

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

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA  
CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU SIKLIĞI**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Dilek GÜNAYDIN**

**Trabzon 2015**

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

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA  
CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU SIKLIĞI**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Dilek GÜNAYDIN**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ahmet TİRYAKİ**

**Trabzon 2015**

## ÖNSÖZ

Tezimin her aşamasında desteğini hissettiğim, yardım ve katkılarını benden esirgemeyen, bilimsel açıdan bana iyi bir yol gösterici olan tez danışmanım Doç. Dr. Ahmet TİRYAKİ'ye,

Değerli bilgi, deneyim ve tecrübelerinden faydalandığım, benim ve diğer asistan arkadaşlarımın her zaman yanında olduğunu bildiğim, değerli hocam Prof. Dr. İsmail AK'a,

Uzmanlık eğitimime katkıları olan Doç. Dr. Evrim ÖZKORUMAK, Yrd. Doç. Dr. Filiz CİVİL ASLAN ve Yrd. Doç. Dr. Demet SAĞLAM AYKUT'a,

İstatistik analizlerindeki yardımlarından dolayı Prof. Dr. Gamze ÇAN'a ve Dr. Sertaç ÇANKAYA'ya,

Psikiyatri kliniğinde birlikte çalıştığım değerli asistan arkadaşlarıma, hemşirelerimize, sekreterlerimize ve kliniğin değerli tüm çalışanlarına,

Bugünlere gelmemi sağlayan ve her zaman destek veren anne ve babama,

Hep yanımda olan, beni güvende hissettiren ve motive eden eşime,

Hayatıma anlam katan biricik oğluma sonsuz teşekkür ederim.

**Dr. Dilek GÜNAYDIN**

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastalarda cinsel işlev bozukluğu (CİB) tanısının sıklığını, bu tanıyı alan hastaların eşlik eden psikiyatrik hastalıklarını ve sosyodemografik verilerle ilişkilerini araştırmak için amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya 1 Aralık 2013 - 30 Haziran 2014 tarihleri arasında psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran 18-65 yaş arası, evli, olası CİB'i öngören tarama sorularını içeren formu doldurmayı kabul eden 369 kadın ve 232 erkek hasta alınmıştır. Olası bir CİB olduğu düşünülen 275 kadın ve 145 erkek hastadan görüşmeyi kabul eden 172 kadın ve 83 erkek hasta ile görüşülmüştür. Bu hastalara Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) uygulanmıştır. DSM-V tanı kriterlerine göre klinik görüşme ile CİB tanısı konulmuştur. Eş tanımlar DSM-IV Eksen 1 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** CİB sıklığı kadınlarda %67,4 ve erkeklerde %53 bulunmuştur. Kadınlarda depresif bozukluk tanısı alanlarda olmayanlara göre CİB tanısı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,027$ ). Sosyodemografik verilerden 38 yaş üzerinde olanlarda ( $p=0,034$ ), çocuk sayısı üç ve üzerinde olanlarda ( $p=0,007$ ), evlilik süresi 15 yıl ve üzerinde olanlarda ( $p=0,015$ ), eşlik eden en az fiziksel bir hastalık varlığında ( $p=0,040$ ), ve eşlik eden herhangi bir kardiyopulmoner hastalık olması durumunda ( $p=0,013$ ) CİB tanısı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Erkeklerde ise SCID-I tanıları ve sosyodemografik veriler ile CİB tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

**Sonuç:** Çalışmamızda CİB'in psikiyatri polikliniğine başvuran kadın ve erkek hastalarda oldukça sık görüldüğü, kadınlarda CİB'in depresif bozukluk ve sosyodemografik veriler ile ilişkili olabileceği sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Cinsel işlev bozukluğu, DSM-V, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, SCID-I

## SUMMARY

**Objective:** The aim of this study was to examine the prevalence of sexual dysfunction (SD) and the relation of SD with comorbid psychiatric diseases and sociodemographic variables in patients who applied to KTU Psychiatry Department outpatient clinic.

**Method:** The study included 369 female and 232 male married patients at the age range of 18-65, who applied to the KTU Psychiatry Department outpatient clinic between the dates of 1.12.2013-30.06.2014 and who agreed to fill up the form which is predicting SD. 275 women and 145 men gave answers suggesting a possible SD and 172 women and 83 men among those agreed to make a clinical interview. Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) were applied to those patients. SD was diagnosed according to clinical interview based on DSM-V criteria for SD. Comorbid diagnoses were evaluated by SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders).

**Results:** The prevalence of SD was 67,4% in women and 53% in men according to DSM-V. The prevalence of SD was significantly higher among women with the diagnosis of depressive disorder ( $p=0,027$ ). Also the prevalence of SD was higher among women who were above 38 years of age ( $p=0,034$ ), who had at least three children ( $p=0,007$ ), who have been married for more than 15 years ( $p=0,015$ ), who were diagnosed with comorbid physical illness ( $p=0,040$ ) and who had comorbid cardiopulmonary illness ( $p=0,013$ ). There was no significant difference between the patients with or without SD in terms of SCID-I diagnoses and sociodemographical variables in men.

**Conclusion:** SD is highly prevalent among both female and male outpatients who applied to the psychiatry clinic. Also in our study it is found that SD in women is associated with depressive disorder and sociodemographic variables.

**Keywords:** Sexual dysfunction, DSM-V, Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction, SCID-I

# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
SUMMARY.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2.GENEL BİLGİLER .....	3
2. 1. Cinselliğin Tanımı.....	3
2. 2. Cinselliğin Tarihçesi.....	3
2. 3. Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin Cinsel Haklar Bildirgesi.....	5
2. 4. Cinsel Çalışmalarda Etik.....	7
2. 5. Kadında Cinsel İşlevin Fizyolojisi ve Cinsel Yanıt Döngüsü.....	7
2. 6. Erkekde Cinsel İşlev Fizyolojisi ve Cinsel Yanıt Döngüsü.....	8
2. 7. Cinsel İşlev Bozuklukları.....	9
2. 8. Cinsel İşlev Bozukluğu Yaygınlığı.....	9
2. 8. 1. Dünyada Cinsel İşlev Bozukluğu Yaygınlığı.....	10
2. 8. 2. Ülkemizde Cinsel İşlev Bozukluğu Yaygınlığı.....	12
2. 9. Cinsel İşlev Bozukluğu Alt Tanıları.....	13
2. 9. 1. Kadında Cinsel İlgi/ Uyarılma Bozukluğu.....	14
2. 9. 2. Erkekde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu.....	17
2. 9. 3. Erkekde Sertleşme Bozukluğu.....	18
2. 9. 4. Kadında Orgazm Bozukluğu.....	20
2. 9. 5. Geç Boşalma.....	21
2. 9. 6. Erken Boşalma.....	21
2. 9. 7. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu.....	22
2. 9. 8. Madde / İlaç Kullanımının Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu..	23
2. 9. 9. Tanımlanmış Diğer Bir Cinsel İşlev Bozukluğu.....	25
2. 9. 10. Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu.....	25

2. 10. Cinsel İşlev Bozukluklarına Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Hastalıklar..	25
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>27</b>
3. 1. Örneklem.....	27
3. 2. Yöntem.....	27
3. 3. Gereçler.....	28
3. 3. 1. Sosyodemografik Veri Formu.....	28
3. 3. 2. SCID-I.....	28
3. 3. 3. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği.....	29
3. 4. İstatistiksel Yöntemler.....	30
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>31</b>
4. 1. Kadınların Sosyodemografik Bulguları.....	31
4. 1. 1. Taramaya Alınan Kadınlar.....	31
4. 1. 2. Görüşmeye Katılan Kadınlar.....	32
4. 1. 3. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Değerlendirilmesi... 38	
4. 1. 4. SCID-I Tanılarının Değerlendirilmesi.....	39
4. 1. 5. Cinsel İşlev Bozukluğu ve Cinsel İşlev Bozukluğu Alt Tanılarının Değerlendirilmesi.....	40
4. 1. 6. Cinsel İşlev Bozukluğu Tanısı ile Sosyodemografik Verilerin İlişkisi.....	41
4. 1. 7. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Puanları ile Cinsel İşlev Bozukluğu İlişkisi.....	43
4. 1. 8. Cinsel İşlev Bozukluğu ile SCID-I Tanılarının İlişkisi.....	45
4. 2. Erkeklerin Sosyodemografik Bulguları.....	46
4. 2. 1. Taramaya Alınan Erkekler.....	46
4. 2. 2. Görüşmeye Katılan Erkekler.....	47
4. 2. 3. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Değerlendirilmesi.... 53	
4. 2. 4. SCID-I Tanılarının Değerlendirilmesi.....	54
4. 2. 5. Cinsel İşlev Bozukluğu ve Cinsel İşlev Bozukluğu Alt Tanılarının Değerlendirilmesi.....	55
4. 2. 6. Cinsel İşlev Bozukluğu Tanısı ile Sosyodemografik Verilerin İlişkisi.....	56

4. 2. 7. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Puanları ile Cinsel İşlev Bozukluğu İlişkisi.....	58
4. 2. 8. Cinsel İşlev Bozukluğu ile SCID-I Tanılarının İlişkisi.....	59
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>61</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>78</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>80</b>
<b>8. EK 1.....</b>	<b>102</b>
<b>9. EK 2.....</b>	<b>103</b>
<b>10. EK 3.....</b>	<b>104</b>
<b>11. EK 4.....</b>	<b>105</b>
<b>12. EK-5.....</b>	<b>110</b>



## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ABD:</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>APA:</b>	Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>BAB:</b>	Bipolar affektif bozukluk
<b>BKİ:</b>	Beden kitle indeksi
<b>BTA:</b>	Başka türlü adlandırılmayan
<b>CETAD:</b>	Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
<b>CİB:</b>	Cinsel işlev bozukluğu
<b>DSM:</b>	Ruhsal Bozuklukların Tanısı ve İstatistiksel El Kitabı
<b>GRCDO:</b>	Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği
<b>GSSAB:</b>	Cinsel Tutum ve Davranışların Küresel Çalışması
<b>ICD:</b>	Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması
<b>KCİİ:</b>	Kadın Cinsel İşlev İndeksi
<b>KOAH:</b>	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
<b>KTÜ:</b>	Karadeniz Teknik Üniversitesi
<b>NATSAL:</b>	Cinsel Tutumlar ve Yaşam Tarzlarının Ulusal Araştırması
<b>NHSL:</b>	Amerika Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması
<b>SCID-I:</b>	Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
<b>WISHeS:</b>	Kadınların Uluslararası Cinsellik ve Sağlık Araştırması
<b>SSRI:</b>	Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü

<b>SNRI:</b>	Serotonin Noradrenalin Reuptake İnhibitörü
<b>SWAN:</b>	Ülke Geneline Kadın Sağlığı Çalışması
<b>USii:</b>	Uluslararası Sertleşme İşlev İndeksi

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kadın hastalarla çalışma seyri.....	32
Şekil 2. Erkek hastalarla çalışma seyri.....	47

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Taramaya alınan kadın hastaların yaş, eğitim ve çalışma durumu.....	31
<b>Tablo 2.</b> Görüşmeye alınan kadın hastaların sosyodemografik verileri.....	34
<b>Tablo 3.</b> Görüşmeye alınan kadın hastaların cinsel bilgi kaynakları.....	35
<b>Tablo 4.</b> Görüşmeye alınan kadın hastaların fiziksel hastalık ve BKİ verileri ve bunların CİB ile karşılaştırılması.....	36
<b>Tablo 5.</b> Görüşmeye alınan kadın hastaların son 6 ay içinde psikiyatrik ilaç kullanımı ve psikiyatrik ilaç grup verileri ve bunların CİB ile karşılaştırılması.....	37
<b>Tablo 6.</b> Görüşmeye alınan kadın hastaların doktor tarafından cinsel soru yöneltilme ve daha önce doktora cinsel yakınma bildirme durumlarının CİB ile karşılaştırılması.....	38
<b>Tablo 7.</b> Kadın hastaların GRCDÖ alt boyut ve toplam ortalama standart puanları ve bu puanlara göre sorun bildiren kadın hastaların oran ve sayısı.....	39
<b>Tablo 8.</b> Kadın hastaların SCID-I tanıları.....	39
<b>Tablo 9.</b> Kadın hastaların klinik olarak saptanan CİB ve CİB alt tanıları.....	41
<b>Tablo 10.</b> Görüşmeye alınan kadın hastaların sosyodemografik özelliklerinin CİB ile karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 11.</b> GRCDÖ alt boyut ve toplam puanlarına göre sorun bildiren kadın hastaların klinik CİB tanısı almalarına göre oran ve sayısı ile bu hastaların CİB varlığına göre karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 12.</b> Kadın hastaların SCID-I tanılarının CİB ile karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 13.</b> Taramaya alınan erkek hastaların yaş, eğitim ve çalışma durumu.....	46
<b>Tablo 14.</b> Görüşmeye alınan erkek hastaların sosyodemografik özellikleri.....	49

<b>Tablo 15.</b> Görüşmeye alınan erkek hastaların cinsel bilgi kaynakları.....	50
<b>Tablo 16.</b> Görüşmeye alınan erkek hastaların fiziksel hastalık ve BKİ verileri ve bunların CİB ile karşılaştırılması.....	51
<b>Tablo 17.</b> Görüşmeye alınan erkek hastaların son 6 ay içinde psikiyatrik ilaç kullanımı ve psikiyatrik ilaç grup verileri ve bunların CİB ile karşılaştırılması.....	52
<b>Tablo 18.</b> Görüşmeye alınan erkek hastaların doktor tarafından cinsel soru yöneltilme ve daha önce doktora cinsel yakınma bildirme durumlarının CİB ile karşılaştırılması.....	53
<b>Tablo 19.</b> Erkek hastaların GRCDÖ alt boyut ve toplam ortalama standart puanları ve bu puanlara göre sorun bildiren hastaların oran ve sayısı.....	54
<b>Tablo 20.</b> Erkek hastaların SCID-I tanıları.....	54
<b>Tablo 21.</b> Erkek hastaların klinik olarak saptanan CİB ve CİB alt tanıları.....	56
<b>Tablo 22.</b> Görüşmeye alınan erkek hastaların sosyodemografik özelliklerinin CİB ile karşılaştırılması.....	57
<b>Tablo 23.</b> GRCDÖ alt boyut ve toplam puanlarına göre sorun bildiren erkek hastaların klinik CİB tanısı almalarına göre oran ve sayısı ile bu hastaların CİB varlığına göre karşılaştırılması.....	59
<b>Tablo 24.</b> Erkek hastaların SCID-I tanılarının CİB ile karşılaştırılması.....	60

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan cinselliği, insanın biyolojisi, psikolojisi, ait olduğu kültür ve içinde yer aldığı toplumsal koşulların hepsi tarafından etkilenen ve onları etkileyen karmaşık bir bütündür (1). İnsanda cinsel işlev, cinsel uyarana gösterilen fizyolojik, psikolojik ve sosyal tepki ya da süreçlerin bütünü olarak ifade edilebilir (2). Cinsellik ve cinsel işlevler yıllardır tabu olarak görülen ve sağlık çalışanları tarafından da bu konularda konuşulması çekince yaratan bir konudur.

Cinsel işlev bozukluğu (CİB) hem kadın hem de erkeklerde cinsel yanıt döngüsü ile ilgili psiko-fizyolojik süreçlerde bir rahatsızlığı ifade etmektedir (3). CİB toplumda yaygındır ve kadınların yaklaşık % 43'ü ve erkeklerin % 31'ini etkilemektedir (4). Yapılan çalışmalar, kadın ya da erkek ayırımı olmaksızın, en az her üç kişiden birinin yaşamlarının herhangi bir döneminde en az bir CİB yaşadığını ortaya koymaktadır (5).

Hastalık ve CİB ilişkisini inceleyen çalışmalarda daha çok depresyon ve şizofreniye odaklanılmıştır. CİB ile birlikte sıklıkla depresyon tanısı eşlik etmektedir. CİB yaygınlığı, major depresif bozukluğu olan hastalarda genel topluma göre daha yüksektir. İsviçre'de yapılan ileriye dönük bir çalışmada sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında depresyon hastalarında 2 kat daha fazla cinsel sorunların olduğu bildirilmiştir (6). Depresyon, cinsel istek azalması, sertleşme bozukluğu ve orgazm bozukluğu, hatta depresyonda kullanılan ilaçlar CİB ile ilişkilidir. Sosyal sorunlar (örneğin, kişisel ilişkiler eksikliği) ve negatif belirtiler (örneğin, zevk almama) şizofreni olan kişilerde CİB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (7).

Toplumun önemli bir kesimini ilgilendiren bu sorunun önemi rastlanma sıklığının yanında bu sorunun yol açtığı zarar, hekime ve sağlık sistemine başvuru oranı, bu alanlardaki tedavi olanakları, toplum tarafından ne ölçüde sorun olarak algılandığı ve çevreyle ne ölçüde paylaşıldığı gibi unsurlar tarafından da belirlenmektedir. Bu açıardan bakıldığında ise cinsel sorunların ancak son yıllarda önem kazanmaya başladığı görülecektir. Çok sık rastlanan sorunlar olmalarına ve başarıyla tedavi edilmelerine karşın, cinsel yakınmalarla hekimlere ya da tıbbi merkezlere başvuru oranı hala düşük kalmaktadır.

Bu alışma ile Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine ayaktan başvuran hastalarda CİB tanısının sıklığını ve bu tanıyı alan hastaların eşlik eden hastalıklarını, sosyodemografik verilerle ilişkilerini araştırmak ve bu ve benzer çalışmaların klinik pratikte sıklıkla gözden kaçma ihtimali olan CİB konusunda daha dikkatli değerlendirme yapılmasına dikkat çekmek amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2. 1. Cinselliğin Tanımı**

Cinsellik, insanlığın ayrılmaz bir parçasıdır. İnsan cinselliği son derece karmaşık, kendine has özellikleri olan ve birçok bileşenden oluşan bir davranışlar topluluğudur ve milyonlarca yıldır süregelen bir sürecin sonucunda gelişmiştir (8).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) cinsel sağlık tanımı; "cinsellik, fiziksel, duygusal, entellektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da üreme amacıyla yaşama hakkı vardır. Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil; duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklı halidir" (9).

### **2. 2. Cinselliğin Tarihçesi**

1800' lü yıllarla başlayan cinsellik çalışmaları başlıca Ellis, R.Kraff-Ebing ve Freud gibi öncüler tarafından yürütülmüştür; insan cinselliği üzerine odaklanmıştır. Cinsellikle ilgili vaka çalışmalarının öncüsü olan Freud, psişedeki en önemli güçlerden birinin cinsel arzu olduğunu ve insan doğasını anlamak için cinselliği araştırmanın gerekli olduğuna inanıyordu. Freud hayatı boyunca insan cinselliği hakkında, tarihi kişilerin ve kendi hastalarının vaka çalışmalarıyla oluşturduğu tartışmalı bir seri hipotez geliştirdi ve değiştirdi. Bu vaka çalışmaları ruhsal hastalıkların klinik tedavisi için temel oluşturan güçlü ve büyük etki yaratan psikanaliz teorisinin temel görüşlerini oluşturdu. Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalar ise daha çok cinsellik fizyolojisi ve CİB'ler üzerine odaklanmıştır. Alfred Kinsey, cinsellikte saf bilimsel yaklaşımın öncüsü olmuş, bu alanı önceki ahlaki ve dini bağlamından uzaklaştırmıştır. Bu görüşe göre, bilim insanları, değer yargılarını için içine katmadan gerçekleri nesnel bir biçimde toplamaya odaklanmalıdırlar. Bu yaklaşım ve Kinsey'in çalışmasının ticari başarısı, insan cinsel davranışının çeşitliliğine dair yeni bir farkındalık oluşturmuştur. Kinsey'in bulguları çalıştığı



örneklem geniş olmasına rağmen Amerika toplumunu doğru biçimde temsil etmemesi nedeniyle son yıllarda sorgulanmaya başlanmıştır (10). Kinsey, 1948’de Erkeklerde Cinsel Davranış (Sexual Behavior in the Human Male) ve 1953’de Kadında Cinsel Davranış (Sexual Behavior in the Human Female) adlı çalışmalarını yayınlamıştır. Bu çalışmalar o tarihe dek Amerika’da yapılmış insan cinselliği ile ilgili en büyük çalışmalardır. 1960’lardan sonra cinsellikle ilgili bilimsel çalışmalar hız kazanmıştır (11). E.Grafenberg, S.d.Beauvoir, Masters ve Johnson bu alanda çalışmış ve günümüz CİB çalışmalarına zemin oluşturmuş diğer önemli bilim adamlarıdır. Masters ve Johnson’ın 1966’da yayınladıkları, laboratuvar çalışmalarına dayalı İnsanın Cinsel Davranışı (Human Sexual Response) adlı yayını büyük yankı uyandırmıştır. 1970’de yayınladıkları İnsanda Cinsel Yetersizlik (Human Sexual Inadequacy) adlı yayını cinsel sorunlara ve sağaltımına yeni bir anlayış getirmişlerdir (12). Bu iki önemli çalışmayla birlikte o yıllarda büyük bir hızla ilerleyen tıp alanı için, çoğu cinsel soruna yönelik modern cinsel terapi yaklaşımının temelleri atılmıştır.

Masters ve Johnson’un yaklaşımı yine davranışçı bakış açısına dayanmakta, ancak psikoanalitik ve diğer davranışçı yaklaşımlardan farklı olarak çifte ve çift arasındaki ilişkilere de odaklanmaktadır. Onlara göre çoğu CİB’in sebebi başarısız olma korkusu, danışma ve iletişim yetersizlikleri ve cinsel etkinlik boyunca bir “seyirci” rolünde olma varsayımı idi. Böylece tedavide, cinsel eğitim, eşler arasındaki iletişim biçimleri, işlev bozukluğunun ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde rol oynayan hatalı davranışlar üzerinde çalışılması gerekliliği gündeme gelmiştir (13). CİB alanında baş döndürücü biçimde artan araştırma ve yayınlar ortak sınıflandırmaya ciddi bir altyapı sağladı. DSM-III (14) ile birlikte psikiyatrik hastalıkların nesnel ölçütlere göre tanım ve sınıflandırılmasında niteliksel bir dönüşüm yaşayan psikiyatri dünyası, DSM-III-R (15), DSM-IV (16) ve DSM-IV-TR (17) ile bu süreci sürdürdü. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), DSM-VI-TR ile diğer psikiyatrik sınıflandırma sistemi olan ICD-10’la (Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması) ortak bir tanımlamaya önemli ölçüde yaklaştı. “Kanıt dayalı tıp” anlayışından yola çıkarak, özellikle üroloji ve jinekoloji gibi diğer tıp disiplinlerinden psikiyatri alanına yöneltilen “tanımlamaların yeterince nesnel, ölçülebilir ve sınanabilir olmaması”, birçok CİB şiddetinin ölçülmesinde de daha

önce olmayan bazı ölçeklerin ya da nesnel ölçütlerin kullanılması ve hızla artan araştırma ve yayınların ışığında jinekoloji ve üroloji gibi diğer tıp disiplinleri ile daha ortak bir dili konuşabilmek, birbirine yakın tanımlamalar üzerinden ortak bir çalışma ve işbirliği fırsatlarını geliştirmek amacıyla Mayıs 2013'te DSM-V yayınlanmıştır (18).

Türkiye'de cinsellik ve CİB ile ilgili oldukça kapsamlı bir çalışma CETAD (Cinsel Eğitim ve Araştırma Derneği) tarafından yürütülmüştür. Avrupa Komisyonu ve Sağlık Bakanlığı işbirliği çerçevesinde uygulanan, Türkiye Üreme Sağlığı Programı'ndan sağlanan fon çerçevesinde, 2006-2007 tarihleri arasında bir yıl süreyle yürütülen "Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk" isimli proje kapsamında 8 adet bilgilendirme dosyası ile Cinsel Yaşam ve Sorunları başlıklı medya rehberi ve Cinsel Sağlık - Üreme Sağlığı Araştırması (2006) adlı kitap hazırlanmıştır.

### **2. 3. Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin (World Association for Sexual Health) Cinsel Haklar Bildirgesi**

Cinsellik her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Cinselliğin tam olarak gelişimi temas, mahremiyet, duygusal ifade, zevk, şefkat, aşk gibi temel insan ihtiyaçlarının doyumuna bağlıdır.

Cinsellik birey ile sosyal yapılar arasındaki etkileşim aracılığıyla oluşur. Cinselliğin tam gelişimi bireysel, kişilerarası ve toplumsal mutluluk, iyilik için temel gereklerden biridir. Cinsel haklar özgürlüğe, onura ve her bir insanoğlunun eşitliğine dayalı evrensel insan haklarıdır. Sağlık ana insan haklarından biri olduğuna göre cinsel sağlık da temel bir insan hakkı olmalıdır. Bireylerin ve toplumların cinsel sağlıklarının gelişiminin temini için aşağıdaki cinsel haklar tanınmalı, teşvik edilmeli, saygı gösterilmeli ve toplumlar tarafından savunulmalıdır. Cinsel sağlık bu cinsel hakların tanındığı, saygı duyulduğu ve uygulandığı ortamlarda mümkündür.

1) Cinsel özgürlük hakkı: Cinsel özgürlük bireylerin tüm cinsel potansiyellerini ifade etmelerine olanak verir. Ancak her çeşit cinsel zorlama, istismar ve taciz yaşamın her anı ve durumunda bu özgürlüğün dışındadır.

2) Cinsel otonomi, cinsel bütünlük ve vücudunun güvenliği hakkı: Bu hak kişinin kendi kişisel ve sosyal etiği çerçevesinde kendi cinsel hayatıyla ilgili kendi kendine karar verebilme gücünü içerir. Ayrıca işkence, yaralama ve her çeşit şiddetten arınmış olarak vücudumuzu kontrol etmemize ve zevk almamıza olanak verir.

3) Cinsel mahremiyet hakkı: Bu madde başkalarının cinsel haklarına müdahale edilmediği sürece yakınlaşma konusunda bireysel karar verme ve davranma hakkını içerir.

4) Cinsel eşitlik hakkı: Cinsiyet, toplumsal cinsiyet, cinsel yönelim, yaş, ırk, sosyal sınıf, din veya fiziksel ve zihinsel engel gözetilmeden hiçbir ayırıma maruz kalmama hakkıdır.

5) Cinsel zevk hakkı: Cinsel zevk, otoerotizm dahil olmak üzere, fiziksel, psikolojik, akli ve ruhsal refah kaynağıdır.

6) Duygusal cinsel ifade hakkı: Cinsel zevk, erotik haz ve cinsel eylemlerden daha fazlasıdır. Bireylerin cinselliklerini iletişim, dokunma, duygusal ifade ve aşk aracılığıyla ifade etme hakları vardır.

7) Özgürce cinsellik içeren ilişki kurma hakkı: Bunun anlamı evlenme ya da evlenmeme, boşanma ve başka çeşitli sağduyulu cinsellik içeren ilişkiler kurabilme ihtimalinin olmasıdır.

8) Özgür ve sağduyulu üreme seçimi yapma hakkı: Bu madde çocuk sahibi olma veya olmamayı seçme hakkını, çocuk sayısına ve ne kadar aralıkla olacağına karar verme hakkını ve doğurganlık düzenlemeleriyle ilgili tüm tedavilere tam erişim hakkını içerir.

9) Bilimsel araştırmaya dayalı cinsel bilgi edinme hakkı: Bu hak cinsel bilginin bilimsel açıdan etik araştırmalar sonucu elde edilmiş olması ve bütün sosyal seviyelerdeki kişilere uygun şekilde yayılması gerektiğini ifade ediyor.

10) Kapsamlı cinsellik eğitimi hakkı: Bu doğumdan başlayarak yaşam boyu devam eden bir süreçtir ve bütün sosyal kurumları kapsamalıdır.

11) Cinsel sağlık bakımı hakkı: Cinsel sağlık bakımı tüm cinsel endişe, sorun ve hastalıkların engellenmesi ve tedavisinde mevcut ve ulaşılabilir olmalıdır.

Bu bildiri 10-15 Temmuz 2005 tarihlerinde, Montreal-Kanada'da yapılan Dünya 17. Seksoloji Kongresi'nde sunulmuş ve kabul edilmiştir (9).

## **2. 4. Cinsel Çalışmalarda Etik**

Genelde, insan katılımı içeren herhangi bir araştırma için ilk kural zarar vermemektir. Cinsellikle ilgili çalışmalar yapan araştırmacılar kişilerin gizliliğini, fiziksel ve psikolojik refahlarını korumak durumundadır. Araştırmacılar önerilen çalışmanın potansiyel faydalarının katılımcıların potansiyel riskinden daha fazla olduğunu kanıtlamak zorundadır. Utandırma da bir tür psikolojik zarar verme olarak yorumlanabildiğinden cinsellik araştırmalarında ciddi kısıtlamalar söz konusu olabilmektedir. Araştırmacılar da insan olduklarından sosyal ve kültürel etkilere açıktırlar. Çıkardıkları sonuçların değıştirilmiş olmadığından emin olmak için insan cinselliğıyle ilgili kişisel değerlerini, tutumlarını ve varsayımlarını gözden geçirmeleri gerekir. Bir tarafın, grubun ve kişinin çıkarına uyan yanlı sonuçların ve taraflı yargıların önüne geçebilmek için araştırma sorularının oluşturulması sırasında büyük bir titizlik gösterilmelidir. Araştırmacılar, bir çalışmaya başlamadan önce katılımcılardan bilgilendirilmiş onay almak zorundadırlar. Bilgilendirilmiş onay, araştırmacının katılımcı adayına önerilen araştırmayla ilgili yeterli bilgi sunduğu ve katılımcı adayının katılmak ya da katılmamak konusunda kendi rızasıyla karar verdiği anlamına gelir. Bu bilgiler çalışmanın doğası ve uzunluğuyla, elde edilecek verilerin ne şekilde kullanılacağıyla ve kişisel bilgilerin nasıl korunacağıyla ilgilidir.

Gizlilik, bir araştırmaya katılan kişilerin kimlik bilgileri ve cevaplarını gizli tutmaktır ve cinsellik araştırmalarında en öncelikli konu olmalıdır. Bazen araştırmacı katılımcılardan birinin kimliğini ya da diğer kişisel bilgilerini öğrenmenin gerekli olduğuna karar verse de, bu bilgilerin uygunsuz bir biçimde açığa çıkmasını engellemek esastır (19).

## **2. 5. Kadında Cinsel İşlevin Fizyolojisi ve Cinsel Yanıt Döngüsü**

Cinsel yanıtın bu temel evrelerinin, nörobiyolojik ve fizyolojik yönlerinin anlaşılması için ilk defa 1966'da Masters ve Johnson tarafından cinsel yanıt döngüsü tanımlanmıştır ve 4 faz içerir.

a) Uyarılma evresi: Bu evrede cinsel organlara kan akışında artma ve buna bağlı olarak ıslanma, kabarma gibi değişikliklerle memelerde büyüme ve meme uçlarında dikleşme ortaya çıkar.

b) Plato evresi: Cinsel uyarının sürmesiyle birlikte cinsel heyecan giderek artar ve plato evresine girilir. Memelerdeki büyüme en ileri seviyeye ulaşmıştır. Cinsel organlardaki yerel kanlanma artışının yanında genel olarak kan dolaşımı hızlanır. Göbek etrafında başlayan kızartılar memeye daha sonra da kollar, kalça ve sırta doğru yayılır. Plato evresinin sonlarına doğru kaslardaki gerilim, hızlı nefes alıp verme, kalbin hızlı çarpması, kan basıncında artma belirginleşir ve anüsü çevreleyen kaslarla kalça kaslarında kasılmalar gözlenir.

c) Orgazm evresi: Evreler arasında süre açısından en kısa ancak cinsel haz açısından en yoğun olanıdır. Orgazm sırasında vajinanın dış 1/3 lük kısmındaki kaslarında ritmik kasılmalar meydana gelir. Bu kasılmaların şiddeti ve sayısı kişiden kişiye oldukça değişkendir. Genellikle 3-5 bazen 10-15 defa kasılma olur. Başlangıçta çok güçlü ve kısa aralıklarla olan bu kasılmaların, gittikçe şiddeti ve aralık süresi uzar. Plato evresinin sonuna doğru belirginleşen kaslardaki gerilim, hızlı nefes alıp verme, kalbin hızlı çarpması, kan basıncında artma orgazm boyunca da sürer.

d) Çözülme evresi: Genital organlarda oluşmuş fizyolojik değişikliklerin aynı sırayı takip ederek uyarı öncesi duruma dönmesi, gevşeme dönemi (20).

## **2. 6. Erkeklerde Cinsel İşlev Fizyolojisi ve Cinsel Yanıt Döngüsü**

a) Uyarılma evresi: Erkeklerde asıl olarak dış genital organlar cinsel uyarıya belirgin duyarlılığa sahiptir. Peniste sertleşme sağlandıktan sonra, uyarılma sürerse sertleşme uzun süre devam edebilir. Ancak uyarılma ve plato evreleri boyunca, cinsel uyarı sürüyor olsa bile, dış etkenlerde ortaya çıkan bir değişiklik ya da psikolojik gerginlik sertleşmeyi kısmen ya da tamamen kaldırabilir. Cinsel uyarı devam ederse sertleşme tekrar sağlanabilir. Çoğu erkeklerde sertleşme halindeki penisin uzunluğu 12,5-17,5 cm arasındadır.

b) Plato evresi: Cinsel uyarının çok arttığı orgazm öncesi dönemde sperm içermeyen renksiz bir sıvı gelir. Kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de cinsel

organlardaki kanlanma artışının yanında vücudun genelinde de kan akım hızında artış olur. Bu evrenin süresi kişiler arasında hatta aynı kişide değişik zamanlarda oldukça değişkendir. Erken boşalması olan erkeklerde aşırı kısadır.

c) Orgazm evresi: Bu evrede boşalma gerçekleşir. Orgazm evresi boyunca testis derisi ve testislerde plato evresinde oluşan değişikliklere ek başka bir şey gözlenmez.

d) Çözülme evresi: Kadınlarda olduğu gibi bu evrede, genital organlarda oluşmuş fizyolojik değişikliklerin aynı sırayı takip ederek uyarı öncesi duruma dönmesi gerçekleşir, gevşeme yaşanır.

e) Yanıtsız evre: Bu evre sadece erkeklerde vardır. Orgazmdan sonra erkekler yeniden cinsel olarak uyarılmaları için kişisel farklılıklar gösterebilen ve yaşla paralel olarak artan bir süreye gereksinim duyarlar (20).

## **2. 7. Cinsel İşlev Bozuklukları**

DSÖ'nün yayınladığı ICD-10'da CİB, bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu olarak tanımlanmaktadır (21).

CİB'de, bozukluklar cinsel yanıt döngüsünün herhangi bir döneminde veya birkaç döneminde olabilir. Bozukluklar psikolojik ve fizyolojik nitelik taşıyabilir. İşlev bozukluğu, performansın bozulması kadar cinsel haz duygusunda değişim olarak da algılanabilir. CİB'in çoğu mesleki işlevi etkilemez. Ancak bireyin yakın ilişkiler oluşturmasını zorlaştırır, yaşam niteliğini bozar, üretkenliği azaltabilir. Eşle ilişkilerde önemli derecede bozulur (22-24). Bu bozukluklar yaşam boyu süren ya da sonradan edinilmiş tarzda, genelleşmiş ya da durumsal olabilir (23).

## **2. 8. Cinsel İşlev Bozukluğu Yaygınlığı**

CİB'lerin, toplumda daha yaygın ruhsal bozukluklar arasında olduğuna inanılmaktadır (25). Çeşitli CİB'lerin yaygınlığını inceleyen çok az sistematik epidemiyolojik veri vardır. CİB'in görülme sıklığına ilişkin yapılan araştırmalara göre, kadınların %30-%60'ı, erkeklerin ise %40'ı yaşamları boyunca en az bir CİB yaşamaktadır. Kadınlarda en sık görülen CİB'ler 'cinsel istek bozukluğu ve uyarılma

bozuklukları' iken erkeklerde en sık görülen CİB ise 'erken boşalma'dır. Gelişmiş batı ülkelerinde tedaviye başvuran kadınlar daha çok ileri yaşlardaki kadınlar olurken ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde genellikle genç-orta yaşlardaki kadınlar tedavi arayışında bulunmaktadır. Ülkemizde en çok başvuru nedenini kadınlarda vajinismus oluşturmaktadır (20).

Kadınlarda CİB yaygınlığı yaşla, damarsal hastalıklar için risk etmenlerinin varlığıyla ve menopozla artmaktadır (26, 27). Kadınlarda CİB yaygın olmasına karşın klinisyene nadiren bildirilmekte ve çoğunlukla tedavisiz kalmaktadır (4). Yaşlanmaya eşlik eden bir belirti olarak erkeklerde 40-70 yaşlarında sertleşme bozukluğu görülmektedir. Diyabetik, hiperlipidemik, sigara kullanan, hipertansif ve kalp hastası olan erkeklerde sertleşme bozukluğu yaygınlığı artmaktadır (28).

CİB'in tanımlama ve sınıflamasındaki güçlükler nedeni ile CİB ile ilgili araştırma yapmak zordur. Çoğu epidemiyolojik çalışma cinsel sorun sıklığını yansıtmaktadır. Böylece mevcut cinsel sorunun kişide oluşturduğu sıkıntı göz ardı edilmektedir. Kişiye sıkıntı verici bir cinsel sorunun varlığı göz önünde bulundurularak yapılan çalışmalar ise çok az sayıdadır (29).

### **2. 8. 1. Dünyada Cinsel İşlev Bozukluğu Yaygınlığı**

CİB'lerin yaygınlığı ile ilgili Frank (1978) ve arkadaşlarının yaptığı çalışma psikiyatrik olmayan toplulukta CİB yaygınlığını vurgulayan kapsamlı ilk çalışmadır. Bu çalışmada evli ve çalışan 100 çiftteki CİB'in oranına bakılmış, kadınların %63'ü yaşamlarında bir döneminde orgazm ve uyarılma güçlüğü yaşadığı, erkeklerin %40'ın da ise sertleşme bozukluğu ve erken boşalma olduğu bildirilmiştir. Ayrıca ilgi eksikliği ve cinsel etkinlik sırasında rahat olamama gibi cinsel sorunlarda ilave edildiğinde bir cinsel sorun bildiren kadın sayısı %77'ye, erkek sayısı ise %50'e yükselmiştir (30).

Kadın ve erkek CİB yaygınlığını belirlemeye yönelik gerçekleştirilen çalışmalardan en önemlisi olan "Amerika Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması" [National Health and Social Life Survey (NHSLs)], 1992 yılında, Laumann ve arkadaşları tarafından, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaşayan, 18-59 yaş arası, 1410 yetişkin erkek ve 1749 yetişkin kadın üzerinde

gerçekleştirilmiştir. NHSLS, Kinsey ve arkadaşlarının çalışmasından sonra CİB yaygınlığını tanımlamaya yönelik gerçekleştirilen ilk çalışma olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmayı tamamlayanların oranı %79'un üzerindedir. Bu çalışmada kadın CİB'in yaygınlığı %43'ün üzerinde bulunmuştur. Bu oran erkek CİB'inden (%31) fazladır (4). Spector ve arkadaşları (1990) erkeklerdeki CİB oranını %52, kadınlarda %63 oranında bulmuştur (25). Moreira ve arkadaşları tarafından, 2001-2002 yılları arasında, Birleşik Krallık ve Avrupa kıtasında, 40-80 yaş arası, 750 kadın ve 750 erkeğin katıldığı, bilgisayar destekli telefon görüşmeleri ile yürütülen çalışmada cinsel sorunların oldukça sık olduğu ve Birleşik Krallık'ta diğer Avrupa bölgelerinden daha yaygın olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada kadınlarda %34 oranında cinsel ilgi eksikliği ve %25 oranında cinsellikten zevk almada eksiklik olduğu; erkeklerde ise %20 oranında erken boşalma ve %18 oranında sertleşme sorunu olduğu bulunmuştur (31). Fajewonyomi ve arkadaşlarının Nijerya'da 2002 yılında bir eğitim hastanesine ayaktan başvuran 384 kadın katılımcı ile yürüttükleri ve yazarlar tarafından açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan bir anketin kullanıldığı bir çalışmada %63 oranında CİB olduğu saptanmıştır (32). Elnashar ve arkadaşlarının Mısır'da 2002-2003 yılları arasında 16-49 yaş arası 936 kadının CİB'i değerlendiren bir anket kullanılarak değerlendirildiği bir çalışmada kadınların %68,9'unda bir ya da daha fazla cinsel sorunu olduğu tespit edilmiştir (33). Safarinejad ve arkadaşlarının (2006) İran'da, 20- 60 yaş arası, 2409 kadın katılımcı ile Kadın Cinsel İşlev İndeksi'ni (KCİİ) kullanarak yaptıkları bir çalışmada %31,5 oranında CİB bildirilmiştir (34). Kalra ve arkadaşlarının (2015) Hindistan'da yaptıkları bir çalışmada, 18-50 yaş arası, 100 erkek hastayı Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile taradıktan sonra DSM-IV-TR'ye göre CİB tanısı açısından değerlendirdiklerinde %55'inde erken boşalma, %27'sinde sertleşme bozukluğu ve %18'inde ise her iki tanıyı birden bildirilmiştir (35). İsviçre'de, 18-25 yaş arası, 3700 erkek katılımcı ile öz bildirim ölçümleri ile yapılan bir çalışmada %43,9 oranında erken boşalma ve %51 oranında sertleşme bozukluğu bildirilmiştir (36). Gana'da sağlıklı ve cinsel olarak aktif 19 yaş ve üzeri 255 erkek katılımcı ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'ni (GRCDÖ) kullanılarak yapılan bir çalışmada CİB yaygınlığı %66 olarak bildirilmiştir (37).



## 2. 8. 2. Ülkemizde Cinsel İşlev Bozukluğu Yaygınlığı

Ülkemizde Şimşek ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan bir çalışmada çoğul disiplinli CİB merkezine başvuran 685 erkek ve 317 kadın olgunun CİB tanısı açısından değerlendirmeleri psikiyatri, üroloji ya da jinekoloji uzmanlarınca yapılmıştır. Bu çalışmada tüm başvuruların %4,5'inde herhangi bir CİB tanısı saptanmamış, geriye kalan başvuruların %93'üne en az bir CİB tanısı yaklaşık %20'sine iki, %3'üne ise üç CİB tanısı birlikte bildirilmiştir. En sık CİB tanıları, erkeklerde sertleşme bozukluğu, erken boşalma ve cinsel istek bozuklukları şeklinde; kadınlarda ise vajinismus, cinsel istek bozuklukları, orgazm bozukluğu ve disparoni şeklinde bildirilmiştir (38). Yıldırım ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmada CİB kliniğine başvuran 196 kadın ve 242 erkek katılımcı ile DSM-IV-TR kriterleri doğrultusunda CİB tanısı konulmuştur. Bu çalışmada kadın olgularda en sık saptanan CİB %41 vajinismus ve %17 anorgazmi iken erkeklerde en sık %45,5 erken boşalma ve %27,7 sertleşme bozukluğu olarak bildirilmiştir (39). Konya il merkezinde Yılmaz ve arkadaşlarının (2010) 18-60 yaş arası, evli, 475 erkek ve 470 kadın katılımcı ile ve GRCDÖ'ni kullanılarak yürüttüğü çalışmada cinsel sorunlar değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya göre erkeklerde % 14,5 sertleşme güçlüğü, % 29,3 erken boşalma; kadınlarda % 5,3 anorgazmi, %15,3 vajinismus bildirilmiştir (40).

Çayan ve arkadaşları (2004) Mersin'de, 18-66 yaş arası, 179 kadın katılımcı ile KCİİ'yi kullanarak yaptıkları çalışmada %46,9 oranında CİB bildirmiştir (41). Mert ve arkadaşları tarafından 2009 yılında genel psikiyatri polikliniğine başvuran 58 kadın hastada KCİİ ve yüz yüze görüşmelerle DSM-IV-TR tanı kriterlerini kullanarak CİB açısından değerlendirmeler yapılmıştır. Bu çalışmada yüz yüze yapılan görüşmelerde hastaların %36,2'sinde CİB tanısı düşünülürken KCİİ ile yapılan değerlendirmelerde ise hastaların %70,7'sinde cinsel sorun varlığı bildirilmiştir (42). Zonguldak ilinde 15-49 yaş arası, evli, 517 kadında GRCDÖ kullanılarak yapılan bir çalışmada %45,5 oranında kadın CİB varlığı bildirilmiştir (43).

Balcı ve arkadaşlarının (2012) sağlıklı 1412 erkeğin dahil edildiği bir çalışmada Uluslararası Sertleşme İşlev İndeksi (USİİ) kullanılarak katılımcıların

%8,6'sında cinsel isteksizlik, %25,7'ünde erken boşalma ve %71,8'inde herhangi bir derecede sertleşme bozukluğu bildirilmiştir (44). Bozkurt ve arkadaşlarının Eylül 1986-Kasım 2008 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı bünyesinde yer alan CİB bölümüne başvuran olguların kayıtları geriye dönük incelenmesi ile yapılan çalışmada 1079 erkek olgudan 903'ü uygun görülmüştür. Bu hastalarda tanı dağılımları: %60,2 psikojen faktörlere bağlı sertleşme bozukluğu, %18,9 organik faktörlere bağlı sertleşme bozukluğu, %10,7 erken boşalma, %3,8 cinsel istek bozukluğu, %0,7 orgazm bozukluğu ve %5,7 diğer CİB'ler şeklinde bildirilmiştir (45).

## 2. 9. Cinsel İşlev Bozukluğu Alt Tanıları

DSM-V (The Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) APA'nın 2013 Mayıs ayı toplantısında yayınlanmıştır. DSM-IV-TR'de 'Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu' ve 'Kadınlarda Cinsel Uyarılma Bozukluğu' şeklinde ayrı başlıklarda yer alan bu bozukluklar DSM-V'te 'Kadınlarda Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu' adı altında tek başlık altında toplanmıştır. DSM-V'te yer alan 'Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçerme Bozukluğu' ise kadınlarda daha önceki 'Vajinismus (Genel Tıbbi bir Duruma Bağlı Olmayan)' ve 'Disparoni (Genel Tıbbi bir Duruma Bağlı Olmayan)' tanılarını birleştiren bir tanı olarak yer almaktadır. DSM-IV-TR 'de yer alan 'Cinsel Tiksinti Bozukluğu' DSM-V'te çıkarılmış ve bu bozukluğun 'Tanımlanmış Diğer Bir Cinsel İşlev Bozukluğu' kapsamında değerlendirilmesi önerilmektedir. 'Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu' ayrı bir başlık altında yer almaktadır. DSM-IV-TR'de 'Erkek Orgazm Bozukluğu' tanısı 'Geç Boşalma' şeklinde değiştirilmiştir. Tanı kriterlerine ilişkin ise herhangi bir CİB tanısı için tüm cinsel etkinliğinin %75-100'ünün etkilenmiş olması, tanıya ilişkin belirtilerin en az 6 ay devam etmesi ve klinik açıdan kişide belirgin bir sıkıntıya neden olması gereklilikleri getirilmiştir. Yeni dışlama kriterleri olarak da cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaması ya da ağır bir ilişki bozukluğundan ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmaması eklenmiştir (46).

DSM-V'e göre CİB'ler şu başlıklar altında yer almaktadır;

- a- Kadında İlgi/Uyarılma Bozukluğu
- b- Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu
- c- Erkeklerde Sertleşme Bozukluğu
- d- Kadında Orgazm Bozukluğu
- e- Geç Boşalma
- f- Erken Boşalma
- g- Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İç Girme Bozukluğu
- h- Madde/İlaç Kullanımının Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu
- ı- Tanımlanmış Diğer Bir Cinsel İşlev Bozukluğu
- i- Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu (47).

### **2. 9. 1. Kadında Cinsel İlgi/ Uyarılma Bozukluğu**

Cinsel istekte azalma, cinsel düşünce ve fantezilerin, cinsel birleşme ve orgazma ulaşma sıklığının azlığı ya da yokluğu, cinsel bir etkinliği başlatma, katılma ya da yanıt verebilme motivasyonunun yetersizliği olarak tanımlanır. Nedeni çoğunlukla psikolojiktir. Birincil olanı, ergenlik döneminden başlayarak yaşamın tamamı boyunca sürer. Çok yüksek oranda intrapsişik süreçlerle ilgilidir. Cinselliğin yasaklandığı, tutucu toplum ve kültürlerde sık görülür. Küçük yaşlardan başlayarak uygulanan cinsel yasak ve baskıların doğal sonucu olarak cinsellikle ilgili suçluluk ve günahkarlık duyguları, cinsel güdülerin bastırılması, giderek bireyin cinselliğe ve hatta kendi bedenine yabancılaşması olarak da algılanabilir. İkincil olanı ise, sonradan ortaya çıkan cinsel istek azlığıdır. Genellikle başka nedenlere bağlıdır. Bunlar arasında en sık olanları, stres, eşle olan uyumsuzluk ve çatışmalar, depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozukluklar, çeşitli kronik hastalıklar, hiperprolaktinemi yapan durumlar, kullanılan ilaçlar, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, menopoz, gebelik ve emzirme dönemleri, cinsel şiddet ve cinsel travma, eşinde ya da kendisinde varolan başka CİB'ler sayılabilir (5).

Kadınlarda cinsel uyarılma bozukluğu; sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma ve kabarma tepkisini sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene kadar bunu sürdürememe olarak tanımlanmaktadır (9, 48).

Cinsel uyarılma bozukluğu ülkemizde çoğunlukla cinsel eğitimin az olmasından kaynaklanan temel cinsel tekniklerin ve eşi uyarma yöntemlerinin iyi bilinmemesi ya da deneyimin çok az olmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Cinsel istekle ilişkiye başlayan ancak uyarılmadığı için yakınan kadınların çoğunda ilişki biçiminin, süresinin ve şeklinin uyarılmayı sağlama açısından yeterli olmadığı belirtilmektedir (9). Cinsel uyarılma bozukluğu kadının cinsellikten haz alamamasına, görev olarak kabul ettiği cinselliğin tatsız bir etkinliğe dönüşmesine sebep olabilir (48). Uygun şekilde ve sürede uyarı almayan kadın yeterince uyarılamaz, vücudunda uyarılma sırasında oluşacak belirtiler yeterince oluşamaz, bunun doğal bir sonucu olarak da yeterince haz alamaz ve orgazm olamaz (9, 48, 49). Kadın yeterince haz alamadığı ve orgazm olamadığı bir etkinliği istemeyebilir ve bunun sonucu tabloya istek bozukluğu eklenebilir. Bu nedenle kadının cinselliğe bakışı, cinsel gelişimi ve cinsellik ile ilgili inanışları önem kazanmaktadır. Cinsel gelişimi etkileyen toplumsal kurallar, toplumun kadına ve kadın cinselliğine bakışı, cinsel iletişim becerileri bu sorunun ortaya çıkışını etkileyen faktörlerdir (9, 48).

Cinselliğin bütün alanları gibi cinsel uyarılma da çiftlerin ilişkisinden ve iletişiminden etkilenmektedir. Bu nedenle ilişki bir bütün olarak ele alınmalıdır.

DSM-IV-TR'deki "Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu" ve "Kadınlarda Uyarılma Bozukluğu" tanılarını birleştirilmesi ile DSM-V'te "Kadınlarda Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu" adıyla tek bir tanı altında toparlanmasında dikkat çeken ilk nokta "hipoaktif" kelimesinin kaldırılması ve "istek" yerine "ilgi" kelimesinin konmasıdır. Bunun en önemli nedeninin önceki iki kelimenin bir yetersizlik, biyolojik bir eksiklik, testosteron düşüklüğü gibi patolojilere gönderme yapması olarak açıklanmaktadır. Yerine önerilen "ilgi" kelimesinin ise cinsel isteğin psikolojik, sosyokültürel ve eşe ilişkin unsurlar gibi boyutlarını daha çok çağrıştıran bir kelime olduğu düşünülmektedir.

Kadınlarda cinsel istek ile uyarılma belirtilerinin ayırt edilmesindeki güçlükler, uyarılmanın yalnızca nesnel değil, öznel boyutunun da bulunması, kadınlarda cinsel istek ve ilginin erkeklerden farklı boyutlarının olduğu, her zaman kendiliğinden olamayabileceği, buna karşılık eş ya da herhangi bir uyaranla ortaya çıkabildiği, araştırmalarda ve klinik ortamda cinsel istek ve ilgiden bağımsız bir uyarılma bozukluğunun bugüne kadar ortaya konabilmesindeki güçlükler, bu iki

tanının birleştirilmesindeki temel rasyoneller olarak ortaya konmaktadır. Yeni önerilen tanıda, cinsel istek ve ilginin yani sıra, erotik düşünce ve fantezilerin olmaması, cinsel bir etkinliği başlatamama yanında, eş tarafından başlatılan bir cinsel etkinliğe ya da erotik uyarılara yanıt verememe, cinsel bir etkinlik sırasında haz alamama ve genital yanıtın yeterli olmaması gibi daha nesnel ve ayrıntılı ölçütler bulunmaktadır (18).

DSM-V'e göre tanımlanan şekliyle kadında ilgi/uyarılma bozukluğunun yaygınlığı bilinmemektedir. Düşük cinsel istek ve uyarılma bozukluğu ile ilgili sorunların yaygınlığı DSM-IV ve ICD-10'da tanımlandığı şekliyle yaş, kültürel yapılar, belirti süresi ve sıkıntı varlığına göre farklılık gösterir (47).

Cinsel istek bozukluğu kadınlarda erkeklerden daha yaygın olarak görülmektedir. Laumann ve arkadaşlarının, 1999 yılında yayınlanan çalışmasında, Amerikalı kadınlarda en yaygın bozukluk olarak azalmış cinsel istek bozukluğunu %22 oranında ve uyarılma bozukluğunu %14 oranında bildirmiştir (4). Laumann ve arkadaşlarının, 29 ülkede ve 40-50 yaş arası katılımcı ile yürütülen, 2005'te yayınlanan çalışmasında Avrupalı kadınların %27'sinde CİB bulunduğunu ve cinsel istek eksikliğinin en sık görülen bozukluk olduğunu bildirmiştir (50). Hayes ve arkadaşlarının (2007) 20-40 yaş arası 1547 Amerikalı kadın ve 1879 Avrupalı kadınının cinsel işlev açısından Kadın Cinsel İşlev Profili (Profile of Female Sexual Function) ile değerlendirildiği bir çalışmada; 20-29 yaş arası Avrupalı kadınların %65'inin düşük cinsel istekten rahatsız olduğu bildirilirken bu oran aynı yaş grubu Amerikalı kadınlarda %67 olarak bildirilmiştir (51).

Cinsel istek bozukluğu yaygınlığı yaşla birlikte artmaktadır. 49 yaşına kadar kadınlarda %10 oranında görülürken, 50-65 yaş arasında %22 ve 66- 74 yaş arasında %47 oranında görülmektedir (52).

Kadınlarda cinsel uyarılma bozukluğu tüm cinsel yakınmalarla başvuran kadınlar arasında % 20-35 oranında saptanmıştır (9, 48) . Ponholzer ve arkadaşları, 2000 yılında, Viyana'da, 703 kadının katıldığı araştırmada %22 oranında cinsel istek bozukluğu ve %35 oranında cinsel uyarılma bozukluğunu bildirmiştir (53). Maserejian ve arkadaşları (2012) tarafından 33 klinikten 1333 kadının katıldığı çalışmada, uyarılma ve ıslanma sorunları KCIİ ile değerlendirilmiş ve hastalar CİB konusundan uzmanlaşmış bir hekim tarafından görüşmeye alınmıştır. Bu çalışmada

premenapozal kadınların %50,2'sinde uyarılma ve %42,5'inde ıslanma sorunları bildirilirken; postmenapozal kadınların %58'inde uyarılma ve %56'sında ise ıslanma sorunları bildirilmiştir. Hem uyarılma hem de ıslanma sorunu bildiren premenapozal kadınların %39'unda ve postmenapozal kadınların %49,4'ünde azalmış cinsel istek bozukluğu bildirilmiştir (54).

Ülkemizde ise Erol ve arkadaşlarının (2005) Aydın ili merkezinde 331 kadın katılımcı ile KCİİ'yi kullanarak yürüttükleri tez çalışmasında CİB yaygınlığını %52 oranında bildirirken, cinsel istek bozukluğu yaygınlığını %75,2 ve uyarılma bozukluğu yaygınlığını % 54,4 olarak bildirmişlerdir (55). Mert ve arkadaşları (2011) genel psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalarda cinsel istekte azalma bozukluğunu %34,5 olarak bildirmiştir (42). Şimşek ve arkadaşlarının (2003) çoğul disiplinli CİB merkezinde başvuran olgularda %24,6 oranında cinsel istek bozukluğu bildirmiştir (38). Yıldırım ve arkadaşları (2011) CİB kliniğine başvuran hastalarda %12,6 oranında azalmış cinsel istek ve %4 oranında ise uyarılma bozukluğu ile azalmış cinsel istek birlikteliği bildirmiştir (39).

## **2. 9. 2. Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu**

Erkeklerde bu tür yakınma ile yapılan başvurular oldukça nadirdir. Bunun en önemli nedeni cinsel ilgi ve istek azalmasının sıklıkla sertleşme bozukluğuna (uyarılma bozukluğuna) neden olması ve erkeklerin daha çok sertleşmede yetersizlik yakınması ile başvurularındır. İlgi ve istek bozukluğu ile başvuruların sıklığını azaltan bir başka etken ise “erkeklerin her zaman ve her koşulda cinselliğe hazır olduğu” biçimindeki cinsel mitlerdir. Bu tür yanlış veya abartılı bilgi ve beklentiler erkeğin yardım arama davranışı içine girmesine engel olmaktadır (56).

Yaygınlığı ülke kökeni ve değerlendirme yöntemine bağlı olarak değişir. Türkiye'nin de içinde bulunduğu 29 ülkeden, 40-80 yaş arası, 9000 kadın ve 11205 erkeğin dahil edildiği, cinsel sorunların çeşitli sorularla tespit edildiği, Cinsel Tutum ve Davranışların Küresel Çalışması'nda [The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB)] %12,5 oranında Kuzey Avrupa'da ve %21,6 oranında Orta Doğu ülkelerinde cinsel istekte azalma bildirilmiştir (50). 16-44 yaş arası, 11161 İngiliz erkek ve kadın katılımcının bilgisayar destekli görüşmelerle yürütülen Cinsel Tutumlar ve Yaşam Tarzların Ulusal Araştırmasında [National Survey of Sexual

Attitudes and Lifestyles (NATSAL)] cinsel ilgi eksikliğinin 1 yıl önce en az bir cinsel eşi olan erkeklerdeki en yaygın sorun olarak %17,1 oranında bildirilmiştir (57). Hendrickx ve arkadaşlarının (2014) 16-74 yaş arası, 17.534 Flaman erkeğin katıldığı ve Cinsel İşlev Ölçeğinin (Sexual Functioning Scale) kullanıldığı çalışmada %1,6 oranında düşük cinsel istek tespit edilmiştir (58). McCabe ve arkadaşları (2014), 18-65 yaş arası 573 Avusturyalı erkek katılımcı ile erkeklerde azalmış cinsel istek bozukluğunun tanısını ve şiddet sınıflamasını değerlendirmek için Kadın Cinsel İstek Ölçeğini uyarlayarak kullanmışlar ve %29,3 oranında azalmış cinsel istek bozukluğu bildirmişlerdir (59).

Ülkemizde, Yıldırım ve arkadaşları (2011) CİB kliniğine başvuran hastalarda azalmış cinsel istek %2,5 oranında tespit edilmiştir (39). Şimşek ve arkadaşlarının (2003) çoğul disiplinli CİB merkezine başvuran erkeklerde %10,8 cinsel istek bozukluğu bildirilmiştir (38).

### **2. 9. 3. Erkeklerde Sertleşme Bozukluğu**

Erkeklerde sertleşme bozukluğu, ‘sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, yeterli bir sertlik sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene dek bunu sürdürememe’ olarak tanımlanmaktadır (12, 20). Erkeklerde sertleşme bozukluğu tanısının konulabilmesi için, cinsel etkinliğin tamamlanması için sertleşmenin sürekli olarak sağlanamaması veya sürdürülememesi gerekmektedir (12).

Bu konudaki yaygın mitler nedeniyle, kişiler bir kez bile sertleşme sağlayamadıklarında paniğe kapılabilmekte ve hekim hekim dolaşabilmektedirler. Sertleşme bozukluğu en sık başvuru nedeni olan erkek CİB’dir. Toplumda yaygın olarak rastlanır. Yaşla, sigara ve alkol kullanımı ile, diyabetes mellitus ve hipertansiyon gibi sistematik hastalıklarla birlikte rastlanma sıklığı artar. Sertleşme bozukluğu, psikojenik, organik ya da karma nedenlerden kaynaklanabilir. Psikojenik/organik ayrımında en çok üzerinde durulan CİB’dir (5). Bazı erkeklerde ise sabah sertlikleri veya ön sevişme ya da mastürbasyon sırasında sertleşme olurken cinsel birleşmeye girecekleri zaman sertliklerini yitirirler. Sabah sertliği ve önsevişme sırasında sertleşmesi olan erkeklerin tedavi sürecinde şansları daha yüksektir. Çünkü bu durumlarda sorunun organik bir duruma bağlı olarak gelişme olasılığı çok

düşüktür (20). Hem ayırıcı tanısında hem de tedavisinde multidisipliner bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır (5).

Yaşam boyu kazanılmış sertleşme bozukluğu yaygınlığı bilinmemektedir. Yaşlanma ile birlikte artış göstermektedir, özellikle 50 yaşından sonra, sertleşme sorunlarının hem yaygınlığında hem de sıklığında artış olmaktadır. 40-80 yaş arasındaki erkeklerin yaklaşık %13-21'i zaman zaman sertleşme ile ilgili sorunlardan şikayetçiysen, 40-50 yaşından daha genç erkeklerin %2'si sertleşme sorunlarından sık sık şikayet etmektedir. 60-70 yaşından daha yaşlı erkeklerin %40-50'sinin önemli sertleşme sorunları mevcuttur (47). GSSAB'de sertleşme sorunu Kuzey Avrupa'da %13,3 ve Orta Asya'da %27,1 oranında bildirilmiştir (50). Ponholzer ve arkadaşlarının (2005) 20-80 yaş arası 2869 erkek katılımcı ile USİİ kullanarak yürüttükleri çalışmada %32,2 oranında herhangi bir derecede sertleşme bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir (60). Mosaku ve arkadaşlarının 2009'da yayınlanan psikiyatri bölümüne ayaktan başvuran 108 erkek katılımcıda USİİ'yi kullanarak yürüttükleri çalışmada %86,5 sertleşme bozukluğu bildirmişlerdir (61). Zhang ve arkadaşlarının (2013) 30-60 yaş arası 728 Çinli erkek katılımcı ile yüzyüze görüşme ve CİB'i değerlendiren öz-bildirim ölçekleri ile yürüttükleri çalışmada %4,3 sertleşme bozukluğu bildirilmiştir (62). Gomes ve arkadaşlarının 2014'te yayınlanan 18-70 yaş arası 650 Portekizli erkek katılımcı ve USİİ'yi kullanarak gerçekleştirdiği çalışmada %10 oranında sertleşme sorunu tespit edilmiştir (63).

Ülkemizde ise 2002 yılında yayınlanan, Akkuş ve arkadaşlarının, 40 yaş ve üzeri 1982 erkek katılımcıya klinisyen aracılığı ile kullanımı onaylanmış ölçek uygulanarak yapılan değerlendirmede %69,2 sertleşme bozukluğu bildirilmiştir (64). Gülseren ve arkadaşları Ocak 2008 ile Temmuz 2010 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran 18-70 yaş arası 207 erkek hastada GRCDÖ kullanarak yürüttükleri tez çalışmasında; GRCDÖ standart toplam puanlarına göre sertleşme sorunu sıklığını %80,2 olarak bildirmişlerdir (65). Nayir ve arkadaşlarının (2010) Edirne il merkezinde, 20 yaş üzeri 909 erkek katılımcıda USİİ kullanarak yürüttükleri tez çalışmasında %50,7 oranında sertleşme bozukluğu bildirilmiştir (66).



#### 2. 9. 4. Kadında Orgazm Bozukluğu

Yeterli cinsel uyarıya karşın çoğunlukla ya da her zaman orgazmın yaşanmaması, gecikmesi ya da güçl¼kle ulaşılabilmesidir. Kadınların yaklaşık üçte biri çeşitli derecelerde orgazm sorunları yaşamaktadırlar. En önemli psikolojik nedenleri arasında tutucu değer yargıları, suçluluk duyguları, cinsel travmalar, yetersiz cinsel bilgi ve deneyim, duygusal hazırlığın ya da eşle olan duygusal iletişimin yetersizliği, yetersiz önsevişme ve cinsel uyarı, eşteki erken boşalma ya da sertleşme güçlüğü nedeniyle yetersiz cinsel birleşme süresi sayılabilir.

Orgazm, sağlıklı ve doyumlu bir cinsel yaşamın en önemli parçalarından biridir. Orgazm sorunu yaşayan bir kadın, yeni CİB'ler, ilişki sorunları ve çeşitli psikiyatrik hastalıklar yaşama açısından daha büyük bir risk taşımaktadır (5).

Laumann ve arkadaşları (1999) Amerikalı kadınlar arasında orgazm bozukluğu yaygınlığını %29 olarak bildirmiştir (4). 2014 yılında yayınlanan, Sandoval ve arkadaşlarının, Meksika'da, internet üzerinden 20-40 yaş arası 261 kadın katılımcının KCİİ kullanılarak yürüttükleri çalışmada %18,3 oranında orgazm bozukluğu bildirilmiştir (67). Malezya'da 18 yaş ve üzeri 201 kadın katılımcı ile KCİİ kullanılarak yapılan çalışmada %2 oranında orgazm bozukluğu saptanmıştır (68). 2014 yılında yayınlanan ve İnan'da KCİİ kullanılarak 18-45 yaş arası 784 evli kadında orgazm bozukluğu sıklığı %18,9 olarak bildirilmiştir (69).

Ülkemizde ise Zonguldak il merkezinde 15-49 yaş arası 517 kadın katılımcı ve GRCDÖ kullanılarak yapılan bir çalışmada anorgazmi yaygınlığı %23,8 olarak rapor edilmiştir (43). Gülseren ve arkadaşlarının (2010) GRCDÖ kullanarak yürüttükleri tez çalışmasında 18-29 yaş aralığında %30,3; 30-39 yaş aralığında %33,3; 40-49 yaş aralığında %50 ve 50 yaş ve üzerinde ise %6,7 olarak bildirilmiştir (65). Önal ve arkadaşlarının 2010 yılında yayınlanan, Diyarbakır Bağlar semtinde, 18-43 yaş arası 150 kadın hastada GRCDÖ'yü kullanarak yürüttükleri tez çalışmasında: ölçeğin toplam standart puanlarına göre %57 oranında CİB ve %44,7 oranında orgazm sorunu bildirilmiştir (70).

### **2. 9. 5. Geç Boşalma**

Kendisini, boşalmanın hiç olmaması (masturbasyon, uyku ve cinsel birleşme sırasında), kısmen oluşması (masturbasyonda oluşan ancak cinsel birleşme sırasında oluşmayan) ya da oldukça uzun süren bir uyarılma sonunda oluşan boşalma biçiminde gösterebilir. Genellikle aşırı kontrollü ve kendini cinselliğe bırakmakta güçlük çeken ve eşine düşmanca duygular yaşayan erkeklerde görülen bir bozukluktur. Ancak boşalmanın hiç olmaması çoğu kez organik bir patolojiye işaret eder. Bazı ilaçların kullanımı (antidepresanlar ve tiyridazin gibi nöroleptikler) boşalmayı geciktirebilmektedir.

CİB merkezlerine yapılan başvurular arasında en az görüleni geç boşalmadır (56). Erkek orgazm bozukluğu ile ilgili elde edilen sınırlı veriler ile yaygınlık oranlarının oldukça düşük olduğu görülmektedir. 2004 yılında yayınlanan, 1400 erkek katılımcının klinik görüşme ve standart psikofizyolojik değerlendirmeleri ile yürütülen çalışmada %5 oranında inhibe ya da gecikmiş boşalma bildirilmiştir (71). McCabe ve arkadaşlarının 2014 yılında yayınlanan çalışmasında %5,7 oranında gecikmiş boşalma bildirilmiştir (59). Ülkemizde Bozkurt ve arkadaşlarının, 2013 yılında yayınlanan çalışmalarında, gecikmiş boşalma birincil yakınma olarak %1 ve ikincil yakınma olarak ise %6,7 oranında bildirilmiştir (45).

### **2. 9. 6. Erken Boşalma**

İnatçı ve tekrarlayıcı biçimde, çok az cinsel uyarılma ile cinsel birleşme öncesinde ya da birleşmeden hemen sonra ve kişinin ve eşinin arzu ettiği süreden daha önce oluşan boşalma daha iyi bir tanımlama olmaktadır. Klinisyen bu tanıyı koymadan önce yaş, cinsel birleşme sıklığı, eş özellikleri, ön sevişme süresi ve ortamın uyarıcılığı gibi etkenleri gözönüne almalıdır.

İlk kez cinsel ilişkiye giren genç erkeklerde sık görülür. Çoğu erkek daha sonraları boşalma süresi üzerinde bir kontrol geliştirir. Toplumda en sık görülen CİB olmasına karşın, CİB tedavi merkezlerine başvurular arasında sertleşme bozukluğundan sonra ikinci sıradadır (56).

Yaygınlık tahminleri kullanılan tanıma bağlı olarak değişir. Uluslararası düzeyde, 18-70 yaş arası erkeklerin %20-30' undan fazlası erken boşalacakları konusunda endişe bildirirler. DSM-V'te yer alan, yeni erken boşalma tanımı ile (vajinal penetrasyon ile yaklaşık 1 dakika içinde ortaya çıkan boşalma) erkeklerin %1-3'ü bu bozuklukluk tanısı alacağı düşünülmektedir (47).

2005 yılında yayınlanan, GSSAB'de Orta Asya'da %12,5 ve Kuzey Avrupa'da %20,7 oranında erken boşalma bildirilmiştir (50). Norveçli 11746 erkek katılımcının son 12 ay içerisindeki cinsel sorunlarının sorularla değerlendirildiği, 2010 yılında yayınlanan çalışmada %27 oranında erken boşalma tespit edilmiştir (72). Hendrickx ve arkadaşlarının (2014) yürüttüğü bir çalışmada erken boşalma %12,2 oranında cinsel bir sorun olarak bildirilirken; %5,7 oranında CİB olarak bildirilmiştir (58). 2014 yılında yayınlanan bir çalışmada ise 18-65 yaş arası Avusturyalı erkeklerin öz-bildirim olarak erken boşalmayı %31,4 oranında sorun olarak bildirdikleri tespit edilirken; DSM-IV-TR'ye göre kullanılan anket ölçümleri ile erken boşalma %29,3 oranında bildirilmiştir (59).

Ülkemizde ise Şimşek ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada CİB merkezine başvuran erkek olgularda %42,1 oranında erken boşalma bildirilmiştir (38). 2010 yılında, Afyonkarahisar'da yürütülen tez çalışmasında kullanılan GRCDÖ standart puanlarına göre %55,1 oranında erken boşalma bildirilmiştir (65).

### **2. 9. 7. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu**

DSM-V'te vajinismus ve dispareni tanıları Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu adı altında ortak bir bozukluk kategorisi içerisinde ele alınmıştır. Yeni tanı kategorisinde, birleşmenin gerçekleşmemesi ve pelvik taban kaslarında kasılma yanında, cinsel birleşme sırasında ağrı ya da birleşmeye yönelik kaygı ya da korku da bir ölçüt olarak yer almaktadır. Bu durum, vajinismusun cinsel birleşme kuramama, pelvik taban kaslarında kasılma, giriş aşamasında ağrı ve zorlanma, ağrı korkusu ya da kaçınma davranışları ve ağrılı cinsel birleşme gibi bir ya da birden çok belirtiyi içeren klinik tablo olduğu gerçeği ile uyumludur.

29 ülkenin katıldığı GSSAB'de, cinsel ilişki sırasında ağrı bildirme oranları; Orta Asya'da %21, Doğu Asya'da %31,6 ve Kuzey Avrupa'da %9 olarak

bildirilmiştir (50). Ponholzer ve arkadaşları (2005) yürüttükleri çalışmada cinsel etkinlik sırasında ya da sonrasında vajina veya genital bölgede herhangi bir ağrı bildirenleri %12,8 olarak tespit etmişlerdir. Yine aynı çalışmada yaş gruplarına göre cinsel ağrı bozukluğu: 20-29 yaş arasında %22,9; 30-39 yaş arasında %17,8; 40-49 yaş arasında %5,7; 50-59 yaş arasında %7; 60-69 yaş arasında %14,8 olarak bildirilmiştir (53). Nijerya'da jinekoloji, tıbbi cerrahi, psikiyatri ve genel kliniklere ayaktan başvuran üreme çağındaki 384 kadın katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada %22,7 oranında ağrılı cinsel birleşme bildirilmiştir (32). 2008 yılında yayınlanan, Kore'de yürütülen bir çalışmada, 18-52 yaş arası 504 kadın katılımcının cinsel sorunlarının KCİİ kullanılarak değerlendirildiği çalışmada %34,6 ağrı sorunu bildirilmiştir (73).

Ülkemizde toplum temelli çalışmalar sınırlı ve yetersiz sayıda olmakla birlikte, Konya'da genel toplumda yapılan anket çalışmasında, %15,3 oranında vajinismus bildirilmiştir (40). CETAD'ın 2006 yılında yürüttüğü çalışmada, ankete katılan kadınların %9,2'si ilk cinsel birleşme sırasında korku ve ağrı yaşadıklarını ve bunun bir dönem sürdüğünü bildirmişlerdir (9). İzmir'de birinci basamağa başvuran 19-51 yaş arası premenopozal 115 kadının GRCDÖ ile değerlendirildiği CİB'lerin yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada %41,7 oranında vajinismus saptanmıştır (74). Vajinismus, ülkemizde cinsel tedavi merkezlerine başvuran kadınlarda en sık rastlanan sorundur (5). 2011 yılında yayınlanan Yıldırım ve arkadaşlarının CİB kliniğinde yürüttükleri çalışmada, vajinismus tanısı %41 oranında en sık saptanan bozukluk olarak bildirilirken; %1 oranında da disparoni saptanmıştır (39). Zonguldak'ta GRCDÖ kullanılarak değerlendirilen kadınların %67,3'ünde en sık saptanan cinsel sorun vajinismus olarak bildirilmiştir (43).

### **2. 9. 8. Madde / İlaç Kullanımının Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu**

Hastanın cinsel yakınma öyküsü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde, CİB'nin madde/ilaç kullanımı ile tam olarak açıklanabileceğine ilişkin kanıtların olduğu durumlarda, belirtiler madde intoksikasyonu sırasında ya da yoksunluğu sırasında ortaya çıktıysa bu kategori kullanılır.

Yaygınlığı bilinmemekle birlikte, tedaviye bağı cinsel yan etkilerin düşük bildirim de muhtemeldir (47). Monteire ve arkadaşları (1987) hastaların kendiliğinden cinsel yan etki bildirme oranının %3-36, hekim tarafından sorulduğunda ise %58-96 olduğunu bildirmişlerdir (75). Bu konuda yapılmış iki önemli çalışmada hastaların kendiliğinden cinsel yan etki bildirim sırasıyla %14 ve %35, hekim sorguladığında ise %58 ve %69 bulunmuştur (76, 77).

Madde/ilaç kullanımının yol açtığı CİB ile ilgili veriler genellikle antidepresanların etkileri ile ilgilidir ve antidepresanların yan etkilerine bağı olarak yaklaşık %25-80 oranında ortaya çıkmaktadır (47). Montejo ve arkadaşlarının 2001'de yaptığı çalışmada, hastaların %36'sında antidepresanlara bağı CİB'lerin tedavinin kabul edilemez bir yan etkisi olduğunu düşündüklerini ve bu nedenle tedaviye devam edilmediğini saptamışlardır (78). Lee ve arkadaşlarının 2013 yılında yayınlanan 125 tedavi almayan ve 145 tedavi alan depresyon tanılı ile 255 sağlıklı gönüllü katılımcı ile Cinsel İşlev Ölçeği kullanarak yürüttükleri çalışmada antidepresan tedavinin neden olduğu CİB'i araştırmışlardır. Bu çalışmada tedavi almayan depresyon tanılı kadınlarda ve tedavi gören depresyon tanılı erkeklerde, sağlıklı gönüllülere göre daha fazla CİB saptanmıştır. Aynı çalışmada sağlıklı kadınlarda ve tedavi gören depresyon tanılı kadınlarda, tedavisiz depresyon tanılı kadınlardan daha fazla cinsel istek tespit edilmiştir (79). Antipsikotik tedavi alan bireylerin ise yaklaşık %50'si cinsel istek, sertleşme, ıslanma, boşalma ve orgazmı içeren yan etkiler yaşamaktadır (47). Klozapin, risperidon ve haloperidol-flufenazin birlikteliğinin CİB yönünden karşılaştırıldığı bir çalışmada; cinsel istekte azalma risperidonla %64, haloperidol-flufenazinle %67 oranında tespit edilirken, klozapin kullanan olgularda izlenmemiştir. Aynı çalışmada sertleşme frekansında azalma klozapinle %40, haloperidol-flufenazinle %50, risperidonla %93 ve orgazm-boşalma sorunları klozapinle %20, haloperidol- flufenazinle %71, risperidonla %86 oranında bildirilmiştir (80).

Kardiyovasküler, sitotoksik, gastrointestinal, hormonal ajanlar gibi psikiyatrik olmayan ilaçlar ile görülen CİB yaygınlığı ve sıklığı bilinmemektedir. Kronik alkol kötüye kullanımı ve kronik nikotin kötüye kullanımı daha yüksek sertleşme sorunları ile ilişkilidir (47). Ülkemizde, Dişsiz ve arkadaşlarının 2011 yılında yayınlanan çalışmasında DSM-IV'e göre alkol bağımlılığı tanısı alan 181

erkek Uluslararası Sertleşme Bozukluğu İndeksi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların %70,3'ünde hafif ve %4,4'ünde orta derecede sertleşme bozukluğu tespit edilmiştir (81).

Madde kötüye kullanımı da cinsel işlevleri olumsuz etkilemekte ve CİB'e neden olabilmektedir (82). Johnson ve arkadaşlarının 2004 yılında yayınlanan 1203 erkek ve 1801 kadın katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada CİB'ler DSM-III'e göre tanı kategorilerine ayrıldığında: %11 azalmış orgazm; %13 ağırlı cinsel ilişki; %5 azalmış cinsel uyarılma; %7 azalmış cinsel istek; %26 herhangi bir CİB saptanmıştır. Çalışmada azalmış orgazmın esrar ve alkol kullanımı ile ilişkili olduğu bulunurken ağırlı cinsel ilişkinin yasadışı uyuşturucu ve esrar kullanımı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (83).

### **2. 9. 9. Tanımlanmış Diğer Bir Cinsel İşlev Bozukluğu**

Tanımlanmış diğer bir CİB kategorisi, CİB'lerden herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır (47).

### **2. 9. 10. Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu**

Tanımlanmamış diğer CİB kategorisi, CİB'lerden herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır (47).

## **2. 10. Cinsel İşlev Bozukluklarına Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Hastalıklar**

Psikiyatrik bozukluklar cinsel işlevselliği etkilemektedir. Özellikle depresif bozuklukta, isteksizlik ve haz alamayışın bir parçası olarak cinsel işlev etkilenmektedir (84). Depresyonun ana belirtisi cinsel istek azalmasını da kapsayan anhedonidir. Bu nedenle depresif bozuklukla birlikteliği olan CİB'in gerçek nedenini saptamak zordur. 591 hastanın 15 yıl takip edildiği bir çalışmada, ilaç tedavisi alan

depresyon vakalarının %63'ünde, ilaç kullanmayan depresyon vakalarının %45'inde, normal bireylerin %25'inde CİB saptanmıştır (85).

Depresyonun şiddeti, süresi ve yineleyici özelliğinin CİB ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (26).

Anksiyete bozuklukları ve CİB arasında bağ kuran birçok araştırma yapılmıştır. Orgazm bozuklukları, panik bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları arasında en sık karşılaşılan cinsel bozukluklar olarak belirlenmiştir (86, 87). Buna karşın, anksiyete bozukluğu ile CİB arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (88).

Monteiro (1987), OKB hastaları ile yaptığı bir çalışmada kadın hastaların yaklaşık %9 oranında anorgazmi bulunduğu, %22'sinin cinsel istek fazı ile ilişkili sorunlar yaşadığını, erkek hastalarda ise %25 oranında istek azlığı, %12 oranında ise erken boşalma olduğunu, %6'sında ise sertleşme bozukluğu bulunduğunu ortaya koymuştur ve bu hastaların %39'unda cinsel doyumsuzluk saptamıştır (75).

Anksiyete bozukluğu bulunan kadın hastaların cinsel işlevlerini ve işlevlerin kalitesini inceleyen bir çalışmada ise panik bozukluğu bulunan kadın hastalarda kontrol grubuna göre cinsel istek azlığı ve cinsel ilişki sıklığında azalma saptanmış, anksiyete bozukluğu bulunan hastaların özellikle cinsel döngünün ilk fazı olan istek azlığı ile ilişkili sorunlar yaşadıkları ortaya konmuştur (89).

Çalışmalarda uzun süreli alkol ve madde kullanımının CİB'e neden olduğu belirtilmiştir (90, 91). Schiavi (1990), alkol bağımlılığı olanlarda hormonal, nörolojik ve psikolojik faktörlerin cinsel sorunların oluşmasında etkili olduğunu belirtmiştir (92).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3. 1. Örneklem**

Bu çalışma KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde yürütülmüştür. KTÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği bünyesinde üç adet genel poliklinik ve bir adet şizofreni-bipolar polikliniği ile haftanın belirli günlerinde hizmet veren bir adet CİB polikliniği ve bir adet demans polikliniği mevcuttur. Bu çalışma tüm polikliniklerde yürütülmüştür.

CİB görülme sıklığı erkek ve kadın için literatür bilgisine göre %95 güven düzeyinde %5 sapma ile beklenen en yüksek yaygınlık %40 kabul edilerek en az 369'ar olmak üzere toplam 738 hasta alınması planlanmıştır.

Taramayı kabul eden ve dışlama ölçütlerini karşılamayan 18 - 65 yaş aralığında, evli, okuryazar olan hastalar çalışmaya alınmıştır. Klinik olarak değerlendirildiklerinde zeka geriliği saptananlar, şikayetlerini anlatamayacak düzeyde dağınık ve değerlendirmeye uyum sağlayamayacak ajite hastalar çalışmaya alınmamıştır.

Çalışmanın etik kurul onayı, 2013/151 protokol numarası ile Trabzon Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı tarafından verilmiştir.

#### **3. 2. Yöntem**

KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi psikiyatri polikliniğine çalışma takvimi olarak belirlenen 1 Aralık 2013 - 30 Haziran 2014 tarihleri arasında ayaktan başvuran 18-65 yaş aralığında, evli, okuryazar olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara sosyodemografik verileri ve olası CİB'i öngören tarama sorularını içeren bir form ardışık şekilde verilmiştir. 6 kadın ve 5 erkek hasta bu formu doldurmayı yarıda bıraktıkları için çalışmaya dahil edilmemiştir. Böylece tarama sorularının olduğu formu doldurmayı kabul ederek tamamlayan toplam 369 kadın ve 232 erkek hasta sayılarına ulaşılmıştır. Tarama sorularına verilen yanıtlardan olası bir CİB varlığını düşündüren olgular görüşmeye davet edilmiş, görüşmeyi kabul eden 172 kadın ve 83 erkek hastadan yazılı gönüllü onamları alınmıştır. Gönüllü onamları alınan tüm katılımcılara aynı sırayla taramada uygulanan sosyodemografik veri



formundan farklı bir sosyodemeografik veri formu ve bir kendi bildirim ölçeği olan GRCDÖ uygulanmıştır. DSM-V tanı kriterlerine göre CİB belirtileri klinik görüşme ile değerlendirilip CİB tanısı konmuştur. DSM-IV Eksen 1 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-1) ile eş tanılar değerlendirilmiştir.

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

### **3. 3. Gereçler**

#### **3. 3. 1. Sosyodemografik Veri Formu**

Araştırmacı tarafından bu araştırmaya özgü gerekli bilgiler göz önüne alınarak hazırlanmıştır. Hem tarama amaçlı verilen formda hem de görüşmede ayrı birer form olarak kullanılmış olup içeriğinde yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleki durum, gelir düzeyi durumu, eğitim durumu gibi bilgileri ve tarama amaçlı verilen formda olası CİB'i öngören 'Cinsel açıdan istekli misiniz?', 'Cinsel açıdan kolay tahrik olur musunuz?' , 'Cinsel organınız (penisiniz) kolayca sertleşir ve sertliğini sürdürür mü?', 'Cinsel ilişkide kolay boşalır mısınız?', 'Cinsel ilişkide boşalmanız tatmin edici midir?', 'Cinsel organınız ilişki sırasında kolay ıslanır veya nemlenir mi?', ' Kolay cinsel doyuma ulaşabilir misiniz?', ' Cinsel doyumunuz sizin için tatmin edici midir?' şeklindeki sorular yer almaktadır. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinde sıralı seçenekli olarak yer alan sorular, evet-hayır şeklinde yanıtlanabilir olarak olası CİB öngörücü sorular olarak sunulmuştur.

#### **3. 3. 2. SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorder - DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme)**

DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Yapılandırılmış görüşme, tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanılarının geçerliliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I'in Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçioğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (93).

### 3. 3. 3. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction – GRISS)

GRCDÖ, heteroseksüel eşler için cinsel ilişkinin niteliği ve CİB'i değerlendirmek amacıyla geliştirilen ve kişinin kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Kadın ve erkek için ayrı formları vardır. Kadınlar ve erkekler için 28'er soru mevcuttur ve beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Soruların hepsinde; hiçbir zaman, nadiren, bazen, çoğunlukla, her zaman seçenekleri mevcuttur. Her madde 0-4 arasında puan almaktadır. Bazı maddeler 0'dan 4'e doğru puanlanırken, bazı maddeler 4'ten 0'a doğru ters olarak puanlanmaktadır (94) (95) (96).

Erkeklerde sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, empotans, erken boşalma alt boyutlarına ait puanlar elde edilebilirken; kadınlarda sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus, orgazm bozukluğu alt boyutları hesaplanabilmektedir. Ayrıca tüm sorulardan elde edilen puan da cinsel işlevleri değerlendirmede kullanılabilir. Kadın ve erkek formunda bu alt boyutlara girmeyen, cinsel işlevleri değerlendiren 4'er soru daha vardır. Yüksek puanlar cinsel işlevlerde bozukluğa işaret eder. Ham puanlar 1 ile 9 arasında standart puanlara dönüştürüldükten sonra, 5 ve üzerindeki puanlar cinsel soruna işaret etmektedir (97).

GRCDÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliğini araştıran iki çalışma mevcuttur. Tuğrul ve arkadaşları kadın ve erkekler üzerinde, Dr. Gülçat ise sadece erkeklerde standardizasyon çalışması yapmıştır. Dr. Gülçat'ın yaptığı çalışmada erkek formu için test yarılama tekniği ile elde ettiği güvenilirlik katsayıları disfonksiyoneller için 0,59, normaller için 0,69 olarak saptanmıştır. Cronbach alfa katsayısı bu çalışmada 0,80 olarak elde edilmiştir (98).

Tuğrul ve arkadaşlarının çalışmasında ise iki yarım güvenilirlik katsayıları; erkeklerde 0,90, kadınlarda 0,91 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak belirlenmiştir. Alt ölçekler için iç tutarlılık katsayısı; kadınlarda 0,51-0,88 arasında, erkeklerde 0,63- 0,91 arasında bulunmuştur. İngiliz örnekleminde ise iki yarım güvenilirlik katsayısı cinsel işlev bozukluğu olanlar için 0,87 olarak saptanmıştır (99) (100). Sonuç olarak; GRCDÖ, CİB'i ayırt etmede toplumumuz için geçerli ve güvenilir olarak bulunmuştur.

### **3. 4. İstatistiksel Yöntemler**

Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS 13.0.1 for Windows kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde ölçümle elde edilen veriler ortalama ve standart sapma ile niteliksel veriler ise sayı ve % ile ifade edilmiştir. GRCDÖ puanlarının standart puanlara dönüştürülerek kategorize edilmesi ile sosyodemografik verilerle karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4. 1. Kadınların Sosyodemografik Bulguları

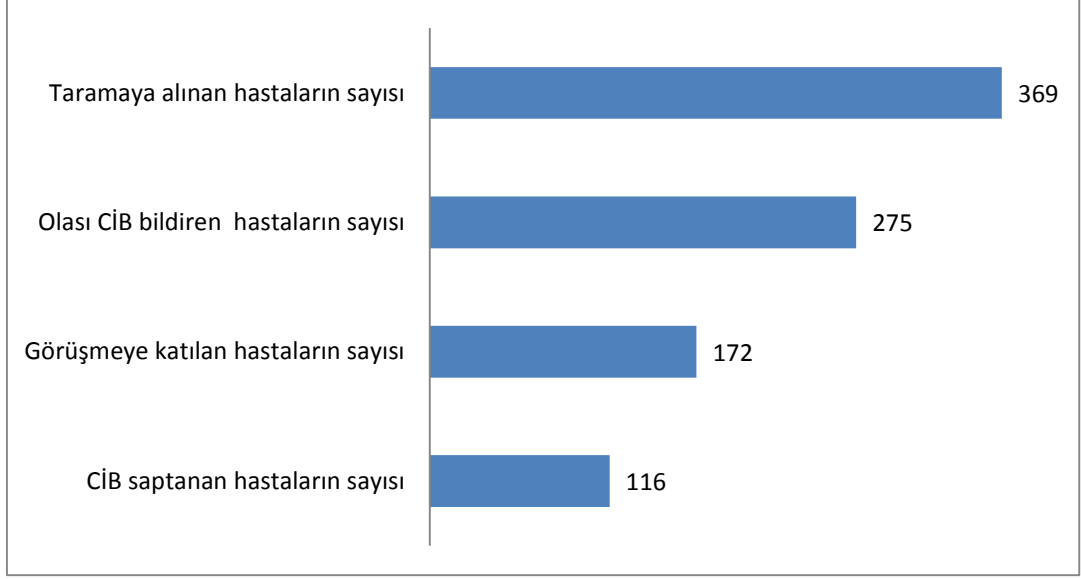
#### 4. 1. 1. Taramaya Alınan Kadınlar

Taramaya alınan 369 kadın hasta grubunun yaş dağılımı 19-65 arasında olup, yaş ortalaması  $38,4 \pm 9,3$  olarak belirlenmiştir. Hastaların eğitim durumu değerlendirildiğinde 11'inin (%3) okuryazar, 161'inin (%43,6) ilkokul mezunu, 46'sının (%12,5) ortaokul mezunu, 88'inin (%23,8) lise mezunu, 63'ünün (%17,1) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların 95'inin (%25,7) çalıştığı, 274'ünün (%74,3) çalışmadığı tespit edilmiştir (Tablo 1).

369 kadın hastanın 275'inde (%74,5) olası bir CİB varlığını düşündüren yanıtlar saptanmış, 94'ü (%25,5) ise CİB dair herhangi bir şikayet bildirmemiştir. Olası bir CİB düşündüren 275 hastadan 172'si (%46,6) görüşmeye katılmayı kabul ederken, 103'ü (27,9) görüşmeyi reddetmiştir (Şekil 1).

**Tablo 1.** Taramaya alınan kadın hastaların yaş, eğitim ve çalışma durumu

	Oran	Sayı
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar	%3	11
İlkokul	%43,6	161
Ortaokul	%12,5	46
Lise	%23,8	88
Üniversite	%17,1	63
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışan	%25,7	95
Çalışmayan	%74,3	274
	<b>Ortalama (Yıl)</b>	<b>Standart Sapma</b>
<b>Yaş</b>	38,4	$\pm 9,3$



**Şekil 1.** Kadın hastalarla çalışma seyri

#### 4. 1. 2. Görüşmeye Katılan Kadınlar

Görüşmeye katılan 172 kadın hastanın yaş dağılımı 21-63 arasında olup, yaş ortalaması  $38,4 \pm 9,2$  ve ortanca değeri 38,5 olarak belirlenmiştir. Hastalar yaşlarına göre iki gruba ayrıldığında 86'sının (%50) 38 yaş ve altında olduğu ve 86'sının (%50) 38 yaş üzerinde olduğu saptanmıştır.

Hastaların eğitim durumu değerlendirildiğinde 3'ünün (%1,7) okuryazar, 74'ünün (%43,0) ilkokul mezunu, 23'ünün (%13,4) ortaokul mezunu, 51'inin (%29,7) lise mezunu, 21'inin (%12,2) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Hastalar eğitim durumlarına göre iki gruba ayrıldığında 77'sinin (%44,8) ilkokul ve altında ve 95'inin (%55,2) ile ilkokul üzerinde eğitim gördüğü saptanmıştır.

Hastaların 36'sının (%20,9) çalıştığı ve 136'sının (%79,1) ise çalışmadığı tespit edilmiştir. Hastaların 9'u (%5,2) sağlık çalışanı, 4'ü (%2,3) memur, 4'ü (%2,3) işçi, 12'si (%7) özel sektörde çalışmakta, 5'i (%2,9) emekli ve 8'i (%4,7) diğer mesleklerde olduğunu bildirmiştir. Hastaların 130'unun (%75,6) herhangi bir geliri bulunmamaktadır. 15 (%8,7) hasta asgari ücret ve altında gelir bildirirken 27 (%15,7) hasta asgari ücret üzerinde gelir bildirmiştir. Hastalar gelir durumuna göre iki gruba ayrıldığında 145'inin (%84,3) gelirsiz ve geliri asgari ücrete kadar olduğu ve 27'sinin (%15,7) geliri asgari ücret üzerinde olduğu saptanmıştır.

Hastaların 42'si (%24,4) sigara kullanımı bildirirken 130'u (%75,6) sigara kullanımı bildirmemiştir. Hastaların hiçbiri alkol ya da uyuşturucu madde kullanımı bildirmemiştir.

Evlenme şekillerine bakıldığında hastaların 80'i (%46,5) görücü usulü ile evlendiklerini bildirirken 92'si (%53,5) anlaşarak evlendiklerini bildirmiştir.

Hastaların ortalama evlilik yaşı  $21,9 \pm 4,6$  ve ortancası 21,5 yıl olarak saptanmıştır. Hastalar evlilik yaşına göre iki gruba ayrıldığında 77'sinin (%44,8) 21 yaş altında evlendiği ve 95'inin (%55,2) 21 yaş ve üzerinde evlendiği saptanmıştır.

Hastaların ortalama evlilik süresi  $16,7 \pm 9,2$  yıl ve ortanca 15 yıl olarak saptanmıştır. Hastalar evlilik süresinde göre iki gruba ayrıldığında 80'inin (%46,5) evlilik süresi 15 yıl altında ve 92'sinin (%53,5) evlilik süresi 15 yıl ve üzerinde saptandı.

Hastaların 153'ü (%89) çocuk sahibi olduğunu bildirirken 19'u (%11) çocuk sahibi olmadığını bildirmiştir. Hastaların ortalama çocuk sayısı  $2,1 \pm 1,3$  olarak saptanmıştır. Hastalar sahip oldukları çocuk sayısına göre iki gruba ayrıldığında 116'sının (%67,4) üçten az sayıda çocuk sahibi olduğu ve 56'sının (%32,6) üç ve üzerinde çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların 106'sı (%61,6) düzenli adet gördüğünü bildirirken 66'sı (%38,4) düzenli adet görmediğini bildirmiştir. Hastaların 34'ü (%19,8) menapozda olduğunu bildirirken 138'i (%80,2) menapozda olmadığını bildirmiştir.

Hastaların 18'i (%10,5) cinsel travma öyküsü bildirirken, 154'ü (%89,5) cinsel travma öyküsü bildirmemiştir (Tablo 2 ve 10).

**Tablo 2.** Görüşmeye alınan kadın hastaların sosyodemografik verileri

	<b>Oran</b>	<b>Sayı</b>
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar	%1,7	3
İlkokul	%43	74
Ortaokul	%13,4	23
Lise	%29,7	51
Üniversite	%12,2	21
<b>Meslek</b>		
Sağlık çalışanı	%5,2	9
Memur	%2,3	4
İşçi	%2,3	4
Özel sektör	%7	12
Emekli	%2,9	5
Diğer	%4,7	8
İşsiz	%75,6	130
<b>Gelir durumu</b>		
Geliri yok	%75,6	130
Asgari ücret ve altı	%8,7	15
Asgari ücret üzeri	%15,7	27
<b>Sigara kullanımı</b>		
Var	%24,4	42
Yok	%75,6	130
<b>Evlenme şekli</b>		
Görücü usulü	%46,5	80
Anlaşarak	%53,5	92
<b>Çocuk</b>		
Var	%89	153
Yok	%11	19
	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>
<b>Yaş (yıl)</b>	38,4	± 9,2
<b>Evlilik yaşı (yıl)</b>	21,9	± 4,6
<b>Evlilik süresi (yıl)</b>	16,7	± 9,2
<b>Çocuk sayısı</b>	2,1	± 1,3

Hastaların cinsel bilgi kaynakları değerlendirildiğinde 75'i (%43,6) arkadaş, 12'si (%6,9) aile, 34'ü (%19,8) kitap- dergi ve 51'i (%29,7) diğer şeklinde bildirmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Görüşmeye alınan kadın hastaların cinsel bilgi kaynakları

	<b>Oran</b>	<b>Sayı</b>
<b>Arkadaş</b>	%43,6	75
<b>Aile</b>	%6,9	12
<b>Kitap- dergi</b>	%19,8	34
<b>Diğer</b>	%29,7	51

Hastaların beden kitle indeksi (BKİ) ortalama  $28,5\pm 5,9$  kg/m<sup>2</sup> olarak tespit edilmiştir. Hastalar BKİ'lerine göre iki gruba ayrıldığında 52'sinin (%30,2) 25'in altında olduğu ve 120'sinin (%69,8) 25 ve üzerinde olduğu saptanmıştır.

Eşlik eden fiziksel hastalıklar dört ana gruba ayrılmıştır. Hipertansiyon gibi damarsal hastalıkları, kalp ve akciğer hastalığı bulunanlar kardiyopulmoner hastalık grubunda; nörolojik çeşitli hastalıkları bulunanlar nörolojik hastalık grubunda; enfeksiyon hastalıkları kapsamına giren hastalıkları bulunanlar enfeksiyon grubunda ve bu üç grup dışında hastalığı bulunanlar ise diğer hastalık grubunda yer almıştır. Hastaların eşlik eden fiziksel hastalıkları değerlendirildiğinde: 28'inde (%16,3) kardiyopulmoner bir hastalık mevcutken 144'ünde (%83,7) kardiyopulmoner bir hastalık saptanmamıştır; 7'sinde (%4,1) nörolojik bir hastalık mevcutken 165'inde (%95,9) nörolojik bir hastalık saptanmamıştır; 8'inde (%4,7) enfeksiyon hastalığı mevcutken 164'ünde (%95,3) enfeksiyon hastalığı saptanmamıştır; 69'unda (%40,1) eşlik eden diğer bir fiziksel hastalık mevcutken, 103'ünde (%59,9) eşlik eden diğer bir fiziksel hastalık saptanmamıştır. Hastalar eşlik eden fiziksel hastalıklara göre iki gruba ayrıldığında 76'sı (%44,2) eşlik eden fiziksel bir hastalığı olmadığı ve 96'sı (%55,8) eşlik eden en az bir fiziksel hastalığı olduğu tespit edildi (Tablo 4).



**Tablo 4.** Görüşmeye alınan kadın hastaların fiziksel hastalık ve BKİ verileri ve bunların CİB ile karşılaştırılması

	CİB (+) (n=116)		CİB (-) (n=56)		p
	Oran	Sayı	Oran	Sayı	
<b>Fiziksel hastalık</b>					<b>0,040</b>
En az 1 tane var	%74	71	%26	25	
Yok	%59,2	45	%40,8	31	
<b>Kardiyopulmoner</b>					<b>0,013</b>
Var	%89,3	25	%10,7	3	
Yok	%63,2	91	%36,8	53	
<b>Nörolojik</b>					1,000
Var	%71,4	5	%28,6	2	
Yok	%67,3	111	%32,7	54	
<b>Enfeksiyon</b>					1,000
Var	%62,5	5	%37,5	3	
Yok	%67,7	111	%32,3	53	
<b>Diğer</b>					0,099
Var	%75,4	52	%24,6	17	
Yok	%62,1	64	%37,9	39	
<b>BKİ grupları</b>					0,840
25 kg/m <sup>2</sup> altı	%65,4	34	%34,6	18	
25 kg/m <sup>2</sup> ve üzeri	%68,3	82	%31,7	38	
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Ortalama</b>		<b>Standart Sapma</b>		
	28,5		±5,9		

Hastaların 119'u (%69,2) son 6 ay içinde psikiyatrik ilaç kullanımı bildirirken 53'ü (%30,8) psikiyatrik ilaç kullanımı bildirmemiştir.

Hastaların son 6 ay içerisinde kullandıkları psikotropik ilaç gruplarına bakıldığında: 28'i (%16,3) antipsikotik kullandığını bildirirken 144'ü (%83,7) antipsikotik kullanımı bildirmemiştir; 1'i (%0,6) anksiyolitik kullanımı bildirirken 171'i (99,4) anksiyolitik kullanımı bildirmemiştir; 92'si (%53,5) antidepresan kullanımı bildirirken 80'i (%46,5) antidepresan kullanımı bildirmemiştir; 8'i (%4,7) duygudurum düzenleyicisi kullanımı bildirirken 164'ü (%95,3) duygudurum düzenleyicisi kullanımı bildirmemiştir (Tablo 5).

**Tablo 5.** Görüşmeye alınan kadın hastaların son 6 ay içinde psikiyatrik ilaç kullanımı ve psikiyatrik ilaç grup verileri ve bunların CİB ile karşılaştırılması

	CİB (+) (n=116)		CİB (-) (n=56)		p
	Oran	Sayı	Oran	Sayı	
<b>Son 6 ay ilaç kullanımı</b>					1,000
Var	%67,2	80	%32,8	39	
Yok	%67,9	36	%32,1	17	
<b>Antipsikotik</b>					0,786
Var	%71,4	20	%28,6	8	
Yok	%66,7	96	%33,3	48	
<b>Anksiyolitik</b>					1,000
Var	%100	1	%0	0	
Yok	%67,3	115	%32,7	56	
<b>Antidepresan</b>					0,756
Var	%68,5	63	%31,5	29	
Yok	%66,3	53	%33,8	27	
<b>Duygudurum</b>					0,716
Var	%62,5	5	%37,5	3	
Yok	%67,7	111	%32,3	53	

Hastaların 41'i (%23,8) herhangi bir doktor tarafından daha önce kendilerine cinsellikle ilgili bir soru yöneltildiğini, 131'i (%76,2) daha önce bir doktor tarafından kendilerine cinsellikle ilgili bir soru yöneltmediğini bildirmiştir. Hastaların 49'u (%28,5) daha önce herhangi bir doktora cinsellik ile ilgili bir yakınma ilettiklerini bildirirken 123'ü (%71,5) daha önce herhangi bir doktora cinsellik ile ilgili bir yakınma iletmediklerini bildirmiştir (Tablo 6).

**Tablo 6.** Görüşmeye alınan kadın hastaların doktor tarafından cinsel soru yöneltilme ve daha önce doktora cinsel yakınma bildirme durumlarının CİB ile karşılaştırılması

	CİB (+) (n=116)		CİB (-) (n=56)		p
	Oran	Sayı	Oran	Sayı	
<b>Daha önce cinsel soru yöneltilme</b>					0,954
Var	%65,9	27	%34,1	14	
Yok	%67,9	89	%32,1	42	
<b>Daha önce cinsel yakınma</b>					0,108
Var	%77,6	38	%22,4	11	
Yok	%63,4	78	%36,6	45	

#### 4. 1. 3. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

GRCDÖ standart puanlara dönüştürüldüğünde alt boyutlar puanlarının ve toplam puanın ortalamaları şöyledir: sıklık  $6,7\pm 2,1$ , iletişim  $6\pm 2,8$ , doyum  $3,3\pm 1,9$ , kaçınma  $5,6\pm 2,3$ , dokunma  $5,3\pm 2,6$ , vajinismus  $3,6\pm 2,1$ , anorgazmi  $4,6\pm 1,9$  ve toplam  $4,6\pm 2,1$ . Ölçeğin toplam standart puanlarına göre cinsel işlev bozukluğu 101 kişide (58,7) bulundu. Ölçeğin alt başlıklarına göre sorun bulunan kişi sayısı yüksek bulunma sırasıyla şöyledir: sıklık 143 kişi (%83,1); iletişim 127 kişi (% 73,8); kaçınma 126 kişi (%73,3); dokunma 111 kişi (%64,5); anorgazmi 90 kişi (%52,3); vajinismus 66 kişi (%38,4); doyum 44 kişi (%25,6) (Tablo 7).

**Tablo 7.** Kadın hastaların GRCDÖ alt boyut ve toplam ortalama standart puanları ve bu puanlara göre sorun bildiren kadın hastaların oran ve sayısı

	<b>Ortalama</b>	<b>Oran</b>	<b>Sayı</b>
<b>Sıklık</b>	6,7±2,1	%83,1	143
<b>İletişim</b>	6±2,8	%73,8	127
<b>Kaçınma</b>	5,6±2,3	%73,3	126
<b>Dokunma</b>	5,3±2,6	%64,5	111
<b>Anorgazmi</b>	4,6±1,9	%52,3	90
<b>Vajinismus</b>	3,6±2,1	%38,4	66
<b>Doyum</b>	3,3±1,9	%25,6	44
<b>Toplam</b>	4,6±2,1	%58,7	101

#### 4. 1. 4. SCID-I Tanılarının Değerlendirilmesi

Hastaların SCID-I tanıları değerlendirildiğinde; 172 hastadan herhangi bir tanı almayan 20 (%11,6) hasta, 1 tane tanı alan 151 (%87,8) hasta ve 2 tane tanı alan 1 (%0,6) hasta saptanmıştır. 12'sinde (%7) bipolar affektif bozukluk (BAB), 93'ünde (%54,1) depresif bozukluk, 5'inde (%2,9) şizofreni spektrum bozukluğu, 37'sinde (%21,5) anksiyete bozukluğu, 6'sında (%3,5) somatoform bozukluk saptanmıştır (Tablo 8).

**Tablo 8.** Kadın hastaların SCID-I tanıları

	<b>Oran</b>	<b>Sayı</b>
<b>SCID-I tanısı almayan</b>	%11,6	20
<b>1 tane SCID-I tanısı olan</b>	%87,8	151
<b>2 tane SCID-I tanısı olan</b>	%0,6	1
<b>BAB</b>	%7	12
<b>Depresif bozukluk</b>	%54,1	93
<b>Şizofreni spektrum bozukluğu</b>	%2,9	5
<b>Anksiyete bozukluğu</b>	%21,5	37
<b>Somatoform bozukluk</b>	%3,5	6

#### **4. 1. 5. Cinsel İşlev Bozukluğu ve Cinsel İşlev Bozukluğu Alt Tanılarının Değerlendirilmesi**

Hastaların 116'sında (%67,4) DSM-V'e göre en az bir CİB tanısı saptanmıştır.

Hastaların 79'unda (%45,9) ilgi/uyarılma bozukluğu, 16'sında (%9,3) orgazm bozukluğu, 13'ünde (%7,6) cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu, 21'inde (%12,2) madde/ilaç kullanımının yol açtığı CİB ve 10'unda (%5,8) tanımlanmış diğer bir CİB saptanmıştır. Hiçbir hastada tanımlanmamış CİB saptanmamıştır.

İlgi/uyarılma bozukluğu saptanan 79 hastanın 15'inde (%19) yaşam boyu ve 64'ünde (%81) edinsel; 68'inde (%86,1) yaygın ve 11'inde (%13,9) durumsal; 12'sinde (%15,2) ağır olmayan, 38'inde (%48,1) orta derecede ve 29'unda (%36,7) ağır şiddette olarak belirlenmiştir.

Orgazm bozukluğu saptanan 16 hastanın 5'inde (%31,3) yaşam boyu ve 11'inde (%68,8) edinsel; 11'inde (%68,8) yaygın ve 5'inde (%31,3) durumsal; 2'si (%12,5) ağır olmayan, 7'sinde (%43,8) orta derecede ve 7'sinde (%43,8) ağır şiddette; 5'inde yaşamları boyunca hiç orgazm olmamış olarak belirlenmiştir.

Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu saptanan 13 hastanın 10'ununda (%76,9) yaşam boyu ve 3'ünde (%23,1) edinsel; 1'inde (%7,7) ağır olmayan, 6'sında (%46,2) orta derecede ve 6'sında (%46,2) ağır şiddette olarak belirlenmiştir.

Madde/ilaç kullanımının yol açtığı CİB saptanan 21 hastanın hepsinde bozukluğun ilaç kullanımı sonrasında başladığı; 5'inde (%23,8) ağır olmayan, 12'sinde (%57,1) orta derecede ve 3'ünde (%14,3) ağır şiddette olarak belirlenmiştir (Tablo 9).

**Tablo 9.** Kadın hastaların klinik olarak saptanan CİB ve CİB alt tanıları

	<b>Oran</b>	<b>Sayı</b>
<b>En az bir CİB tanısı alan</b>	%67,4	116
<b>İlgi/uyarılma bozukluğu</b>	%45,9	79
<b>Orgazm bozukluğu</b>	%9,3	16
<b>Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu</b>	%7,6	13
<b>Madde/ilaç kullanımına bağlı CİB</b>	%12,2	21
<b>Tanımlanmış diğer bir CİB</b>	%5,8	10

#### **4. 1. 6. Cinsel İşlev Bozukluğu Tanısı ile Sosyodemografik Verilerin İlişkisi**

Yaşlarına göre değerlendirildiğinde 38 yaş üzerinde olanlarda 38 yaş ve altında olanlara göre CİB anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p=0,034$ ).

Çocuk sayısı üç ve üzerinde olanlarda üçün altında olanlara göre CİB anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p=0,007$ ).

Eşlik eden en az fiziksel bir hastalık varlığında tıbbi herhangi bir hastalık eşlik etmemesine göre CİB anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p=0,040$ ). Eşlik eden herhangi bir kardiyopulmoner hastalık olması durumunda eşlik etmemesi durumuna göre CİB anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p=0,013$ ).

Evlilik süresi 15 yıl ve üzerinde olanlarda evlilik süresi 15 yılın altında olanlara göre CİB tanısı anlamlı olarak daha yüksek saptandı ( $p=0,015$ ). (Tablo 4, 5, 6 ve 10).

**Tablo 10.** Görüşmeye alınan kadın hastaların sosyodemografik özelliklerinin CİB ile karşılaştırılması

	CİB (+) (n=116)		CİB (-) (n=56)		p
	Oran	Sayı	Oran	Sayı	
<b>Yaş grupları</b>					<b>0,034</b>
38 yaş ve altı	%59,3	51	%40,7	35	
38 yaş üzeri	%75,6	65	%24,4	21	
<b>Eğitim grupları</b>					0,068
İlkokul ve altı	%75,3	58	%24,7	19	
İlkokul üzeri	%61,1	58	%38,9	37	
<b>Çalışma durumu</b>					0,930
Çalışan	%69,4	25	%30,6	11	
Çalışmayan	%66,9	91	%33,1	45	
<b>Gelir grupları</b>					0,141
Gelirsiz ve asgari ücretli	%64,8	94	%35,2	51	
Asgari ücret üzeri	%81,5	22	%18,5	5	
<b>Sigara kullanımı</b>					0,755
Var	%64,3	27	%35,7	15	
Yok	%68,5	89	%31,5	41	
<b>Evlenme şekli</b>					0,070
Görücü usulü	%75	60	%25	20	
Anlaşarak	%60,9	56	%39,1	36	
<b>Evlilik yaşı grupları</b>					0,607
21 yaş altı	%70,1	54	%29,9	23	
21 yaş ve üzeri	%65,5	62	%34,7	33	
<b>Evlilik süresi grupları</b>					<b>0,015</b>
15 yıl altı	%57,5	46	%42,5	34	
15 yıl ve üzeri	%76,1	70	%23,9	22	
<b>Çocuk</b>					0,381
Var	%66	101	%34	52	
Yok	%78,9	15	%21,1	4	
<b>Çocuk sayısı</b>					<b>0,007</b>
3'ten az	%60,3	70	%39,7	46	
3 ve üzeri	%82,1	46	%17,9	10	
<b>Adet durumu</b>					1,000
Düzenli	%67	71	%33	35	
Düzenli değil	%68,2	45	%31,8	21	

<b>Menapoz durumu</b>					0,521
Var	%73,5	25	%26,5	9	
Yok	%65,9	91	%34,1	47	
<b>Cinsel travma</b>					0,383
Var	%55,6	10	%44,4	8	
Yok	%68,8	106	%31,2	48	

---

#### 4. 1. 7. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Puanları ile Cinsel İşlev Bozukluğu İlişkisi

Kadın hastaların GRCDÖ boyutlarından: sıklık alanında sorun bildirenlerin %72'sine; iletişim alanında sorun bildirenlerin %72,4'üne; doyum alanında sorun bildirenlerin %68,2'sine, kaçınma alanında sorun bildirenlerin %76,2'sine; dokunma alanında sorun bildirenlerin %75,7'sine; vajinismus alanında sorun bildirenlerin %68,2'sine; anorgazmi alanında sorun bildirenlerin %77,8'ine ve toplam puana göre sorun bildirenlerin 80,2'sine klinik olarak CİB tanısı konulmuştur.

GRCDÖ alt boyutlarından sıklık ( $p= 0,008$ ), iletişim ( $p=0,030$ ), kaçınma ( $p=0,000$ ), dokunma ( $p=0,002$ ), anorgazmi ( $p=0,004$ ) ve toplam ( $p=0,000$ ) puanlarına göre sorun bildirenlerde sorun bildirmeyenlere göre klinik olarak konulan CİB tanısı anlamlı olarak yüksek bulunurken, doyum ( $p=1,000$ ) ve vajinismus ( $p=1,000$ ) puanlarına göre ilişki saptanmamıştır (Tablo 11).



**Tablo 11.** GRCDÖ alt boyut ve toplam puanlarına göre sorun bildiren kadın hastaların klinik CİB tanısı almalarına göre oran ve sayısı ile bu hastaların CİB varlığına göre karşılaştırılması

	CİB (+) (n=116)		CİB (-) (n=56)		p
	Oran	Sayı	Oran	Sayı	
<b>Sıklık</b>					<b>0,008</b>
Sorun var	%72	103	%28	40	
Sorun yok	%44,8	13	%55,2	16	
<b>İletişim</b>					<b>0,030</b>
Sorun var	%72,4	92	%27,6	35	
Sorun yok	%53,3	24	%46,7	21	
<b>Kaçınma</b>					<b>0,000</b>
Sorun var	%76,2	96	%23,8	30	
Sorun yok	%43,5	20	%56,5	26	
<b>Dokunma</b>					<b>0,002</b>
Sorun var	%75,7	84	%24,3	27	
Sorun yok	%52,5	32	%47,5	29	
<b>Anorgazmi</b>					<b>0,004</b>
Sorun var	%77,8	70	%22,2	20	
Sorun yok	%56,1	46	%43,9	36	
<b>Vajinismus</b>					1,000
Sorun var	%68,2	45	%31,8	21	
Sorun yok	%67	71	%33	35	
<b>Doyum</b>					1,000
Sorun var	%68,2	30	%31,8	14	
Sorun yok	%67,2	86	%32,8	42	
<b>Toplam</b>					<b>0,000</b>
Sorun var	%80,2	81	%19,8	20	
Sorun yok	%49,3	35	%50,7	36	

#### 4. 1. 8. Cinsel İşlev Bozukluğu ile SCID-I Tanılarının İlişkisi

SCID-I tanılarıyla CİB ilişkisi incelendiğinde depresif bozukluk tanısı alanlarda depresif bozukluk tanısı olmayanlara göre CİB tanısı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p=0,027$ ). Diğer SCID-I tanıları ile CİB tanısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 12).

**Tablo 12.** Kadın hastaların SCID-I tanılarının CİB ile karşılaştırılması

	CİB(+) (n=116)		CİB (-) (n=56)		p
	Oran	Sayı	Oran	Sayı	
<b>BAB</b>					0,530
Var	%58,3	7	%41,7	5	
Yok	%68,1	109	%31,9	51	
<b>Depresif bozukluk</b>					<b>0,027</b>
Var	%75,3	70	%24,7	23	
Yok	%58,2	46	%41,8	33	
<b>Şizofreni spektrum bozukluğu</b>					1,000
Var	%80	4	%20	1	
Yok	%67,1	112	%32,9	55	
<b>Anksiyete bozukluğu</b>					0,078
Var	%54,1	20	%45,9	17	
Yok	%71,1	96	%28,9	39	
<b>Somatoform bozukluk</b>					1,000
Var	%66,7	4	%33,3	2	
Yok	%67,5	112	%32,5	54	

## 4. 2. Erkeklerin Sosyodemografik Bulguları

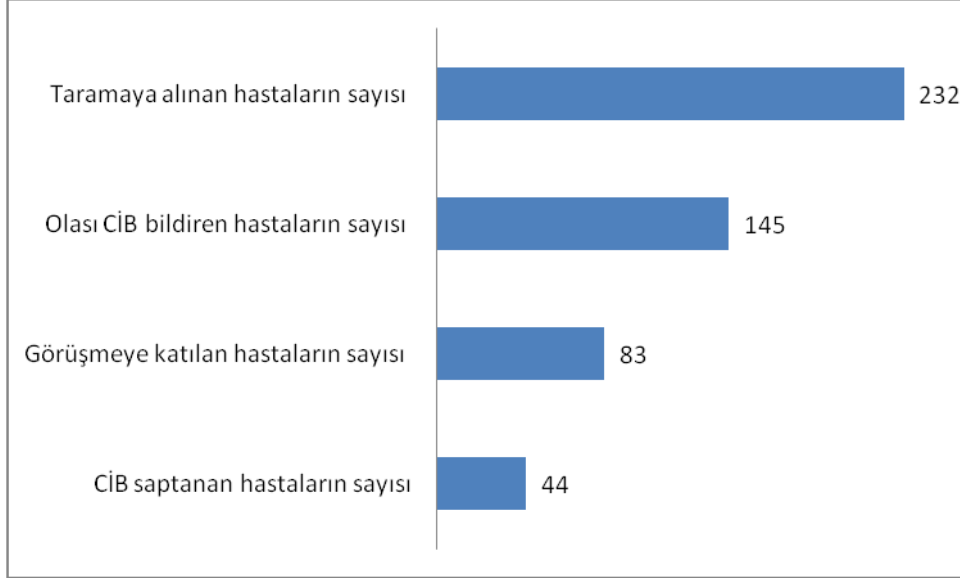
### 4. 2. 1. Taramaya Alınan Erkekler

Taramaya alınan 232 erkek hasta grubunun yaş dağılımı 26-64 arasında olup, yaş ortalaması  $45,1 \pm 9,8$  olarak belirlenmiştir. Hastaların eğitim durumu değerlendirildiğinde; 3'ünün (%1,3) okuryazar, 71'inin (%30,6) ilkokul mezunu, 36'sının (%15,5) ortaokul mezunu, 56'sının (%24,1) lise mezunu, 66'sının (%28,5) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların 158'inin (%68,1) çalıştığı, 74'ünün (%31,9) çalışmadığı tespit edilmiştir (Tablo 13).

232 erkek hastanın 145'inde (%62,5) olası bir CİB varlığını düşündüren yanıtlar saptanmış, 87'si (%37,5) ise CİB dair herhangi bir şikayet bildirmemiştir. Olası bir CİB düşündüren 145 hastadan 83'ü (%57,2) görüşmeye katılmayı kabul ederken, 62'si (%42,8) görüşmeyi reddetmiştir (Şekil 2).

**Tablo 13.** Taramaya alınan erkek hastaların yaş, eğitim ve çalışma durumu

	Oran	Sayı
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar	%1,3	3
İlkokul	%30,6	71
Ortaokul	%15,5	36
Lise	%24,1	56
Üniversite	%28,5	66
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışan	%68,1	158
Çalışmayan	%31,9	74
	<b>Ortalama (Yıl)</b>	<b>Standart Sapma</b>
<b>Yaş</b>	45,1	$\pm 9,8$



**Şekil 2.** Erkek hastalarla çalışma seyri

#### 4. 2. 2. Görüşmeye Katılan Erkekler

Görüşmeye katılan 83 erkek hastanın yaş dağılımı 26-64 arasında olup, yaş ortalaması  $46,3 \pm 10$  ve ortanca değeri 45 olarak belirlenmiştir. Hastalar yaşlarına göre iki gruba ayrıldığında 42'sinin (%50,6) 45 yaş ve altında olduğu ve 41'inin (%49,4) 45 yaş üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların eğitim durumu değerlendirildiğinde 1'inin (%1,2) okuryazar, 24'ünün (%28,9) ilkokul mezunu, 18'inin (%21,7) ortaokul mezunu, 20'sinin (%24,1) lise mezunu, 20'sinin (%24,1) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Hastalar eğitim durumlarına göre iki gruba ayrıldığında 43'ünün (%51,8) lise altı seviyede eğitim gördüğü ve 40'inin (%48,2) lise ve üzerinde eğitim gördüğü saptanmıştır.

Hastaların 55'inin (%66,3) çalıştığı ve 28'inin (%33,7) ise çalışmadığı tespit edilmiştir. Hastaların 2'si (%2,4) sağlık çalışanı, 14'ü (%16,9) memur, 8'i (%9,6) işçi, 4'ü (%4,8) serbest meslekte çalıştığını, 20'si (%24,1) özel sektörde çalışmakta, 23'ü (%27,7) emekli ve 7'si (%8,4) diğer mesleklerde olduğunu bildirmiştir. Hastaların 4'ünün (%4,8) herhangi bir geliri bulunmamaktadır. 9 (%10,9) hasta asgari ücret ve altında gelir bildirirken 70 (%84,3) hasta asgari ücret üzerinde gelir

bildirmiştir. Hastalar gelir düzeyine göre iki gruba ayrıldığında, 13 (%15,7) hasta gelirsiz ve asgari ücrete kadar gelir bildirirken 70 (%84,3) hasta asgari ücret üzerinde gelir bildirmiştir.

Hastaların 35'i (%42,2) sigara kullanımı bildirirken 48'i (%57,8) sigara kullanımı bildirmemiştir. Hastaların 7'si (%8,4) alkol kullanımı bildirirken 76'sı (%91,6) alkol kullanımı bildirmemiştir. Hastaların 1'i (%1,2) uyuşturucu madde kullanımı bildirirken 82'si (%98,8) uyuşturucu madde kullanımı bildirmemiştir.

Evlenme şekillerine bakıldığında hastaların 32'si (%38,6) görücü usulü ile evlendiklerini bildirirken 51'i (%61,4) anlaşarak evlendiklerini bildirmiştir.

Hastaların ortalama evlilik yaşı  $25 \pm 4,9$  ve ortancası 25 olarak saptanmıştır. Hastalar evlilik yaşlarına göre iki gruba ayrıldığında 50'sinin (%60,2) 25 yaş ve altında ve 33'ünün (%39,8) 25 yaş üzerinde evlendikleri tespit edilmiştir.

Hastaların ortalama evlilik süresi  $21,2 \pm 11,4$  yıl ve ortancası 20 yıl olarak saptanmıştır. Hastalar evlilik sürelerine göre iki gruba ayrıldığında 41'inin (%49,4) 20 yıl altında ve 42'sinin (%50,6) 20 yıl ve üzerinde evlilik süreleri olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların 79'u (%95,2) çocuk sahibi olduğunu bildirirken 4'ü (%4,8) çocuk sahibi olmadığını bildirmiştir. Hastaların ortalama çocuk sayısı  $2,5 \pm 1,3$  olarak saptanmıştır. Hastalar çocuk sayısına göre iki gruba ayrıldığında 41'inin (%49,4) 3'ün altında çocuğu olduğu ve 42'sinin (%50,6) 3 ve üzerinde çocuğu olduğu belirlenmiştir.

Hastaların 2'si (%2,4) cinsel travma bildirirken 81'i (%97,6) cinsel travma bildirmemiştir (Tablo 14 ve 22).

**Tablo 14.** Görüşmeye alınan erkek hastaların sosyodemografik özellikleri

	<b>Oran</b>	<b>Sayı</b>
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar	%1,2	1
İlkokul	%28,9	24
Ortaokul	%21,7	18
Lise	%24,1	20
Üniversite	%24,1	20
<b>Meslek</b>		
Sağlık çalışanı	%2,4	2
Memur	%16,9	14
İşçi	%9,6	8
Özel sektör	%4,8	4
Emekli	%27,7	23
Diğer	%8,4	7
İşsiz	%30,2	25
<b>Gelir durumu</b>		
Geliri yok	%4,8	4
Asgari ücret ve altı	%10,9	9
Asgari ücret üzeri	%84,3	70
<b>Sigara kullanımı</b>		
Var	%42,2	35
Yok	%57,8	48
<b>Alkol kullanımı</b>		
Var	%8,4	7
Yok	%91,6	76
<b>Uyuşturucu madde</b>		
Var	%1,2	1
Yok	%98,8	82
<b>Evlenme şekli</b>		
Görücü usulü	%38,6	32
Anlaşarak	%61,4	51
<b>Çocuk</b>		
Var	%95,2	79
Yok	%4,8	4

	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>
<b>Yaş (yıl)</b>	46,3	±10
<b>Evlilik yaşı (yıl)</b>	25	±4,9
<b>Evlilik süresi (yıl)</b>	21,2	±11,4
<b>Çocuk sayısı</b>	2,5	±1,3

Hastaların cinsel bilgi kaynakları değerlendirildiğinde 50'si (%60,3) arkadaş, 4'ü (%4,8) aile, 23'ü (%27,7) kitap- dergi ve 6'sı (%7,2) diğer şeklinde bildirmiştir (Tablo 15).

**Tablo 15.** Görüşmeye alınan erkek hastaların cinsel bilgi kaynakları

	<b>Oran</b>	<b>Sayı</b>
<b>Arkadaş</b>	%60,3	50
<b>Aile</b>	%4,8	4
<b>Kitap- dergi</b>	%27,7	23
<b>Diğer</b>	%7,2	6

Hastaların BKİ ortalama  $28,4 \pm 4,2$  kg/m<sup>2</sup> olarak saptanmıştır. Hastalar BKİ'lerine göre iki gruba ayrıldığında 16'sının (%19,3) 25'in altında olduğu ve 67'sinin (%80,7) 25 ve üzerinde olduğu saptanmıştır.

Eşlik eden fiziksel hastalıklar dört ana gruba ayrılmıştır. Hipertansiyon gibi damarsal hastalıkları, kalp ve akciğer hastalığı bulunanlar kardiyopulmoner hastalık grubunda; nörolojik çeşitli hastalıkları bulunanlar nörolojik hastalık grubunda; enfeksiyon hastalıkları kapsamına giren hastalıkları bulunanlar enfeksiyon grubunda ve bu üç grup dışında hastalığı bulunanlar ise diğer hastalık grubunda yer almıştır. Hastaların eşlik eden fiziksel hastalıkları değerlendirildiğinde: 24'ünde (%28,9) kardiyopulmoner bir hastalık mevcutken 59'unda (%71,1) kardiyopulmoner bir hastalık saptanmamıştır; 5'inde (%6) nörolojik bir hastalık mevcutken 78'inde (%94) nörolojik bir hastalık saptanmamıştır; 3'ünde (%3,6) enfeksiyon hastalığı mevcutken 80'ninde (%96,4) enfeksiyon hastalığı saptanmamıştır; 25'inde (%30,1) eşlik eden diğer bir fiziksel hastalık mevcutken, 58'inde (%69,9) eşlik eden diğer bir fiziksel

hastalık saptanmamıştır. Hastalar eşlik eden fiziksel hastalıklara göre iki gruba ayrıldığında 38'inin (%45,8) eşlik eden fiziksel bir hastalığı olmadığı ve 45'inin (%54,2) eşlik eden en az bir fiziksel hastalığı olduğu tespit edildi (Tablo 16).

**Tablo 16.** Görüşmeye alınan erkek hastaların fiziksel hastalık ve BKİ verileri ve bunların CİB ile karşılaştırılması

	CİB(+) (n=44)		CİB(-) (n=39)		p
	Oran	Sayı	Oran	Sayı	
<b>Fiziksel hastalık grupları</b>					0,298
En az 1 tane var	%46,7	21	%53,3	24	
Yok	%60,5	23	%39,5	15	
<b>Kardiyopulmoner</b>					0,281
Var	%41,7	10	%58,3	14	
Yok	%57,6	34	%42,4	25	
<b>Nörolojik</b>					0,662
Var	%40	2	%60	3	
Yok	%53,8	42	%46,2	36	
<b>Enfeksiyon</b>					0,244
Var	%100	3	%0	0	
Yok	%51,2	41	%48,8	39	
<b>Diğer</b>					0,283
Var	%36	9	%64	16	
Yok	%60,3	35	%39,7	23	
<b>BKİ grupları</b>					0,584
25 kg/m <sup>2</sup> altı	%43,7	7	%56,3	9	
25 kg/m <sup>2</sup> ve üzeri	%55,2	37	%44,8	30	
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Ortalama</b>		<b>Standart Sapma</b>		
	28,4		±4,2		

Hastaların 59'u (%71,1) son 6 ay içinde psikiyatrik ilaç kullanımı bildirirken 24'ü (%28,9) psikiyatrik ilaç kullanımı bildirmemiştir.

Hastaların son 6 ay içerisinde kullandıkları psikiyatrik ilaç gruplarına bakıldığında: 22'si (%26,5) antipsikotik kullandığını bildirirken 61'i (%73,5) antipsikotik kullanımı bildirmemiştir; 3'ü (%3,6) anksiyolitik kullanımı bildirirken



80'ni (%96,4) anksiyolitik kullanımı bildirmemiştir; 46'sı (%55,4) antidepresan kullanımı bildirirken 37'si (%44,6) antidepresan kullanımı bildirmemiştir; 5'i (%6) duygudurum düzenleyicisi kullanımı bildirirken 78'si (%94) duygudurum düzenleyicisi kullanımı bildirmemiştir (Tablo 17).

**Tablo 17.** Görüşmeye alınan erkek hastaların son 6 ay içinde psikiyatrik ilaç kullanımı ve psikiyatrik ilaç grup verileri ve bunların CİB ile karşılaştırılması

	CİB(+)(n=44)		CİB (-) (n=39)		p
	Oran	Sayı	Oran	Sayı	
<b>6 ay içinde psikiyatrik ilaç kullanımı</b>					0,706
Var	%50,8	30	%49,2	29	
Yok	%58,3	14	%41,7	10	
<b>Antipsikotik</b>					0,360
Var	%63,6	14	%36,4	8	
Yok	%49,2	30	%50,8	31	
<b>Anksiyolitik</b>					1,000
Var	%66,7	2	%33,3	1	
Yok	%52,5	42	%47,5	38	
<b>Antidepresan</b>					1,000
Var	%52,2	24	%47,8	22	
Yok	%54,1	20	%45,9	17	
<b>Duygudurum düzenleyici</b>					1,000
Var	%60	3	%40	2	
Yok	%52,6	41	%47,4	37	

Hastaların 21'i (%25,3) herhangi bir doktor tarafından daha önce kendilerine cinsellikle ilgili bir soru yöneltildiğini, 62'si (%74,7) daha önce bir doktor tarafından kendilerine cinsellikle ilgili bir soru yöneltilmediğini bildirmiştir. Hastaların 34'ü (%41) daha önce herhangi bir doktora cinsellik ile ilgili bir yakınma ilettiklerini bildirirken 49'u (%59) daha önce herhangi bir doktora cinsellik ile ilgili bir yakınma iletmediklerini bildirmiştir (Tablo 18).

**Tablo 18.** Görüşmeye alınan erkek hastaların doktor tarafından cinsel soru yöneltilme ve daha önce doktora cinsel yakınma bildirme durumlarının CİB ile karşılaştırılması

	CİB(+) (n=44)		CİB (-) (n=39)		p
	Oran	Sayı	Oran	Sayı	
<b>Daha önce cinsel soru yöneltilme</b>					0,231
Var	%66,7	14	%33,3	7	
Yok	%48,4	30	%51,6	32	
<b>Daha önce cinsel yakınma bildirme</b>					0,509
Var	%58,8	20	%41,2	14	
Yok	%49	24	%51	25	

#### 4. 2. 3. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

GRCDÖ standart puanlara dönüştürüldüğünde alt boyutlar puanlarının ve toplam puanın ortalamaları şöyledir: sıklık  $6,7 \pm 2,2$ , iletişim  $5,5 \pm 2,9$ , doyum  $3,1 \pm 2$ , kaçınma  $2,4 \pm 1,8$ , dokunma  $1,8 \pm 1,8$ , empotans  $4 \pm 2$ , erken boşalma  $3,8 \pm 2,4$  ve toplam  $4,3 \pm 2,1$ . Ölçeğin toplam standart puanlarına göre cinsel işlev bozukluğu 42 kişide (%50,6) bulundu. Ölçeğin alt başlıklarına göre sorun bulunan kişi sayısı yüksek bulunma sırasıyla şöyledir: sıklık 68 kişi (%81,9), iletişim 58 kişi (% 69,9), empotans 42 kişi (%50,6), erken boşalma 31 kişi (%37,3), doyum 18 kişi (%21,7), kaçınma 17 kişi (%20,5), dokunma 11 kişi (%13,3) (Tablo 19).

**Tablo 19.** Erkek hastaların GRCDÖ alt boyut ve toplam ortalama standart puanları ve bu puanlara göre sorun bildiren hastaların oran ve sayısı

	<b>Ortalama</b>	<b>Oran</b>	<b>Sayı</b>
<b>Sıklık</b>	6,7±2,2	%81,9	68
<b>İletişim</b>	5,5±2,9	%69,9	58
<b>Empotans</b>	4±2	%50,6	42
<b>Erken boşalma</b>	3,8±2,4	%37,3	31
<b>Doyum</b>	3,1±2	%21,7	18
<b>Kaçınma</b>	2,4±1,8	%20,5	17
<b>Dokunma</b>	1,8±1,8	%13,3	11
<b>Toplam</b>	4,3±2,1	%50,6	42

#### 4. 2. 4. SCID-I Tanılarının Değerlendirilmesi

Hastaların SCID-I tanıları 83 hastadan herhangi bir tanı almayan 5 (%6) hasta, 1 tane tanı alan 74 (%89,2) hasta ve 2 tane tanı alan 4 (%4,8) hasta saptanmıştır. 2'sinde (%2,4) BAB, 24'ünde (%28,9) depresif bozukluk, 9'unda (%10,8) şizofreni spektrum bozukluğu, 34'ünde (%41) anksiyete bozukluğu, 7'sinde (%8,4) somatoform bozukluk ve 5'inde (%6) madde kullanımı ile ilişkili bozukluk saptanmıştır (Tablo 20).

**Tablo 20.** Erkek hastaların SCID-I tanıları

	<b>Oran</b>	<b>Sayı</b>
<b>SCID-I tanısı almayan</b>	%6	5
<b>1 tane SCID-I tanısı olan</b>	%89,2	74
<b>2 tane SCID-I tanısı olan</b>	%4,8	4
<b>BAB</b>	%2,4	2
<b>Depresif bozukluk</b>	%28,9	24
<b>Şizofreni spektrum bozukluğu</b>	%10,8	9
<b>Anksiyete bozukluğu</b>	%41	34
<b>Somatoform bozukluk</b>	%8,4	7
<b>Madde kullanımı ile ilişkili bozukluk</b>	%6	5

#### 4. 2. 5. Cinsel İşlev Bozukluğu ve Cinsel İşlev Bozukluğu Alt Tanılarının Değerlendirilmesi

Hastaların 44'ünde (%53) DSM-V 'e göre en az bir CİB tanısı saptanmıştır.

Hastaların 15'inde (%18,1) erken boşalma, 6'sında (%7,2) sertleşme bozukluğu, 1'inde (%1,2) geç boşalma, 7'sinde (%8,4) düşük cinsel istek bozukluğu, 23'ünde (%27,7) madde/ilaç kullanımına bağlı CİB saptanmıştır. Hiçbir hastada tanımlanmış diğer bir CİB ve tanımlanmamış CİB saptanmamıştır.

Erken boşalma saptanan 15 hastanın 4'ünde (%26,7) yaşam boyu ve 11'inde (%73,3) edinsel; 12'sinde (%80) yaygın ve 3'ünde (%20) durumsal; 6'sında (%40) ağır olmayan, 7'sinde (%46,7) orta derecede ve 2'sinde (%13,3) ağır şiddette olarak belirlenmiştir.

Sertleşme bozukluğu saptanan 6 hastanın 6'sında (%100) edinsel; 6'sında (%100) durumsal; 1'inde (%16,7) ağır olmayan, 2'sinde (%33,3) orta derecede ve 3'ünde (%50) ağır şiddette olarak belirlenmiştir.

Geç boşalma saptanan 1 hastada bu bozukluk edinsel, durumsal ve orta şiddette olarak belirlenmiştir.

Düşük cinsel istek bozukluğu saptanan 7 hastanın (%8,4) 7'sinde de (%100) edinsel; 6'sında (%85,7) yaygın ve 1'inde (%14,3) durumsal; 2'sinde (%28,6) ağır olmayan, 3'ünde (%42,9) orta derecede ve 2'sinde (%28,6) ağır şiddette olarak belirlenmiştir.

Madde/ilaç kullanımının yol açtığı CİB 23 hastada (%27,7) saptanmıştır. 19 hastanın hepsinde bozukluğun ilaç kullanımı sonrasında başladığı; 7'sinde (%36,8) orta derecede ve 12'sinde (%63,2) ağır şiddette olarak belirlenmiştir. 4 hastanın hepsinde bozukluğun yoksunluk sırasında başladığı; 3'ünde (%75) orta derecede ve 1'inde (%25) ağır şiddette olarak belirlenmiştir (Tablo 21).

**Tablo 21.** Erkek hastaların klinik olarak saptanan CİB ve CİB alt tanıları

	<b>Oran</b>	<b>Sayı</b>
<b>En az bir CİB tanısı alan</b>	%53	44
<b>Erken boşalma</b>	%18,1	15
<b>Sertleşme bozukluğu</b>	%7,2	6
<b>Geç boşalma</b>	%1,2	1
<b>Düşük cinsel istek bozukluğu</b>	%8,4	7
<b>Madde/ilaç kullanımına bağlı CİB</b>	%27,7	23

#### **4. 2. 6. Cinsel İşlev Bozukluğu Tanısı ile Sosyodemografik Verilerin İlişkisi**

Sosyodemografik veriler ile CİB tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Fiziksel hastalıklar ile de CİB arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak ilişki saptanmadı (Tablo 22).

**Tablo 22.** Görüşmeye alınan erkek hastaların sosyodemografik özelliklerinin CİB ile karşılaştırılması

	CİB(+) (n=44)		CİB (-) (n=39)		p
	Oran	Sayı	Oran	Sayı	
<b>Yaş grupları</b>					0,062
45 yaş ve altı	%64,3	27	%35,7	15	
45 yaş üzeri	%41,5	17	%58,5	24	
<b>Eğitim grupları</b>					1,000
Lise altı	%53,5	23	%46,5	20	
Lise ve üzeri	%52,5	21	%47,5	19	
<b>Çalışma durumu</b>					0,532
Çalışan	%56,4	31	%43,6	24	
Çalışmayan	%46,4	13	%53,6	15	
<b>Gelir grupları</b>					1,000
Gelirsiz ve asgari ücretli	%53,8	7	%46,2	6	
Asgari ücret üzeri	%52,9	37	%47,1	33	
<b>Sigara kullanımı</b>					0,079
Var	%65,7	23	%34,3	12	
Yok	%43,7	21	%56,3	27	
<b>Alkol kullanımı</b>					1,000
Var	%57,1	4	%42,9	3	
Yok	%52,6	40	%47,4	36	
<b>Uyuşturucu madde kullanımı</b>					1,000
Var	%100	1	%0	0	
Yok	%52,4	43	%47,6	39	
<b>Evlenme şekli</b>					0,508
Görücü usulü	%46,9	15	%53,1	17	
Anlaşarak	%56,9	29	%43,1	22	
<b>Evlilik yaşı grupları</b>					0,177
25 yaş ve altı	%46	23	%54	27	
25 yaş üzeri	%63,6	21	%36,4	12	
<b>Evlilik süresi grupları</b>					0,437
20 yıl altı	%58,5	24	%41,5	17	
20 yıl ve üzeri	%47,6	20	%52,4	22	
<b>Çocuk</b>					0,181
Var	%53,2	42	%46,8	37	

Yok	%50	2	%50	2	
<b>Çocuk sayısı</b>					0,736
3'ten az	%56,1	23	%43,9	18	
3 ve üzeri	%50	21	%50	21	
<b>Cinsel travma</b>					0,496
Var	%100	2	%0	0	
Yok	%51,9	42	%48,1	39	

#### 4. 2. 7. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Puanları ile Cinsel İşlev Bozukluğu İlişkisi

Erkek hastaların GRCDÖ boyutlarından: sıklık alanında sorun bildirenlerin %52,9'una; iletişim alanında sorun bildirenlerin %46,6'sına; doyum alanında sorun bildirenlerin %72,2'sine, kaçınma alanında sorun bildirenlerin %70,6'sına; dokunma alanında sorun bildirenlerin %63,6'sına; empotans alanında sorun bildirenlerin %59,5'ine; erken boşalma alanında sorun bildirenlerin %71'ine ve toplam puana göre sorun bildirenlerin 64,3'üne klinik olarak CİB tanısı konulmuştur.

GRCDÖ alt boyutlarından erken boşalma puanına göre sorun bildirenlerde bildirmeyenlere göre klinik olarak konulan CİB tanısı ile anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p=0,021$ ). Ölçeğin diğer alt boyutları olan empotans ( $p=0,326$ ), sıklık ( $p=1,000$ ), iletişim ( $p=0,120$ ), kaçınma ( $p=0,175$ ), dokunma ( $p=0,664$ ), doyum ( $p=0,114$ ) ve toplam ( $p=0,062$ ) puanlarına göre sorun bildirimi ile klinik olarak konulan CİB tanısı arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 23).

**Tablo 23.** GRCDÖ alt boyut ve toplam puanlarına göre sorun bildiren erkek hastaların klinik CİB tanısı almalarına göre oran ve sayısı ile bu hastaların CİB varlığına göre karşılaştırılması

	CİB (+) (n=44)		CİB(-) (n=39)		p
	Oran	Sayı	Oran	Sayı	
<b>Sıklık</b>					1,000
Sorun var	%52,9	36	%47,1	32	
Sorun yok	%53,3	8	%46,7	7	
<b>İletişim</b>					0,120
Sorun var	%46,6	27	%53,4	31	
Sorun yok	%68	17	%32	8	
<b>Empotans</b>					0,326
Sorun var	%59,5	25	%40,5	17	
Sorun yok	%46,3	19	%53,7	22	
<b>Erken boşalma</b>					<b>0,021</b>
Sorun var	%71	22	%29	9	
Sorun yok	%42,3	22	%57,7	30	
<b>Doyum</b>					0,114
Sorun var	%72,2	13	%27,8	5	
Sorun yok	%47,7	31	%52,3	34	
<b>Kaçınma</b>					0,175
Sorun var	%70,6	12	%29,4	5	
Sorun yok	%48,5	32	%51,5	34	
<b>Dokunma</b>					0,664
Sorun var	%63,6	7	%36,4	4	
Sorun yok	%51,4	37	%48,6	35	
<b>Toplam</b>					0,062
Sorun var	%64,3	27	%35,7	15	
Sorun yok	%41,5	17	%58,5	24	

#### 4. 2. 8. Cinsel İşlev Bozukluğu Tanısı ile SCID-I Tanılarının İlişkisi

SCID-I tanıları ile CİB tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 24).



**Tablo 24.** Erkek hastaların SCID-I tanılarının CİB ile karşılaştırılması

	CİB (+) (n=44)		CİB (-) (n=39)		p
	Oran	Sayı	Oran	Sayı	
<b>BAB</b>					0,496
Var	%100	2	%0	0	
Yok	%51,9	42	%48,1	39	
<b>Depresif bozukluk</b>					1,000
Var	%54,2	13	%45,8	11	
Yok	%52,5	31	%47,5	28	
<b>Şizofreni spektrum bozukluğu</b>					0,163
Var	%77,8	7	%22,2	2	
Yok	%50	37	%50	37	
<b>Anksiyete</b>					0,259
Var	%44,1	15	%55,9	19	
Yok	%59,2	29	%40,8	20	
<b>Somatoform</b>					0,701
Var	%42,9	3	%57,1	4	
Yok	%53,9	41	%46,1	35	
<b>Madde kullanımı ile ilişkili bozukluk</b>					0,364
Var	%80	4	%20	1	
Yok	%51,3	40	%48,7	38	

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi psikiyatri polikliniğine 1 Aralık 2013-30 Haziran 2014 tarihleri arasında ayaktan başvuran hastalarda CİB sıklığı araştırılmıştır.

Tartışmada, öncelikle sosyodemografik veriler kadınlar ve erkekler için tartışıldıktan sonra, CİB ve CİB alt tanıları önce kadınlar daha sonra da erkekler için tartışılacaktır.

Çalışmamızda, görüşmeye katılan kadınların yaş ortalaması  $38,4\pm 9,2$  (minimum=21, maksimum=63) yıl olarak bulundu. Görüşmeye katılan kadınların %50'sinin yaşı 38 ve altında iken %50'sinin yaşı 38 üzerinde saptandı. Çalışmamızda 38 yaş üzerinde olanlarda olmayanlara göre CİB anlamlı olarak daha fazla bulundu. Çalışmamızda olduğu gibi yaş ile CİB arasında ilişki olduğu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur. Çayan ve arkadaşlarının (2004) 18-66 yaş arası cinsel aktif 179 kadında yaptığı klinik çalışmada yaş ortalamasını  $40,3\pm 11,7$  yıl olarak saptamış ve CİB'in yaş ile arasında ilişki olduğunu, CİB yaygınlığının (%46,9) yaşla birlikte arttığını saptamışlardır (41). Yaşın kadın CİB üzerine etkisi olan en önemli faktör olarak tanımlanmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte doku ve organlardaki işlevsel kapasitenin azalması, doğum sayısının artması ve hormonal değişiklikler genç yaştakilerle karşılaştırıldığında ileri yaştaki kadınlarda CİB'nun ortaya çıkışına neden olabilmektedir (101). Literatür kadın CİB sıklığının yaşla birlikte arttığını ortaya koymaktadır (29, 41, 102-105).

Görüşmeye katılan erkeklerin yaş ortalaması  $46,3\pm 10$  (minimum=26, maksimum=64) yıl olarak bulundu. Görüşmeye katılan erkeklerin %50,6'sının yaşı 45 ve altında iken %49,4'ünün yaşı 45 üzerinde saptandı. Çalışmamızda yaş grupları ile CİB tanısı arasında anlamlı ilişki saptanmadı. ABD'de 40-70 yaş arasındaki erkeklerin %52'sinde CİB bulunduğu bildirilmiştir (106). Kinsey ve arkadaşları (1948) CİB'in yaşa bağlı bir hastalık olduğunu ve yaş arttıkça yaygınlığının dramatik olarak yükseldiğini bildirmişlerdir (107). Sertleşme gücünün yaşla arttığı birçok çalışma ile tespit edilmiştir (4, 50, 64, 106, 108-111). Bu durum yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler, hastalıklar ve ilaç kullanım oranının artmasıyla açıklanabilir. Erken boşalma oranının yaşla arttığını, azaldığını veya değişmediğini gösteren

çalışmalar vardır (4, 112-115). Çalışmamızda CİB ile yaş grupları arasında ilişki saptanmamasının nedeni görüşmeye alınan hastaların yaş ortalamasının yüksek olmasından, yaş dağılımlarının homojen olmamasından ve örneklem sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Görüşmeye alınan kadınların eğitim durumlarına bakıldığında %1,7'si okuryazar, %43'ü ilkokul mezunu, %13,4'ü ortaokul mezunu, %29,7'si lise mezunu, %12,2'si üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Hastalar eğitim durumlarına göre iki gruba ayrıldığında %44,8'i ilkokul ve altında ve %55,2'si ilkokul üzerinde eğitim gördüğü saptanmıştır, ancak çalışmamızda bu gruplar ile CİB tanısı arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Güvel ve arkadaşlarının (2003) çalışmalarında, çalışmamızda olduğu gibi, eğitim düzeyi ile CİB arasında ilişkili bulunmamıştır (116). Laumann ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında özellikle lise mezuniyetinden daha az eğitim düzeyine sahip kadınlarda CİB'lerin daha çok ortaya çıktığı görülmektedir (4). Ülkemizde Aslan (2008) ve Çayan'ın (2004) çalışmalarında eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda CİB'in daha sık görüldüğü rapor etmişlerdir (41, 102). Nijerya'da yapılan bir çalışmada ise eğitim düzeyi yüksek olanlarda CİB daha fazla bulunmuştur (32). Bizim çalışmamızda eğitim grupları ile CİB arasında ilişki bulunmayışının nedeni örneklem sayısının yetersiz olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Görüşmeye alınan erkeklerin eğitim durumlarına bakıldığında %1,2'si okuryazar, %28,9'u ilkokul mezunu, %21,7'si ortaokul mezunu, %24,1'nin lise mezunu, %24,1'i üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Hastalar eğitim durumlarına göre iki gruba ayrıldığında %51,8'inin lise altı seviyede eğitim gördüğü ve %48,2'sinin lise ve üzerinde eğitim gördüğü saptanmıştır, ancak çalışmamızda bu gruplar ile CİB tanısı arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Akkuş ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi azaldıkça sertleşme bozukluğu yaygınlığının arttığı saptanmıştır (64). Nicolosi ve arkadaşlarının (2003) Brezilya, İtalya, Japonya ve Malezya'yı içeren 40-70 yaş arası erkeğin katıldığı bir çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça sertleşme bozukluğu yaygınlığının azaldığı bulunmuştur (117). Benzer bulgu ülkemizde Manisa il merkezinde yürütülen bir çalışmada saptanmıştır (118). Erken boşalma ile eğitim seviyesi ilişkisine bakıldığında ise bir çalışmada eğitim seviyesi artışı ile erken boşalma oranında azalma, bir çalışmada artış saptanmıştır (4, 50). Çalışmamızda eğitim grupları ile

CİB arasında anlamlı ilişki bulunmayışı örneklem sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda kadın hastalar sahip oldukları çocuk sayısına değerlendirildiğinde %67,4'ünün üçten az sayıda çocuk sahibi olduğu ve %32,6'sının üç ve üzerinde çocuk sahibi olduğu tespit edildi. Çocuk sayısı üç ve üzerinde olanlarda üçün altında olanlara göre CİB anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Yapılan çalışmalarda çok doğum yapma ile CİB arasında çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Çayan ve arkadaşları (2004) çok doğum yapmış olma ile CİB arasında pozitif korelasyon olduğunu bildirirken, Oniz ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (41, 74). Bizim bulgumuz da Çayan ve arkadaşlarının çalışmasına benzer bir bulgudur. Çocuk sayısı artışı dolaylı olarak kişinin yaşı ile bağlantılı bir faktördür ve ilerleyen yaş ile cinsel sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Çalışmamızda erkek hastalar çocuk sayısına göre değerlendirildiğinde %49,4'ünün üçten az sayıda çocuk sahibi olduğu ve %50,6'sının üç ve üzerinde çocuğu olduğu belirlendi. Erkek hastalarda çocuk sayısı grupları ile CİB arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Call ve arkadaşları (1995), yaptıkları bir çalışmada küçük çocuk varlığının cinsel ilişki sıklığını azalttığını bildirmiştir (119). Yılmaz (2007), Konya'da yürüttüğü tez çalışmasında erkeklerde çocuk sayısı artışı ile cinsel ilişki sıklığı ve cinsel iletişimin azaldığını bildirmiştir (120). Çalışmamızda çocuk sayısı ile CİB arasında ilişki bulunmamasının nedeni hasta sayımızın az olması ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda hem kadın hem de erkek hastalarda BKİ ile CİB arasında ilişki saptanmamıştır. Bu ilişkiye dair çelişkili sonuçlar olmasına rağmen (121, 122), bazı çalışmalarda yüksek BKİ olan kadınlarda daha fazla CİB'ler bildiren çalışmalar da vardır (123, 124). Esposito ve arkadaşları (2007) BKİ ile uyarılma, ıslanma, orgazm ve doyum arasında negatif korelasyon olduğunu bildirmişlerdir (124). Bajos ve arkadaşları (2010) obez kadınlarda yaptıkları çalışmada BKİ ile CİB arasında ilişki bildirmemiştir (121). Bu çalışmalarda karıştırıcı faktörler kontrol edilmemiştir. Karadağ ve arkadaşları 2014'te ülkemizde 2081 kadın ve 2081 erkek katılımcı ile yürüttükleri çalışmada BKİ'nin artması ile cinsel sorunların arttığını bildirilmişlerdir. Yine bu çalışmada BKİ'ndeki artışın her iki cinste de azalmış cinsel istek ile ilişkili

olduğu, yine bu artışın erkeklerde sertleşme bozukluğu ile ve kadınlarda ise cinsel ilgi azalması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ancak bu çalışmada her iki cinste de değişkenler kontrol edildikten sonra BKİ'nin cinsel sorunlarla ilişkisi görülmemiştir (125). Karadağ ve Bajos'un çalışmalarında olduğu gibi bizim çalışmamızda da BKİ ile CİB arasında ilişki saptanmadı. Çalışmamızda DSM-V tanı kriterlerine göre CİB tanısı konulurken karıştırıcı faktörler olabilecek, diğer ruhsal bozukluklar ve fiziksel hastalıkların dışlanması ve örneklem sayımızın küçük oluşu da bu duruma neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda kadınlarda eşlik eden en az bir fiziksel bir hastalık varlığında eşlik etmemesine göre CİB anlamlı olarak yüksek bulundu. Birçok tıbbi durum cinsel işlevi etkilemektedir. Nörolojik bozukluklar (örn. multipl skleroz, omurilik lezyonu, nöropati, temporal lob lezyonları), endokrin durumları (diabetes mellitus, hipotiroidizm, hiper ve hipoadrenokortisizm, hiperprolaktinemi gibi), damarsal ve genitoüriner durumlar (genital yaralanma ya da enfeksiyon, atrofik vajinit, vajina ve dış genital organların enfeksiyonu, sistit, endometriyozis, pelvik enfeksiyonlar, kanserler gibi) genel tıbbi durumlar CİB'lere neden olabilmektedir.

Çalışmamızda kadınların %16,3'ünde en az bir kardiyopulmoner hastalık olduğu tespit edilmiş olup, çalışmamızda eşlik eden herhangi bir kardiyopulmoner hastalık olması durumunda kardiyopulmoner hastalık eşlik etmemesi durumuna göre CİB anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Kronik kalp hastalığı bulunan kadınların %87'sinden fazlasının CİB'e maruz kaldığı tahmin edilmektedir (126). Kütmeç, 2008 yılında esansiyel hipertansiyonu olan kadınların cinsel sorunlarını değerlendirdiği tez çalışmasında hipertansif kadınların %90,1'inde, kontrol grubu olan sağlıklı kadınların %41,1'inde CİB tespit etmiştir (127). Yıldız, 2008 yılında yaptığı tez çalışmasında diyabetik kadınlarda CİB'i %54,4 olarak bulmuştur (128). Karakaya, hemodiyalize giren hastalarda CİB'i değerlendirdiği 2006 yılında yaptığı tez çalışmasında CİB'i %64,5 olarak tespit etmiştir (129). Tarhan ve arkadaşlarının (2012) multiple skleroz tanılı hastalarda KCİİ kullanarak yaptığı bir çalışmada %57,6'sında CİB saptamıştır (130). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olacak şekilde kardiyopulmoner hastalık ile CİB arasında ilişki saptanmıştır. Ancak diğer fiziksel hastalık grupları ile CİB arasında ilişki saptanmamış olup, bu durum DSM-V tanı

kriterlerine göre CİB'in diğer sağlık sorunları ile açıklanmaması gerekliliğinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda erkeklerde eşlik eden fiziksel hastalıklarla CİB arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kocagöz, 2008 yılında sağlıklı kontroller ile psikiyatri, üroloji, kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerinden alınan kadın ve erkek katılımcılarla yürüttüğü çalışmada CİB olanlarda, kontrol grubuna göre sistemik hastalık birlikteliğini belirgin olarak yüksek bulmuştur (131). Ülkemizde başka bir çalışmada 100 diabetes mellituslu hastanın depresyon ve CİB ilişkisinin araştırılmış ve diabetik erkeklerin diabetik kadınlara göre daha yüksek oranda cinsel sorunu olduğu görülmüştür (132). Türk Androloji Derneği tarafından yapılan bir çalışmada myokardiyal enfarktüs geçiren erkek hastaların %44'ünde sertleşme bozukluğu saptanmıştır ve bunun organik nedenleri arasında %53 oranında arteriyel hastalık bulunduğu ortaya konmuştur (133). KOAH (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı) tanılı, 45-80 yaş arasındaki 41 erkek hastada USİİ kullanılarak yürütülen bir çalışmada KOAH'ta sertleşme bozukluğunun sık görüldüğü ve solunum fonksiyonları ve hipoksemi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (134). Tarhan ve arkadaşlarının (2012) multiple skleroz tanılı hastalarda USİİ'ni kullanarak yaptığı bir çalışmada %64'ünde CİB saptamıştır (130). Çalışmamızda fiziksel hastalık grupları ile CİB arasında ilişki saptanmamasının nedeni, örneklem sayısının az olmasından ve DSM-V tanı kriterlerine göre CİB'in diğer sağlık sorunları ile açıklanmaması gerekliliğinden olabilir.

Çalışmamızda evlilik süresi 15 yıl ve üzerinde olan kadınlarda evlilik süresi 15 yılın altında olanlara göre CİB tanısı anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Çayan ve arkadaşları (2004) evlilik süresinin CİB görülme sıklığını etkilemediğini saptamışlardır (41). Çalışmamızdaki bulguyu destekleyen, evlilik süresi uzadıkça CİB sıklığının arttığını gösteren araştırma sonuçları da vardır (116, 135). Özerdoğan ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada evlilik süresi arttıkça CİB görülme oranının anlamlı şekilde artmakta olduğu bildirilmiştir (136). Oniz ve arkadaşları (2007) 11 yıldan daha uzun evliliklerde anlamlı derecede yüksek cinsel sorunların olduğunu bildirmiştir (74). Çalışmamızda da olduğu gibi, evlilik süresinin artması yaşın da artmasıyla beraber olduğu için cinsel sorunlara neden olabilir.

Çalışmamızda erkeklerde evlilik süresi grupları ile CİB tanısı anlamlı ilişki saptanmadı. Yılmaz (2007), Konya'da GRCDÖ kullanarak yürüttüğü tez çalışmasında evlilik süresi artışı ile cinsel ilişki sıklığı, cinsel iletişim, cinsel doyum ve bedensel temasta azalma olduğunu bildirmiştir (120). Afyonkarahisar'da GRCDÖ kullanılarak yürütülen bir tez çalışmasında evlilik süresi arttıkça GRCDÖ alt boyutlarından sıklık sorununun arttığı bildirilmiştir (65). Çalışmamızda hasta sayısının az olması ve öz-bildirim ölçekleri yerine klinik tanıya yer vermemiz evlilik süresi ile CİB arasında ilişki saptanmamasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda kadın hastaların %54,1'ine depresif bozukluk tanısı konulmuştur. Depresif bozukluk tanısı alanlarda depresif bozukluk tanısı almayanlara göre CİB tanısı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Çalışmamızdaki bulguya uygun olarak CİB'nun depresif bozukluklarla ilişkisi gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur. Genel toplumla kıyaslandığında depresyon hastalarında daha yüksek oranda CİB görüldüğü ile ilgili yaygın bir fikir birliği vardır (6, 137). İsviçre'de yapılan bir çalışmada, genel toplumda CİB sıklığı %24 olarak bulunmuşken, depresyon hastalarında bu oran %50 olarak saptanmıştır (6). Psikiyatri kliniklerinde CİB'in bir diğer önemli nedeni depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar olup, SSRI (Selektif Serotonin Re-uptake İntibitorü) ya da SNRI (Serotonin Noradralin Re-uptake İntibitorü) ile tedavi başlanan kadınların %32'sinde CİB bulunmuştur (138). Diğer SCID-I tanıları ile ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda erkeklerde CİB ile eşlik eden SCID-I tanıları arasında ilişki saptanmamıştır. Fransa'da 4557 depresyon hastası üzerinde gerçekleştirilen büyük ölçekli bir çalışmada hastaların kendileri tarafından bildirilen cinsel sorunların sıklığı %35 olarak bulunmuştur. Hekimin sorgulaması ile bu oran %69'a çıkmaktadır (76). Henüz tedavi almayan depresif erkeklerin %40'ında cinsel istek azlığı saptanmış, uyarılma alanının orgazm ve boşalma alanına göre daha sıklıkla etkilendiği, belirti oluşumunun depresyon şiddetiyle ilişkisi olmadığı saptanmıştır (27). 40-60 yaş arası CİB ile anksiyete ve depresyonun bağlantısallığını araştıran bir başka çalışmada, kontrol grubuna kıyasla her bir yalın psikopatolojinin CİB iki kat, komorbid durumların ise başta sertleşme bozukluğu olmak üzere CİB sıklığını üç kat artırdığı saptanmıştır (7). Çalışmamızda literatürden farklı olarak özellikle depresif bozukluk

ile CİB arasında ilişki tespit edilememesinin nedeni örneklemin küçük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda evlenme şekillerine bakıldığında: görücü usulü ile evlenme kadınlarda %46,5, erkeklerde %38,6; anlaşarak evlenme ise kadınlarda %53,5 ve erkeklerde %61,4 oranında saptanmıştır. Yılmaz ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında ise kadın ve erkek hastaların %33,6'sı anlaşarak ve %66,1'i görücü usulü ile evlendiklerini bildirmişlerdir (120). Nayir ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında kadınların %77,4'ü anlaşarak ve %22,6'sının görücü usulü ile; erkeklerin %79,9'unun anlaşarak ve %20,1'inin görücü usulü ile evlendiklerini bildirmişlerdir, yine bu çalışmada görücü usulü ile evlenenlerde anlaşarak evlenenlere göre daha fazla CİB saptanmıştır (66). Özerdoğan ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışma da bu çalışmanın bulgusunu desteklemektedir (136). Ancak çalışmamızda hem kadınlar hem de erkeklerde evlenme şekli ile CİB arasında ilişki saptanmamıştır. Karakaya ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise çalışmamızla benzer şekilde evlenme şekli ile CİB arasında ilişki saptanmamıştır (129).

Çalışmamızda cinsel bilgi kaynaklarına bakıldığında: kadın hastalarda en çok %43,6 oranında arkadaş, daha sonra %29,7 oranında diğer yanıtı verilirken; erkek hastalarda ilk sırada kadınlarda olduğu gibi %60,3 oranında arkadaş ve daha sonra %27,7 oranında kitap-dergi yanıtı saptanmıştır. Konya'da yürütülen Yılmaz ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, çalışmamızda olduğu gibi, cinsel yönden bilgi edinme kaynakları sorusuna ilk sırada hem kadınlarda (%23,8) hem de erkeklerde (%41,7) arkadaş yanıtı alınmıştır (120). Uğuz ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında erkeklerin çoğunluğu cinsel bilgilerini pornografik yayın ve filmlerden edinirken, kızlar bu bilgilerini büyük oranda arkadaşlarından edindiklerini ifade etmişlerdir (139). Yaşan ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında en fazla bilgi edinme kaynağı kitap-televizyon, ilk cinsel bilgi kaynağı en az okul bulunmuştur (140). Polat ve arkadaşlarının (2001) tıp fakültesi 1. sınıf öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin cinsellik hakkındaki önemli bilgi kaynaklarını televizyon-video-bilgisayar (%57,4), gazete-dergi (%55,4) ve kitaplar (%35,6) olarak bildirmişlerdir (141). Edirne il merkezinde yürütülen çalışmada cinsel bilgi edinme durumlarına bakıldığında, kadınlarda ve erkeklerde ilk sırada kitap-dergi, ikinci sırada ise arkadaş yanıtı yer almıştır (66). CETAD araştırmasında Türk toplumu cinsel sorunlarının



kaynağı olarak %62 ile en yüksek oranda “eğitimsizlik ve bilgisizliği” görmektedir. Yine “toplumun cinselliğe yaklaşımı”, ”önyargılar/tabular”, “gelenek ve görenekler” şıklarını işaretleyenlerin toplam oranı %40'lara varmakta ve toplumun yaşadığı cinsel sorunların en önemli ikinci kaynağını oluşturmaktadırlar. Stres ve psikolojik nedenler ise üçüncü sırayı paylaşmaktadır (20). Bu çalışmalarda ve çalışmamızda görülmektedir ki ülkemizde oldukça sık görülen cinsel sorunlar ve cinsellik ile ilgili toplumumuz yeterli bilgiye sahip değildir, yanlış bilgilendirilmektedir. Böylece cinsel mitler denilen kişileri cinsel konularda doğru olduklarını düşündükleri, çoğu zaman abartılı, yanlış ve bilimsel değeri bulunmayan inançlar ortaya çıkabilmektedir.

Çalışmamızda herhangi bir doktor tarafından hastalara cinsellik ile ilgili bir soru yöneltmelerine bakıldığında; kadın hastalar %23,8 ve erkek hastalar ise %25,3 oranında kendilerine doktor tarafından cinsellik ile ilgili soru yöneltildiğini bildirmişlerdir. Daha önce herhangi bir doktora cinsellik ile ilgili yakınma bildirimine bakıldığında; kadın hastaların %28,5 ve erkek hastaların %41'i cinsel yakınma bildirmişlerdir. Bu iki bulgu değerlendirildiğinde cinselliğin konuşulmasında hem doktorun hem de hastanın çekincelerinin olduğu söylenebilir. Nayir ve arkadaşlarının Edirne ilindeki çalışmasında, cinsel sorunda danışmanlık hizmeti olarak her iki cinsten de yanıtlar sırasıyla doktor, eş ve arkadaş şeklinde verilmiştir (66). Bizim sonuçlarımız, çalışmamızda eğitim seviyesinin daha düşük olmasından, cinsel eğitim ve cinsel bilgi düzeylerindeki eksiklikten, kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmanın bulgularına göre taramaya alınan 369 kadın hastanın 275'inde (%74,5) olası bir CİB varlığını düşündüren yanıtlar saptanmıştır. Bu 275 hastanın 172'si (%46,6) görüşmeye katılmayı kabul etmiştir ve bu kadınların 116'sında (%67,4) klinik olarak en az bir CİB tanısı saptanmıştır.

Çalışmamızda saptanan CİB yaygınlığı, New York'ta 18-59 yaş arası 1749 kadın ile yürütülen Birleşmiş Milletler Ulusal Sağlık ve Toplumsal Sağlık araştırmasından (%43) (4) ve İspanya'da 1969-2008 yılları arasındaki çalışmaları ile yapılan bir derleme çalışmasından (%40) (142) elde edilen oranlara göre daha yüksek bulunmuştur. Gelişmekte olan ülkelerden, Mısır'da klinik ve hastane tabanlı, 16-49 yaş arası 936 kadın ile yürütülen (%69) (33) ve Nijerya'da bir üniversite hastanesinin birçok kliniğinde üreme çağındaki 384 kadın ile yürütülen (%63) (32) çalışmalarla

benzer oranda bulunmuştur. Bununla beraber İran'da 20-60 yaş arası 2409 kadın ile yürütülen kohort çalışmasının (%31,5) (34) ve Malezya'da üç büyük hastanede 201 kadın hasta ile yapılan çalışmanın (%5,5) (68) sonuçlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Türkiye'de bu konuda kısıtlı sayıda çalışma vardır. Ankara'da KCIİ kullanılarak 18-55 yaş arası 518 kadın hastada %48,3 oranında CİB saptanmıştır (143). İzmir Karşıyaka'da Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezinde 19-51 yaş arası 115 kadın hastada GRCDÖ kullanılarak yapılan çalışmada CİB yaygınlığı %26,1 olarak tespit edilmiştir (74). Mersin'de KCIİ kullanılarak 18-66 yaş arası 179 kadın hastada yürütülen bir çalışmada %46,9 oranından CİB bildirilmiştir (41). Ülkemizde ve çeşitli ülkelerde CİB yaygınlığına ait oldukça farklı oranların bildirilmesinin nedenleri, cinselliği etkileyen birçok kültürel ve demografik özelliğin etkileri ve uygulanan farklı testler ile ilişkili olabilir (144). CİB'leri değerlendiren ölçeklerin öz-bildirim ölçekleri oluşu ve hastaların bu soruları yanlış anlamaları, çalışmamızda daha çok öz-bildirim ölçeklerinin kullanıldığı literatür bilgisine göre örneklem sayımızı belirlememiz farklı sonuçlara neden olmuş olabilir. Yine saha çalışmaları ile, çalışmamızda da olduğu gibi, polikliniklerde yürütülen çalışmalar karşılaştırıldığında farklı oranlar görülmektedir.

Çalışmamızda kadınlarda %45,9 oranında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu bulundu. Çeşitli çalışmalarda istek, uyarılma ve tiksinti bozukluklarını tam olarak ayırt edilemediğini belirtmek gereklidir (142). İlgi/uyarılma bozukluğu DSM-V'te yeni bir CİB tanısı olarak yer almakta ve bu nedenle sıklığı bilinmemektedir. Bu nedenle önceki tanı sınıflamaları doğrultusunda tartışılacaktır. Laumann ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada cinsel istek bozukluğunu kadınların %32'sini etkileyen en yaygın bozukluk olduğunu bildirmiştir (4). Çalışmamızda da en yaygın kadın CİB olarak cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu tespit edildi. Dennerstein ve arkadaşlarının (2006) Almanya, Birleşik Krallık, Fransa ve İtalya'dan 20-70 yaş arası 1356 kadının posta yoluyla katıldığı Kadınların Uluslararası Cinsellik ve Sağlık Araştırmasında (WISHeS) kadınların %29'unun cinsel istek bozukluğundan muzdarip olduğunu bildirmiştir (145). Ülke Geneline Kadın Sağlığı Çalışmasında (SWAN) farklı etnik topluluktan (Kafkas, İspanyol, Afro Amerikan, Çinli, Japon) 42-52 yaş arası (pre-menapozal veya erken menopozal) 2400 kadının %40'unda cinsel açıdan isteksiz ya da nadiren istekli bulunmuştur. Çinli kadınlar en az cinsel istek

bildirirken, onu da sırayla Japon, Kafkas, Afro Amerikan ve İspanyollar takip etmiştir (146). Cinsel uyarılma bozukluğu toplumun %15'ini etkilemektedir. 20-40 yaş arası Avusturyalı kadınlarda %20 oranında görülmekle birlikte 60-69 yaş aralığındaki kadınlarda sıklığı %70'in üzerindedir (53). Ülkemizde kadında cinsel istek azlığını ve cinsel uyarılma bozukluğunu değerlendirecek yeterli çalışma yoktur. Yıldırım ve arkadaşları (2011) CİB kliniğinde 196 kadın katılımcı ile yürüttükleri çalışmada %12,6 oranında azalmış cinsel istek ve %4 oranında uyarılma bozukluğu ile azalmış istek bildirmiştir (39). Ülkemizde cinsel isteksizlik ile hastaneye başvuru oranının %8-15 arasında değiştiği saptanmıştır. Diğer ülkelere göre ülkemizdeki bu farkın cinsel isteksizliğin az görülmesinden değil, bu nedenle doktora başvurunun az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda DSM-V'te yer alan şekli ile kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğunun önceki tanı sınıflamasındaki her iki tanıyı da içermesi ve örneklemin yaş ortalamasının yüksek olması nedeniyle %45,9 oranında tespit edilmesi şaşırtıcı değildir.

Çalışmamızda kadınlarda %9,3 oranında orgazm bozukluğu tespit edildi. Kadın orgazm sorunu yaygınlığı %10'dan %42 'ye kadar büyük ölçüde değişmektedir (47). Ernst ve arkadaşları (1993) İsviçre Zürih'te 21 yaş grubu kadınları 10 yıl boyunca izlemişlerdir. Çalışmayı tamamlayan 218 kadında anorgazmi yaygınlığını %7 olarak bildirmişlerdir (85). Çalışmamızda bulunan oran yapılan bu çalışmalara yakındır. Dunn ve arkadaşları (1998) İngiltere'de posta yoluyla yaptıkları çalışmada anorgazminin yaygınlığını %27 olarak bildirmişlerdir (114). Ülkemizde Çayan ve arkadaşları (2004) Mersin'de üniversite hastanesinde KCİİ kullanarak yaptıkları çalışmada 18-66 yaş arası 179 kadında orgazm sorunu yaşayanları %46 olarak bildirmişlerdir (41). Diyarbakır'da sağlık ocağına başvuran 18-43 yaş arası 150 kadın hastada GRCDÖ kullanılarak yapılan bir tez çalışmada %44,7 oranında orgazm sorunu bildirilmiştir (70). Ülkemizde bu konuda yeterli çalışma olmamakla birlikte kadınların orgazm olamama yakınması ile tedavi talepleri belirgin şekilde azdır. Çalışmamızda öz-bildirim ölçekleri ile sorun bildirimine yerine klinik tanıya yer verilmesi ülkemizdeki oranlara göre düşük oran tespit etmemize neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda kadınlarda %7,6 oranında cinsel organlarda- pelviste ağrı/içe girme bozukluğu saptandı. Danimarka'da 18-88 yaş arası kadınlarda yapılan bir

çalışmada vajinismusun nokta yaygınlığını %6,8 olarak bildirilmiştir (108). İsveç'te yapılan bir çalışmada ise 1 yıllık yaygınlık vajinismus için %1 olarak bildirilmiştir (111). Colson ve arkadaşları 2006 yılında Fransa'da 35 yaş üstü kadınlarda yaptıkları çalışmada vajinismus bildirenlerin oranını %6,3 olarak saptamışlardır (147). Ernst ve arkadaşları (1993) 10 yıllık izlem sonunda 30 yaş kadınlarda vajinismus ve ağırlı cinsel ilişkiyi %6 bildirilmiştir (85). Disparoninin görülme sıklığı %3-43 arasında tahmin edilmekte ve Kuzey Avrupa ülkelerinde ABD'ye kıyasla daha düşük oranlar verilmektedir. Asya ülkelerinde cinsel ağrı bozukluklarının sıklığı %10-15 arasında değişmekte ve Malezya'da birinci basamakta yapılan bir çalışmada %67,8 olarak bildirilmektedir (148). Ülkemizde Konya'da genel toplumda GRCDÖ kullanarak yapılan bir araştırmada vajinismus görülme sıklığı %15,3 olarak saptanmıştır (149). CİB polikliniklerinde yapılan araştırmalarda ise vajinismus sıklığı %62,2-75,9, disparoni sıklığı %3,7-36,8 arasında değişmektedir (38, 41, 150, 151). Ülkemizde Yıldırım ve arkadaşları (2011) CİB kliniğine başvuran kadınların %25,8'inde vajinismus ve %1'inde disparoni tanısı bildirmiştir (39). DSM-V'te yeni bir tanı kategorisi olarak yer alan cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu önceki tanı sınıflamasında vajinismus ve disparoni tanılarını içermektedir. Önceki tanı kategorileri ile her iki bozukluğu da kapsadığı düşünüldüğünde çalışmamızda bulduğumuz oran düşük görünmektedir. Ancak birçok çalışmanın aksine çalışmamızda öz-bildirim ölçekleri yerine klinik tanı konulmuş olması, çalışmanın özelleşmiş CİB polikliniğinde yürütülmemiş olması ve örneklem sayısının az olması düşük oran saptamamıza neden olabilir.

Yaygınlığı bilinmemekle birlikte çalışmamızda kadınlarda %12,2 oranında madde/ilaç kullanımının yol açtığı CİB saptandı. Çalışmamızda bu tanı ilgi/uyarılma bozukluğu tanısından sonra en sık görülen ikinci kadın CİB tanısı olarak tespit edildi. Çalışmamızda kadın katılımcıların hiçbiri alkol ya da madde kullanımı bildirmemiştir. Kadın katılımcılar son altı ay içinde %53,5 oranında antidepresan, %16,3 oranında antipsikotik, %4,7 oranında duygudurum düzenleyici ve %0,6 oranında anksiyolitik ilaç kullanımı bildirmişlerdir. En fazla antidepresan ilaç bildirmesi olması nedeniyle tartışma antidepresanlar ile yürütülen çalışmalar üzerinden yapılacaktır. Montejo ve arkadaşlarının (2001) antidepresan ilişkili CİB sıklığını inceledikleri kadın ve erkek katılımcılar ile çok merkezli ileriye dönük

çalışmada, kadınlarda erkeklerden daha şiddetli olmak üzere %56,9 oranında CİB bildirilmiştir (78). Zajecka ve arkadaşları (1997) Rush Cinsel Envanter Ölçeğini kullanarak 42 hasta üzerinde paroksetin, sertralin ve fluoksetin ile gerçekleştirilen bir çalışmada kadınların %57'sinde tedavi gerektirecek düzeyde CİB bildirmişlerdir. En fazla yakınma orgazm güçlüğüdür (152). Çeşitli antidepresanların CİB ile ilişkisinin incelendiği geniş ölçekli bir çalışma, Fransa'da gerçekleştirilmiş olan ELIXIR çalışmasıdır. SSRI ilaçları kullanan 1332 hastanın 989'unda (%74,2) CİB saptanmıştır (76). Kuloğlu ve arkadaşlarının (2000) psikiyatri kliniğinde kadın ve erkek toplam 300 hasta ile yürüttükleri bir çalışmada hastaların %32,7'sinde en az bir cinsel yan etki tespit etmişlerdir (153). Çalışmamızda daha düşük oran saptanmamızın nedeni cinsel sorunları ya da cinsel yan etkileri değerlendirmek yerine klinik tanıya yer vermemizden, örneklem sayımızın düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda kadınlarda %5,8 tanımlanmış diğer bir CİB tespit edildi. Yaygınlığı bilinmemektedir. DSM-V'te yer almayan cinsel tiksinti bozukluğu da bu kategoriye dahil edilmiştir. Hollanda'da 19-69 yaş arası 4147 katılımcının olduğu bir çalışmada %30'un üzerinde cinsel tiksinti deneyimi raporlanırken yaklaşık %4'ünün de cinsel tiksinti bozukluğu ölçütlerini karşıladığı bildirilmiştir (154). Başka bir çalışmada kadınların yaklaşık %4,5'inin cinsel tiksinti yaşadığı tespit edilmiştir (155). Çalışmamızda elde edilen oran bu çalışmalarla uyumlu görünse de, bu yeni tanı kategorisini cinsel tiksinti bozukluğunu kapsayan çalışmalarla karşılaştırmak doğru olmayabilir.

Çalışmamızda kadınlarda GRCDÖ toplam standart puanlarına göre sorun bildirimine göre %58,7 oranında CİB saptanırken, bu oran klinik tanı ile kabaca benzer olarak %67,6 olarak bulundu. DSM-V CİB alt tanılarından orgazm bozukluğu ve cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğuna dair saptanan oranlar sırasıyla %9,3 ve %7,6 olarak şeklindeydi. Bu iki bozukluğun GRCDÖ'deki karşılıkları olabilecek anorgazmi ve vajinismus alt boyutlarına ait standart puanlarına göre sorun bildirenlerin oranları ise sırasıyla %52,3 ve %38,4'tü. Bu farklılık ölçekte belirtilen yakınmaların kişide klinik açıdan önemli olmamasından kaynaklanıp, klinik tanıda daha düşük oranlar elde edilmesine bağlanabilir. Kadın hastaların GRCDÖ boyutlarından: sıklık alanında sorun bildirenlerin %72'sine; iletişim

alanında sorun bildirenlerin %72,4'üne; doyum alanında sorun bildirenlerin %68,2'sine, kaçınma alanında sorun bildirenlerin %76,2'sine; dokunma alanında sorun bildirenlerin %75,7'sine; vajinismus alanında sorun bildirenlerin %68,2'sine; anorgazmi alanında sorun bildirenlerin %77,8'ine ve toplam puana göre sorun bildirenlerin %80,2'sine klinik olarak CİB tanısı konulmuştur. Bu ölçeğin CİB'i saptamada belirgin klinik bir yararı olduğu yeniden gösterilmiştir.

Bu çalışmanın bulgularına göre taramaya alınan 232 erkek hastanın 145'inde (%62,5) olası bir CİB varlığını düşündüren yanıtlar saptanmıştır. Bu 145 hastanın 83'ü (%57,2) görüşmeye katılmayı kabul etmiştir ve bu erkeklerin 44'ünde (%53) klinik olarak en az bir CİB tanısı saptanmıştır.

Mevcut epidemiyolojik veriler erkek CİB'in Avrupa ve ABD'de %10 ile %52 arasında değişen oranlarda oldukça yaygın olduğunu göstermektedir (25, 30). Ulusal olasılık örnekleme yöntemi kullanılarak 18-59 yaş aralığındaki 1410 Amerikalı erkekte oluşan bir çalışmada erkek CİB yaygınlığı %31 olarak bildirildi (4). Hong Kong'da 30-60 yaş arası evli erkeklerde yapılan bir çalışmada CİB %14,8 olarak bildirildi (156). Gana'da 255 erkeğin katıldığı ve GRCDÖ kullanıldığı bir çalışmada CİB yaygınlığı %66 olarak bildirildi (37). Ankara'da 2003 yılında 603 erkeği içeren bir tarama çalışmasında CİB oranı %45,2 olarak saptanmıştır (157). Ülkemizde Yetkin ve Saatçioğlu'nun (1998) cinsel işlevi etkileyen fiziksel hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan, cinsel işlevlerini normal tanımlayan 70 evli erkekte cinsel işlevlerin sorguladıkları çalışmalarında olguların %26'sına hiçbir CİB tanısı konmazken, %74'ünde CİB saptanmıştır (158). Erkek CİB sıklığı, çalışmalarda farklı tanımlar ve topluma göre değişmektedir. Çalışmalarda erkeklerin seçimi, sayısı, kültürel yapısı, sosyoekonomik düzeyi, psikoseksüel ilişkileri ve geliri cinsel işlevleri etkilemektedir. Çalışmamızda da ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda da olduğu gibi farklı bir oran tespit edilmiştir. Bu farklılık örneklemin küçük, yaş ortalamasının yüksek olmasından, CİB'i değerlendirmede öz-bildirim ölçekleri yerine klinik tanı kullanıyor olmamızdan ve DSM-V ile değişen yeni tanı kriterlerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda erkeklerde %18,1 oranında erken boşalma saptandı. Çalışmamızda erken boşalma tanısı madde/ilaç kullanımının yol açtığı CİB tanısından sonra en sık görülen ikinci CİB tanısı olarak tespit edildi. Erken boşalma

erkeklerde en yaygın görülen CİB'dir (4, 159, 160). Erkeklerde CİB kliniklerinde yapılan çalışmaların çoğunda tanı dağılımı olarak birinci, ikinci sırada ise erken boşalma gelmektedir (38, 161, 162). ABD'de, genel toplumda yapılan geniş ölçekli çalışmada, erken boşalma %21 olarak saptanmıştır (4). Erken boşalma için 18 yaş üstü grupta yapılan çalışmalarda erken boşalma yaygınlığı % 4 ile 66 arasında bulunmuştur (111, 115, 163, 164). 35 yaş üstü grupta yapılan araştırmalarda %12,4 ile 30,5 arası oranlar bulunmuştur (50, 147, 165). Yunanistan'da 1999-2004 yılları arasında telefon görüşmeleri ile yapılan bir çalışmada erken boşalma oranı %19,2 olarak bildirildi (166). 18-25 yaş arası İsviçreli erkeklerde yapılan bir çalışmada erken boşalma yaygınlığı %11 olarak bildirilmiştir (167). Ülkemizde Konya'da yürütülen genel toplum çalışmasında erkeklerde en sık CİB olarak %29,3 oranında erken boşalma saptanmıştır (40). 2006-2007 yılları arasında Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi CİB polikliniğinde yürütülen bir çalışmada erken boşalma %45,5 oranında ve en sık görülen erkek CİB olarak bildirilmiştir (39). Çalışmamızdaki erken boşalma oranı ülkemizde yapılan çalışmalardan elde edilen oranlara göre düşük kalmaktadır. Bulduğumuz oran ülkemiz dışındaki geniş ölçekli çalışmalar ile benzerlik gösterse de bizim bulgumuz topluma genellemez. Örneklem sayımızın düşük olması, ölçek kullanmak yerine klinik tanı kullanıyor olmamız ve DSM-V'te belirtilen yeni süre kriterleri bu sonuca varmamıza neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda erkeklerde %7,2 oranında sertleşme bozukluğu saptandı. 1948 yılında yayınlanan ve Kinsey ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada 15781 erkekte sertleşme bozukluğu yaygınlığı 40 yaşında %1,9 olarak bildirilirken, 65 yaş ve üzerinde ise %25 olarak bildirilmiştir (107). Laumann ve arkadaşlarının (1999) ABD'de yaptığı çalışmada sertleşme bozukluğu %5 oranında bulunmuştur (4). 1997 yılında sunulan İncesu ve Yetkin'in 200 olguyu değerlendirdikleri çalışmalarında ise 80 erkeğin %25'inde uyarılma bozukluğu olduğu bildirilmiştir (168). Şimşek ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir çalışmada çoğul disiplinli bir CİB merkezine başvuran erkeklerin %58'inde sertleşme bozukluğu tanısı saptanmıştır (38). 2006 yılında Manisa il merkezinde yapılan bir çalışmada 20-40 yaş arası 558 erkeğin %35,5'inde sertleşme bozukluğu tespit edilmiştir (118). Ülkemizde 2007 yılında GRCDÖ kullanılarak Konya'da yapılan bir çalışmada erkeklerde %14,5 sertleşme bozukluğu bildirilmiştir (40). Yapılan çalışmalarda sertleşme bozukluğuna dair farklı

oranlar görülmekle birlikte genel olarak çalışmamızdan elde edilen oran düşük görünmektedir. Bizim çalışmamızdaki bu bulgu ölçek kullanmak yerine klinik tanı konması, DSM-V ile yeni tanı kriterlerinin olması ve hasta sayımızın az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda erkeklerde %1,2 oranında geç boşalma bulundu. Genel olarak geç boşalma literatürde düşük oranlarda bildirilmekteyken nadiren %3'ü aşan oranlarda bildirilmiştir (4, 169, 170). Masters ve Johnson (1966) çalışmalarında 448 hastada yalnızca 17'sinde geç boşalma bildirmişlerdir (171). 1970'lerin sonlarına doğru tahmin edilen gecikmiş boşalma oranları %4-10 arasındadır (172, 173). 1990'lardaki toplum çalışmalarında ise %0-3 arasında düşük oranlar bildirilmiştir (111, 174). Biraz yanlılık olsa da, homoseksüel ve HIV (Human Immunodeficiency Virus) ile enfekte erkeklerde %20-39 oranında bildirilmiştir (175, 176). Londra'da 2003 yılında ileriye dönük kesitsel bir çalışmada %11 oranında rapor edilmiştir (177). Laumann (1999), son bir yıl içinde en az bir ay boyunca süren, geç boşalmayı 18-59 yaş arası Amerikalı erkeklerde %7,8 olarak bildirmiştir (4). Hasta sayımızın düşük olduğu göz önünde bulundurularak, çalışmamızda saptanan oranın literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda erkeklerde %8,4 oranında düşük cinsel istek bozukluğu saptandı. 1992 yılında ABD'de ve 2000 yılında İngiltere'de 16-59 yaş aralığındaki erkeklerde düşük cinsel istek yaygınlığının %14 ile %17 arasında değiştiği ve ileri yaşlarda yaygınlığının arttığı bildirilmiştir (4, 57). 2004 yılında ABD'de 57-85 yaş arası 1455 erkeğin katıldığı bir çalışmada erkeklerin %28'inde cinsel isteksizlik olduğu bildirilmiştir (178). Sekiz Avrupa ülkesinde genel toplumda yapılan geniş ölçekli bir çalışmada erkeklerde %15 cinsel istek azlığı saptanmıştır (31). Şimşek ve arkadaşlarının (2003) çoğul disiplinli bir CİB merkezine başvuran 685 erkek hastanın %10,8'inde cinsel istek bozukluğu bildirmişlerdir (38). Şimşek ve arkadaşlarının çalışmasına benzer bir oran bulmamıza rağmen, çalışmamızın özelleşmiş kliniklerde yürütülmüş olmaması nedeniyle bu çalışma ile direk kıyaslanamaz. Çalışmamızda bulunan oran literatüre göre düşük kalmaktadır. Bu durum örneklemin küçüklüğü, ölçek yerine klinik tanıya yer vermemizden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda erkeklerde %27,7 oranında madde/ilaç kullanımının yol açtığı CİB saptandı. Çalışmamızda en sık görülen erkek CİB'dir. Psikiyatrik ilaç



kullanımına bağılı CİB olabildiğı gibi psikiyatrik olmayan ilaçlar da CİB'e neden olabilmektedir. Bu alanda daha çok antidepresanlar ile çalışmalar yapılmıştır. Antidepresan tedavi ile ilişkili CİB yaygınlığının %22 ile %54 arasında değıştiğı tahmin edilmektedir (179, 180). Gregorian ve arkadaşlarının (2002) SSRI tedavisi alan hastaların %60'ına kadarında her türlü CİB bildirilmiştir (181). Montejo ve arkadaşlarının 2001'de 412 erkek hasta ile yaptıkları, çok merkezli ileriye dönük bir çalışmada, antidepresan tedavi ile cinsel yan etki oranını %62,4 olarak bildirmişlerdir (78). Macdonalds'ın 2003 yılında yaptığı çalışmada, antipsikotiklerin %30-60 oranında CİB yaptığını bildirmiştir (182). Antikonvülzanlara bağılı CİB ile ilgili literatür oldukça sınırlıdır ve çoğu epilepsi literatürüne aittir. Karbamazepine bağılı CİB epileptik hastaların %13'ünde gözlenmiştir. En az sıklıkta CİB valproik asit ile olduğı bildirilmiştir (183). 2003 yılında yayınlanan ve 829 Nijeryalı erkeğın katıldığı bir çalışmada sertleşme bozukluğı saptananların %10,3'ünde alkol kötüye kullanımı bildirilmiştir (184). La Pera ve arkadaşlarının (2003) uyuşturucu madde kötüye kullanımı olanlar arasında yaptığı bir çalışmada %20,3 sertleşme bozukluğı ve %37,5 erken boşalma şeklinde yüksek sıklıklar bildirilmiştir (185). Al-Gommer ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada uyuşturucu madde kullanımına bağılı erken boşalmanın yaşam boyu yaygınlığını %59,3 olarak bildirilmiştir (186). Çalışmamızda alkol ve uyuşturucu madde kullanımına ilişkin bildirimlerin ve ilişkili psikiyatrik hastalıkların çok az sayıda olması nedeniyle, bu tanıyı alan hastaların daha çok psikiyatrik ilaçlara bağılı olarak bu tanıdan muzdarip olduğı düşünülebilir. Kadın hastalarda da olduğı gibi, en fazla bildirilen psikiyatrik ilaç grubu erkeklerde de antidepresanlardır (%55,4). Bu tanı için bulduğumuz oran, örnekleminiz açısından antidepresanlar ile CİB'i değerlendiren araştırmalar göz önünde bulundurulduğunda, literatürle uyumlu veya literatüre göre düşük kalabilmektedir, bu durum cinsel sorunları ya da cinsel yan etkileri değerlendirmek yerine klinik tanıya yer vermemiz, örneklem sayımızın düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Erkek hastalarda da, kadın hastalarda olduğı gibi, klinik tanı (%53) ile GRCDÖ toplam standart puanına göre sorun bildiren hastalarda (%50,6) benzer CİB oranı bulundu. DSM-V CİB alt tanılarından sertleşme bozukluğı ve erken boşalmaya dair saptanan oranlar sırasıyla %7,2 ve %18,1 olarak şeklindeydi. Bu iki bozukluğun GRCDÖ'deki karşılıkları olabilecek empotans ve erken boşalma alt boyutlarına ait

standart puanlarına göre sorun bildirenlerin oranları ise sırasıyla %50,6 ve %37,3'tü. Bu farklılık, kadın hastalarda da olduğu gibi, ölçekte belirtilen yakınmaların kişide klinik açıdan önemli olmamasından kaynaklanıp, klinik tanıda daha düşük oranlar elde edilmesine bağlanabilir. Erkek hastaların GRCDÖ boyutlarından: sıklık alanında sorun bildirenlerin %52,9'una; iletişim alanında sorun bildirenlerin %46,6'sına; doyum alanında sorun bildirenlerin %72,2'sine, kaçınma alanında sorun bildirenlerin %70,6'sına; dokunma alanında sorun bildirenlerin %63,6'sına; empotans alanında sorun bildirenlerin %59,5'ine; erken boşalma alanında sorun bildirenlerin %71'ine ve toplam puana göre sorun bildirenlerin %64,3'üne klinik olarak CİB tanısı konulmuştur. Böylece ölçeğin CİB'i saptamada klinik yarar sağladığı yeniden gösterilmiştir.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri örnekleme yanlılığına sebep olabilecek çalışmaya katılmaya istekli olmak olabilir. Bu kişiler cinsellik ile ilgili konularda kendilerine güvenen kişiler olabilir (19). Bu çalışmada dini inanışlar, eşe ait özellikler gibi birçok sosyokültürel özelliğin araştırılmaması, hasta grubunun psikiyatri polikliniğinden ve sadece evlilerden seçilmesi birer kısıtlılıktır. Yine çalışmamızda hasta sayıları %95 güven aralığında %5 sapma ile beklenen en yüksek yaygınlık %40 kabul edilerek belirlenmiştir. Oysa, bu veriler daha çok ölçek kullanılarak yapılan çalışmalardan elde edilmiştir. Dolayısıyla, çalışmamızda yüzyüze yapılan görüşmeler ile CİB tanısı konduğu için hasta sayıları yetersiz kalarak olağandan farklı oranlar bulunmuş olabilir.

Çalışmamızda yüzyüze görüşmeler yapılarak fiziksel hastalık, diğer ruhsal bozukluklar, ilişki bozuklukları, gerginlik yaratıcı etkenler gibi durumlar dışlanarak DSM-V'e göre CİB tanıları konulmuş olması çalışmanın güçlü yönlerindedir. Eksen I tanılarının tespitinde SCID-I uygulanması ve tarama amaçlı verilen formda Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden çekilen soruların kullanımı da çalışmanın diğer güçlü yönleridir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

CİB toplumda sık görülmekle birlikte, cinsel sorunların konuşulması çekince yaratan bir konu olması nedeniyle dile getirilememekte hatta saklanmaktadır. Bu çalışmada, psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda CİB tanısı sıklığı araştırılmıştır. Sosyodemografik özelliklerin ve eşlik eden psikiyatrik tanıların CİB'e etkileri değerlendirilmiştir. Bu çalışma bizim polikliniğimizde ilk kez yürütülen bir çalışmadır. Bu çalışmanın, cinsel sorunlar konusuna farkındalıkta artış sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmamızdaki örneklemin özelliklerine göre bu konuda literatüre katkı sağlayabilir. Bundan sonraki çalışmalarla CİB'in daha büyük örnekleme ve farklı toplumlarda araştırılarak bu konudaki verilerin arttırılmasına ihtiyaç vardır.

Sonuçlarımız şöyle özetlenebilir:

1. Kadın hastaların %67,4'ünde DSM-V'e göre en az bir CİB tanısı saptanmıştır. Hastaların %45,9'unda ilgi/uyarılma bozukluğu, %9,3'ünde orgazm bozukluğu, %7,6'sında cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu, %12,2'sinde madde/ilaç kullanımının yol açtığı CİB ve %5,8'inde tanımlanmış diğer bir CİB saptanmıştır. Hiçbir hastada tanımlanmamış CİB saptanmamıştır.

2. Erkek hastaların %53'ünde DSM-V'e göre en az bir CİB tanısı saptanmıştır. Hastaların %18,1'inde erken boşalma, %7,2'sinde sertleşme bozukluğu, %1,2'sinde geç boşalma, %8,4'ünde düşük cinsel istek bozukluğu, %27,7'sinde madde/ilaç kullanımına bağlı CİB saptanmıştır. Hiçbir hastada tanımlanmış diğer bir ve tanımlanmamış CİB saptanmamıştır.

3. Kadın hastalarda çeşitli sosyodemografik verilerle CİB arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. 38 yaş üzerinde olanlarda 38 yaş ve altında olanlara göre CİB anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çocuk sayısı için altında olanlarda üç ve üzerinde olanlara göre CİB anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Eşlik eden en az tıbbi bir hastalık varlığında tıbbi herhangi bir hastalık eşlik etmemesine göre CİB anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Eşlik eden herhangi bir kardiyopulmoner hastalık olmaması durumunda eşlik etmesi durumuna göre CİB anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Evlilik süresi 15 yıl ve üzerinde olanlarda evlilik süresi 15 yılın

altında olanlara göre CİB tanısı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. GRCDÖ boyutlarından: sıklık alanında sorun bildirenlerin %72'sine; iletişim alanında sorun bildirenlerin %72,4'üne; doyum alanında sorun bildirenlerin %68,2'sine, kaçınma alanında sorun bildirenlerin %76,2'sine; dokunma alanında sorun bildirenlerin %75,7'sine; vajinismus alanında sorun bildirenlerin %68,2'sine; anorgazmi alanında sorun bildirenlerin %77,8'ine ve toplam puana göre sorun bildirenlerin %80,2'sine klinik olarak CİB tanısı konulmuştur. SCID-I tanılarıyla CİB ilişkisi incelendiğinde depresif bozukluk tanısı alanlarda depresif bozukluk tanısı almayanlara göre CİB tanısı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Diğer SCID-I tanıları ile CİB tanısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

4. Erkek hastalarda sosyodemografik veriler ile CİB tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. GRCDÖ boyutlarından: sıklık alanında sorun bildirenlerin %52,9'una; iletişim alanında sorun bildirenlerin %46,6'sına; doyum alanında sorun bildirenlerin %72,2'sine, kaçınma alanında sorun bildirenlerin %70,6'sına; dokunma alanında sorun bildirenlerin %63,6'sına; empotans alanında sorun bildirenlerin %59,5'ine; erken boşalma alanında sorun bildirenlerin %71'ine ve toplam puana göre sorun bildirenlerin %64,3'üne klinik olarak CİB tanısı konulmuştur. SCID-I tanıları ile CİB tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Ortaylı N. Jinekolojik sorunlardan etkilenen cinsel işlev bozuklukları. Yetkin N, İncesu C, editörler. İstanbul: Roche yayınları; 2001. p. 65-75.
2. Yetkin N. Cinsel işlev bozukluğu olmayan cinsel sorunlar. 7. Anadolu Psikiyatri Günleri, Cinsiyet ve Psikiyatri. İstanbul: Akademi Ofset Matbaacılık A.Ş.;1998. p. 145-151.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994: 493-522.
4. Lauman E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the U.S.: prevalence and predictors. JAMA. 1999; 281: 537–544.
5. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri. 2004; Ek 3: 3-13.
6. Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. Int Clin Psychopharmacol. 1998 Jul;13 Suppl 6:1-4.
7. Perlman CM, Martin L, Hirdes JP, Curtin-Telegdi N, Pérez E, Rabinowitz T. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in psychiatric inpatients. Psychosomatics. 2007 Jul -Aug;48(4): 309-18.
8. Eşel E. İnsan cinselliğinin biyolojik ve evrimsel temelleri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2006; 16(4): 274-288.
9. CETAD Bilgilendirme dosyası-5. Kadın cinselliği. Yüksel Ş, Cidoğlu D, editörler. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği; 2006. s.8-72.

10. Miracle TS, Miracle AW, Baumeister RF. Human Sexuality: Meeting Your Basic Needs. New Jersey, Prentice Hall; 2003.

11. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11.baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2008. s.584.

12. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan&Sadock,Comrehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A,editörler.8.baskı, 2.cilt. Güneş Kitabevi; 2007. s.1902-1903.

13. Tuğrul C. Cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde bilişsel–davranışçı terapi yaklaşımı. Savaşır I, Boyacıoğlu G,Kabakçı E, editörler. Bilişsel–Davranışçı terapiler. 2. baskı. Ankara: Türk psikologlar Derneği Yayınları; 1998. s.157-83.

14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: Author; 1980.

15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: Author; 1987.

16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: Author; 1994.

17. Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı. 2. baskı. Koroğlu E çev. editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2005.

18. İncesu C. DSM-5 ve cinsel işlev bozuklukları. Nöropsikiyatri Arşivi. 2011; 48 Özel Sayı 1: 1-6.

19. Doğan S, Küçükgöncü S. Geçmişten Günümüze Cinsellik Araştırmaları. Nöropsikiyatri Arşivi. 2009; 46(3): 102-9.

20. CETAD Bilgilendirme dosyası-1. Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H, editörler. Cinsel Eğitim Tedavi ve Arastırma Derneği; 2006. s.7-59.

21. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcoy J, et all. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *Journal of Urology*. 2000; 163(3): 888-893.

22. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. İkinci baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2001. 560-571.

23. Heiman JR. Sexual dsyfunction: Overview of prevalans,etiological factors and treatments. *The Journal of Sex Research*. 2002; 39(1): 73-78.

24. Bayram GO. Histerektominin Cinsel Yaşam Üzerine Belirlenmesi [tez]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri; 2005.

25. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Arch. Sex. Behav*. 1990; 19(4) :389–408.

26. Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *J Clin Psychopharmacol*. 2009; 29: 157-164.

27. Kennedy S, Dickens S, Eisfeld B, et al. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord*. 1999; 56: 201-208.

28. Araujo AB, Durante R, Feldman HA, et al. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction:Cross sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosom Med*. 1998; 60: 458-465.

29. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008; 112(5): 970-8.
30. Frank E, Anderson C, Rubinstein D. Frequency of sexual dysfunction in “normal” couples. *N Engl J Med.* 1978; 299: 111-115.
31. Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, et al. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *BJU Int.* 2008; 101: 1005-1011.
32. Fajewonyomi BA, Orji EO, Adeyemo AO. Sexual dysfunction among female patients of reproductive age in a hospital setting in Nigeria. *Nijerya J Health Popul Nutr.* 2007 Mar; 25(1): 101-6.
33. Elnashar AM, El-Dien Ibrahim M, El-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd Mohamed Hassan M. Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *BJOG.* 2007 Feb; 114(2): 201-6.
34. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research.* 2006; 18: 382-395.
35. Kalra G, Kamath R, Subramanyam A, Shah H. Psychosocial profile of male patients presenting with sexual dysfunction in a psychiatric outpatient department in Mumbai, India. *Indian Journal of Psychiatry.* 2015; 57(1): 51-8.
36. Akre C, Berchtold A, Gmel G, Suris J. The Evolution of Sexual Dysfunction in Young Men Aged 18- 25 Years. *Journal of Adolescent Health.* 2014; 55: 736-743.



37. Amidu N, Owiredu W, Woode E, Addai-Mensah O, Gyasi-Sarpong K, Alhassan A. Prevalence of male sexual dysfunction among Ghanaian populace: myth or reality? *International Journal of Impotence Research*. 2010; 22: 337–342.

38. Şimşek F, Özdemir YO, İncesu C ve ark. Çoğul disiplinli bir cinsel işlev bozuklukları merkezine başvuran 1.002 olgunun sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Üroloji Bülteni*. 2003; 14: 137-144.

39. Yıldırım EA, Akyüz F, Hacıoğlu M ve ark. Cinsel işlev bozuklukları kliniğine başvuran olgularda başvuru yakınması ile klinik tanı arasındaki ilişki. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2011; 48: 24-30.

40. Yılmaz E, Zeytinci İE, Sarı S, et al. Investigation of sexual problems in married people living in the center of Konya. *Türk Psikiyatri Derg*. 2010; 21: 126-134.

41. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int*. 2004; 72: 52–7.

42. Mert DG, Özen NE. Genel psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve ilişkili sosyokültürel parametrelerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*. 2011; 14: 85-93.

43. Öztürk U, Atasoy N, Kurçer M, Karaahmet E, Saraçlı O. Zonguldak il merkezinde kadın cinsel sorunlarının yaygınlığı ve cinsel sorunlarla ilgili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2012; 13: 191-197.

44. Balcı M, Aslan Y, Aydın A, Kayalı M, Tuncel A, Atan A. Türk erkeklerinde cinsel fonksiyon bozukluğu taraması: anket çalışması. *Ortadoğu Medical Journal*. 2012; 4 (3): 108-113.

45. Bozkurt A, Ozmenler K, Karlidere T, Işıklı H, Gulsun M, Ak M, Yetkin S, Ozgen F. Characteristics of male sexual dysfunction subjects from sociocultural perspective: analysis of 18 years. *Yeni Symposium*. 2013; 51(1): 37-45.
46. IsHak WW, Tobia G. DSM-5 changes in diagnostic criteria of sexual dysfunctions. *Reprod Sys Sexual Disorders*. 2013; 2: 122.
47. American Psychiatric Association. *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 5th edition. USA: American Psychiatric Press; 2013.
48. Alkan E. Cinsel işlev bozuklukları ve kişilerarası tarz, öfke, kendilik algısı [yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2008.
49. Kulak H. Cinsel işlev bozukluğu görülen kadınlarda geçmiş travmatik deneyimler [tez]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2006.
50. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. GSSAB Investigators' Group. 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.
51. Hayes RD, Dennerstei L, Bennet CM, Koochaki PE, Leiblu SR, Graziottin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril*. 2007; 87: 107–12.
52. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2004; 1: 35–9.
53. Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *European Urology*. 2005; 47: 366-375.

54. Maserejian N, et al. Sexual arousal and lubrication problems in women with clinically diagnosed hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2012; 38: 41–62.

55. Erol N. Aydın merkez 2 nolu sağlık ocağı bölgesindeki evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansı ve bunu etkileyen etmenler [tez]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2005.

56. Sungur MZ. Erkek cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*. 1999; 2: 60-64.

57. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Wellings K, Macdowall W, McManus S, Nanchahal K, Erens B. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: National probability sample survey. *BMJ*. 2003; 327: 426–7.

58. Hendrickx L, Gijs L, Enzlin P. Prevalence rates of sexual difficulties and associated distress in heterosexual men and women: results from an internet survey in flanders. *Journal of Sex Research*. 2014; 51(1): 1–12.

59. McCabe MP, Connaughton C. How the prevalence rates of male sexual dysfunction vary using different criteria. *International Journal of Sexual Health*. 2014; 26: 229–237.

60. Ponholzer A, Temml C, Mock K, Marszalek M, Obermayr R, Madersbacher S. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in 2.869 men using a validated questionnaire. *European Urology*. 2005; 47: 80–86.

61. Mosaku KS, Ukpong DI. Erectile dysfunction in a sample of patients attending a psychiatric outpatient department. *International Journal of Impotence Research*. 2009; 21: 235–239.

62. Zhang H, Yip AWC, Fan S, Yip PSF. Sexual dysfunction among Chinese married men aged 30-60 years: a population-based study in Hong Kong. *Urology*. 2013; 81: 334-339.

63. Gomes ALQ, Nobre PJ. Prevalence of sexual problems in Portugal: results of a population-based study using a stratified sample of men aged 18 to 70 years. *Journal of Sex Research*. 2014; 51(1): 13–21.

64. Akkus E, Kadioğlu A, Esen A, Doran S, Ergen A, Anafarta K, Hattat H. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: population-based study. *Eur Uro*. 2002; 41: 298-304.

65. Gülseren G. Psikiyatrik hasta popülasyonunda cinsel işlev bozuklukları [tez]. Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi; 2010.

66. Nayir N. Edirne il merkezinde yaşayan erişkinlerde cinsel işlev ve cinsel işlev bozuklukları [tez]. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2010.

67. Villeda Sandoval CI, Calao-Pérez M, Enríquez González AB, et al. Orgasmic dysfunction: prevalence and risk factors from a cohort of young females in Mexico. *J Sex Med*. 2014; 11: 1505–1511.

68. Grewal GS, et al. Prevalence and risk factors of female sexual dysfunction among healthcare personnel in Malaysia. *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55: S17–S22.

69. Ramezani Tehrani F, Farahmand M, Simbar M, Malek Afzali H. Factors associated with sexual dysfunction; a population based study in Iranian reproductive age women. *Arch Iran Med*. 2014; 17(10): 679 – 684.

70. Önal S. Kadınlarda cinsel işlev bozuklukları yaygınlığı ve olası risk faktörleri [tez]. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi; 2010.

71. Rowland DC, Keeney C, Slob AK. Sexual response in men with inhibited or retarded ejaculation. *International Journal of Impotence Research*. 2004; 16: 270–274.
72. Træen B, Stigum H. Sexual problems in 18–67-year-old Norwegians. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010; 38: 445–456.
73. Song SH, Jeon H, Kim SW, Paick JS, and Son H. The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young Korean women: An internet-based survey. *J Sex Med*. 2008; 5: 1694–1701.
74. Oniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *J Sex Med*. 2007; 4: 1575- 1581.
75. Monteiro WO, Noshirvani NF. Anorgasmia from Clomipramine in obsessive compulsive disorder. *British journal of Psychiatry*. 1987; 151: 107-112.
76. Bonierbale M, Lancon C, Tignol J. The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Curr Med Res Opin*. 2003; 19: 114- 124.
77. Montejo-Gonzales AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al. SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroksetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J Sex & Marital Therapy*. 1997; 23:176-94.
78. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62 (Suppl 3):10-21.

79. Lee TI, Issac J, Lin SH, Yeh TL, Lee IH, Chen PS, Chen KC, Yang YK. Gender difference in antidepressant-related sexual dysfunction in Taiwan. *General Hospital Psychiatry*. 2013; 35: 407–411.
80. Wirshing DA, Pierre JM, Marder SR ve ark. Sexual side effects of novel antipsychotic medications. *Schizophr Res*. 2002; 56: 25-30.
81. Dişsiz M, and Oskay ÜY. Evaluation of sexual functions in Turkish alcohol-dependent males. *J Sex Med*. 2011; 8: 3181–3187.
82. Peugh J, Belenko S. Alcohol, drugs and sexual function: a review. *J Psychoactive Drugs*. 2001; 33: 223-32.
83. Johnson SD, Phelps DL, Cottler LB. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior*. 2004; 33: 55-63.
84. Bozkurt A, Karlidere T, Karademir M, Ozmenler KN, Yilmaz N, Aydin H. Characteristics of 903 Turkish male sexual dysfunction subjects: analysis of 18 years. *Am Psych Assoc*. 2005; 158: 21-26.
85. Ernst C, Foldenyl M, Angt J. The Zurich study: XXI. sexual dysfunctions and disturbances in young adults. Data of a longitudinal epidemiological study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1993; 243: 179-188.
86. Kaplan HS. Sexual aversion, sexual phobias and panic disorder. New York: Brunner/Mazel; 1987.
87. Sbracco T, Weisberg RB, Barlow DH, Carter MM. The conceptual relationship between panic disorder and male erectile dysfunction. *J Sex Marital Ther*. 1997; 23: 212-220.

88. Mercan S, Karamustafalioglu O, Ayaydın E, Akpınar A, Göksan B, Gönenli S, Güven T. Sexual dysfunction in female patients with panic disorder alone or with accompanying depression. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2006; 10: 235-240.

89. Van Minnen A, Kampman M. Interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders sexualand marital Therapy. 2000; Vol.15 ,No :1: 47-57.

90. Özden SY. Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. İstanbul: Alfeme Basım Yayın; 2004.

91. Sobczak JA. Alcohol use and sexual function in women: a literature review. *Journal of Addictions Nursing.* 2009; 20: 71-85.

92. Schiavi RC. Chronic alcoholism and male sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 1990;16: 23-33.

93. First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark: DSM-IV Eksen 1 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme. SCID-I. Çev. Çorapçıoğlu A 1999.

94. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Dördüncü baskı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2009: 387-394.

95. Rust J, Golombok S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav.* 1986 Apr; 15:157-65.

96. Tuğrul C. Cinsel işlev bozukluklarının psikolojik nedenleri. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi 1999; 2: 29-33.

97. Ter Kuile MM, van Lankveld JJ, Kalkhoven P, van Egmond M. The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): psychometric properties within a Dutch population. *J Sex Marital Ther.* 1999 Jan-Mar; 25: 59-71.

98. Gülçat Z. Cinsel işlev bozukluklarında empotansın psikolojik boyutları üzerine bir araştırma. Doktora tezi. Ankara Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1995.

99. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). Br J Clin Psychol. 1985 Feb; 24: 63-4.

100. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeğinin standardizasyon çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1993; 4: 83-88.

101. Salonia A, Zanni G. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: Results of a cross-sectional study. European Urology. 2004; 45: 642-648.

102. Aslan E. Poçan GA, Dolapçioğlu K, Savaş N, Bağış T. Menopoz sonrasındaki cinsel disfonksiyonun hormonal durum ve sosyokültürel faktörlerle etkileşimi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2008; 5(4) : 263- 8.

103. Castelo BC, Blumel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Haya J, Gramegna G. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. J Obstet Gynaecol. 2003; 23(4): 426-430.

104. Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. Urology. 2005; 65: 143-148.

105. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. Journal of Postgraduate MedicineYear. 2009; 55(2): 113-120.



106. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *J. Urol.* 1994; 151: 54-61.
107. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual Behavior in the human male.* Philadelphia: WB Saunders; 1948. 236-237.
108. Ventegodt S. Sex and the Quality of Life in Denmark. *Arch Sexual Behav.* 1998; 27: 3: 295-307.
109. Parazzini F, Fabris FM, Bartolotti A, et al. Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. *Eur Urol.* 2000; 37(1): 43-9.
110. Shirai M, Marui E, Hayashi K, et al. (1999) Prevalence and correlates of Erectile Dysfunction in Japan. *Int J Clin Pract.* 1999; 102(36).
111. Fugl-Meyer AR, Sjogren Fugl-Meyer K. Sexual disabilities, problems, and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scand J Sexol* 1999; 3: 79-105.
112. Jannini EA, Lenzi A. Ejaculatory Disorders: Epidemiology and current approaches to definition, classification and subtyping. *World J Urol.* 2005; 23: 68-75.
113. Corona G, Petrone L, Mannucci E. Psycho-biological correlates of rapid ejaculations in patients attending an andrologic unit for sexual dysfunctions. *Eur Urol.* 2004; 46: 615-22.
114. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Family Practice.* 1998; 15:6: 519-24.
115. Fasolo CB, Mirone V, Gentile V, Parazzini F, Ricci E. Premature ejaculation: prevalence and associated conditions in a sample of 12558 men

attending the andrology prevention week 2001-a study of the Italian society of andrology. *J Sex Med.* 2005; 2: 376-82.

116. Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T. , Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler. *Türk Üroloji Dergisi.* 2003; 29(1): 43-48.

117. Nicolosi A, Moreira ED, Shirai M, Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross- national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction.*Urology.* 2003; 61: 201-206.

118. Karatas TC. Manisa kent merkezinde 20-40 yaş arası erektil disfonksiyon prevalansı ve eşlik eden faktörler [tez]. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.

119. Call V, Sprecher S, Schwartz P. The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *J Marriage Fam.* 1995; 57: 639–652.

120. Yılmaz E. Konya il merkezinde yaşayan evli nüfusta cinsel sorunların araştırılması. [tez]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2007.

121. Bajos N, Wellings K, Laborde C, Moreau C. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviors. *BMJ.* 2010; 340: c2573.

122. Nagelkerke NJD, Bernsen1 RMD, Sgaier SK, Jha P. Body mass index, sexual behaviour, and sexually transmitted infections : an analysis using the NHANES 1999–2000 data. *BMC Public Health* 2006; 6: 199.

123. Andersen I, Heitman BL, Wagner G. Obesity and sexual dysfunction in younger Danish men. *J Sex Med.* 2008; 5(9): 2053-60.

124. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogbi C, Schisano B, Autorino R, et al. Association of body weight with sexual function in women. *Int J Impot Res.* 2007; 19(4): 353-67.

125. Karadag H, Oner O, Karaoglan A, et al. Body mass index and sexual dysfunction in males and females in a population study. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni.* 2014; 24(1): 76-83.

126. Schwarz ER, Kapur V, Bionat S, Rastogi S, Gupta R, Rosanio S. The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. *Int J Impot Res.* 2008; 20(1): 85–91.

127. Kütmeç C. Esansiyel hipertansiyonu olan kadınların yaşadığı cinsel sorunların belirlenmesi [tez]. Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

128. Yıldız H. Diyabetik hastalarda cinsel disfonksiyonun değerlendirilmesi [tez]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

129. Karakaya N. Düzenli hemodiyalize giren hastalarda cinsel disfonksiyon ve cinsel disfonksiyonu etkileyen faktörlerin incelenmesi [tez]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

130. Tarhan F, Yüçetaş U, Türk Ü, Faydacı G. Multiple sklerozlu hastalarda cinsel işlev bozukluğunun hastalıkla ilgili parametreler ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Turkish Journal of Urology.* 2012; 38 (4): 216-20.

131. Kocagöz ZS. Cinsel işlev bozukluğu tipleri ve cinsel mitler arasındaki ilişki [tez]. Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2008.

132. Doğan S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon ve cinsel işlev bozukluğunun değerlendirilmesi [tez]. Ankara: Ankara Numune Hastanesi; 1996.

133. Türk Kardiyoloji Derneği. Kalp damar hastalıklarında erektil disfonksiyon durum raporu. İstanbul: Türk Kardiyoloji Derneği; 2000.

134. Dünder M, Karadağ F, Koçak İ, Çildağ O. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında erektil disfonksiyon ve hipoksemi ile ilişkisi. Türk Üroloji Dergisi. 2001; 27(1): 84-89.

135. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. Journal of Postgraduate Medicine Year. 2009; 55(2): 113-120.

136. Özerdoğan N, Sayiner FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 40–65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2(2): 46-59.

137. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, et al. What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? J Sex Med. 2008; 5: 777- 787.

138. Williams VS, Baldwin DS, Hogue SL, et al. Estimating the prevalence and impact of antidepressant-induced sexual dysfunction in 2 European countries: a cross-sectional patient survey. J Clin Psychiatry. 2006; 67: 204-210.

139. Uguz S, Soylu L, Diler RS, Evlice YE. Psychosocial factors and sexual dysfunctions: A descriptive study in Turkish males. Psychopathology. 2004; 37: 145-151.

140. Yaşan A, Gürgen F. Cinsel partneri olan bir hemşire grubu ile hiç partneri olmamış bir hemşire grubunun cinsel bilgi edinme yolları ve cinsel mitlerin yaygınlığının karşılaştırılması. Yeni Symposium. 2004; 42 (2): 72-76.

141. Polat SA, Ozan TA. Fırat Üniversitesi tıp fakültesi 1. sınıf öğrencilerinin eğitim öncesi ve cinsellik ve AIDS konularındaki bilgi düzeyi. Fırat Tıp Dergisi. 2001; 3: 114-119.

142. Palacios S, et al. Epidemiology of female sexual dysfunction. Maturitas. 2009; 63: 119–123.

143. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. J Urol. 2006 Feb; 175(2): 654-8.

144. Clegg M, et al. Should questionnaires of female sexual dysfunction be used in routine clinical practice? Maturitas. 2012; 72: 160– 164.

145. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. J Sex Med. 2006; 3: 212–22.

146. Cain VS, Johannes CB, Avis NE, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. J Sex Res. 2003; 40: 266–76.

147. Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. J Sex Med. 2006 ; 3:1: 121-31.

148. Sidi H, Puteh SE, Abdullah N. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. J Sex Med. 2007; 4(2): 311-21.

149. Yılmaz E. Cinsel sorunlar ve tutumlar üzerine bir epidemiyolojik araştırma. İstanbul: First National Congress of Association of Cognitive and Behavioral Therapy Abstract Book; 2007. s80.

150. Doğan S. Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. *J Sex Med.* 2009; 6: 184-192.

151. Tuğrul C, Kabakçı E. Vaginismus and its correlates. *Sex Relation Ther.* 1997; 12: 23-34.

152. Zajecka J, Mitchell S, Fawcett J. Treatment-emergent changes in sexual function with selective serotonin reuptake inhibitors as measured with the Rush Sexual Inventory. *Psychopharmacol Bull.* 1997; 33: 755-760.

153. Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Kılıç N, Tezcan E. Antidepresan ilaçların cinsel işlev üzerine etkileri. *Klinik Psikofarmokoloji Bülteni.* 2000; 10: 97-102.

154. Bakker, F, Vanwezenbeeek, I. Seksuele gezondheid in Nederland.(RNG-studies nr. 9). Delft: Eburon. 2006.

155. Kedde H. Seksuele disfuncties in Nederland: Prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie.* 2012; 36: 98-108.

156. Zhang H, Yip AWC, Fan S, Yip PSF. Sexual dysfunction among Chinese married men aged 30-60 years: a population-based study in Hong Kong. *Urology.* 2013; 81: 334-339.

157. Tekdoğan ÜY, Güngör SY, Aslan Y ve ark. Türk erkeklerinde cinsel fonksiyon bozukluğu taraması. *Üroloji Bülteni.* 2003; 14: 188-192.

158. Yetkin N, Saatçioğlu Ö. 70 evli erkekte cinsel işlev bozukluğu özellikleri. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 1998; 35(1): 35-40.

159. Carson C, Gunn K. Premature ejaculation: definition and prevalence. *Int J Impot Res.* 2006; 18(1): 5-13.

160. Rowland D, McMahon CG, Abdo C, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med.* 2010; 7: 1668-86.

161. Catalan J, Hawton K, Day A. Couples referred to a sexual dysfunction clinic: Psychological and physical morbidity. *Br J Psychiatry.* 1990; 156: 61-7.

162. Bancroft J, Coles L. Three years' experience in a sexual problems clinic. *Br Med J.* 1976; 1: 1575-7.

163. Ventegodt S. Sex and the quality of life in Denmark. *Arch. Sex. Behav.* 1998; 27: 295–307.

164. Aschka C , Himmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. *J Fam. Prac.* 2001; 50: 773-78.

165. Nolzco C, Bellora O, Lopez M, Surur D, Vazquez J, Rosenfeld C, Becher E, Mazza O. Prevalence of sexual dysfunction in Argentina. *Int J Impotence Research.* 2004; 16: 69-72.

166. Papaharitou S, Athanasiadis L, Nakopoulou E. Erectile dysfunction and premature ejaculation are the most frequently self-reported sexual concerns: profiles of 9,536 men calling a helpline. *European Urology.* 2006; 49: 557–563.

167. Mialon A, Berchtold A, Michaud PA. Sexual dysfunctions among young men: prevalence and associated factors. *Journal of Adolescent Health.* 2012; 51: 25–31.

168. İncesu C, Yetkin N. Assessment of 200 subjects referred to a sexual dysfunction outpatient clinic in Turkey. 13th World Congress of Sexology; 1997; Valencia.

169. Perelman M. Retarded ejaculation. *Curr Sex Hlth Rep.* 2004; 1: 95–101.

170. Simons JS, Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Arch Sex Behav.* 2001; 30: 177–219.
171. Masters WH, Johnson VE: *Human sexual inadequacy.* Boston : Little Brown, 1966.
172. Frank E, Anderson C, Rubenstein D. Profiles of couples seeking sex therapy and marital therapy. *Am J Psychiatry.* 1978; 133: 559-62.
173. Nettelbladt P, Uddenberg N. Sexual dysfunction and sexual satisfaction in 58 married Swedish men. *J Psychosom Med.* 1979; 23: 141-7.
174. Solstad K, Hertoft P. Frequency of sexual problems and sexual dysfunction in middle-aged Danish men. *Arch. Sex. Behav.* 1993; 22: 51–58.
175. Catalan J, Klimes I, Bond A, et al. The psychosocial impact of HIV infection in men with haemophilia: controlled investigation and factors associated with psychiatric morbidity. *J Psychosom Res.* 1992; 36: 409-16.
176. Rosser BR, Metz ME, Bockting WO, Buroker T. Sexual difficulties, concerns and satisfaction in homosexual men: An empirical study with implications for HIV prevention. *J Sex Marital Ther.* 1997; 23: 61-73.
177. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ.* 2003; 327: 423-6.
178. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muirheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007; 357: 762–74.



179. Chen KC, Yang YK, Lee IH, Yeh TL, Lu R-B, Chen PS. Sexual dysfunction and physicians' perception in medicated patients with major depression in Taiwan. *Depress Anxiety*. 2008; 25: 56–62.
180. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, Montano CB, Leadbetter RA, Bolden-Watson C, et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63: 357–66.
181. Gregorian RS, Golden KA, Bahce A, Goodman C, Kwong WJ, Khan ZM. Antidepressant induced sexual dysfunction. *Ann Pharmacother*. 2002; 36: 1577–89.
182. Macdonald S, Halliday J, MacEwan T, et al. Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction: case-control study. *Br J Psychiatry*. 2003; 182: 50-6.
183. Yılmaz E, Güler J, İncesu C. Psikiyatrik ilaç tedavilerine bağlı cinsel işlev bozuklukları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2011; 48 Özel Sayı 1: 7-15.
184. Okulate G, Oladokun O, Dogunro AS. Erectile dysfunction: prevalence and relationship to depression, alcohol abuse and panic disorder. In *General Hospital Psychiatry*. 2003; 25(3): 209-213.
185. La Pera G, Giannotti CF, Taggi F, Macchia T. Prevalence of sexual disorders in those young males who later become drug abusers. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2003; 29: 149–156.
186. Al-Gommer O, George S, Haque S, Moselhy H, Saravanappa T. Sexual dysfunctions in male opiate users: A comparative study of heroin, methadone, and buprenorphine. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2007; 6: 137–143.

## EK 1

### Kadın Hastaları Tarama Soruları

**Dosya no:**

**Tarih:**

**Yaşınız:**

**Eğitim Durumu:**

Okur-yazar değil( ) Okur-yazar ( ) İlkokul( )

Ortaokul( ) Lise ( ) Üniversite( )

**Çalışma durumu :** Çalışıyorum ( ) Çalışmıyorum( )

**Evlenme şekli:** Görücü usulü ( ) Anlaşarak ( )

**Cinsel açıdan istekli misinizdir?** Evet ( ) Hayır ( )

**Cinsel açıdan kolay tahrik olur musunuz?** Evet ( ) Hayır ( )

**Cinsel organınız ilişki sırasında kolay ıslanır veya nemlenir mi?**

Evet ( ) Hayır ( )

**Kolay cinsel doyuma ulaşabilir misiniz?** Evet ( ) Hayır ( )

**Cinsel doyumunuz sizin için tatmin edici midir?** Evet ( ) Hayır ( )

**Düzenli adet görüyor musunuz?** Evet ( ) Hayır ( )

**Menapoz durumu:** Evet ( ) Hayır ( )

**Son 6 ay içinde psikiyatrik ilaç kullanımınız var mı:** Evet( ) Hayır( )

**Alkol Kullanımı :** ( ) Var ( ) Yok

**Sigara kullanımı:** ( ) Var ( ) Yok

**Uyuşturucu madde kullanımı :** ( ) Var ( ) Yok

## EK 2

### Erkek Hastaları Tarama Soruları

**Dosya no:**

**Tarih:**

**Yaşınız:**

**Eğitim Durumu:**

Okur-yazar değil( ) Okur-yazar ( ) İlkokul( )

Ortaokul( ) Lise ( ) Üniversite( )

**Çalışma durumu :** Çalışıyorum ( ) Çalışmıyorum( )

**Evlenme şekli:** Görücü usulü ( ) Anlaşarak ( )

**Cinsel açıdan istekli misinizdir?** Evet ( ) Hayır ( )

**Cinsel açıdan kolay tahrik olur musunuz?** Evet ( ) Hayır ( )

**Cinsel organınız (penisiniz) kolayca sertleşir ve sertliğini sürdürür mü?**

Evet ( ) Hayır ( )

**Cinsel ilişkide kolay boşalır mısınız?** Evet ( ) Hayır ( )

**Cinsel İlişkide boşalmanız tatmin edici midir?** Evet ( ) Hayır ( )

**Son 6 ay içinde psikiyatrik ilaç kullanımınız var mı:** Evet( ) Hayır( )

**Alkol Kullanımı :** ( ) Var ( ) Yok

**Sigara kullanımı:** ( ) Var ( ) Yok

**Uyuşturucu madde kullanımı :** ( ) Var ( ) Yok

### EK 3

#### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

**Tarih:**

**Dosya no:**

**Adı- Soyadı:**

**Çalışma durumu:** Çalışıyor ( ), Çalışmıyor ( )

**Çalışıyorsa mesleği:** sağlık çalışanı( ) memur( ) işçi( ) serbest( )  
Özel sektör( ) diğer( )

**Çalışıyorsa toplam aylık geliri:** ( ) Asgari cret ve altı  
( ) Asgari cret üstü

**ocuk durumu:** Evet ( ) , varsa kaç tane: ....  
Hayır( )

**Kaç yıldır evlisiniz? :.....**

**Kaç yaşında evlendiniz? :.....**

**Cinsellik hakkındaki bilgilerinizi nereden edindiniz?**

Arkadaş( ) Aile( ) Kitap-dergi( ) Diğer( )

**Boy:** .....cm **Kilo:** .....kg **Beden kitle indeksi:** .....kg/ cm<sup>2</sup>

**Eşlik eden fiziksel hastalık :** Kardiyopulmoner( )

Nörolojik( )

Enfeksiyon( )

Diğer( )

**Eşlik eden psikiyatrik hastalık tanısı: .....**

**Varsa son 6 ay içinde kullanılan psikotropik ilaç:** Antipsikotik( )

Anksiyolitik( )

Antidepresan( )

Antikonvülzan( )

**Cinsel travma yks:** ( ) Var ( ) Yok

**Daha önce herhangi bir doktoru size cinsel işlev ile ilgili soru yöneltti mi?**

Evet ( ) Hayır ( )

**Daha önce herhangi bir doktora cinsel işlev bozukluğu ile ilgili bir yakınma  
ilettiniz mi?**

Evet ( ) Hayır ( )

## EK 4

### GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

#### Erkek Formu

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “çoğu zaman”, “her zaman” şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine (X) işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

	<b>Hiçbir</b>			<b>Çoğu</b>	<b>Her</b>
	<b>Zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>zaman</b>	<b>zaman</b>
1-Haftada iki defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
2-Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
3-Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
4-Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz erken olduğunu düşünürseniz boşalmayı geciktirebilir misiniz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
5-Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tekdüze (monoton) buluyor musunuz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
6-Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsızlık duyar mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
7-Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, tedirgin ve endişeli olur musunuz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
8-Cinsel organınızın, eşinizin cinsel organına girmesinden zevk alır mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
9-Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

	<b>Hiçbir</b>			<b>Çoğu</b>	<b>Her</b>
	<b>Zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>zaman</b>	<b>zaman</b>
10-İlişki sırasında cinsel organınızın sertleşmediği olur mu?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
11-Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hissedermisiniz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
12-Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alırmısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
13-Cinsel birleşme sırasında erken boşalmayı engelleyebilir misiniz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
14-Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
15-Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar buluyor musunuz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
16-Ön sevişme (öpme, okşama gibi) sırasında cinsel organınızın sertleştiği olur mu?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
17- Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (Hastalık gibi nedenler dışında)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
18- Eşinizle karşılıklı mastürbasyon yapmaktan (kendinizi tatmin etmekten) zevk alırmısınız	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)



	<b>Hiçbir</b>		<b>Çoğu</b>	<b>Her</b>
	<b>Zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>zaman</b>
				<b>zaman</b>
19-Eşinizle sevişmek istediğinizde ilişkiyi siz başlatır mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
20-Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
21-İsteddiğiniz kadar sık cinsel ilişkide bulunur musunuz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
22-Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
23-Cinsel birleşme sırasında cinsel organınızın sertliğini kaybettiği olur mu?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
24-Cinsel organınızın eşinizin cinsel organına girer girmez istemeden boşaldığınız olur mu?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
25-Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
26-Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
27-Cinsel organınızın eşinizin cinsel organına girmek üzereyken, istemeden boşaldığınız olur mu?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

**Hiçbir** **Çoğu** **Her**  
**Zaman** **Nadiren** **Bazen** **zaman** **zaman**

28-Sevişme sırasında yaptıklarınızda  
tiksinti duyar mısınız? (.....) (.....) (.....) (.....) (.....)

## EK 5

### GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

#### Kadın Formu

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “çoğu zaman”, “her zaman” şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine (X) işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

	<b>Hiçbir</b>			<b>Çoğu</b>	<b>Her</b>
	<b>Zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>zaman</b>	<b>zaman</b>
1-Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
2-Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
3- Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
4-Cinsel yönde kolaylıkla uyarılır mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
5-Sizce, sizin ve eşinizin ön sevişme (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
6-Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
7-Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
8-Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
9-Eşinize sarılıp vücudunu okşamaktan hoşlanır mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

	<b>Hiçbir</b>			<b>Çoğu</b>	<b>Her</b>
	<b>Zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>zaman</b>	<b>zaman</b>
10-Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
11-Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
12-Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız olur musunuz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
13-Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız olur musunuz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
14-Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
15-Haftada iki defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
16-Eşinize cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
17-Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
18-Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

	<b>Hiçbir</b>			<b>Çoğu</b>	<b>Her</b>
	<b>Zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>zaman</b>	<b>zaman</b>
19-Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
20-Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
21-Ön sevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
22-Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
23-Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
24-Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
25-Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
26-Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
27-Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

	<b>Hiçbir</b>		<b>Çoğu</b>	<b>Her</b>	
	<b>Zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>zaman</b>	<b>zaman</b>
28-Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

**Araştırmanın Adı :** Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastalarda cinsel işlev bozukluğu sıklığı

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 05)**

#### **LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!**

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

#### **ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?**

Cinsel sağlık, cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklılık halidir. Cinsel İşlev Bozuklukları, cinsel istekte azalma, uyarılma eksikliği, boşalma-orgazm sorunları ile buna bağlı olarak cinsel ilişki kurmada ortaya çıkan güçlükleri kapsamaktadır. Genellikle toplumumuzda cinsellik ve cinsel sorunlar çekince yaratan konulardır. Bu çalışmanın amacı psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda cinsel işlev bozukluğu tanısının sıklığını, bu tanıyı alan hastaların eş tanımlarını araştırmak ve bu ve benzer çalışmaların klinik pratikte sıklıkla gözden kaçma ihtimali olan cinsel işlev bozukluğu konusunda daha dikkatli değerlendirme yapılmasına dikkat çekmektir.

#### **KATILMA KOŞULLARI NEDİR?**

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için evli ve 18- 65 yaş aralığında olmanız ve dışlama kriterleri taşıyamamanız yeterlidir.

#### **NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

Çalışmada kullanılacak veriler klinik görüşmelerden, araştırmacının doldurduğu ölçeklerden ve öz bildirim ölçeklerinden elde edilecektir. Çalışma amaçlı bunlardan başka herhangi bir işlem veya tetkik yapılmayacaktır. Çalışmada girişimsel bir işlem ve herhangi bir spesifik bir ilaç kullanımı söz konusu değildir.

#### **SORUMLULUKLARIM NEDİR?**

Araştırma kesitsel (takibi olmayan) bir çalışma olduğundan araştırma ile ilgili olarak herhangi bir sorumluluğunuz yoktur.

#### **KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada gönüllü sayısı psikiyatri polikliniğine başvuran 800 hasta olarak belirlenmiştir.

#### **KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?**

Araştırma kesitsel olarak planlanmıştır. Sadece psikiyatrik değerlendirme, araştırmacının doldurduğu ölçekler ve öz bildirim ölçeklerinin doldurulması gerekmektedir. Takibi yoktur.

#### **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda cinsel işlev bozukluğu sıklığı ve bu tanıyı alan hastaların hangi eş tanımları aldığını araştırılarak toplanan bilgilerle, ileride size veya sizin hastalığınıza sahip kişilere daha iyi yardım edilebilmesi amaçlanmaktadır

#### **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**



**Araştırmanın Adı :** Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastalarda cinsel işlev bozukluğu sıklığı

Size bu araştırmada psikiyatrik görüşme yapılacak ve öz bildirim ölçekleri uygulanacaktır. Uygulamanın bilinen riskleri yoktur.

**ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?**

Çalışma dizaynında herhangi bir spesifik ilaç tedavisi yoktur.

**HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?**

Klinik görüşme ve doldurulması gerek ölçeklerden birisi eksik olan hastalar çalışmaya alınmayacaktır. Sonrasında herhangi bir çalışma dışı bırakılma durumu söz konusu değildir.

**DiĞER TEDAVİLER NELERDİR?**

Çalışma dizaynında herhangi bir spesifik ilaç tedavisi yoktur.

**HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?**

Araştırmada kullanılan ölçekler sıkça kullanılan ve bilinen yan etkileri olmayan tetkiklerdir. Bu nedenle, bu tetkiklere bağlı bir zarar görmeniz beklenmemektedir.

**ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Çalışma kesitsel (takibi olmayan) ve herhangi bir girişimsel tedavi veya ilaç tedavisi içermediğinden önemli bir sorun çıkması beklenmemektedir. Bununla birlikte, ilgili tetkikler esnasında oluşabilecek sorunlar için 04623775391. no.lu telefondan Dr.Dilek GÜNAYDIN'a başvurabilirsiniz.

**ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

**ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?**

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

**ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

**ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

**KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?**

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

**Çalışmaya Katılma Onayı:**

**Araştırmanın Adı :** Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastalarda cinsel işlev bozukluğu sıklığı

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTIĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		