarının yüksek olduğunu tespit ettik (Tablo 9). Erkek hastalarda ilk ilişkide sorun tarif eden hastaların GRİSS prematür ejakülasyon alt ölçeği anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 8). Erkek hastalarda eşyle 5 yıldan az birlikteliği olanlarda bir anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 10).

Eşyle 5 yıldan fazla birlikteliği olan kadın hastalarda GRİSS iletişim ve doyum alt ölçeklerinde yükseklik saptanırken erkek hastalarda GRİSS sıklık alt ölçeğinde anlamlı yükseklik saptanmıştır (Tablo 9-10). Evlilik süresinin uzamasıyla muhtemelen eşlerin birbirlerine olan cinsel çekiciliklerinin azalması bunda etken gibi gözükmektedir.

Bizim çalışmamıza katılan kadın hastalarda haftalık ilişki sıklığı ne kadar az ise GRİSS sıklık ve kaçınma alt ölçeklerinin, GRİSS toplam ve ASEX ölçek puanlarının o kadar yüksek olduğunu tespit ettik (Tablo 11). Erkek hastaların haftalık ilişki sıklığı değerlendirmesinde; GRİSS sıklık alt ölçeği açısından haftalık ilişki sıklığı hiç olmayan veya 1 olanların diğerlerine göre daha anlamlı olduğunu

bulduk. Ayrıca erkek hastalarda haftalık ilişki sıklığı 0 olanların GRİSS dokunma, GRİSS toplam ve ASEX ölçek puanlarının yüksek olduğunu tespit ettik (Tablo 12). Bu tespitler, çalışmamıza katılan kadın ve erkek hastalarda haftalık ilişki sıklığı ne kadar az ise cinsel yakınmaların o denli fazla olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda kadınlar hastalarda CİB süresi ile GRİSS doyum, kaçınma, anorgazmi alt ölçekleri ve GRİSS toplam ve ASEX skorları arasında pozitif korelasyon saptandı. Buna karşılık, kadınlarda haftalık ilişki sıklığı ile GRİSS sıklık, doyum, kaçınma, dokunma alt ölçekleri ile GRİSS toplam ve ASEX skorları arasında negatif korelasyon saptandı (Tablo 13). Kadın hastalarda CİB süresi ne kadar uzunsu ölçek puanları o kadar yüksek çıkmakta ve haftalık cinsel ilişki sıklığı o kadar azalmaktadır. Erkek hastalarda CİB süresi ile GRİSS ve ASEX skorları arasında korelasyon saptanmadı. Yine erkek hastalarda haftalık ilişki sıklığı ile GRİSS sıklık, kaçınma, dokunma alt ölçekleri ile GRİSS toplam ve ASEX skorları arasında negatif korelasyon saptandı (Tablo 14).

Bu çalışmada çeşitli sınırlamalar bulunmaktadır. Hasta sayısının az olması, cinselliğin mahremiyetinin çok fazla olması, özellikle bölgemizde cinselliğin daha da mahrem sayılması ve hastalarla yapılan görüşmenin bir defa ile sınırlı kalması cinsellikle ilgili paylaşılan bilgilerin yetersiz olmasına, doğruluk derecesinin sosyokültürel seviyeden dolayı şüpheli olmasına sebep olabilmektedir. Ayrıca hastaların cinsel travma öyküsünün yeteri kadar değerlendirilememesi de sınırlamalar içindedir.

Sonuç olarak, bu çalışmada cinsel yakınması olan hastaların psikiyatrik tanı ve diğer klinik değişkenlerle ilişkisini incelemeye çalıştık ve çalışmamıza katılan hem kadın hem de erkek hastalarda psikiyatrik bir hastalık tanısına komorbid CİB veya CİB'na komorbid bir psikiyatrik tanının eşlik ettiğini ve bunun genellikle majör depresyon, anksiyete bozukluğu veya somatoform bozukluklar olduğunu tespit ettik. Ayrıca çalışmamıza katılan hastaların özellikle kadın hastaların yaşam kalitesinin oldukça düşük olduğu da göze çarpmaktadır. Cinsel soruna eşlik eden bir psikiyatrik tanının veya psikiyatrik tanıya eşlik eden cinsel soruna rastlanma oranının yüksek olması gerek tanı gerek ise tedavi sürecini etkilemektedir. Gerek fiziksel gerek psikolojik faktörlerin cinsel sorunların oluşumunda oynadığı rolün etkilerinin

belirlenmesi için daha büyük örneklem grupları içeren ve sağlıklı kişilerle karşılaştırmalı yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

## 5. KAYNAKLAR

1. Rosen RC. Prevalans and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Curr Psychiatry Rep* 2000; 2: 189-95.
2. Sadock B, Sadock V. Anormal Cinsellik ve Cinsel Disfonksiyon. *Klinik Psikiyatri İstanbul*: 2. Baskı, Güneş Kitabevi, 2005: 277-29.
3. Yetkin N, İncesu C. Cinsel işlev bozuklukları monograf serisi. *Cinsel İşlevin Fiziyojisi* 1998; 1: 3-11.
4. Van Minnen A, Kampman M. Interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sex Mar Ther* 2000; 15: 47-57.
5. Vulink NC, Denys D, Bus L, Westenberg HG. Sexual pleasure in women with obsessive compulsive disorder. *J Affect Disord* 2006; 91: 19-25.
6. CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği). *Cinsel Yaşam ve Sorunları Rehberi*. 2007; [www.cetad.org.tr](http://www.cetad.org.tr).
7. Yıldırım EA. *Psikiyatri Asistanlarının Cinsel Terapi Eğitimlerinde Psikodrama Yöntemlerinin Kullanılması*. Psikodrama Tezi. İstanbul: Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü, 2006.
8. Yetkin N, İncesu C. Cinsel işlev bozukluklarında kullanılan terimlerin gözden geçirilmesi. *Nöropsikiyatri Arsivi* 1997; 4: 214-218.
9. Heiman JR. Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors and treatments. *J Sex Res* 2002; 39: 73-78.
10. Kaplan HS. Anxiety and sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* Oct 1988; 4: 21-5.
11. Bodinger J, Hermesh H, Aizenberg D, Valevski A, Maron S, Shiloh R, et al. Sexual function and behavior in social phobia. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 874-879.
12. Kayır A. *Cinsel Mitler ERO-Cinsel Yaşam Ansiklopedisi-2*. İstanbul: Boyut Yayınları, 1991: 44-48.



13. Kinsey AC. Sexual Behavior in the Human Female. Philadelphia W.B. Saunders, 1953.
14. Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Behaviour. İnsanda Cinsel Davranış. (Çev. Ed. Sayın Ü), İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1994.
15. Bayrak M. Vajinismus Oluşumunda Etiyolojik Özellikleri. Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2006.
16. Masters VB, Johnson VE. Human Sexual Behavior İnsanda Cinsel Davranış (Çev. Ed. Sayın Ü). İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1994.
17. Eliot ML. The use of “impotences” and “frigidity”, why has “importance” survived? J Sex Marital Ther 1985; 11: 51-56.
18. Kaplan HS. Disorders of Sexual Desire. New York: Brunner/ Mazel, 1979.
19. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. J Sex Marital Ther 1977; 3.
20. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Text Book of Psychiatry 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
21. Crenshaw TL, Goldberg JP. Sexual aspects of neurochemistry. Crenshaw TL, Goldberg JP (eds). Sexual Pharmacology. New York: W.W. Norton & Company, 1996.
22. Stahl SM. Temel Psikofarmakoloji. (Çev eds. Taneli B, Taneli Y). İstanbul: Yelkovan Yayınevi, 2003.
23. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tamsal ve Sayımsal El Kitabı. (Çev. Ed. Köroglu E). 1. Baskı Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995.
24. Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Inadequacy. Boston: Little Brown, 1970: 45-60.
25. Schmidt G, Arentewicz G. Symptoms. G Arentewicz, G Schmidt (eds). The treatment of sexual disorders: concepts and techniques of couple therapy. New York: Basics Books Inc, 1982: 123-146.

26. Yetkin N. Cinsel İşlev Bozukluğu ve Nörotik Yakınmaları olan iki grup erkekte cinsel işlevin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul: İ.Ü. Çapa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 1986.
27. Frank E, Anderson C, Rubenstein D. Frequency of sexual dysfunction in normal couples. *New Eng J Med* 1978; 299: 11-115.
28. Spector JP, Carey M. Incidence and prevalence of sexual dysfunctions: a critical review of empirical literature. *Arch Sex Behav* 1990; 19: 389-408.
29. Simons JS, Carey M. Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research *Arch Sex Beh* 1990; 30: 177-219.
30. APA (2000) Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatri’de Hastalıkların Tanılanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC; 2000’den (çev: Koroğlu E.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001.
31. Cummings LC, Mega MS. Disturbances of Sleeps, Appetite And Sexual Behavior *Neuropsychiatry and Behavioural Neuroscience*. Oxford University Press, 2003: 344-359.
32. Ferris CF, Snowdon CT, King JA, Duong TQ, Ziegler TE, Ugurbil K, et al. Functional imaging of brain activity in conscious monkey responding to sexually arousing cues. *Neuroreport* 2001; 12: 2231-2236.
33. İncesu C. Cinsel işlevin fizyolojisi. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi* 1998; 1: 3-11.
34. Segraves RT. Hormones and Libido, Sexual Desire Disorders, Leblum RS, Rosen RC. (ed) New York: The Guilford Press, 1998: 271-312.
35. Kaplan Helen S. The Sexual Desire Disorders Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation. New York: Brunner Mazel Publishers, 1995.
36. Schover LR, Lo Piccolo J. Treatment effectiveness of dysfunctions of sexual desire, *J Sex Marital Ther* 1982; 8: 3.

37. Freud S. Inhibitions, Symptoms, and anxiety –Ketlemeler, Semptomlar ve Kaygı. (Çev: Budak S.) Öteki Yayınevi, 1989: 229-325.
38. Freud S. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie: Cinsellik Üzerine Üç Deneme, 1905. Çeviri Öteki Yayınevi 1997; 44-165.
39. Kinsey AC. Das Sexuelle Verhalten des Mannes, 1948: Kinsey Report. Berlin/Frankfurt, S. Fischer Verlag 1965.
40. Feldmann HA, Goldstein I, Hatzichristou DG. Impotence and its medical and psychosocial correlates; results of Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994; 15: 54-61.
41. Kaplan Helen S. The New Sex Therapy Active Treatment of Sexual Dysfunctions. New York: Brunner Mazel Publishers, 1974: 10-36.
42. Freud S. Three Essay on the Theory of Sexuality. London: Imago Pres, 1949.
43. Metz ME, Pryor JL, Nesvacil L. Premature ejaculation: a psychophysiological review. J Sex Marital Ther 1997; 23: 3-23.
44. Yetkin N, İncesu C. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi Cinsel İşlevin Fizyolojisi 1998; 1: 3-11.
45. Yetkin N, İncesu C. Kadınlarda uyarılma ve orgazm bozuklukları kadınlarda cinsel işlev bozuklukları. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi 1998; 2: 19-24.
46. Sungur MZ. Evaluation of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognostic factors in sexual and marital therapy. J Sex Marital Ther 1994; 9: 251-265.
47. Yıldırım EA, Çavaş Ş, Hacıoğlu M. Erken boşalması olan heteroseksüel erkeklerde eksen 1 psikiyatrik eş tanı oranları. Nöropsikiyatri Arşivi 2011; (Özel 1): 16-23.
48. Kaplan HS. Sexual Aversion, Sexual Phobias and Panic Disorder. 1987 Brunner – Mazel Publishers. 1987: 111-115.
49. Barlow D, Van den Hout M. Attention, arousal and expectancies in anxiety and sexual disorders. J Affect Disord 2000; 61: 241-256.

50. Heimberg RG, Barlow DH. Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics* 1988; 29: 27-37.
51. Kosten T, Redmand DE, Reiser MF. Spontaneous ejaculation associated with anxiety: Psychophysiological considerations. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1163-1166.
52. Tastan U. Cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerde anksiyete. *Yeni Symposium* 2005; 43: 38-44
53. Ernst C, Foldenyi M, Angst J. The Zurich Study: XXI Sexual dysfunction and disturbances in young adults. Data of a longitudinal epidemiological study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 243: 179-88.
54. Leary MR, Dobbins SE. Social anxiety, sexual behavior and contraceptive use. *J Pers Soc Psychol* 1983; 45: 1347-1354.
55. Porst H, Montorsi F, Rosen RC. The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: prevalans, comorbidities and professional help seeking. *Eur Urol Mar* 2007; 51: 816-23.
56. Sbrocco T, Weisberg RB, Barlow DH, Carter MM. The conceptual relationship between panic disorder and male erectile dysfunction. *J Sex Marital Ther* Fall 1997; 23: 212-220.
- 57- Monteiro WO, Noshirvani HF, Marks IM, Lelliott PT. Anorgasmia from Clomipramine in obsessive compulsive disorder *Br J Psychiatry* 1987; 151: 07-112.
58. Fontenelle LF, de Souza WF, de Menezes GB, Mendlowicz MV, Miotto RR, Falcão R, et al. Sexual function and dysfunction in brazilian patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195: 254-257.
59. Aksaray G, Yelken B, Kaptanoğlu C, Oflu S, Ozaltın M. Sexuality in women with Obsessive Compulsive Disorder. *J Sex Marital Ther* 2001; 27: 273-277.
60. Frohlich P, Meston C. Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *J Sex Res* 2002; 39: 321-325.
61. CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği) Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması 2006; [www.cetad.org.tr](http://www.cetad.org.tr).

62. Symonds T, Roblin D, Hart K, Althof S. How much premature ejaculation impact a man's life? *J Sex Marital Ther* 2003; 29: 362-370.
63. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005; 17: 39-57.
64. Tignol J, Martin-Guehl C, Aouizerate B, Grabot D, Auriacombe M. Social phobia and premature ejaculation: a case-control study. *Depress Anxiety* 2006; 23: 153-157.
65. Kotler M, Cohen H, Aizenberg D. Sexual Dysfunction in Male Posttraumatic Stress Disorder Patients. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 309-31.
66. Rowland DL, Slob AK. Premature ejaculation: Psychophysiological considerations in theory, research and treatment. *Annu Rev Sex Res* 1997; 8: 224-253.
67. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 144-148.
68. Figueira I, Possidente E. Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. *Arch Sex Behav* 2001; 30: 369-377.
69. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-544.
70. Corona G, Mannucci E, Petrone L, Ricca V, Balercia G, Giommi R, et al. Psychobiological correlates of free-floating anxiety symptoms in male patients with sexual dysfunctions. *J Androl* 2006; 27: 86-93.
71. Smith JF, Breyer BN, Eisenberg ML, Sharlip ID, Shindel AW. Sexual function and depressive symptoms among male North American medical students. *J Sex Med* 2010; 7: 3909-3917.
72. Williams BW. A structured interview guide for Hamilton depression rating scale. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 45: 742-747.

73. Burri A, Spector T. Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK Population sample: prevalence and risk factors. *J Sex Med* 2011; 8: 2420-2430.
74. Agmo A, Turi AL, Ellingsen E, Kaspersen H. Preclinical models of sexual desire: conceptual and behavioral analyse. *Pharmacol Biochem Behav* 2004; 78: 379-404.
75. Van Lankveld JJDM, Grotjohann Y. Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the composite international diagnostic interview. *Arch Sex Behav* 2000; 29: 479-498.
76. Watts G, Nettle D. The Role Of Anxiety Vajinismus: a case control study. *J Sex Med* 2010; 7: 143-148.
77. Fan X, Henderson DC, Chiang E, Briggs LB, Freudenreich O, Evins AE, et al. Sexual functioning, psychopathology and quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2007; 94: 119-127.
78. K Bhui A, Puffet G. Strathdee sexual and relationship problems among patients with severe chronic psychoses. *Sos Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 459-467.
79. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyon. Ankara: Hekimler Birliği Yayınevi, 1999.
80. Akdemir A, Örsel İ, Dağ H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4; 251-259.
81. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği: değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9: 114-120.
82. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara: HYB, 2006.
83. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impot Res* 2004; 16: 531-534.
84. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form healthy survey (SF 36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483.

85. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12: 102-106.
86. Aydemir Ö. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü. Kısa Form-36 (SF-36). 3 P Dergisi 1999; 7: 14-22.
87. Rust J, Golombok S. The GRISS: a psychometric Instrument for the assessment of Sexual Dysfunction. Archives of Sexual Behavior 1986; 15: 157-165.
88. Tuğrul C, Öztan N. Golombok rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1993; 2: 83-88.
89. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT. The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States. Chicago: The University of Chicago Pres, 1994: 24-48.
90. Moskowitz D. Women's health monitor. Transitions for health women institute 2002.
91. Tellaloglu S, Kadioglu A. Erkek Seksüel Disfonksiyonu. İstanbul: Nobel Tıp, 2000.
92. Çayan S, Akbay Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. Türk kadınlarında cinsel fonksiyon prevalansı ve cinsel fonksiyonları bozabilecek potansiyel risk faktörleri. Androloji Bülteni 2004; 17: 179.
93. Soylu A. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunda tanı. Androloji Bülteni 2003; 13: 21-23.
94. Yılmaz E, Esra Zeytinci İ, Sarı S. Konya il merkezinde yaşayan evli nüfusta cinsel sorunların araştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21: 126-134.
95. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1998.
96. Heiman JR. Sexual dysfunction: overview of prevalans, etiological factors and treatments. J Sex Res 2002; 39: 73-78.
97. Erişten P, İncesu C, Yetkin N. cinsel ve evlilik terapilerine başvuran kadınlarda psikiyatrik komorbidite ve evlilik ilişkisi. Düşünen Adam. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2001; 14: 132-141
98. Thase ME. Long Term Nature Of Depression. J Clin Psych 1999; 60: 3-9.

## 6.EKLER

### EK.1

#### SF-36

1) Genel Olarak Sağlığınız İçin Hangisini Söyleyebilirsiniz?

- A-Mükemmel
- B-Çok İyi
- C-İyi
- D-Orta
- E-Kötü

2). 1 Yıl Öncesiyle Karşılaştığımızda Sağlığımızı Nasıl Değerlendirirsiniz?

- A-1 Yıl Öncesine Göre Çok Daha İyi
- B-1 Yıl Öncesine Göre Biraz Daha İyi
- C-1 Yıl Öncesiyle Hemen Hemen Aynı
- D-1 Yıl Öncesine Göre Daha Kötü
- E-1 Yıl Öncesine Göre Çok Daha Kötü

3). Aşağıdakiler Gün Boyunca Yaptığımız Etkinliklerle İlgilidir. Sağlığınız Bunları Kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa Ne Kadar?

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			
Bir Masayı Çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
1-2 Km yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			



4). Son 4 Hafta Boyunca Bedensel Sağlığınızın Sonucu Olarak, işiniz ya da günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

5). Son bir ay içinde duygusal sorunlarınızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6). Son bir ay içinde bedensel sağlığınız ya da duygusal sorunlarınız arkadaşları veya komşularınızla olan etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a)Hiç etkilemedi
- b)Biraz etkiledi
- c)Orta derecede etkiledi
- d)Oldukça etkiledi
- e)Aşırı etkiledi

7). Son bir ay içinde ne kadar ağrınız oldu?

- a)Hiç
- b)Çok hafif
- c)Hafif
- d)Orta
- e)Şiddetli
- f)Çok şiddetli

8). Son bir ay içinde ağrınız işinizi ne kadar etkiledi?

- a)Hiç etkilemedi
- b)Biraz etkiledi
- c)Orta derecede etkiledi
- d)Oldukça etkiledi
- e)Aşırı etkiledi

9). Aşağıdaki sorular son bir ay içinde neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı seçin.

	<b>Her Zaman</b>	<b>Çoğu Zaman</b>	<b>Oldukça</b>	<b>Bazen</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Hiçbir zaman</b>
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10). Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkla etkiledi? (akraba ve arkadaş ziyareti gibi)

- a)Her zaman
- b)Çoğu zaman
- c)Bazen
- d)Nadiren
- e)Hiçbir zaman

11). Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	<b>Kesinlikle</b>	<b>Çoğunlukla</b>	<b>Bilmiyorum</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Asla</b>
Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					

## **EK.2**

### **ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)**

#### **KADIN FORMU**

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

- Oldukça istekli
- Çok istekli
- Biraz istekli
- Biraz isteksiz
- Çok isteksiz
- Tamamen isteksiz

2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

- Oldukça kolay
- Çok kolay
- Biraz kolay
- Biraz zor
- Çok zor
- Oldukça zor

3. Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir?

- Oldukça kolay
- Çok kolay
- Biraz kolay
- Biraz zor
- Çok zor
- Asla olmaz

4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz?

- Oldukça kolay
- Çok kolay
- Biraz kolay
- Biraz zor
- Çok zor
- Asla boşalamam

5. Orgazmınız tatmin edici midir?

- Oldukça tatmin edici
- Çok tatmin edici
- Biraz tatmin edici
- Pek tatmin etmiyor
- Çok tatmin etmiyor
- Orgazma ulaşamam

### **ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)**

#### **ERKEK FORMU**

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

- Oldukça istekli
- Çok istekli
- Biraz istekli
- Biraz isteksiz
- Çok isteksiz

- Tamamen isteksiz
2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?
- Oldukça kolay
  - Çok kolay
  - Biraz kolay
  - Biraz zor
  - Çok zor
  - Oldukça zor
3. Penisiniz / cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü?
- Oldukça kolay
  - Çok kolay
  - Biraz kolay
  - Biraz zor
  - Çok zor
  - Asla olmaz
4. Ne kadar kolay boşalılırsınız?
- Oldukça kolay
  - Çok kolay
  - Biraz kolay
  - Biraz zor
  - Çok zor
  - Asla boşalamam
5. Boşalmanız tatmin edici midir?
- Oldukça tatmin edici
  - Çok tatmin edici
  - Biraz tatmin edici
  - Pek tatmin etmiyor
  - Çok tatmin etmiyor
  - Hiç boşalamam

### **EK.3**

#### **GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ENVANTERİ (GRISS) ERKEK FORMU**

- 1) Haftada iki defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?
  - a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 2) Eşinize cinsel ilişkinizde nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söylemekte güçlük çeker misiniz?
  - a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 3) Cinsel açıdan kolaylıkla uyarılır mısınız?
  - a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 4) Cinsel birleşme sırasında çok çabuk boşalacağınızı hissederseniz bunu geciktirebilir misiniz?
  - a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 5) Eşinizle cinsel yaşantınızda monotonluktan şikayetçi misiniz?
  - a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 6) Eşinizin cinsel organını okşamaktan hoşlanmadığınız olur mu?
  - a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman

- e) Her zaman
- 7) Eşiniz cinsel ilişkiye girmek istediğinde endişe ve huzursuzluk duyar mısınız?
- a) Hiçbir zaman  
b) Nadiren  
c) Bazen  
d) Çoğu zaman  
e) Her zaman
- 8) Eşinişle cinsel birleşmeden zevk alır mısınız?
- a) Hiçbir zaman  
b) Nadiren  
c) Bazen  
d) Çoğu zaman  
e) Her zaman
- 9) Eşinize cinsel ilişkinizde nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığımı sorar mısınız?
- a) Hiçbir zaman  
b) Nadiren  
c) Bazen  
d) Çoğu zaman  
e) Her zaman
- 10) Penisinizin sertleşmediği olur mu?
- a) Hiçbir zaman  
b) Nadiren  
c) Bazen  
d) Çoğu zaman  
e) Her zaman
- 11) Cinsel yaşantınızda eşinizle aranızda aşk ve duygusallığın yeterli olmadığını hissediyor musunuz?
- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 12) Eşinizin cinsel organınızı okşamasından zevk alır mısınız?
- a) Hiçbir zaman  
b) Nadiren  
c) Bazen  
d) Çoğu zaman  
e) Her zaman
- 13) Cinsel birleşme sırasında çok çabuk boşalmayı engelleyebilir misiniz?
- a) Hiçbir zaman  
b) Nadiren  
c) Bazen  
d) Çoğu zaman  
e) Her zaman

- 14) Eşinizle cinsel ilişkiye girmekten kaçınmaya çalıştığınız olur mu?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 15) Eşinizle cinsel ilişkinizi yeterince doyum verici buluyor musunuz?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 16) Eşinizle cinsel birleşme öncesindeki sevişme sırasında sertleşme olur mu?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 17) Haftalarca hiç cinsel ilişkiye girmediğiniz olur mu?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 18) Eşinizle karşılıklı mastürbasyon (elle doyum) yapmaktan hoşlanır mısınız?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 19) Eşinizle cinsel ilişkiye girmek isterseniz ilk adımı siz atar mısınız?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 20) Eşinizin sizi kucaklaması ve okşamasının hoşunuza gitmediği olur mu?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren

- c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 21) İstedığınız sıklıkta cinsel birleşmede bulunuyor musunuz?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 22) Eşinizle cinsel ilişkiye girmeyi reddettiğiniz olur mu ?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 23) Cinsel birleşme sırasında sertleşmenin kaybolduğu olur mu ?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 24) Cinsel birleşmenin hemen başında istemediğiniz halde boşaldığınız olur mu?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 25) Eşinizi kucaklamak ve okşamaktan hoşlanır mısınız?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 26) Cinselliğe karşı ilgisizlik hisseder misiniz?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman



27) Henüz cinsel birleşme başlamadan istemediğiniz halde boşaldığınız olur mu?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

28) Sevişme esnasında sizin ya da eşinizin davranışlarından tiksinti duyduğunuz olur mu?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

### **GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ENVANTERİ (GRISS) KADIN FORMU**

1) Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

2) Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

3) Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında) ?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

4) Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

- 5) Sizce, sizin ve eşinizin ön sevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 6) Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 7) Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 8) Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşıyor musunuz?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 9) Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alıyor musunuz?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 10) Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar buluyor musunuz?
- a) Hiçbir zaman
  - b) Nadiren
  - c) Bazen
  - d) Çoğu zaman
  - e) Her zaman
- 11) Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?
- a) Hiçbir zaman

- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

12) Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız olur musunuz?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

13) Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız olur musunuz?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

14) Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

15) Haftada iki defadan fazla cinsel ilişkide bulunur musunuz?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

16) Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

17) Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen

- d) oęu zaman  
e) Her zaman
- 18) Eşinizle cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?  
a) Hiçbir zaman  
b) Nadiren  
c) Bazen  
d) oęu zaman  
e) Her zaman
- 19) Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?  
a) Hiçbir zaman  
b) Nadiren  
c) Bazen  
d) oęu zaman  
e) Her zaman
- 20) Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?  
a) Hiçbir zaman  
b) Nadiren  
c) Bazen  
d) oęu zaman  
e) Her zaman
- 21) Ön sevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?  
a) Hiçbir zaman  
b) Nadiren  
c) Bazen  
d) oęu zaman  
e) Her zaman
- 22) Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?  
a) Hiçbir zaman  
b) Nadiren  
c) Bazen  
d) oęu zaman  
e) Her zaman
- 23) Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?  
a) Hiçbir zaman  
b) Nadiren  
c) Bazen  
d) oęu zaman  
e) Her zaman

24) Kendi cinsel organınızın, eşinizin derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

25) Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

26) Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

27) Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

28) Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşıyor mısınız?

- a) Hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Bazen
- d) Çoğu zaman
- e) Her zaman

## **EK.4**

### **Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği**

#### **1-Depresif ruh hali**

0-yok

1-Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.

2-Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

3-Hastada bunların varlığı, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.

4-Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor

#### **2-Suçluluk duyguları**

0-yok

1-Kendi kendini kınıyor.

2-Eski yaptıklarından dolayı suçluluk duyuyor.

3-Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır, suçluluk hezeyanları.

4-Kendisini ihbar veya itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tenkit eden görsel halisünasyonlar görüyor.

#### **3-İntihar**

1-Yok

2-Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

3-Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.

4-İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir).

#### **4-Uykuya dalamamak**

0-Bu konuda zorluk çekmiyor.

1-Bazen gece yatağında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.

2-Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

#### **5-Gece yarısı uyanmak**

0-Herhangi bir sorunu yok.

1-Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.

2-Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir)

#### **6-Sabah erken uyanmak**

0-Yok

1-Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.

2-Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

#### **7-Çalışma ve aktiviteler**

0-Herhangi bir sorunu yok.

1-Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2-Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor)

3-Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor.(Hastanede yatarken en az 3 saat, servislerdeki işlerin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir)

4-Hastalığında dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir)

### **8-Retardasyon**

0-Düşünce ve konuşması normal.

1-Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.

2-Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.

3-Görüşmeyi yapabilmek çok zor.

4-Tam stuporda.

### **9-Ajitasyon**

0-Yok.

1-Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.

2-Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

### **10-Psişik anksiyete**

0-Herhangi bir sorunu yok.

1-Subjektif gerilim ve irritabilite.

2-Küçük şeylere üzülüyor.

3-Yüzünden ve konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4-Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

### **11-Somatik anksiyete**

0-Yok

1-Hafif Gastrointestinal: Ağız kuruması,yellenme,

2-İlımlı sindirim bozukluğu, kramp,geğirme

3-Şiddetli Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

4-Çok şiddetli Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme sık idrara çıkma, terleme

### **12-Somatik semptomlar**

0-Yok

1-İştahsız, ancak personelin ısrarı ile yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

2-Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

### **13-Somatik semptomlar**

0-Yok

1-Ekstremiteelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.

2-Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

### **14-Genital semptomlar**

0-Yok

1-Hafif

2-Şiddetli

3-Anlaşılamadı.

### **15-Hipokondriyaklık**

0-Yok

1-Kuruntulu

2-Aklını sağlık konularına takmış durumda.

3-Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.

4-Hipokondriyak delüzyonlar

### **16-Zayıflama**

**A.**Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0-Kilo kaybı yok.

1-Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama

2-Kesin (hastaya göre) kilo kaybı

**B.**Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0-Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama

1-Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama

### **17-Durumu hakkında görüşü**

0-Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde

1-Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.

2-Hasta olduğunu kabul etmiyor.



## EK.5

### HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok

1. Hafif(düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir.)

3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)

4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

#### BİRİNİ İŞARETLEYİN

1. ANKSİYETELİ MİZAC: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, iritabilite. 0 1 2 3 4 5 6

2. GERİLİM : Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe. 0 1 2 3 4 5 6

3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan. 0 1 2 3 4 5 6

4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyandığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları. 0 1 2 3 4 5 6

5. ENTELLEKTÜEL(Kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması. 0 1 2 3 4 5 6

6. DEPRESİF MİZAC: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar. 0 1 2 3 4 5 6

7. SOMATİK(Musküler): Ağrılar, seğirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kastonusu. (Duygusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklılığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu. 0 1 2 3 4 5 6

8. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller. 0 1 2 3 4 5 6

9. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne. 0 1 2 3 4 5 6

10. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, barsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon. 0 1 2 3 4 5 6

11. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı,

empotans.

0 1 2 3 4 5 6

12.OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.

0 1 2 3 4 5 6

13.GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzofthalmus.

0 1 2 3 4 5 6

TOPLAM: PSİŞİK:

SOMATİK

(1,2,3,5,6)

(4,7,8,9,10,11,12,13)

## EK.6

## SOSYODEMOGRAFİK VERİLER BİLGİ FORMU

<b>Ad-soyad:</b>			
<b>Adres:</b>			
<b>Tel no(ev-iş-cep):</b>			
<b>Yaşı:</b>			
<b>Cinsiyet:</b>	1-K	2-E	
<b>Medeni durum:</b>	1- Bekar	2-Evli	3-Boşanmış 4- Dul
<b>Çocuk varlığı:</b>	1-Var	2-Yok	
<b>Evli iseniz evlilik şekliniz nasıl oldu? 1- Anlaşarak 2-Görücü usulü 3-Diğer</b>			
<b>Eğitim durumu:</b>			
1- Okur-yazar 2-İlkokul 3-Ortaokul 4-Lise 5-Üniversite			
<b>Yerleşim Alanı:</b> 1-Köy 2-Kasaba 3-Şehir			
<b>Ekonomik Durum:</b> 1-Düşük 2-Orta 3-Yüksek			
<b>Meslek:</b> 1-Ev hanımı 2-Öğrenci 3-Memur 4-İşçi 5-Özel meslek 6-İşsiz 7-Emekli 8-Diğer			
<b>Alkol ve madde kullanımı:</b>		1- E (miktar/gün)	2-H
<b>Sigara kullanımı:</b>		1- E (miktar/gün)	2-H
<b>Bilinen Ruhsal hastalığı var mı?</b> 1-Evet			2-Hayır
<b>Hastalık süresi ne kadar?</b>			
1. 0-5 2. 6-10 3. 11-15 4. 16↑			
<b>Düzenli ilaç kullanımı var mı? (varsa ne kadar zamandır?)</b>			
1-Evet 2- Hayır			
<b>Cinsel ilişki başlangıç yaşı:</b>			
1. 18↓ 2. 18- 27 2. 28-37 3. 38-47 4. 48-57 5. 58↑			
<b>İlk cinsel deneyim esnasında bir sorununuz oldu mu?</b> 1- Evet 2- Hayır			
<b>İlk cinsel deneyiminiz kiminle oldu?</b>			
1-Eş 2- Arkadaş 3-Hayat kadını 4-Diğer			
<b>Cinsel bilgilerin nerelerden elde ettiniz?</b>			
1-Aile bireyleri 2-Arkadaş 3- TV/radyo/gazete 4- İnternet			
<b>Cinsel ilişki sıklığınız nedir?</b> (Sıklığı haftalık olarak yazın)			
<b>Eşiniz ile ne kadar süredir birliktesiniz?</b> 1- >5yıl 2- <5 yıl			
<b>Cinsel İşlev Bozukluğu türü:</b>			
1- İstek Bozukluğu 2- Uyarılma Bozukluğu 3- Orgazm Bozukluğu 4- Ağrı Bozukluğu 5- Diğer			
<b>Cinsel İşlev Bozukluğu süresi?</b>			
<b>Cinsel işlev bozukluğu için tedavi arayışınız oldu mu?</b> 1-Evet 2-Hayır			
<b>Tedavi ayrışımı oldu ise ne şekilde?</b>			
1-Tıbbi yardım 2-Bitkisel yöntemler 3-Özel doktor 4-Geleneksel danışman			
<b>Cinsel işlev bozukluğu için ilaç kullandınız mı?</b>			
<b>Hasta yakınmasını nasıl dile getiriyor?</b>			
1- Spontan 2-Sorgulayınca			

## 7. ÖZGEÇMİŞ

1977 yılında İsviçre'nin Moudon kentinde dünyaya geldim. İlköğrenimimi İsviçre'de, orta ve lise öğrenimimi İstanbul'da tamamladıktan sonra, 1996 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıbbi Biyolojik Bilimler Bölümünde eğitime başlayıp 2000 yılında mezun oldum. Yine, 2000 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimime başlayıp 2005 yılında tıp fakültesinden mezun oldum. 2009 yılında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD' da başladığım eğitime halen devam etmekteyim.