



**T.C.**  
**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**



**PSİKİYATRİK HASTA POPÜLASYONUNDA  
CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**  
**Arş. Grv. Dr. Güray GÜLSEREN**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Ömer ÖZBULUT**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**ANABİLİM DALI**

**AFYONKARAHİSAR 2010**

**T.C.  
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**PSİKIYATRİK HASTA POPÜLASYONUNDA  
CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Arş. Grv. Dr. Güray GÜLSEREN**

**DANIŞMAN  
Doç. Dr. Ömer ÖZBULUT**

**AFYONKARAHİSAR 2010**

T.C.  
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**Tez Başlığı** : PSİKİYATRİK HASTA POPÜLASYONUNDA  
CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

**Tezi Hazırlayan** : Dr. Güray GÜLSEREN

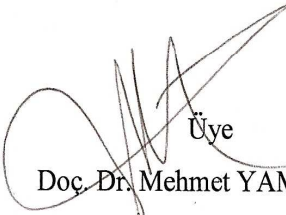
**Tez Savunma Tarihi** : 06.12.2010


**Tez Kabul Tarihi** : 06.12.2010

**Tez Danışmanı** : Doç. Dr. Ömer ÖZBULUT

İş bu çalışma jürimiz tarafından RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI' nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan  
Doç. Dr. Ömer ÖZBULUT  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

  
Üye  
Doç. Dr. Mehmet YAMAN  
Nöroloji Anabilim Dalı

  
Üye  
Doç. Dr. Serap DEMİR  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

  
ONAY  
DEKAN V.  
Prof. Dr. Necat İMİRZALIOĞLU

## TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleŐtirilmesinde, baŐlangıcından sonuna kadar, gerekli bütün yardım, tavsiye ve yönlendirmeleri yapan, asistanlık eğitimim boyunca karşılaŐtıđım problemlerin çözümünde deneyimlerinden yararlandığım tez danışmanım Doç. Dr. Ömer ÖZBULUT'a, eğitimim boyunca katkı ve değerlendirmelerinden her zaman faydalandığım, bölümümüzde görev yapmış olan hocalarım Doç. Dr. Ömer GEÇİCİ'ye, Doç. Dr. Özkan GÜLER'e, Doç. Dr. Murat EMÜL'e, istatistik konusunda yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Nurhan DOĞAN'A, rotasyon eğitimlerimde bana yardımcı olan değerli hocalarıma ve tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Tüm yaşamım boyunca hep desteklerini gördüğüm, beni yetiŐtiren aileme, dostlarıma ve bu tezin hazırlanması sırasında her aşamada desteğini ve anlayışını hissettiğim eşim Handan GÜLSEREN'e teşekkür ederim.

Dr. Güray GÜLSEREN

Afyonkarahisar – 2010

# İÇİNDEKİLER

<b>I. GİRİŞ VE AMAÇ</b>	1
<b>II. GENEL BİLGİLER</b>	3
2.1. Normal Cinsel İşlevler	3
2.1.1. Kadında Cinsel Anatomi	3
2.1.2. Erkeklerde Cinsel Anatomi	5
2.1.3. Kadın Ve Erkeklerde Cinsel Fizyoloji	6
2.1.4. Cinselliğin Nöroendokrin Özellikleri	9
2.1.5. Merkezi Sinir Sisteminin Cinsellikte Rolü	16
2.2. Cinsel İşlev Bozuklukları	17
2.2.1. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması Ve Genel Özellikleri	17
2.2.2. Cinsel İşlev Bozukluklarının Etyolojisi	27
<b>III. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	45
3.1. Verilerin Toplanması	45
3.2. Olguların Seçimi	45
3.3. Veri Toplama Araçları	46
3.4. İstatistiksel Analiz	47
<b>IV. BULGULAR</b>	48
4.1. Sosyodemografik Özellikler	48
4.2. Sosyodemografik Değişkenlerle GRCDÖ Alt Ölçeklerinin İlişkisi	49
4.3. Psikiyatrik Hastalık Ve İlaç Kullanım Yüzdeleri	54
4.4. Psikiyatrik Hastalıklar ve İlaçlarla GRCDÖ Alt Ölçeklerinin İlişkisi	56
4.5. Hastaların Kendi Bildirimlerine Göre Cinsel Yakınmalarının Değerlendirilmesi	62
<b>V. TARTIŞMA</b>	69
<b>VI. SONUÇLAR</b>	82
<b>VII. KAYNAKLAR</b>	84
<b>VIII. ÖZET</b>	96
<b>IX. SUMMARY</b>	98
<b>X. EKLER</b>	
EK-1 Sosyodemografik Veri Formu	100
EK-2 GRCDÖ Erkek ve Kadın Formu	101
EK-3 GRCDÖ Kadın Formu	102

## TABLolar ÇİZELGESİ

Tablo	TABLO İÇERİĞİ	Sayfa
1	Hormonların Cinsel İşlevlere Etkisi	11
2	Nörotransmitterlerin Cinsel İşlevlere Etkisi	12
3	Cinsel İşlev Bozukluğuna Hazırlayıcı Psikolojik Nedenler	28
4	Cinsel İşlev bozukluğunu Başlatıcı Psikolojik Nedenler	29
5	Cinsel İşlev Bozukluğunu Sürdürücü Psikolojik Nedenler	29
6	Trisiklik Antidepresanların İn Vitro Akut Biyokimyasal Aktiviteleri	37
7	Cinsel İşlev Bozukluğu Yan Etkisi Bulunan Antidepresanlar	39
8	Cinsel İşlev Bozukluğu Yan Etkisi Görece Az Olan Antidepresanlar	39
9	SSRI'ların Geri Alım Engelleme Profilleri	40
10	Deneklerin Sosyodemografik Özellikleri	49
11	Yaş Gruplarına Göre GRCDÖ İle Saptanan Cinsel Sorunların Sıklıkları	50
12	GRCDÖ Standart Puanlarına Göre Cinsel Sorunların Görülme Sıklığı	51
13	İkamet Yerlerine Göre GRCDÖ İle Saptanan Cinsel Sorunların Sıklıkları	51
14	Eğitim Düzeylerine Göre GRCDÖ İle Saptanan Cinsel Sorunların Sıklıkları	52
15	Mesleklere Göre GRCDÖ İle Saptanan Cinsel Sorunların Sıklıkları	53
16	Evlilik Sürelerine Göre GRCDÖ İle Saptanan Cinsel Sorunların Sıklıkları	53
17	Deneklerin Hastalıklara ve Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımı	55
18	Deneklerin Hastalık Süreleri ve İlaç Kullanım Sürelerine Göre Dağılımı	55
19	Psikiyatrik Tanı Gruplarında, GRCDÖ Alt Ölçeklerine Göre Cinsel Sorunların Görülme Sıklığı	56
20	Psikiyatrik Hastalık Tanı Gruplarına Göre GRCDÖ Standart Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
21	Hastaların Kullandıkları İlaçlara Göre, GRCDÖ ile Saptanan Cinsel Sorunların Sıklığı	58
22	Kullanılan İlaçlara Göre GRCDÖ Standart Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
23	Hastalık Sürelerine Göre GRCDÖ ile Saptanan Cinsel Sorunların Sıklığı	60
24	İlaç Kullanım Sürelerine Göre GRCDÖ ile Saptanan Cinsel Sorunların Sıklığı	61
25	İlaç Dozlarına Göre GRCDÖ ile Saptanan Cinsel Sorunların Sıklığı	61
26	İlaç Kullanım Dozlarına Göre GRCDÖ Puan Ortalamaları	62
27	Kadınlarda kullandıkları ilaçlara göre, cinsel yakınmaların değerlendirilmesi	63
28	Erkeklerde kullandıkları ilaçlara göre cinsel yakınmaların değerlendirilmesi	64
29	Hastaların, cinsel yakınmalarına ilaçların etkisi olup olmadığı sorusuna verdiği cevapların değerlendirilmesi	64
30	Hastalık öncesinde ve ilaç kullanımı öncesinde cinsel sorun bildirimini değerlendirilmesi	65
31	Sosyodemografik Özellikler, Hastalık Ve İlaç Kullanım Özelliklerinin ve GRCDÖ Standart Puanlarının Korelasyon Tablosu	68

## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>MIF</b>	Mullerian Duct İnhibiting Factor
<b>SRY</b>	Sex Determining Region
<b>TDF</b>	Sex Determining Factor
<b>LHRH</b>	Lüteinizan Hormone Releasing Hormone
<b>MAO</b>	Monoamine Oxiadase
<b>GABA</b>	Gama Aminobutirik Asit
<b>NO</b>	Nitrik Oksit
<b>VİP</b>	Vazointestinal Polipeptid
<b>PET</b>	Pozitron Emisyon Tomografisi
<b>DSM</b>	Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders
<b>ICD</b>	İnternational Classification Of Disiseases
<b>SSRİ</b>	Selective Serotonin Reuptake İnhibitor
<b>FSH</b>	Follicle-Stimulating Hormone
<b>GnRH</b>	Gonadotropin-Releasing Hormone
<b>LH</b>	Luteinizing Hormone
<b>NARI</b>	Noradrenalin Reuptake İnhibitor
<b>NASSA</b>	Noradrenalin-Seratonin Reuptake İnhibitor
<b>GRİSS</b>	Golombok Rust Inventory Of Sexual Satisfaction
<b>SPSS</b>	Statistical Package For Social Sciences
<b>OKB</b>	Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>PTH</b>	Parathyroid Hormone
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>NOS</b>	Nitrik Oksit Sentetaz
<b>NADPH</b>	Nicotinamide Adenine Dinucleotide Phosphate
<b>DAG</b>	Diçilgliserol
<b>ACE</b>	Angiotensin Converting Enzyme
<b>TCA</b>	Tricyclic Antidepressant
<b>5-HT</b>	5 Hidroksi Triptamin
<b>DA</b>	Dopamin
<b>MUSK</b>	Muskarinik
<b>SNRİ</b>	Serotonin–Norepinephrine Reuptake İnhibitor
<b>NE</b>	Norepinephrine
<b>MAOİ</b>	Monoamine Oxiadase İnhibitor
<b>SARI</b>	Seratonin Reuptake İnhibitor
<b>ACTH</b>	Adrenocorticotropic Hormone
<b>GRCDÖ</b>	Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği
<b>SE</b>	Standart Error



## I. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik, temel bir içgüdüdür. Cinsel işlevler, başta merkezi sinir sistemi, beş duyu ve genital organlar olmak üzere tüm bedenin katıldığı, onlarca hormon ve kimyasal maddenin karmaşık bir etkileşimi ile yürütülen bir süreçtir. İnsan türünün devamı ve sağlıklı genlerin yeni nesillere aktarılmasını sağlayan karmaşık bir eylemdir (1). Cinsel aktivite yalnızca neslin devamı için yapılan biyolojik bir işlev değil, insanlar arası duyguların iletişimine yarayan, zevk veren temel bir işlev olmakla birlikte; bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamının önemli bir parçasıdır (2).

Cinsel işlevin yerine getirilebilmesi için vücudun denge içinde çalışıyor olması gerekmektedir. Bu nedenle başta hastalıklar olmak üzere, kullanılan ilaç ve maddeler, gebelik, menopoz, ergenlik gibi dönemsel durumlar cinselliği etkileyebilmektedir. Sağlıklı bir cinsellik için, bedensel işlevlerin sağlam olması gerektiği gibi, sağlam bir ruhsal yapı da geliştirilmiş olmalıdır. Sosyal etkileşim ve öğrenilmiş davranış modelleri de cinselliği şekillendirmektedir. İçinde yaşanılan toplum, aile, yakın çevre, kültürel özellikler gibi daha birçok faktörün de etkilediği cinsel sağlık, bireyin mutlu bir yaşam sürmesinde en önemli unsurlardan biridir (1).

Cinsellik, biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, geleneksel, ahlaki, dini, antropolojik, politik ve ekonomik boyutları olan karmaşık bir bütündür. Bu kadar etkileşimi olan bir eylemin, normalinin tanımlanması, sınırlarının çizilmesi zorlaşmaktadır. Çünkü cinsel ilgi ve performans bireyler arasında önemli farklılıklar gösterdiği gibi, aynı bireyde bile farklı zaman ya da farklı partnerle değişiklikler gösterebilmektedir. Bu nedenlerle, normal cinselliğe ilişkin katı bir tanımlama yapmaktansa, anormal cinselliği tanımlamak daha kolaydır (3).

Patolojik cinsel davranış, kişinin kendisine ya da diğerlerine zararlı olan, oldukça kısıtlı olan, bir partnere yönlendirilemeyen, birincil cinsel organların uyarılmasını dışlayan, suçluluk ve anksiyetenin eşlik ettiği cinsel davranış olarak tanımlanabilmektedir (3). Anormal cinsel işlevlerin temel belirtileri ise, cinsel istekte veya yanıt siklusunu belirleyen fizyolojik değişikliklerde engellenme olması olarak tanımlanabilir (4).

Bilindiği gibi psikiyatrik rahatsızlıklar toplumun büyük bir kesimini etkilemektedir ve farmakoterapötik yaklaşımların önemi artmaktadır. Psikiyatrik rahatsızlıklarda gördüğümüz önemli bir sorun da cinsel problemlerdir. Cinsel problemler genellikle kolay ifade edilemez ve bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkiler. Çalışmamızda, psikiyatrik rahatsızlıkların ve bu rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan ilaçların yol açtığı cinsel problemlerin sıklığını ve cinsel problemleri etkileyen faktörleri ortaya koymaya çalıştık.

## II. GENEL BİLGİLER

Tarihsel olarak bakıldığında, cinsel kimlik ve cinsel işlevle ilgili sorunlar psikiyatri biliminin alanı içerisinde yer almaktadır. 19. Yüzyılın sonları ve hatta 20. yüzyılın başlarına kadar gelişmiş medeniyetlerde dahi, cinsellik konusunda toplumsal baskılar, tehditler ve kısıtlamalar bulunmaktaydı. Psikiyatri biliminin öncülerinden kabul edilen Sigmund Freud, Richard Krafft-Ebing, Henry Havelock Ellis gibi bilim adamları insan cinselliğine odaklanmışlar ve insan davranışlarının açıklanmasında cinselliğin önemli olduğu vurgulanmışlardır. Yirminci yüzyılın başlarında yaptıkları çalışmalarla, cinselliği tabu olmaktan çıkarmışlar ve sonraki çalışmalar için kaynak oluşturmuşlardır (5).

Son dönemlere kadar cinsel sorunların tedavileri, psikiyatri dışındaki tıp dalları (kadın doğum, üroloji) tarafından ele alınmaktaydı. Yapılan araştırmalar cinsel işlev bozukluklarının büyük oranda insan yaşantısı, davranışları, inanışlarından (cinsel mitler) kaynaklandığını ortaya koymaktadır (1,6). Organik nedenli cinsel işlev bozukluklarına görece olarak daha az rastlanmaktadır. Ancak son yıllarda medikal tedavilerin çeşitlenmesi, ilaç endüstrisinin hızla ilerlemesinin iyatrojenik cinsel işlev bozukluklarını da ortaya çıkardığı bilimsel çalışmalarla tespit edilmektedir. Bunların yanında psikiyatrik hastalıklarla, cinsel işlev bozuklukları arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Yani, cinsel işlev bozukluğu altında yatan bir depresyonun belirtisi olabileceği gibi, primer olarak ortaya çıkan cinsel işlev bozukluğu da psikiyatrik bozukluklara kaynaklık edebilmektedir (7).

### 2.1. NORMAL CİNSEL İŞLEVLER

#### 2.1.1. KADINDA CİNSEL ANATOMİ

Kadında dış genital organlarına vulva denir. Vulva; mons pubis, major ve minör labiumlar, klitoris, vajina vestibülü ve vajinal orifisten oluşur.

Vulva yoğun damarlanmaya sahiptir. Üretral orifis, üretra aracılığıyla mesaneye bağlantılıdır, klitoris ve vajina girişi arasındadır.

Latince 'kın' veya 'kılıf' anlamına gelen vajinada, cinsel uyarılmanın başlamasıyla birlikte, 10-30 saniyede lubrikasyon meydana gelir. Vajinayı çevreleyen damarlardaki konjesyondan kaynaklanan transuda niteliğindeki sıvı, vajinanın ıslanmasını ve penis girişinin kolaylaşmasını sağlar. Doğum yapmamış kadınlarda, uyarılmamış vajinanın uzunluğu 7-8 cm, çapı 2 cm'dir; uyarılınca boyu 9.5-10.5 cm, çapı girişte 2.5 cm, dip kısımlarda 5.5 cm olur. Vajinanın sadece 1/3 dış kısmı cinsel yönden uyarılabilir, geri kalan bölüm sadece basınca duyarlıdır. Serviks basıncı ve titreşime duyarlı nöronal ağa sahiptir (1,3).

Klitoris korpus ve glans kısmından oluşmaktadır. Özellikle glans kısmı yüksek oranda duyarlıdır. Embriyolojik olarak erkekteki penise karşılık geldiği düşünülen klitoris, labium majuslar arasında dışarı doğru 0.5-1 cm çıkıntı yapmıştır. Klitorisin iki yana da uzanan erektil dokusunun toplam uzunluğu yaklaşık 20 cm'dir. Üstü klitoris başlığı denen yapıyla örtülüdür (1,4).

İç genital yapı ve organlar; himen, serviks, uterus, fallop tüpleri ve overlerdir. Himen, vajinal orifisin 2-3 cm iç kısmında, dairesel bir hat oluşturan, membranöz yapıda mukozal kıvrımdır. Farklı yapılarda bulunabilir ya da bulunmayabilir. 1950'de Ernst Graefenberg, vajinanın ön duvarında üretrayı çevreleyen G noktasını tanımlamıştır. Graefenberg, birçok kadının bu alanın uyarılmasının orgazmı tetiklediğini belirtmiş ve orgazmın sonunda erkek ejakulasyonuna benzer sıvı gelişinden sorumlu olabileceğini iddia etmiştir.

Serviks, uterusun vajinaya açılan boyun kısmıdır. Yaklaşık 2.5 - 3.5 cm uzunluğundadır. Genellikle bir mukus ile tıkalıdır ve cinsel ilişki sırasında basınca duyarlıdır. Fallop tüpleri, uterus ile overleri birleştirirler.

Ovumun döllendiği yer burasıdır. Uzunlukları yaklaşık 10 cm kadardır. Orgazm kasılmalarına uterus ile birlikte eşlik ederler. Overler, uterusun iki tarafında bulunur; 3.5 cm uzunluğunda, 2 cm genişliğindedirler. Her ay uterusu fallop tüpleri aracılığı ile yumurta (ovum) gönderilmesinden sorumludur. Yaşam boyunca, içerdikleri bir milyon potansiyel ovümden sadece 400-500'ü uterusu atılır. Menopozla birlikte bu işlev durur. Overler, östrojen ve progesteronun salgılanmasından sorumludur (1,3).

### **2.1.2. ERKEKTE CİNSEL ANATOMİ**

Erkekten dış genital organlar; penis, skrotum, testisler, epididimis ve vas deferensin bazı bölümlerini içerir. İç genital organlar; vas deferens, ejakulatuar kanallar ve prostat bezini içerir.

Penis, anatomik olarak glans ve corpus olarak iki bölüme ayrılır. Glans penis, sünnet derisi içinde bulunur. Korpus penis, korpus kavemosum ve korpus spongiyozum ismi verilen silindirik yapılardan oluşur. Bu silindirik yapılar güçlü zarlarla sarılmıştır ve iç kısımları süngerimsidir. Erkekten penisin ereksiyonu, bu süngerimsi yapıların sertleşme sırasında kanla dolması ile gerçekleşir. Korpus spongiyozumun içinden üretra geçer. Erkekten üretradan hem idrar, hem de ejakulat geçişi olmaktadır. Penisin hemen tüm bölgeleri duyarlıdır. Yağ dokusu içermez.

Penis büyüklüğü belirli bir aralık içinde değişkenlik gösterir ve penis büyüklüğü ile ilgilenmek, erkekler arasında evrensel bir durumdur. Masters ve Johnson sönük durumdaki penis için 7-11 cm, erekte penis için 14-18 cm şeklinde bir aralık belirtmiştir. Ayrıca gözlemlerinde sönük durumdaki boyut ile erekte durumdaki boyut arasında zayıf bir ilişki olduğunu görmüşlerdir (4).

Testisler, penisin alt kısmında skrotum denilen deri ile çevrili olarak sağ ve sol olmak üzere iki tanedir. Testisler birer kordon sayesinde vücuda

bağlanır, bu kordonlar sperm kanallarını ve damarları içerir. Testisler, çok sayıda sperm kanalları içerirler. Skrotumun ve testislerin sıcaklığı vücut sıcaklığından birkaç derece daha düşüktür. Bu özellik sağlıklı sperm üretimi için gereklidir.

İç genital organlardan prostat, mesanenin tabanında yerleşmiştir. Üretranın başlangıç bölümündedir ve meni sıvısının spermler dışında kalan kısmından, sıvının kendine has kokusundan ve spermin besleneceği maddelerin salgılanmasından sorumludur. Ejakülasyon sırasında meni sıvısına sağladığı katkı spermleri uyarıcı özelliğe sahiptir, ayrıca boşalma sırasında kasılarak üretranın mesaneye kesesine giren kısmının kapanmasını ve meninin geriye, mesaneye kaçmamasını sağlar. Sperm kanalları, epididimis, duktus deferens, seminal vezikül ve üretra denen yapılardan oluşur.

### **2.1.3. KADIN VE ERKEKTE CİNSEL FİZYOLOJİ**

Masters ve Johnson, insan cinselliğini ilk kez laboratuvar ortamında incelemiş, yüzlerce gönüllü kadın ve erkek üzerinde sürdürdükleri çalışmalarında, İnsanda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkiyi; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evresi olarak ayırmışlardır (8).

**1) İstek / Uyarılma Evresi:** Cinsel yanıt döngüsünün en önemli kısmıdır. Uyarılma evresinde, seks duyguları, düşünceleri ve uyarımlarla birlikte, santral bölgeler başta hipotalamus ve limbik sistem olmak üzere harekete geçer ve cinsel yanıtı başlatır. Bu evre medial preoptik alan ve ön hipotalamusu da içeren mezolimbik dopaminerjik ödül merkezinin kontrolünde dopaminerjik bir fenomendir (9). Ödül merkezi, serotoninerjik ve noradrenerjik nöronlardan uyarılar alır ve dopaminerjik nöron gövdeleri içerir (10). Bu evreye katılan diğer hormonlar olan testosteron ve oksitosindir. Spinal korddan uyarı iletilmekte ve refleks arklar aktive olarak periferel organlarda cinsel yanıtı tetiklemektedir. Erkeklerde ereksiyon,

kadında ise lubrikasyon ortaya çıkar (1,9). Kişiyeye uygun düşen, yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarı karşıısında uyarılma evresi çok kısa sürebileceği gibi; kişi fiziksel ya da psikolojik açıdan uygun düşmeyen baskı unsurları, başarısızlık korkusu gibi olumsuz uyarılara maruz kalırsa cinsel uyarı azalır ya da kaybolabilir (11).

**Kadınlarda**, memelerde vazodilatasyon ve büyüme, meme uçlarında ereksiyon meydana gelir. Labium minörlerin çapı artar. Pelvik sinirlerin uyarısı ile klitoriste konjesyon olur. Vazokonjesyon sonucunda, vajina duvarlarında oluşan transuda, koit sırasında vajinal duvarların kayganlığını sağlar. **Erkeklerde**, ilk olarak parasempatik yolak aracılığıyla peniste ereksiyon ve glans peniste büyüme, sonra skrotal derinin gerilmesi ve kalınlaşması ile testislerde yükselme görülür. Psikojenik penil ereksiyonlar için uyarılar serebral korteks ve limbik sistemden, torakolumbar sempatik gangliyona (inferior hipogastrik pleksus) ve sakral parasempatik gangliyona gelir (12). Sakral pleksustan köken alan pudendal ve perineal sinirler taktıl refleksogenik ereksiyonları başlatırken, hipogastrik pleksustan gelen uyarılar psikojenik penil ereksiyonlara sebep olur. Yine sakral pleksustan gelen parasempatik eferent uyarılar, penil ereksiyonun vazodilatör mekanizmasını başlatırlar (13).

**2) Plato Evresi:** Plato evresi, çağdaş sınıflandırmalarda ve klinik değerlendirmelerde, uyarılma evresinin bir bölümü olarak kabul edilmektedir. Bu evrede, kalp atışları artar ve kan basıncı yükselir. Plato evresi, esas olarak uyarılmanın, kişinin orgazma geçmesini sağlayacak noktaya kadar ilerlemesi ve vazokonjesyonun maksimal noktaya ulaşması ile karakterizedir (1,5).

**Kadınlarda**, areolalarda ve memede büyüme gözlenir, venler belirginleşir. Vajinanın dış 1/3' lük bölümünde ileri derecede genişleme ve vazokonjesyon oluşur. **Erkeklerde**, penisteki ereksiyona, korona glandis bölgesine özgü bir çap artışı eklenir. Testislerde büyüme ve yükselme

gözlenir. Orgazm öncesi dönemde, Cowper bezlerinden sperm içermeyen mukoid sekresyonlar salgılanır. Hiperventilasyon, taşikardi, kan basıncında artma ve dış rektal sfinkter ile gluteal bölge kaslarında istemli kasılmalar gözlenir (14).

**3) Orgazm Evresi:** Süre açısından en kısa, cinsel haz açısından en yoğun evredir. Erkeklerde, tekrarlayıcı kontraksiyonlarla ejakülasyon gerçekleşir. Kadınlarda, perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kontraksiyonları olur (15). Kasılmalar 0.8 saniyelik aralıklarla olur ve kan basıncı 20-40 mm (hem sistolik hem diyastolik) artar, kalp hızı dakikada 160'a kadar çıkabilir. Yaklaşık 3-25 saniye süren ve hafif bir bilinç bulanıklığı da olabilen orgazm evresi, öznel olarak pelviste duyumsanır ama esasında bütün bedenin yanıtıdır. Orgazm sırasında beyin dalgalarında değişiklikler gözlenir (3,15).

**Kadınlarda,** uterus, fundustan serviksine doğru inen güçlü ve devamlı kasılmalar, vajinanın dış 1/3'lük kesiminde ritmik kasılmalar görülür. Bu kasılmalar 3-5 kez, en çok da 10-15 kez olur. Kasılmalar, başlangıçta güçlü ve kısa aralıklarla oluşur, ilk 3-5 kasılmadan sonra şiddet azalır ve aralık süresi uzar (1). Erkeklerden farklı olarak kadınlar, cinsel ilişkide ardı ardına orgazmlar yaşayabilirler ve refraktör dönem uzun değildir ve kadınlar refraktör dönemde uyarı ile cinsel ilişkiye devam edebilirler (16). **Erkeklerde,** ejakülasyon, Masters ve Johnson tarafından iki aşamalı bir evre olarak tanımlanmıştır. İlk aşama, boşalmanın kaçınılmaz olduğu duygusunu içerir. Ejakülatın prostat kanalında biriktiği ve prostat yolundan üretraya çıktığı zamana denk düşmektedir (Emisyon evresi). Emisyon evresi, torakolumbar sempatik sinirlerin uyarıları oluşturması ve ardından norepinefrinin noradrenerjik alfa reseptörlerini uyarmasıyla gerçekleşir Orgazm duygusunun eşlik ettiği ikinci aşama ise, perine ve bulbokavernöz kasların art arda kasılmasıyla ejakülasyonun gerçekleşmesidir (17).



**4) Çözülme Evresi (Rezolüsyon):** İstirahat durumuna dönüş evresidir. Genital bölgelerde ve bedenin bütününde oluşan fizyolojik değişikliklerin, dakikalar içerisinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir. Eğer orgazm gerçekleştiyse çözülme süresi daha kısadır. Orgazm sonrası öznel bir iyilik hali, rahatlama hissi yaşanır.

**Kadınlar**, çözülme evresinin herhangi bir aşamasında uygun bir cinsel uyararla yeniden uyarıldıkları takdirde, yeniden bir başka orgazm evresine girme potansiyeline sahiptirler. **Erkekler** ise orgazm evresini takiben süresi kişiden kişiye ve kişinin hangi yaş diliminde olduğuna göre değişen bir refraktör döneme zorunlu olarak girerler. Bu dönem sona erene kadar uygun cinsel uyarana olsa da yeniden ereksiyon sağlayabilmeleri ve yeniden orgazm evresine girebilmeleri fizyolojik olarak olası değildir (3,15).

Masters ve Johnson' un çalışmalarından etkilenen Helen Singer Kaplan, insanda cinsel uyarana verilen yanıtın bifazik niteliği olduğunu savunmaktadır. Kaplan'a göre bu bifazik komponentlerden ilki; erkekte penil ereksiyonu, kadında ise vajinal lubrikasyonu ve büyümeyi-kabarmayı sağlayan genital vazokonjesyon yanıtıdır ve parasempatik inervasyona sahiptir. Diğeri; her iki cinsten de orgazmı sağlayan refleks klonik kas kontraksiyonlarıdır ve sempatik inervasyonu vardır. Bu bifazik komponentler, her iki cins için de, genital bölgede farklı anatomik bölgeleri etkilemekte, sinir sisteminin farklı bölgelerinden inerve edilmekte, travma, ilaç ve yaş gibi fiziksel etkenlere karşı farklı ölçülerde hassasiyet göstermekte ve farklı psikopatolojik mekanizmalarla birbirinden kesin hatlarla ayrılan farklı klinik sendromlara yol açmaktadırlar (8).

#### **2.1.4. CİNSELLİĞİN NÖROENDOKRİN ÖZELLİKLERİ**

Cinsellik, hem psikolojik hem de fizyolojik olarak vücuttaki sinir sistemi ve endokrin sistem ile bağlantılıdır. Embriyolojik gelişim

evrelerinden itibaren insan cinsel yanıtlarının oluşmasında; kromozomal genetik materyal, nörolojik ve endokrinolojik traktusun gelişimi, hormonal etkileşim, sekonder seks karakterlerinin gelişmesiyle vücut yapısının şekillenmesi, toplumsal etkileşim ve öğrenme temel teşkil etmektedir.

Fetal hayatta hormonal uyarım, ilerideki cinsel hayatın temellerini oluşturmaktadır. Cinsiyet kromozomları tarafından, fetüsün androjene maruz kalıp kalmayacağı kodlanmıştır. Hormonal uyarımın da desteğiyle xx seks kromozomlarına sahip olması yeterli olan embriyo, müllerian kanalını geliştirip dişi yönde farklılaşacaktır. Xy seks kromozomlarına sahip olan embriyoda; MIF (Mullerian duct inhibiting substance), y kromozomunun kısa kolunda bulunan SRY (sex determining region) geni tarafından kodlanan TDF (testis determining factor), testosteron ve dihidrotestosteron varlığında wolf kanalının gelişimi sağlanabilecek ve iç ve dış genital organlarda erkek yönünde farklılaşma olacaktır. Androjen uyarısına maruz kalmayan fetüs dişi yönde farklılaşmasına devam etme eğilimindedir (5,18).

Cinsel organların sinir iletimi, büyük oranda otonom sinir sistemi tarafından yürütülmektedir. Parasempatik iletim (kolinerjik), pelvik splanknik sinirler (S2,S3,S4) aracılığıyla erkekte ereksiyon, kadında klitoriste kabarma ve vaginal lubrikasyondan sorumludur. Temelde sempatik etkisi olan torakolumbar yolak ise psikolojik olarak indüklenen uyarıları iletir. Penil arterlerde genişleme, penisin kavernoöz bölgesinin kanla dolması, kadınlardaki klitoral büyüme, vaginal lubrikasyon, düz kaslarda gevşeme hem otonom sinir sistemi tarafından, hem de damarlarda dilatasyon sağlayan nitrik oksit tarafından gerçekleştirilmektedir. Orgazm esnasında, erkekte ejakülasyondan ve kadında ritmik kasılmalardan, adrenerjik uyarıları hipogastrik sistemden ileten sempatik sistem sorumludur. (3,19).

Sağlıklı olarak gelişmiş bir erkek ya da kadında libidoyla ilişkili olan hormon, testosterondur. Hipotalamo-gonado-hipofizer eksenin kontrolü altında salınır ve diürinal bir ritmi vardır. Erkeklerde stresle, uyku düzeninin bozulmasıyla ya da duygudurum değişiklikleriyle testosteron düzeyleri düşebilir ve bu da cinsel yaşamı doğrudan etkiler. Bunun yanında erkeklerde ve kadınlarda orgazm sırasında hipotalamus tarafından salınan oksitosin düzeyi artar (3). Çok sayıda hormon ve nörotransmitter cinsel işlevlerin düzenlenmesinde rol oynar (14,20). Bu hormonların ve nörotransmitterlerin etkisi sırasıyla tablo 1 ve 2'de özetlenmiştir.

**Tablo 1 Hormonların Cinsel İşlevlere Etkisi**

Hormonlar	Etkinlik ya da düzeydeki değişiklik	Cinsel işlevlere etkisi
Dehidroepiandesteron	↑	↑
Testosteron	↑	↑
Östrojen (kadında)	↑	↑
Büyüme hormonu	↑	↑
LHRH	↑	↑
Oksitosin	↑	↑
Östrojen (erkek)	↑	↓
Progesteron	↑	↓
Prolaktin	↑	↓
Tiroid hormonları	↑↓	↓
Kortizol	↑	↓
Melatonin	↑	↓

\*Temel Psikiyatri adlı kitaptan alınmıştır (5).

**Tablo 2 Nörotransmitterlerin Cinsel İşlevlere Etkisi**

Sistemler	Etkinlik ya da düzeydeki değişiklik	Cinsel işlevlere etkisi
Adrenerjik alfa 1	↑	↑
Adrenerjik beta 2	↑	↑
Kolinerjik	↑	↑
Dopamin	↑	↑
Histamin	↑	↑
Adrenerjik alfa 2	↑	↓
MAO	↑	↓
Serotonin	↑	↓
GABA	↑	↓

\*Temel Psikiyatri adlı kitaptan alınmıştır (5).

Özellikle cinsel fonksiyonlarda en önemli evre olan cinsel isteğin yönlendirilmesinde, dürtü, fantezi ve motivasyonun oluşmasında **dopamin** en önemli nörotransmitterdir. Bu nedenle cinsel fonksiyonların büyük ölçüde mezolimbik dopaminerjik yolakta fonksiyon gören dopamin tarafından indüklendiği kabul görmektedir (14,21). Santral sinir sisteminde dopaminerjik yolların hepsi de seksüel davranışta rol oynar. Ratlarda yapılan bir çalışmada; hipotalamik yolakta penil ereksiyon ve seksüel davranışın kontrolünde, mezolimbik yolakta cinsel aktivite ve motivasyonda, nigrostriatal yolakta cinsel motor davranışta, tubuloinfundibular yolakta cinsel ilginin devamında, dopaminin aktif rol oynadığı saptanmıştır. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada; 17 erkek ve kadına aşık oldukları ya da cinsel olarak çekici buldukları fotoğraflar gösterildiğinde, beyinde özel dopaminerjik bölgelere kan akımının arttığı görülmüştür (22,23,24).

**Epinefrin** ve **norepinefrinin** plazma seviyeleri cinsel ilişkiyle artar. İstek aşamasında da belirgin rolü vardır. Mastürbasyon esnasında, erotik film izlerken ve orgazm sırasında bu nörotransmitterlerin ve metabolitlerinin kan seviyeleri artmaktadır. Cinsel ilişki sonrasında yaklaşık 1 gün kadar kanda baz seviyesinden daha yüksek oranda seyredabilmektedirler (25,26).

**Serotonin** hem santral hem de periferel reseptörlerde cinsel fonksiyonu etkiler. Santral olarak mezolimbik dopaminerjik aktiviteyi düşürdüğü ve prolaktin seviyesini artırdığı için cinsel istekte azalmaya neden olduğu düşünülmektedir. Farklı reseptör alt tiplerinin farklı etkilerinin olduğu bilinmektedir. Hayvan deneylerinden elde edilen bilgilere göre; serotonin 1A reseptör alt tipinin uyarılması ejakülasyon eşiğini düşürmekteyken; 2A, 1B ve 1C reseptör alt tipinin uyarılması cinsel aktivite ve uyarılmayı inhibe etmektedir ve 2C reseptör alt tipi cinsel aktiviteyi arttırmaktadır (27,28). Serotonin, periferde, end-organ reseptörlerinde ejakülasyonu inhibe etmektedir. Uyarılmadan daha çok istek ve orgazm aşamalarına negatif etkisi bulunmaktadır. Serotoninin, orgazm esnasında kasılan düz kasları inhibe ettiği bilinmektedir. Periferel sinirlerden kaynaklanan sensöriyel iletide de azalmaya neden olduğu düşünülmektedir. Serotoninin orgazmda gecikmeye neden olması, presinaptik adrenerjik transmisyonu engellemesine bağlanmaktadır (29).

**Nitrik oksit** (endothelial relaxing factor) penil ereksiyonda ve muhtemelen klitoral vazokonjesyonda, kabarmada, düz kasların relaksasyonunda görev alır. Parasempatik sistemdeki kolinerjik ve nonkolinerjik nöronlar tarafından nitrik oksitin salınımı sağlanmaktadır (30.31).

**Vazointestinal polipeptidin** (VIP) genital vasküler yapıda kan akımını arttırarak etki gösterdiği düşünülmektedir. Uyarılma döneminde plazma VIP seviyesi de artmaktadır (12). **Asetilkolin** korpus

kavernozumdaki düz kasları gevşeterek, kan akımını arttırmakta ve ereksiyonu sağlamaktadır. Genital sekresyonların salgılanmasında rol alır. Bunun yanında kolinerjik ve sempatik dengeyi korumaktadır ve NO, VIP gibi transmitterlerin sentez ve salgılanmasını sağlamaktadır (9). **Histaminin**, H2 ve H3 reseptörlerinin peniste ereksiyonda görev aldığı saptanmıştır. H2 reseptör antagonisti, simetidin, kullanan hem kadın hem erkeklerde cinsel isteğin azaldığı saptanmıştır ve mekanizmasının testosterona periferal yanıtın azalması ya da estradiol yıkımının azalması olduğu düşünülmektedir (32). Benzodiyazepin kullanımına bağlı **GABA** artışı (Gama aminobutirik asit), azalmış libido ile ilişkilendirilmiştir. Buna yol açan mekanizmanın; santral olarak sedasyonun olması ve periferal muskuler sistemin relaksasyonu olduğu ileri sürülmüştür (9).

Kadınlarda **östrojen**, libidoyu dolaylı yoldan etkilediği gibi, kadınların psikolojik durumunu da güçlendiren etkisi vardır. Kadın kimliğine uygun adale yapısı ve sekonder seks karakterlerinin gelişmesinde önemlidir. Vaginal lubrikasyonu sağlar. Pelvik tabanın ve seksüel yolların sağlamlığını korur. Östrojen kadınlarda sevişme ve cinsel birleşme isteğinden sorumluyken; progesteron cinsel istek ve sevişme arzusunu bastırır, analık ve sarılma duygularını artırır (5). Son dönemde yapılan çalışmalarda görülmüştür ki; östrojen cinsel kadınlarda cinsel isteğin düzenlenmesinde minimal bir rol oynamaktadır ve erkeklerde cinsel dürtülerde inhibisyona neden olmaktadır. Özellikle menopozda azalan bir hormondur, vaginal lubrikasyonu azaltır ve vaginal atrofi oluşturur. Ancak buna bağlı cinsel fonksiyon bozuklukları oluşurken; menopoz döneminde tersine kadının psikolojik olarak cinsel isteği artabilir. Östrojen azalmasına bağlı bu tip organ bazındaki değişiklikler, indirekt olarak cinsel isteği azaltabilir (33,34).

Sağlıklı olarak gelişmiş bir erkek ya da kadında libidoyla ilişkili olan hormon, **testosteron**dur. Hipotalamo-gonado-hipofizer eksenin kontrolü altında salınır ve diürinal bir ritmi vardır. Erkeklerde stresle, uyku düzeninin

bozulmasıyla ya da duygudurum değişiklikleriyle testosteron düzeyleri düşebilir ve bu da cinsel yaşamı doğrudan etkiler (3). Erkeklerde **testosteronun** % 95' i testisten, % 5'i adrenal bezden, beyinden ve diğer bazı yerel hücrelerden salınır. Antidepresif etkileri ve kendine güvenin korunmasında görev alır ve erkekte psikolojik yapıyı düzenler. Normal ve hipogonadal erkeklerde, testosteronun, hem uyarılmayı hem de cinsel hazzı arttırdığı kanıtlanmıştır (35).

**Progesteron**, erkeklerde cinsel isteği azaltmaktadır. Progesteron seviyesini arttıran oral kontraseptif kullanan kadınlarda cinsel ilgi ve isteğin azaldığı da kanıtlanmıştır. Premenopozal ya da postmenopozal dönemdeki kadınlarda uygulanan progesteron tedavisinin ise, cinsel işleve önemli etkide bulunmadığı kabul edilmektedir (9).

Prolaktin, psikiyatrik hastalarda antipsikotiklerin kullanımı nedeniyle yükselmektedir. Yüksek **prolaktin** düzeyi bulunan kadın ve erkeklerde cinsel ilgi ve isteğin azaldığı ve bu durumun bromokriptin tedavisiyle düzeldiğı görülmüştür. Bromokriptinin bu etkisini nasıl gösterdiği tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Serum prolaktinini azaltması, hipotalamik disregülasyonu düzeltmesi ya da bu iki mekanizmanın etkileşimi ile olabileceğı düşünölmektedir. (9,36)

Erkeklerde ve kadınlarda, orgazm sırasında hipotalamus tarafından salınan **oksitosin** düzeyi artar. Oksitosinin orgazmik yoğunluk ya da haz üzerinde etkili olduğu, ancak süresiyle ilişkisinin olmadığı kabul edilmektedir. Hiper**kortizolemi** de depresyon, uykusuzluk ve cinsel ilgi ve istekte azalma ortaya çıkarabilmektedir. Erektile disfonksiyonu olan erkeklerde kortizol seviyesinin yüksek olduğu ve intrakavernozal enjeksiyonunun düz kaslarda relaksasyona yol açtığı bilinmektedir (3,37,38).

### 2.1.5. MERKEZİ SINIR SİSTEMİNİN CİNSELLİKTE ROLÜ

Cinsellik, genital bölgelerde duyumsanıyor olsa da, esas olarak kontrol edildiği, düzenlendiği ve anlamlandırıldığı yer beyindir. Cinsellikte temel rol oynayan otonom sinir sistemi, endokrin sistem, nörotransmisyonun düzenlenmesi gibi işlevler, merkezinin beyin olduğu akslar sayesinde gerçekleşmektedir (14).

Kortekste, sensöriyel ve kognitif bilgiyi işleme ve kognisyonların yorumlanmasında serebral korteks görev alırken, cinsel seçim ve eğilimleri oluşturmada, geçmiş cinsel deneyimlerin anılarını depolama ve kişiler arası ilişkilerde stratejileri belirlemede frontal korteks görev alır (8). Pozitron emisyon tomografisi ile yapılan çalışmalarda; emosyonlarla ilişkili bölge orbitofrontal korteks, hormon kontrolü ve cinsel istek uyanmasıyla ilişkili bölge sol anterior singulat korteks ve cinsel uyarılmayı, cinsel etkinliğin takip edip etmemesiyle ilişkili bölge sağ kaudat nukleus olarak düşünülmektedir (3).

Limbik sistem ise bütün memelilerde kendini koruma ve türün devamlılığını koruma davranışlarıyla ilgilidir. Entorhinal korteks; algıların yönlendirilmesinden, hipokampus; cinsel düşler ve öğrenilenlerin yorumlanmasından, septum; cinsel emosyonların aktivasyonundan ve amigdala; cinsel aversiyon ve agresyon gibi sosyal öğrenme ile ilgili cinsel duyguların yönetilmesinden sorumlu bölgelerdir. Bazal gangliyonlardan nucleus accumbens cinsel işlevi başlatma ve önceki cinsel duyguları güçlendirmeden sorumluyken, striatum ise cinsel ilgi ve isteği aktif eyleme dönüştürme işlevine yardımcı olur (14,21).

Hipotalamusta anterior mediyal preoptik çekirdek, testosteron ve dopaminin rol oynadığı aktif cinsel davranışın ve maskülen cinsel davranışın şekillenmesinde rol oynar, cinsel işlev sırasındaki vejetatif belirtilerin yönetilmesinde etkili olur. Posterior ventromediyal çekirdek ise



daha çok pasif, feminen cinsel davranıştan sorumludur. Östrojen ve serotoninin aktivasyonu ile işlev görmektedir. Hipofiz bezi ise hormonal mesajların iletiildiği merkez olarak görev yapar. Ayrıca cinsel hormonların metabolizmasını regüle eden hormonların üretimini sağlar (14,21).

## **2.2. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI**

### **2.2.1. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI**

DSM IV'e göre cinsel istek ve cinsel yanıt döngüsünü oluşturan psikofizyolojik değişikliklerde, kişiler arası güçlükler ve strese neden olacak düzeyde bozulma olarak tanımlanan cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılmasında, üç ana sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır. Bunlar DSM-IV, ICD-10 ve Schover ve arkadaşlarının tanımladığı sistemlerdir. DSM-IV, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanmıştır ve Kaplan'ın fizyolojik cinsel yanıt döngüsüne göre düzenlenmiştir (39). ICD-10 ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlenmiş olup DSM-IV'ten birkaç maddede farklılık göstermektedir (40). Schover ve arkadaşları ise, mevcut tanı sistemlerinde, kategorilerin geniş olmasının çalışma yapılmasını zorlaştırdığı düşüncesiyle, yeni bir sınıflama getirmişlerdir (41). DSM IV sistemlerinde yer alan cinsel işlev bozuklukları, aşağıda gösterilmiştir. Bu sınıflamada yer alan cinsel alanda yaşanan diğer sorunlar ( parafililer ve cinsel kimlik bozuklukları ) konumuz dışında olduğundan değinilmemiştir. Ancak parafililer ve cinsel kimlik bozukluklarının da birçok sebeple psikiyatrik hastalıklarla etkileşimi bulunmaktadır.

#### **A. DSM IV'e göre Cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması.**

##### **1- Cinsel istek bozuklukları**

Azalmış cinsel istek bozukluğu

Cinsel tiksinti bozukluğu

##### **2- Cinsel uyarılma bozukluğu**

Kadında cinsel uyarılma bozukluğu

- Erkeklerde erektil bozukluk
- 3- Orgazm bozuklukları
  - Kadınlarda orgazm bozukluğu
  - Erkeklerde orgazm bozukluğu
  - Prematür ejakülasyon
- 4- Cinsel ağrı bozuklukları
  - Disparoni
  - Vajinismus
- 5- Genel tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozuklukları
- 6- Madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozuklukları
- 7- Başka bir yerde tanımlanmamış cinsel işlev bozuklukları

DSM – IV' e göre her bir bozukluğun alt tipleri de belirlenmiştir. Bu alt tipler, bozukluğun başlangıç şekline göre; primer (yaşam boyu) veya sekonder (kazanılmış), niteliğine göre; yaygın veya durumsal, etiyolojiye göre; psikojenik veya karışık tiptir.

### 2.2.1.1. CİNSEL İSTEK BOZUKLUKLARI

**A) Cinsel İstekte Azalma Bozukluğu:** Kişinin yaşam kalitesini bozacak derecede, sürekli ya da yineleyici olarak cinsel fantezi ya cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması (ya da hiç olmaması) şeklinde tanımlanır. Bu durumla ilişkili kadınlarda östrojen ve erkeklerde testosteron düzeyinin düşük olması gibi biyokimyasal değerler olabilir. Santral olarak dopamin blokajının da çeşitli mekanizmalarla cinsel istekte azalma yaptığı bilinmektedir (3). Katı dini inançlar, anhedonik veya obsesif-kompulsif kişilik, cinsel kimlik ve obje seçimi sorunları, cinsel fobiler ve kaçınma, uygun yakınlıkla ilgili ikili ilişkilerdeki farklılıklar ve evlilik çatışmaları da cinsel duygularda azalma oluşturabilmektedir (42,43).

**B) Cinsel Tiksinti Bozukluğu:** Kişinin belirgin sıkıntı yaşayacak ve kişilerarası ilişkilerde bozukluk yaşayacak kadar, genital cinsel ilişki

kurmaktan tiksinti duyması ve bundan etkin biçimde kaçınmasıyla karakterize bozukluktur. Kişi cinsel ilişki fırsatıyla karşı karşıya kaldığında anksiyete, korku ve iğrenme duyguları yaşar. Bu olgularda anksiyete, depresyon ve somatoform bozukluklar görülebilir. Cinsel yaşantının belirli bir yönüne (genital salgı, öpüşme...) odaklanabilir ve bu nedenle korkusu ya da negatif duyguları pekişebilir (44). Kişiler genelde tüm cinsel uyarılara karşı yaygın bir iğrenme duygusu yaşarlar. Freud cinsel tiksindenin, fallik dönemdeki inhibisyon ve çözülmemiş ödipal çatışmalar sonucunda geliştiğini düşünür. Tecavüz, çocukluk çağı kötüye kullanımı, ağırlı cinsel ilişki, partnerin psikolojik saldırıda bulunduğu ilişkilerde ve cinselliğin utanç ve suçlulukla yaşandığı dönemlerde yatkınlık oluşmaktadır.

#### **2.2.1.2. CİNSEL UYARILMA BOZUKLUĞU**

**A) Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu:** Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde cinsel uyarılmanın, yeterli bir ıslanma-kabarma tepkisini sağlayamaması ya da cinsel etkinlik bitene dek bunu sürdürememesiyle karakterize bozukluktur (39). Uyarılma tepkisi pelvisteki damarlarda dolgunluk, vaginal ıslaklık ve genişleme, dış genital organlarda kabarma ve subjektif heyecanlanma gibi tepkilerden oluşmaktadır. testosteron, östrojen, prolaktin ve tiroksin seviyeleri cinsel uyarılmaya etki etmektedir. Antihistaminik ya da antikolinergik özellikleri olan ilaçların da vajinal kayganlığı etkilediği bilinmektedir. Bu bozukluk diğer cinsel işlev bozukluklarına eşlik edebilir veya sebebi de olabilir. Genellikle evlilik sorunları ve partneri uyarma tekniklerinin bilinmemesinden kaynaklanır.

**B) Erkeklerde Eretil Bozukluk:** Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde yeterli bir ereksiyon sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene dek bunu sürdürememe olarak tanımlanır. Bu bozukluk sıklıkla cinsel anksiyete, başarısız olma korkusu, cinsel performans konusunda kaygılar ve öznel cinsel uyarılma ve haz duyularında azalma ile ilişkili olmaktadır

(39). Erektıl disfonksiyon organik, psikolojik ya da ikisinin kombinasyonu gibi sebeplerden ortaya çıkabilir ancak genç ve orta yaşı erkeklerde sebep genellikle psikolojiktir (45). Yaşıla birlikte görölme sıklığı artar. Eşe olan öfkeyi ya da iletişimsizliği ifade edememe sonucunda da gelişebilir. Freud'a göre erektıl disfonksiyonda kadına karşı istek ve duyguların birleştirilememesi hakimdir ve bu erkeklerin değersiz gördükleri kadınlarla bu tip bir disfonksiyon yaşamadıklarını belirtmiştir. Çeşitli derecelerde erektıl disfonksiyon olabilmekle birlikte bu bozukluk diğer cinsel işlev bozukluklarıyla da birlikte bulunabilir (46).

### 2.2.1.3 ORGAZM BOZUKLUKLARI

**A) Kadında Orgazm Bozukluğu:** Olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi ya da hiç olmaması şeklinde tanımlanmaktadır. Kadınlar arasında orgazmı tetikleyen uyarının türü ya da yoğunluğu açısından büyük değişiklikler vardır. Bu yüzden kadında orgazm bozukluğu tanısı, kadının yaşı, cinsel deneyimi ve aldığı cinsel uyarıların yeterliliği açısından değerlendirilip klinisyen tarafından konulmalıdır (39). Masters ve Johnson'a göre orgazmın bir çeşidi vardır ve böyle kabul edilmektedir; ancak çeşitli ekollerce kadın orgazmının klitoral ve vaginal olmak üzere ayrıldığı savunulmuştur. Şimdi kabul gören görüş de; orgazmda, vajinal ve klitoral uyarılar klitoriste toplanır, klitoris ve beyin arasında uyarım gerçekleşir ve daima vaginanın içinde yerleşir ve bu bölgede ve bütün vücutta hissedilip, yaşanır (42). Orgazm saniyeler süren bir yaşantı iken cinsel birleşme, dakikalar, sevişme saatler sürebilir ve her ilişki de orgazm ile sonuçlanmasa bile bireyler için yeterli olabilir ya da tam tersi orgazm yaşansa bile ilişki tatminkâr olmayabilir. Derogatis ve Meyer, orgazm bozukluğu olan kadınlarda yetersizlik duyguları ve negatif beden imajı olduğunu belirtmişlerdir. Orgazm bozukluğu olan kadınlar, kontrol grubuna göre ilişkilerinden ve cinsel aktivitelerinden daha az memnundurlar ve eşleri kadınların cinsel tercihleri hakkında daha az bilgi sahibidir (47).

**B) Erkeklerde Orgazm Bozukluğu:** Klinisyenin, kişinin yaşını göz önünde bulundurduğunda, yoğunluğunun ve süresinin yeterli olduğunu düşündüğü cinsel etkinlik sırasında, olağan bir cinsel uyarılma evresi sonrası, sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, orgazmın gecikmesi ya da olmaması olarak DSM IV' te tanımlanmaktadır. Geç boşalma, zevk almaksızın boşalma, doyumsuzluk olarak ifade edilebilir. Klinisyen orgazm gecikmesini, danışanın yaşına, diğer psikiyatrik bozuklukların ve organik etkenlerin olup olmamasına göre değerlendirmelidir. Çoğu kez cinsel birleşmeyle yakalanamayan orgazm, oral ya da elle uyarılmayı takiben olabilmektedir. Erkeklerdeki cinsel işlev bozuklukları arasında sıklığı azdır (1). Obsesif kompulsif bozukluklu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan erkeklerde daha sık görülür. Retrograd ejakülasyon ise genelde organik bir nedene (genitoüriner cerrahiye, tiyoridazin gibi antikolinerjik yan etkisi olan ilaçlara, guanetidin, metildopa kullanımına) bağlıdır (39).

**C) Prematür Ejakülasyon:** DSM-IV'e göre, sürekli ya da yineleyici bir biçimde çok az bir cinsel uyarılma ile ve kişinin istemesinden önce, vajinaya girmeden önce, girer girmez ya da hemen sonra orgazmın ve ejakülasyonun olmasıdır. Prematür ejakülasyon tanısını koyarken, uyarılma süresini etkileyen faktörler (partnerin yeni olması, son zamanlardaki cinsel etkinliğin sıklığı) göz önünde bulundurulmalıdır (39). İşlev bozukluğunu tanımlamada kullanılan kesin bir süre yoktur. Kaplan'a göre, erken boşalma giriş-çıkış sayısı ya da eşin orgazm olma oranı gibi niceliksel terimlerle tanımlanmaz. Önemli olan ejakülasyon refleksi üzerindeki istemli denetimdir (48).

Ejakülasyon kontrolünde zorlanma, cinsel eylemle ilgili anksiyeteye ilgili olabilir. Hem anksiyete hem de ejakülasyon fonksiyonu için sempatik sistem görev yapar. Yapılan çalışmalarda, bazı erkeklerin sempatik uyarılmaya daha hassas oldukları saptanmıştır. Bir araştırmaya göre de, yaşam boyu prematür ejakülasyon olgularının bulbokavernöz refleksi sinir latans süresinin, edinsel tipte prematür ejakülasyonlu erkeklerin latans

süresine göre daha kısa olduğu bulunmuştur (3). Ancak genel olarak erken boşalmanın psikolojik faktörlere bağlı olduğu düşünülmektedir (49). İlk cinsel ilişkilerde, cinsel eylemin çabuk bitmesi gerektiği durumlarda, başkaları gördüğünde utanç verici olarak kabul edilen yerlerde prematür ejakülasyon gerçekleşebilir. En sık görülen erkek cinsel işlev bozukluklarından biri olmasına rağmen, kendi kendine denenen ve yanlış tedaviler neticesinde tedavisi uzmanlar tarafından yapılamamaktadır. Şu anda diğer yöntemlerden (topikal anestezi, SSRI kullanımı, dikkatini başka noktalara verme...) ziyade, davranışçı tedavinin en mantıklı çözüm olduğu söylenebilir (50).

#### 2.2.1.4 CİNSEL AĞRI BOZUKLUKLARI

**A) Disparoni:** Erkeklerde ya da kadında cinsel ilişkiye, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak eşlik eden genital ağrının olması olarak tanımlanmaktadır. Diğer cinsel işlev bozukluklarına göre sıklığı daha azdır (39). Ağrının tekrarlayıcı olması önemlidir çünkü kısa süreli ve geçici olan ağrılar disparoni olarak kabul edilmezler. Kadında disparoni, vajinismusla eş zamanlı olabilir. Ağrı veya zorluk, ıslanma yetersizliğine bağlıysa disparoni teşhisi konulmaz. Ağrı, bireyde cinselliği zevksiz ve dayanılmaz yapar ve kaçınmalar ortaya çıkarır. Erkeklerde daha nadir ve sıklıkla organik etkenlere (Peyronie Hastalığı, prostatit, gonore veya herpes enfeksiyonu) bağlıdır. Kaplan, disparoniye benzer olarak bazı erkeklerde ejakülasyon sırasında ya da ejakülasyondan kısa bir süre sonra şiddetli bir ağrı ortaya çıktığını belirtir ve bunu psikojenik ejakülatuar ve post ejakülatuar ağrı sendromu olarak adlandırır. Ağrıya kramaster ve/veya iç genital organların düz kaslarındaki spastik kasılmanın neden olduğu sanılmaktadır (48).

**B) Vajinismus:** DSM-IV'e göre vajinismus, vaginanın dış üçte birindeki kaslarda, koitusu engelleyecek biçimde, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması olarak tanımlanır. Penetrasyon

söz konusu olmadıkça ya da beklenmedikçe cinsel tepkiler bozulmayabilir. Bazı olgularda jinekolojik muayene sırasında vajinismus olmaz iken, cinsel ilişki sırasında ortaya çıkabilmektedir (39). Jinekolojik muayene sırasında, parmak girişi, tampon kullanımı sırasında olabilir ya da sadece koitusa özgü olabilir.

Vajinismus yakınması olan bir kadın bilinçli düzeyde koitus gerçekleştirmek isteyebilir ama bilinç dışı olarak bedenlerine penis girişini engellerler. Semptom bir kere oluştuğundan sonra penetrasyona karşı şartlı tepki oluşturur ve sonuçta; ilişkiden kaçınmaya sebep olan ağrıya refleksif ya da fobik cevap haline gelir (3,51). Bazı araştırmalarda vajinismuslu kadınların kurallara uyan, kızgınlığını dışa vuramayan ve sürekli kabul ihtiyacı içinde olan kadınlar olduğu saptanmış olup eşlerinin ise pasif, bağımlı ve cinsel birleşmeden kaçınan kişiler olduğu görülmüştür. Hastaların tedaviye başvuru motivasyonlarını oluşturan en önemli faktör ise; çevrenin ya da kendilerinin çocuk beklentisidir. Çok sık görülen ve tedavisi de yüz güldürücü olan vajinismus nedeniyle boşanmalar da azımsanmayacak kadar fazladır (52).

#### **2.2.1.5 GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI**

Belirgin bir sıkıntı ya da kişilerarası ilişkilerde sıkıntı doğuran ve klinik açıdan önemli bir cinsel işlev bozukluğu klinik görünümün önde gelen bozukluğudur. Hastadan elde edilen bilgiler neticesinde, cinsel işlev bozukluğunun genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkileri ile tam olarak açıklanabileceğine ilişkin kanıtlar vardır. Genel tıbbi durumun başlaması, alevlenmesi ya da düzelmesi ile cinsel işlev bozukluğunun ki arasında zamansal ilişkinin bulunması önemlidir. Genel tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozukluklarındaki gidiş, primer cinsel işlev bozukluklarının gidişine göre daha atipik özellikler sergilemektedir. DSM IV' e göre alt tipleri aşağıda sıralanmıştır.

- Kadında ....'e bağlı azalmış cinsel istek bozukluğu.
- Erkekke ..... 'e bağlı azalmış cinsel istek bozukluğu.
- Erkekke .... ' e bağlı erektil bozukluk.
- Kadında .... 'e bağlı disparoni.
- Erkekke .... 'e bağlı disparoni.
- Kadında .... 'e bağlı başka cinsel işlev bozukluğu.
- Erkekke .... 'e bağlı başka cinsel işlev bozukluğu.

**A) Genel tıbbi duruma bağlı erektil bozukluk:** Eretil bozukluğu olan erkeklerin çoğunda organik temel bulunur. Diabetes mellitus, hormonal hastalıklar, vasküler hastalıklar, multipl skleroz, pelvik kırıklar, spinal kord hasarları, prostatektomi, kolostomi, sistektomi gibi nedenlerle erektil disfonksiyon gelişebilir. Ayrıca ilaçların farmakolojik etkileri (antihipertansif, psikotrop, antihistaminik) akla getirilmelidir. Tanısal işlem olarak uykuda ereksiyonun monitörizasyonu, tñmesansın strain gauge ile monitörizasyonu, penil pletismografi veya doppler ultrasonografi ile internal pudental kan akımının değerlendirilmesi, pudental sinirin latansının ölçñlmesi, penil arteriografi, infñzyon kavernoziyografi ve radyoaktif ksenon penografi, penisteki vibrasyon algısının azalmasının saptanması gibi yöntemlerle erektil disfonksiyonun sebebi araştırılırken, kanda da glikoz tolerans testi, plazma hormon analizleri, karaciğer ve tiroid fonksiyon testleri, prolaktin ve FSH ölçñmleriyle de erektil disfonksiyonun etyolojisi araştırılabilir (45).

**B) Genel tıbbi duruma bağlı disparoni:** Kadın genital bölgelerini içeren cerrahi işlemlerde geçici olarak disparoni olabilir. İnfekte olmuş himen artıkları, aşırı kalın himen, epizyotomi skarları, Bartolin bezi enfeksiyonu, vajinit ve servisitler, testosteron eksikliği, vulvodini, skara neden olan radyasyon veya cerrahi gibi vaginal tedaviler, liken skleroz veya liken planus gibi dermatolojik hastalıklar, endometriyozis (postkoital uterus kasılmasına bağlı ağrı oluşturur), vaginal mukozanın incilmesi ve



kayganlığını yitirmesine sebep olan durumlarda (postmenopozal kadınlarda) disparoni olabilir. Erkeklerde daha nadir olmakla birlikte, peniste kavis oluşturan penil sklerotik plakların olduğu Peyronie Hastalığı gibi organik durumlarda disparoni görülebilir.

**C) Genel tıbbi duruma bağlı hipoaktif cinsel istek bozukluğu:**

Ağır operasyonlardan sonra, mastektomi ve prostatektomi gibi işlemlerden sonra, hastanın fiziksel enerjisini tüketen ve kronik seyreden bütün hastalıklarda ve özellikle beden imajının etkilendiği durumlarda, kişide çökkünlük gelişmesinin yanı sıra cinsel isteğin de azalması beklenir. Yine kişide biyokimyasal ve hormonal değişimler oluşması, ilaç etkisiyle testosteron yapımının azalması ve santral sinir sistemi baskılandığı durumlarda hipoaktif cinsel istek bozukluğu gelişebilir.

**D) Kadında ve erkekte genel tıbbi duruma bağlı diğer cinsel işlev bozuklukları:** Kadın veya erkekte disparoni, erektil disfonksiyon, hipoaktif cinsel istek gibi bozukluklardan başka cinsel işlev bozukluğu olduğunda (örn: orgazm bozuklukları) ya da cinsel işlevle ilgili sorun alanı belirsiz olduğunda bu tanım kullanılır. Erkekte orgazm bozukluğu fizyolojik, prostatektomi gibi genitoüriner cerrahi işlemlerden sonra, parkinson hastalığı ve spinal kordun lomber ve sakral bölümlerini tutan hastalıklarda, antihipertansif kullanımında (guanetidin mono sülfat, metildopa), fenotiyazinler, trisiklik antidepressanlar ve seratonin geri alım inhibitörleri gibi psikotrop ilaçlarını kullanımında gecikmiş ejakülasyon ortaya çıkabilmektedir. Retrograd ejakülasyonda ise ejakülasyon olur ve seminal sıvı mesaneye doğru akar ve çoğu zaman organik bir nedene ve özellikle antikolinergik yan etkisi olan ilaçlara bağlıdır. Kadına orgazm bozukluklarında yine cerrahi işlemlerin önemli rolü olduğu gibi, hipotiroidizm, diyabetes mellitus, hiperprolaktinemi gibi hastalıklar orgazmı inhibe edebilir (3).

### **2.2.1.6 MADDE KULLANIMININ YOL AÇTIĞI CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI**

Hastadan elde edilen bilgiler sonucunda, cinsel işlev bozukluğunun madde kullanımı ile tam olarak açıklanabilmesi gereklidir. Cinsel işlev bozukluğu, madde entoksikasyonu ya da ilaç kullanımı ile etiyolojik olarak ilişkilidir. Tanının konmasında dikkat edilecek nokta; ilacın kullanımı sırasında cinsel işlevde değişiklik olup olmaması ya da maddeden önceki cinsel yaşamın seyridir. Çoğu kez madde entoksikasyonu sırasında başlarlar. İstek bozukluğu, uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, cinsel ağrı ile giden alt tiplere ayrılırlar. Burada önemli olan nokta ise; eğer bozukluğun başlaması, şiddetlenmesi, gidişinde psikolojik etkenler de rol oynuyorsa, birincil cinsel işlev bozukluğu konur ve bileşik etkenlere bağlı alt tipi olduğu belirtilir.

Cinsel işlev bozukluğu, madde intoksikasyonu ya da çekilmesinin ilk bir ayı içinde ortaya çıkmaktadır. Alkol, amfetamin, kokain, opiyatlar, sedatifler, hipnotikler, anksiyolitikler cinsel işlev bozukluğuna yol açabilecek maddelerdir. Kötüye kullanılan bu çeşitli maddeler ilk etapta, küçük dozlarda inhibisyon ve anksiyeteyi ortadan kaldırarak ya da geçici olarak duygudurumu yükselterek olumlu cinsel performans oluşturabilir. Ancak sürekli kullanımlarda problemler oluşmaya başlamakta ve ereksiyon, orgazm, ejakülasyon, istek, uyarılma fonksiyonları etkilenmektedir (3).

### **2.2.1.7 BAŞKA BİR YERDE TANIMLANMAMIŞ CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI**

Hastanın semptomlarının diğer cinsel işlev bozukluklarının tanı kriterlerini karşılamadığı durumlar olarak tanımlanmaktadır. Bu tanı kategorisinde hastanın başka koşullarda normal uyarılma ve orgazm yaşamasına karşın öznel erotik duyguların olmaması ya da önemli ölçüde

azalması görülebilir. Cinsel işlev bozukluğunun nedeninin tam olarak anlaşılamadığı; primer, genel tıbbi duruma bağlı, madde kullanımına bağlı gibi tanı kategorilerine sokulamadığı durumlarda, başka bir yerde tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu olarak tanı konulur.

### **2.2.2. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ ETYOLOJİSİ**

Cinsel işlev bozukluklarının nedenleri psikojenik ve organik olarak ayrılabilir. Aslında çoğunlukla hem organik hem de psikojenik etkenler birlikte rol oynarlar. Sadece organik nedene bağlı olsa da, bir süre sonra psikolojik etkenler eşlik etmekte ve durumu zorlaştırmaktadır (20).

#### **A) CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ PSİKOLOJİK NEDENLERİ**

Geleneksel ve modern yaklaşımlar olarak gruplandırılabilir. Geleneksel yaklaşımın içinde psikoanalitik yaklaşım ve davranışçı yaklaşım vardır. Psikoanalitik yaklaşımda, cinsel işlev bozukluklarının bilinçaltı çatışmalardan, erken çocukluk dönemindeki yaşantılardan ve psikoseksüel gelişim dönemindeki aksamalardan, ödipus kompleksi, kastrasyon anksiyetesi ya da penis kıskançlığı gibi nedenlerden ortaya çıktığı savunulur.

Davranışçı yaklaşıma göre ise cinsel davranış da tüm diğer davranışlar gibi öğrenilir ve pekişebilir. Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin yanlış öğrenmeye bağlı, yanlış ya da abartılı tepkiler verdikleri varsayılır. Yanlış inançlara bağlı gelişen, cinsel yaşama karşı oluşan fobik kaçınma, şartlanma, anksiyete duyguları, doğru bilgilendirme ve sistemli olarak üzerine gitme gibi tedavilerle ortadan kaldırılabilir (53).

Modern yaklaşımlarda, Masters ve Johnson'un çalışmalarından elde edilen çalışmalarla sorunlara çok esnek bakılmakta ve birçok faktörün

işin içinde bulunduğu göz önünde bulundurulmaktadır. Modern yaklaşımda, davranışçı ve psikoanalitik yaklaşımda iddia edilen sebeplerin yanı sıra, eşlerin uyumu ve cinsel bilgilerin ve düşüncelerin doğruluğunun önemi de daha açıklıkla vurgulanmıştır. Yanlış öğrenilmiş bilgiler ve cinsel bilgi eksikliğinin önemi birçok çalışma ile vurgulanmıştır. 'Eşler aynı anda doyuma ulaşmalıdır, himenin yırtılması ve koitus çok acı verir, önsevişme için vakit ayrılmasa da olur, önemli olan cinsel birleşme süresinin uzun olmasıdır' gibi düşünceler, bazı cinsel mitlere örneklerdir (53). Hawton'ın, aslında psikojenik erektil disfonksiyonu tanımlamak için kullandığı tablo (Tablo 3,4,5), kadın ve erkek cinsel işlev bozukluklarının etiolojisinde yer alan psikolojik nedenleri hazırlayıcı, başlatıcı ve sürdüren etkenler olarak belirtmiştir (54).

**Tablo 3 Cinsel İşlev Bozukluğuna Hazırlayıcı Psikolojik Nedenler**

<b>HAZIRLAYICI ETKENLER</b>	
Tutucu ortamda büyüme	Dini ve kültürel etkenler ile tutucu ve kısıtlayıcı ortamlar, cinsellikle ilgili suçluluk duygularına yol açarak cinselliğin bastırılmasına neden olabilirler.
Travmatik cinsel deneyimler	Erken yaşlarda cinsel tacize uğramaktan, eşinin cinsel şiddetine maruz kalmaya kadar birçok travmatik deneyim olumsuz etki yapabilir.
Cinsel eğitimin yetersizliği	Yetersiz cinsel eğitim, hem hastada hem de eşinde cinsellikle ilgili gerçekçi olmayan beklentiler yaratabilir.
Aile içi ilişkiler	Ödipal çatışmalardan, aşırı koruyucu tutumlara kadar birçok psikodinamik etken, ileride cinsel sorunlara yol açabilir.
Yaşam stili	Stresli ve yoğun geçen günlük iş yaşamı ile ekonomik sorunlar gibi birçok stresör, uygun bir hazırlayıcı ortam oluştururlar.
Kişilik tipi	Bazı kişilik özellikleri, cinsel işlev bozukluklarına uygun bir zemin oluştururlar.

Cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmede göz önünde bulundurulması gereken noktalar isimli makaleden alınmıştır (54).

**Tablo 4 Cinsel İşlev bozukluğunu Başlatıcı Psikolojik Nedenler**

<b>BAŞLATICI ETKENLER</b>	
Bedensel hastalıklar	En önemli başlatıcı etkenlerden biridir
Yaşlanma	Yaşlanma ile oluşan fizyolojik değişiklikler sonucu cinsel istek sıklığı azalabilir, uyarılma ve orgazm için daha çok zamana gereksinim duyulabilir vb. Kişinin ve eşinin bunların fizyolojik olduğunu bilmemesi ise ek bir stres yaratarak soruna dönüşebilir.
Sadakatsizlik	Eşini aldatma, kişinin hem kendi ilişkisinde hem de ekstramarital ilişkisinde sorunlara yol açabilir ve cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir.
Gerçekçi olmayan beklentiler	Kişinin kendisinde ya da eşinde varolan abartılı cinsel performans beklentileri, sıklıkla başlatıcı etken oluşturur.
Depresyon ve anksiyete	Kişiyeye göre etkisi değişken olmakla birlikte, depresyon ve anksiyete bozuklukları sık olarak başlatıcı etken oluştururlar. Ayrıca antidepresanların sıklıkla cinsel yan etkilere yol açmaları sorunu daha da ağırlaştırabilir.
Eş kaybı	Boşanma, ayrılma ya da ölüm gibi nedenlerle eşin kaybı, geçici de olsa cinsel sorunlara yol açabilir.

\*Cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmede göz önünde bulundurulması gereken noktalar isimli makaleden alınmıştır (54).

**Tablo 5 Cinsel İşlev Bozukluğunu Sürdürücü Psikolojik Nedenler**

<b>SÜRDÜRÜCÜ ETKENLER</b>	
Performans anksiyetesi	En önemli sürdürücü etkenlerden biridir. Başlangıçta oluşan bir cinsel sorunun, sonraki denemelerde anksiyeteye yol açarak cinsel işlevleri olumsuz yönde etkilemesi ve bir kısır döngü oluşturmasıdır.
Eşin çekiciliğini kaybetmesi	Sık olarak rastalanan etkenlerden biridir ve terapinin prognozunu olumsuz yönde etkiler.

İlişkide yaşanan iletişim güçlükleri	Başlangıçtaki cinsel sorunları ilişki içerisinde konuşmamak sorunun büyümesine yol açabilir.
Yakınlık korkusu	Özellikle erkeklerde var olan yakınlaşma korkusu cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyebilir.
Cinsel eğitimin yetersizliği	Yetersiz cinsel eğitim ve cinsel mitler, yalnızca hazırlayıcı değil ayrıca sürdürücü etken olarak da işlev görürler.
Zayıf eş ilişkisi	Eş ilişkisinin zayıf olması cinsel işlev bozukluğunun çözümünü güçleştirir.

\*Cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmede göz önünde bulundurulması gereken noktalar isimli makaleden alınmıştır (54).

Ülkemizde cinsel işlev bozukluklarına temel oluşturan, yanlış inanışlara da kaynaklık eden bir diğer faktör de, geleneksel ve tutucu ailelerin çocuklara cinsel konularda bilgi vermemesi, cinselliği ayıp, günah, suçluluk uyandıran ya da kötü olarak anlatması ve kız-erkek arkadaşlıklarını yasaklamasıdır. Bu gençler mastürbasyonu bile öğrenememektedirler. Kişinin çocukluk yaşantıları, baskıcı ortamda yetişip yetişmediği, çocukluğunda istismara maruz kalıp kalmadığı cinselliğe karşı tutumlarını etkilemektedir. Ev ortamında yaşanan anne-baba arasındaki uyumsuzluk, fiziksel istismar ve şiddet, çocuğun psikolojisini etkilemekte ve cinsel işlev bozukluklarına yol açmaktadır (55).

Eşler arasında sevgi ve şefkat ilişkisinin bozulması, eşlerin birbirine güveninin azalması, cinsel işlevleri büyük oranda etkileyen bir unsurdur. Doyumlu, sağlıklı bir cinsel ilişki için eşlerin iletişimlerinde kısıtlanma yaşamaması gerekir.

Duygularını, cinsel arzularını, cinsel isteklerini birbirlerine rahatça ifade edebilmeleri gereklidir. Eşlerden birinde herhangi bir cinsel işlev bozukluğunun bulunması kendisinde başka bir bozukluk daha ortaya çıkmasında neden olabilmekle birlikte, partnerinde de cinsel istek bozukluğu başta olmak üzere ikincil bir sorun oluşturabilmektedir (53).

Cinsel işlevlerin etkilenmesi depresyon ve anksiyete bozukluklarının öncüsü olabileceğinden ya da tam tersi bir durum; depresyon ve anksiyete bozukluklarının cinsel sorunların nedeni olabileceğinden, bu tip sorunların hemen saptanması gerekir. Özellikle cinsel sorunların doktorlara rahatça ifade edilebilmesi ve erken dönemde yeterli tedavinin başlanması önem kazanmaktadır. Bir nedenle takibe alınmış ve sürekli ilaç kullanımı olan hastalarda, cinsel işlev bozukluğunun sorgulanması önemlidir. Montejo-Gonzales ve arkadaşlarının çok merkezli, prospektif çalışmasında, SSRI kullanan 334 hasta incelenmiş, bu hastaların %58'inde cinsel işlev bozukluğu olduğu halde, yalnızca %14'ünün kendiliğinden bunu hekimine söylediği görülmüştür (56).

Cinsel işlev bozukluklarının psikiyatrik hastalıklarla komorbiditesi, zaten birbiri içine geçmiş durumlar olduğundan dolayı yüksektir. Bilindiği üzere cinsel istek ve arayışın kaybı depresyonun tanı kriterleri içerisinde yer almaktadır. Depresyon ve anksiyete bozuklukları, alkol ya da madde bağımlılıkları gibi sorunların cinsel işlev bozukluğuna yol açtığı çalışmalarla kanıtlanmıştır. Depresyon daha çok cinsel ilgi ve istek kaybına neden olurken, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde bağımlılıkları uyarılma ve orgazm bozuklukları üzerinde daha etkili olmaktadır (55). Depresif hastalıklarda görülen değersizlik ve kendine güven eksikliği, kendini çirkin ve istenilmeyen biri olarak algılamasının cinsel işlevlerine etkisinin olmayacağı düşünülemez. Anksiyete bozuklukları ve şizofrenide de benzer temel inançların olduğunu düşünürsek; bunun yanında kişilik bozukluklarında var olan iletişim ve uyum problemlerinin evliliği etkilediğini göz önünde bulundurursak, cinsel işlev bozukluklarının, bütün psikiyatrik hastalıklarla yakından ilişkili olduğunu açıkça görürüz (53).

Cinsel işlev bozukluğu oluştuktan sonra hastanın başarı odaklı cinsel girişimlerde bulunması, kendisinde performans anksiyetesinin kronikleşmesine yol açacaktır. Kendisine her ilişki öncesi 'doyuma

ulaşabilecek miyim?, serleşme olacak mı?, erken boşalmayı kontrol edebilecek miyim?’ gibi sorular soracak ve ilişki esnasında kendine odaklanacaktır. Abartılı beklentiler ve kontrol çabası nedeniyle, herhangi bir aksaklıkta hayal kırıklıkları yaşayacaklar ve cinsel ilişkinin hazzını ya da akışını yakalayamayacaklardır. Beden imgesiyle ilgili yanlış algılamalar, cinsel organlarının şekli ve boyutuyla ilgili aşırı beklentiler ve saplantılar, cinsel yakınlaşmayı ve cinsel birleşmeyi olumsuz yönde etkilemektedir (57). Sektörel ürünlerin ve ilaçların artması, medyada güzellik ve bakıma yönelik ürünlerin fazlaca vurgulanması, kusursuz bir vücut oluşturma yönünde toplumu etkileyen yayınlar yapılması da, bu konuda insanların sürekli bir uğraşı içinde olmalarına yol açmaktadır. Özellikle adolesan dönemde bedensel değişikliklerin ergene anlatılması, eğitim kurumlarında ve ailede cinsel bilgilerin kendisine uygun bir şekilde verilmesiyle bu gibi sorunların önüne geçilebilir. Yeme bozuklukları ve beden dismorfik bozukluklarında yaşanan beden algısı sorunlarına benzer şekilde, kişiler kendi bedenlerine fazla odaklanmaktadır. LoPiccolo ve Stock’un yaptığı çalışmada görüldüğü üzere; cinsel işlev bozukluğu, özellikle vajinismus olan bayanlar, çıplak olarak kendi bedenlerine ve vajenlerine bakmaktan bile aşırı derecede anksiyete duyabilmektedirler (53).

## **B) CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ ORGANİK NEDENLERİ**

Bedensel hastalıklar, sürekli ilaç kullanımı, kadında hormonal değişikliklere neden olan doğal evreler (gebelik, menopoz vb.), normal yaşlanma süreci kişinin cinsel yaşamında değişikliklere neden olabilir. Son 15 yılda cinsel yanıtları düzenleyen nörotransmitterlerin ve endotelial faktörlerin tanımlanmasıyla, cinselliğin medikal yönüne daha çok ağırlık verilmektedir. Bunun yanında beyin görüntüleme tekniklerinin de gelişmesiyle cinsel işlevin nörolojik iletiminin ve kontrolünün daha iyi anlaşıldığı bir gerçektir.



Medikal hastalıklar ve girişimler direkt olarak santral ve periferel seksüel fizyolojiyi etkilemektedirler. Bu yüzden cinsel disfonksiyonun organik ya da psikolojik orijinli olarak tanımlanması geride kalmıştır ve iç içe geçmiş faktörler olarak kabul edilmektedirler (58). Depresyon patofizyolojisinde yer alan, limbik sistemdeki nörotransmitter düzeylerindeki etkilenmenin, cinsel istekte azalmaya yol açtığını kabul edersek, psikolojik faktörlerin de organik etiyolojiler olarak belirtilebileceğini kabul etmiş oluruz. Kişilik özellikleri, baş etme mekanizmaları, eksternal stresörler gibi psikolojik faktörlerin immün, inflamatuvar, endokrin ve nörolojik sistemin işleyişini etkiledikleri bilinmektedir. Çalışmalar erken dönemde olmasına rağmen, fonksiyonel beyin görüntülemelerinin, psikolojik ve medikal faktörlerin, cinsel yanıtları nasıl etkilediğini açıklığa kavuşturması kaçınılmazdır (59).

Depresyon nedeniyle frontal limbik sistemde nörotransmitterler etkilenir ve cinsel istekte azalma meydana gelir (60). Depresyonda meydana gelen uyku bozuklukları, kendi bedenini beğenmeme, içe kapanma ve umutsuzluğa sekonder ilişki sorunları ortaya çıkmaktadır. Koroner arter hastalıkları ve miyokard infarktüsü nedeniyle cinsel ilişki sıklığının azaldığı saptanmıştır. Endotelial disfonksiyon, ateromatöz değişiklikler, düz kastaki yetersizlikler, kavernoza fibrozis gibi faktörler venöz oklüzyonlara neden olarak cinsel disfonksiyonu arttırmaktadırlar. Sıklıktaki azalma, hastaların miyokard infarktüsünün tekrarlaması korkusuyla cinsel ilişkiden kaçınmalarına ve % 50 oranında depresyon gelişmesine bağlanabilir. Hipertansiyonda endotel disfonksiyonu ve kan akımındaki yapısal değişiklik de cinsel işlevleri etkilemektedir (61).

Böbrek yetmezliğinde ise yine hormonal düzeylerin etkilenmesi (testosteron, GnRH, LH, Prolaktin, PTH..), çinko seviyesinin düşmesi, anemi, eklenen depresyon nedeniyle cinsel istekte azalma meydana gelir (62). Böbrek yetmezliğinin HT ve DM gibi hastalıklarla assosiyasyonu da endotelial disfonksiyon, NO sentezinin azalması gibi sonuçlara yol açarak

cinsel işlevleri etkiler. Kadınlarda üriner inkontinans vb. aşağı üriner sistem hastalıklarında, penetrasyon ve orgazm sırasındaki inkontinans cinsel motivasyonu azaltmaktadır. Sempatik aktiviteye bağlı artmış düz kas tonusu, NOS sentezinin ve aktivitesinin azalması, düz kaslarda Rho-kinase aktivitesinin artması ve iskemi nedeniyle fibrozisin tetiklenmesi cinsel işlevleri bozabilmektedir. Erkeklerde hipogonadizm, kadınlarda oofektomi, testosteron ve androstenedion seviyelerini azaltarak cinsel disfonksiyona neden olur (59,63).

Diyabetes mellitusta cinsel işlev bozuklukları ve erektil disfonksiyon; nöropati ve vasküler nedenlerle oluşabilmektedir. Arginaz ekspresyonu nedeniyle NOS aktivitesinin artması, NADPH azalması ve bununla birlikte DAG ve Protein kinaz C'nin artması ile düz kas kontraksiyonlarının azalması, oksijen radikallerinin artması ve NO'nun aktivitesini azaltması gibi mekanizmalarla diyabette cinsel işlevler etkilenebilmektedir. Hiperprolaktinemi, GnRH hızlı salınımlarının azalması ve testosteron seviyelerinin azalmasına sekonder, NO aktivitesinin azalması, cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir. Adrenal bez hastalıklarında seks hormonlarındaki azalma, serebrovasküler hastalıklarda direkt olarak beyindeki seksüel uyarı oluşturan bölgelerdeki hasar, parkinson hastalığında dopaminerjik sistemdeki yetmezlik, multiple sklerozda pontin lezyonlar, kafa travmalarında yine cinsel aktivasyon ile alakalı bölgeler, hipotalamus ve hipofiz hasarı cinsel disfonksiyonlara yol açabilmektedir (59,64,65).

Antihipertansifler ise seçici olmayan beta reseptör blokajı yaparak cinsel işlevleri olumsuz etkilerler. Santral etkili rezepin, guanetidin ve metildopa gibi antihipertansiflerin yüksek oranda cinsel sorunlara yol açtığı bilinmektedir. Beta blokajı yapan ve özellikle reseptör seçiciliği az olan ilaçlar ve alfa 1 blokörleri ve alfa 2 agonistleri de cinsel sorunlara yol açarlar. Ayrıca tiyazidler, chlorthalidone ve spironolactone gibi diüretiklerin antiandrojen etkileri vardır. Diüretiklerden bu konuda masum olanlarının

indapamid ve furosemid olduğu söylenebilir (66). Bu nedenle ACE inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokörleri, kalsiyum kanal blokörleri gibi antihipertansifler, beta ve alfa reseptör üzerine etkili ve santral etkili antihipertansiflere ve diüretiklere göre daha güvenlidirler. GnRH agonistleri, flutamide, siprateron asetat, spironolactone gibi antiandrojenler de cinsel yan etkilere sahiptirler. Narkotikler GnRH'ı baskılayarak, antiepileptik ilaçlar ise hepatik enzimleri indükleyerek seks hormonu bağlayıcı proteinleri artırırlar ve serbest testosteronun azalmasına sebep olarak cinsel disfonksiyona neden olurlar (59). Ülser tedavisinde kullanılan H2A antagonistlerinden simetidin, antihistaminikler ve dekonjestanlar, astım tedavisinde kullanılan ilaçlar, antikonvülzanlar, dijital glikozidler ve antiaritmikler, kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar ve daha birçok ilacın da cinsel işlevlerde olumsuzluklara yol açtıkları, şiddetleri tam olarak saptanmasa da çalışmalarla kanıtlanmıştır (66).

**Antipsikotikler** gibi psikotrop ilaçların cinsel işlevler üzerinde önemli etkileri vardır. Antipsikotikler (özellikle klasik antipsikotikler), dopamini azaltıp prolaktini arttırarak, alfa reseptör ve muskarinik reseptör blokajı yaparak, histamin reseptörlerini antagonize ederek cinsel fonksiyonları (ereksiyon, ejakülasyon, vajinal lubrikasyon, orgazm, motivasyon) olumsuz yönde etkilemektedirler (59). Özellikle klorpromazin, tiyoridazin, trifluoperazin, haloperidol gibi diğerlerine göre daha potent antikolinergik etkilere sahip olan ve diffüz dopaminerjik inaktivasyon sağlayan tipik antipsikotikler, cinsel işlevleri belirgin olarak bozarlar. Genel olarak düşük potensliler, yüksek potenslilere göre daha fazla oranda antikolinergik etki gösterirler ve daha fazla cinsel yan etkilere sebep olurlar (66). Bunun yanında potensi yüksek olan tipik antipsikotiklerin de güçlü dopamin blokajına bağlı daha fazla hiperprolaktinemi yaptığı bilinmektedir. Hiperprolaktinemi FSH ve LH salınımını inhibe ederek cinsel işlevleri bozmaktadır. Klozapin ve risperidon gibi yeni nesil antipsikotiklerin de cinsel işlevlere olumsuz etkileri bilinmektedir. Son dönemde piyasaya çıkan aripiprazol, ziprasidon, olanzapin, ketiapin, sertindol vb. gibi yeni

jenerasyon antipsikotiklerin bu konuda daha avantajlı oldukları, özellikle dopaminerjik reseptörlerin blokajında seçici olmaları, serotonin üzerinde parsiyel agonist etkiler göstermeleri ve daha az hiperprolaktinemiye ve ekstrapiramidal yan etkilere neden olmalarından dolayı cinsel disfonksiyonlar bakımından avantajlı oldukları söylenebilmektedir (67).

**Trisiklik ve tetrasiklik antidepresanlar (TCA)**, serotonin ve norepinefrin taşıyıcı alanlarını bloke ederek, bu âminlerin presinaptik nörona alınmalarını azaltırlar. Trisiklik antidepresanların, trimipramin ve amoksapin hariç, dopaminerjik reseptörlere afinitisi yoktur. Tersiyer aminlerin (İmipramin, amitriptilin, doksepin, klomipramin) serotonin taşıyıcısına etkileri daha fazladır. Sekonder aminler (desipramin, nortriptilin, amoksapin, maprotilin) ise, daha çok norepinefrin geri alınımına spesifiktirler. Tersiyer aminler vücutta yıkıldıktan sonra sekonder aminlere dönüşürler. Bunun dışında H1, alfa 1 ve alfa 2 adrenerjik reseptörleri bloke ederler (3,68).

Trisiklik antidepresanların, cinsel işlevler üzerine olumsuz etkilerini, kolinerjik ve beta adrenerjik aktivite, histamin ve oksitosin düzeylerinde yol açtıkları azalma, prolaktin ve serotonin düzeylerinde oluşturdukları artış aracılığıyla yaptıkları düşünülmektedir (69). Alfa 1 reseptörleri ve kolinerjik reseptörler ereksiyonda kavernoza venlerdeki akımın düzenlenmesine ve kadınlarda genital kabarmayı kontrol etmeye katkıda bulunur (70). Tablo-6'da yer alan serotoninerjik ve antikolinerjik özelliklerine bakarak trisikliklerin cinsel işlevler üzerine yan etkilerini tahmin etmemiz zor olmaz (68). Bu bilgiler ışığında, serotoninerjik etkilere sahip olan tersiyer aminlerin daha çok cinsel yan etkileri olduğu sonucu çıkarılabilir. Örneğin serotoninerjik etkisi en fazla olan klomipraminle yapılan çalışmalarda daha fazla cinsel disfonksiyon saptanmıştır. Aynı şekilde antikolinerjik reseptörlere etkiler de çeşitlilik göstermektedir ve desipraminin antikolinerjik yan etkisinin en az olduğu bilinir, bu sebeple de daha az cinsel yan etkiye neden olmaktadır (3,71).

**Tablo 6 Trisiklik Antidepresanların İn Vitro Akut Biyokimyasal Aktiviteleri**

Trisiklik antidepresanların in vitro akut biyokimyasal aktiviteleri								
	Geri alım inhibisyonu			Reseptör afinitesi				
	NE	5-HT	DA	Alfa 1	Alfa 2	H1	MUSK	D2
İmipramin	+	+	0	++	0	+	++	0
Desipramin	+++	0	0	+	0	0	+	0
Amitriptilin	±	++	0	+++	±	++++	++++	0
Nortriptilin	++	±	0	+	0	+	++	0
Klomipramin	+	+++	0	++	0	+	++	0
Trimipramin	+	0	0	++	±	+++	++	+
Doksepin	++	+	0	++	0	+++	++	0
Proptilin	++	0	0	+	0	+	++	0
Amoksapin	++	0	0	++	±	±	0	++
Maprotilin	++	0	0	+	0	++	+	0

\*Klinik Psikofarmakolojinin esasları adlı kitaptan alınmıştır (68).

Ereksiyon güçlükleri ve ejakülasyon sorunları en çok amitriptilin, imipramin, klomipramin, desipramin ve nortriptilin alanlarda tanımlanmıştır. Orgazm yokluğu ise daha çok imipramin, klomipramin, desipramin ve nortriptilin ile bildirilmiştir. Klomipramin ile cinsel işlevlerle ilişkili yan etkilerin görülme sıklığının diğerlerinden daha fazla olduğu ifade edilmektedir (71).

**Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI)**, psikiyatrik ilaçlar arasında en sık ve en uzun süre kullanılan ilaçlardır. Tedavi süresi aylar ve hatta yıllar sürebilir. Antidepresif ajanların, genelde uzun süreli kullanılmaları nedeniyle, cinsel yan etkilere sebep olup olmaması çok önemlidir. SSRI'lar, serotoninin artışıyla, 5HT<sub>3</sub> reseptörlerinin ve daha birçok reseptörlerin etkilenmesine ve böylece yüksek oranda cinsel disfonksiyonlara neden olmaktadır (59).

SSRI'lar, merkezi ve periferik serotoninerjik reseptörlerle cinselliği etkiler. Merkezi olarak mezolimbik bölgedeki dopaminerjik inhibisyon ve prolaktin artışı cinsel işlevleri olumsuz etkiler. 5HT-3, 5HT-2A-1B-1C reseptörlerinin uyarılmasının genel olarak cinsel doyum ve cinsel istek üzerinde olumsuz, 5HT-1A-2C reseptörlerinin uyarılmasının ise olumlu etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Seratonerjik reseptörler, periferik dokularda ise düz kaslarda relaksasyon, genital anestezi, noradrenerjik uyarının presinaptik inhibisyonu yoluyla orgazmı olumsuz yönde etkilerler (5). SSRI'lar ayrıca kortizol ve opioidlerin artması sebebiyle de cinsel işlevleri olumsuz yönde etkilerler (69).

SSRI'ların antikolinerjik etkilerin bulunması da cinsel işlevleri olumsuz olarak etkiler. SSRI'ların, özellikle paroksetinin, CYP2D6 gibi karaciğer enzim sistemlerini de inhibe etmesi, plazma seks hormonu bağlayıcı proteinlerinin artmasına neden olarak, dolaşımdaki serbest (aktif) seks steroidlerini azaltabilmektedir.

Trisiklik ilaçlarla SSRI'ların karşılaştırıldığı çalışmalarda, SSRI'ların daha az cinsel yan etki profiline sahip oldukları görülmüştür. Bunun sebebinin, trisikliklerin antikolinerjik yan etkilerinin, antikolinerjik yan etkisi en fazla olan SSRI olan paroksetinden bile yüksek olmasına bağlayabiliriz.

Ancak trisiklik ilaçlarla artan noradrenalin seviyesi, cinsel işleve olumlu katkı da yapabilmektedir. Yine SSRI kullanımına bağlı, özellikle paroksetin ve fluoksetinle, periferik dokularda NO sentezinin azaldığı ve bu nedenle cinsel işlevlerin olumsuz yönde etkilendiği kabul edilmektedir (3,71). Tablo 7 ve 8'de antidepresanların cinsel yan etkilerine ilişkin bilgiler verilmiştir (66).

**Tablo 7 Cinsel İşlev Bozukluğu Yan Etkisi Bulunan Antidepresanlar**

<b>Cinsel işlev bozukluğu yan etkisi bulunan antidepresanlar</b>	
<b>Trisiklik / tetrasiklik antidepresanlar</b>	<b>SSRI</b>
Amitriptilin	Fluoksetin
İmipramin	Sertralin
Klomipramin	Fluvoksamin
Opi Pramol	Paroksetin
Maprotilin	Sitalopram
Mianserin	<b>SNRI</b>
	Venlafaksin

\*Cinsel İşlev Bozukluklarında ayırıcı tanı ve süreci isimli makaleden alınmıştır (66).

**Tablo 8 Cinsel İşlev Bozukluğu Yan Etkisi Görece Az Olan Antidepresanlar**

<b>Cinsel işlev bozukluğu yan etkisi görece az olan antidepresanlar</b>	
<b>Ülkemizde bulunanlar</b>	<b>Ülkemizde bulunmayanlar</b>
Moklobemid	Minaprin
Trazodon	
Amineptin	
Mirtazapin	
Nefazodon	
Bupropion	

\*Cinsel İşlev Bozukluklarında ayırıcı tanı ve süreci isimli makaleden alınmıştır(66).

SSRI grubu antidepresanlar genel olarak cinsel işlevin bütün aşamalarını doza bağımlı olarak (istek, uyarılma, orgazm) olumsuz yönde etkileyebilmekle birlikte, esas olarak orgazm aşamasını etkilemektedirler. Kadınlarda orgazm olamama ya da daha zor orgazm olma, erkeklerde ejakülasyonda gecikme, ejakülasyonda inhibisyon ya da anhedonik ejakülasyon sık olarak karşılaşılan yakınmalardır (66). SSRI grubu antidepresanlar da kendi aralarında farklı özellikler ve reseptör seçicilikleri göstermektedirler, bu özelliklerine göre farklı oranda cinsel yan etki ortaya

çıkarmaktadırlar (tablo 9). Kaplan'da en sık yan etkinin paroksetin ile, daha sonra fluoksetin ve en az sertralinle olduğu vurgulanmıştır ve sertralinin dopamin geri alım inhibisyonunun daha az yan etki çıkarmasında bir faktör olduğuna yer verilmiştir (3).

**Tablo 9 SSRI'ların Geri Alım Engelleme Profilleri**

İlaç	K(nmol/L)			
	<sup>3</sup> H-5-HT	<sup>3</sup> H-NE	<sup>a</sup> 5HT/NE	<sup>3</sup> H-DA
Sitalopram	9.6	5029	524	>100000
Essitalopram	2.5	6514	2.6	>100000
Fluoksetin	5.7	574	101	5960
Fluvoksamin	11	1119	102	32240
Paroksetin	0.34	156	459	963
Sertralin	2.8	925	330	315

\*Ki değerleri seratonin, noradrenalin veya dopamini ligand olarak kalıp almıştır. Küçük değerler daha güçlü geri alım inhibisyonu göstermektedir, transfer edilen klonlanmış insan böbrek hücrelerinde test edilmiştir.

<sup>a</sup>Serotonin taşıyıcısı afinitesinin NA taşıyıcısı afinitesine oranı.

\*Kaplan'dan alınmıştır (3).

SSRI'ların cinsel yan etki ortaya çıkarma özellikleri bir başka kaynaktan, çoktan aza doğru sırasıyla, paroksetin, sertralin, fluoksetin, sitalopram, fluvoksamin olarak belirtilmiştir (20). Genel olarak incelendiğinde ise SSRI'ların benzer özellikler gösterdiği belirtilmiş ancak birkaç farklı özellik vurgulanmıştır.

Paroksetin antikolinergik yan etkilerinin çok olması, CYP2D6 enzim inhibitörü olması, güçlü serotoninerjik etkilerinin olması, nitrik oksit salınımını ve sentezini azaltması nedeniyle diğer SSRI'lardan daha fazla cinsel işlev bozukluğuna yol açar. Yine sertralin yüksek serotoninerjik etkilere sahip olması nedeniyle cinsel işlevler yönünden daha riskli iken; dopaminerjik etkilerinin olması onu grup üyelerinden ayrıcalıklı kılmaktadır. Fluvoksaminin depresif semptomlara etkisi bakımından diğer SSRI'lardan anlamlı farkı bulunmamaktayken, daha az cinsel yan etki profiline sahip olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır. Bu durumun, fluvoksaminin seratonin



reseptörlerine afinitesinin az olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir (72,73). Sitalopram, paroksetin ve sertraline göre daha az potent olmasına rağmen; seratonin reseptör spesifitesinin fazla olması nedeniyle, yani; norepinefrin ve dopamin reseptörlerine afinitesinin çok az olması nedeniyle cinsel açıdan daha riskli bir SSRI gibi görünmektedir (74).

**Monoamin oksidaz enzim inhibitörleri (MAOI)**, sinaptik aralıkta seratonin, norepinefrin ve dopamin yıkımını engelleyerek antidepresif etkiler gösterirler. Cinsel işlevler üzerindeki olumsuz etkilerini, trisiklik antidepresanlara benzer şekilde kolinerjik ve beta adrenerjik aktivitede yol açtıkları azalma ile prolaktin ve seratonin düzeylerinde yol açtıkları artış aracılığıyla oluşturdukları düşünülmektedir.

Fenelzin gibi geri dönüşümsüz enzim inhibisyonu yapan ajanlarla yüksek cinsel disfonksiyon bildirilirken, moklobemid gibi geri dönüşümlü ve MAO-A spesifik etki gösteren ajanla düşük oranda cinsel disfonksiyon saptanmıştır. Kaplan'da geri dönüşümsüz MAO inhibitörleriyle ortaya çıkan uyku bozukluğu, kilo alma, periferal ödem, seksüel disfonksiyon gibi yan etkilerin, geri dönüşümlü MAO inhibitörleriyle daha az görüldüğü ve hatta moklobemid ile neredeyse hiç cinsel disfonksiyon bildirilmediği vurgulanmıştır (3,69,75).

**Seratonin/nöradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI)**, noradrenalin ve seratonin geri alınımını inhibe ederler, daha az olarak da dopamin geri emilimini engellerler (76). Noradrenerjik ve dopaminerjik etkileri göz önüne alındığında daha düşük cinsel yan etkilere neden olması beklenir. Venlafaksin, milnasipran, duloksetin, desvenlafaksin gibi bu gruba dahil olan ajanlar, farklı oranlarda seratoninerjik ya da adrenerjik etkiler gösterirler.

Cinsel disfonksiyonda, ilaç dozunun ve seratonin/noradrenalin reseptörlerine etkilerinin oranının birincil rol oynadığı bilinmektedir. Erken

dönemdeki çalışmalar SNRI'ların, düşük cinsel yan etkiye neden olduğu doğrultusunda iken; yakın tarihte gerçekleştirilen çalışmalarda SSRI'lara benzer oranlarda cinsel yan etkilere neden olduğu görülmüştür. SSRI'larla karşılaştırıldığında erken dönemde, özellikle 12 haftaya kadar, SNRI tipi antidepressanlar daha avantajlı gibi görünürken; 12 haftadan sonra SSRI'ler kadar yan etkiye neden oldukları görülmüştür (75).

**Seçici noradrenalin geri alım inhibitörleri (NARI)**, sinaptik aralıkta norepinefrin artışına neden olurlar. Bu grupta yer alan reboksetinin, norepinefrin taşıyıcısına bağlanma oranı, serotonine bağlanmasına göre 68 kat daha güçlüdür (76). Serotoninerjik etkisinin olmaması ve orta derecede antikolinerjik etkileri bulunması nedeniyle cinsel işlevler bakımından daha olumlu etkileri olması beklenir ve gerçekten de yapılan çalışmalarda plaseboya benzer özellikler gösterdiği, sitalopram, paroksetin, fluoksetin gibi ilaçlarla yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda cinsel yan etkiler bakımından daha üstün olduğu gösterilmiştir (75).

**Serotonin geri alım inhibitörü ve 5-HT<sub>2</sub> blokörleri (SARI)** grubu ilaçlardan nefazodon, 5-HT<sub>2</sub> antagonizması ile sınırlı ölçüde serotonin ve norepinefrin geri alınımını bloke ederek etki gösterir. antihistaminerjik ve antikolinerjik etkileri zayıftır (76). Nefazodonun 5HT-2A'yı bloke etme yeteneği, cinsel yan etkilerinin bozukluğunun düşük olmasını sağlar. Nefazodon, trazodonun yan etkileri azaltılmış halidir ve trazodona göre daha zayıf alfa-1 adrenerjik antagonizmaya sahip olduğu için daha az priapizme neden olmakla birlikte, ereksiyona katkı sağladığı saptanmıştır. Trazodon etkilerin zayıf serotonin geri alım inhibisyonu yaparak ve 5-HT<sub>1</sub>, 5HT-2, alfa 2 adrenerjik reseptörleri bloke ederek gösterir. Bu reseptör seçiciliği ile cinsel disfonksiyona daha az neden olmakla birlikte, erektil disfonksiyon tedavisinde kullanılmaktadır. Ancak priapizm bakımından dikkatli olunmalıdır (71,73).

**Noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörleri (NDRI)**, etkilerini dopaminerjik ve noradrenerjik yolla gösterir ve cinsel uyarılma ve isteği pozitif yönde etkiler. Bu grup ilaçlardan bupropionun serotoninerjik etkileri yok denecek kadar azdır ve depresyon tedavisinde SSRI'lar kadar etkilidir. Antikolinergik etkileri de düşüktür. SSRI'ların aksine libido azalması, erektil disfonksiyon, anorgazmi gibi yan etkileri bulunmamaktadır ve diğer antidepresanlarla ortaya çıkan cinsel disfonksiyonların tedavisinde kullanılır.

Bupropionun karşılaştırmalı çalışmalarda fluoksetin, paroksetin, sertraline ve venlafaksine göre daha az cinsel disfonksiyona neden olduğu kanıtlanmıştır. Yine bir çalışmada antidepresanlarla oluşan cinsel işlev bozukluklarının bupropionla % 86 düzeldiği saptanmıştır. Bu pozitif cinsel etkinin, dektroamfetamin ve metilfenidat gibi diğer dopaminerjik etkili ajanlarla benzer olduğu, orgazmada rol aldığı bilinen ve büyük oranda dopaminerjik nörotransmitter ve reseptör içeren, ventral tegmental alan, kaudat ve putamen gibi bölgelerdeki aktiviteye bağlı olduğu görüntüleme çalışmalarıyla kanıtlanmıştır (73,75,76).

**Noradrenerjik ve spesifik serotoninerjik antidepresan (NASSA)** grubundan mirtazepin, cinsel işlevler bakımından güvenilir gözükmemektedir. Etkilerini alfa 2 reseptör antagonizması, postsinaptik 5-HT<sub>2</sub> ve 5-HT<sub>3</sub> reseptör blokajı, histamin 1 reseptör antagonizması, dolaylı yoldan serotonin artışı ile 5-HT<sub>1</sub> aktivasyonu ile gösterirler. Bu etkileri ile daha çok serotoninerjik ve noradrenerjik bir modülatör görevi görürler ve antidepresanların 5-HT geri alınımı ile neden olduğu cinsel yan etkileri azaltırlar.

SSRI'lar ve venlafaksinle karşılaştırıldığında daha az seksüel disfonksiyon oluşturduğu ve kombinasyon tedavisinde mevcut yan etkileri azalttığı, antidepresanlara bağlı cinsel disfonksiyon yaşayan hastalarda, mirtazepine geçilince semptomların azaldığı bildirilmiştir. Benzer etkileri

olan mianserinin de az cinsel yan etkiye neden olduğu kanıtlanmıştır ve psikotropik ilaçlarla meydana gelen yan etkileri azaltmak için kombinasyon tedavisi olarak kullanılmaktadır (75,77).

**Kısmi 5-HT1A agonistlerinden** buspironun, 5-HT1A için parsiyel agonist olmakla birlikte dopaminerjik sistemde aktivatör etkilerinin olmasıyla, cinsel fonksiyonlar üzerine olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. SSRI kullanan hastalara buspiron eklenmesinin cinsel disfonksiyonda azalmaya sebep olduğu ancak genel olarak bu yanıtın ilk haftalarda olduğu kabul edilmektedir.

**Tianeptin** etkisini seratoninin presinaptik geri alınımını artırarak gösterir. Diğer antidepresanlardan farklı bir etki mekanizmasıdır. Bir başka ayrıcalıklı özelliği de stres karşısında ACTH ve glukokortikoid salgısını azaltmasıdır. Tianeptin ile tedavi edilen hastalarda; SSRI, SNRI ve TCA'lara göre daha düşük cinsel disfonksiyon saptanmıştır. Diğer antidepresanlardan, tianeptine geçildiğinde de cinsel yan etkilerin azaldığı görülmüştür (71,75,76).

### III. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmamız Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde yapılmıştır. Ocak 2008 ile Temmuz 2010 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar değerlendirilmeye alındı. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıbbi Etik Kurul onayı alındı ve her hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Araştırma süresince Dünya Tıp Birliği (WMA) HELSİNKİ Bildirgesi (ve/veya Dünya Psikiyatri Birliği HAWAII Bildirgesi), İyi Klinik Uygulamaları ve İyi Laboratuvar Uygulamaları Kurallarına uyuldu. Detaylı anamnezleri alınan ve muayeneleri yapılan hastaların ayrıntılı kimlik bilgilerine gizlilik açısından yer verilmedi.

#### 3.2. OLGULARIN SEÇİMİ

##### **Çalışmaya alınma kriterleri;**

- 18-70 yaş arasında olması.
- Evli olması, primer cinsel yakınmasının olmaması.
- DSM-IV' e göre psikiyatrik tanısının olması.
- Ölçekleri doldurabilecek bilişsel kapasiteye sahip olması.
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması.

##### **Dışlama kriterleri;**

- Kardiyovasküler, renal, ürolojik, hepatik, pulmoner, genetik, nörolojik ve cinsel yaşamı olumsuz etkileyecek diğer organik hastalıklar ile etkileri devam eden tıbbi operasyonlar gibi durumların varlığı.
- Hamilelik veya emzirme döneminin bulunması.
- Alkol ya da psikoaktif madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığının varlığı.

- Mental retardasyonunun olması.
- Psikotrop ilaçlar dışında ilaç kullanıyor olması.
- Birden fazla psikotrop ilaç kullanması.

### 3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

**Anket Formu:** Araştırmaya alınan bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, mesleği, evlilik süresi gibi sosyodemografik verileri sorgulandı. Hastanın psikiyatrik tanısı görüşmeci tarafından DSM-IV tanı kriterlerine göre belirlendi. Hastalığının ne kadar süredir devam ettiği, hangi ilaçları kullandığı, cinsel yakınmaları ve niteliği, cinsel yakınmalarının psikiyatrik hastalığa ya da ilaca bağlı olup olmadığı araştırmacı tarafından geliştirilen ölçek ile sorgulandı (Ek-1).

**Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction – GRISS):** GRDCÖ, heteroseksüel eşler için cinsel ilişkinin niteliği ve cinsel disfonksiyonu 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 (78,79,53).

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 (80).

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 (83).

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 (81,82). Sonuç olarak; GRCDÖ, cinsel işlev bozukluğunu ayırt etmede toplumumuz için geçerli ve güvenilir olarak bulunmuştur. Ölçek ek-2'de verilmiştir.

### **3.4. İSTATİKSEL ANALİZ**

Çalışmamızda istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 11, 5 İngilizce paket programı ile yapılmıştır. Sosyodemografik veriler, hastalıklar ve süreleri, kullanılan ilaçlarla ilgili tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin, sıklıklarının ve oranlarının karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi uygulanmıştır. Üçten fazla grubun sürekli değişkenlerinin karşılaştırılmasında One-Way Anova Testi kullanılmıştır. Farklı grupların belirlenmesinde, Tukey HSD testi kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin korelasyonu için, Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır.

## IV. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Özellikler

Ocak 2008 ile Temmuz 2010 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalar arasından çalışma kriterlerini karşılayan ve çalışmamıza dahil edilen 409 hastanın, 207'si (%50,6) erkek, 202'si (%49,4) kadındı. Tüm hastaların yaş ortalaması  $36,9 \pm 10,3$ , erkeklerin yaş ortalaması  $39,1 \pm 11,2$ , kadınların yaş ortalaması  $34,7 \pm 8,8$  olarak hesaplandı. Yaş dağılımına göre deneklerin %35,7'si (n=146) ile çoğunluğu 30-39 yaş arasındaydı ve % 27,6'sı (n=113) 18-29 yaş aralığındaydı. İkamet ettikleri yerlere göre incelendiğinde ise; ilde yaşayanlar %50,9 (n=208) ile en büyük grubu oluşturuyordu ve ilçede yaşayanlar %33,5 (n=137) ile ikinci büyük grubu oluşturmaktaydı.

Eğitim seviyesine göre incelendiğinde okula gitmemiş veya ilkokul mezunu olanlar %31,1, ortaokul mezunu olanlar %18,3, lise mezunu olanlar %30,6, üniversite mezunu olanlar ise %20 oranındaydı. Erkeklerin %64,3'ü lise veya üniversite mezun iken; kadınların %36,7'si lise veya üniversite mezunuydu. Kadınların eğitim seviyesi erkeklere göre anlamlı olarak düşüktü ( $p < 0.001$ ).

Mesleklerine göre incelendiğinde; kadınlardaki en büyük grubu işsizler (%37,4), ikinci büyük grubu ise memurlar (%7,3) oluşturmaktaydı. Erkeklerde; işsiz bulunmazken, memur oranı %21,3 ve işçi oranı %13,4 olarak hesaplandı. Evlilik süreleri 2 ay ile 47 yıl arasında değişiyordu ve ortalama evlilik süresi  $14,2 \pm 10,1$  yıldır. Sosyodemografik bilgilere ilişkin veriler tablo-10'da gösterilmiştir.



**Tablo 10 Deneklerin Sosyodemografik Özellikleri**

	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
<b>YAŞ GRUPLARI</b>	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
18-29 yaş	37	9,0	76	18,6	113	27,6
30-39 yaş	89	21,8	57	13,9	146	35,7
40-49 yaş	35	8,6	54	13,2	89	21,8
50 ve üzeri	46	11,2	15	3,7	61	14,9
<b>İKAMET</b>	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl	114	27,9	94	23,0	208	50,9
İlçe	72	17,6	65	15,9	137	33,5
Kasaba	14	3,4	16	3,9	30	7,3
Köy	7	1,7	27	6,6	34	8,3
<b>EĞİTİM</b>	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okula gitmemiş ya da ilkokul mezunu	40	9,8	87	21,3	127	31,1
Ortaokul mezunu	34	8,3	41	10,0	75	18,3
Lise mezunu	77	18,8	48	11,7	125	30,6
Üniversite mezunu	56	13,7	26	6,4	82	20,0
<b>MESLEK</b>	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İşsiz	0	0,0	153	37,4	153	37,4
Memur	87	21,3	30	7,3	117	28,6
Esnaf	23	5,6	6	1,5	29	7,1
Emekli	27	6,6	5	1,2	32	7,8
İşçi	55	13,4	6	1,5	61	14,9
Çiftçi	15	3,7	2	0,5	17	4,2
<b>EVLİLİK SÜRESİ</b>	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-120 ay	105	25,7	90	22,0	195	47,7
121-240 ay	42	10,3	69	16,9	111	27,1
241-360 ay	39	9,5	34	8,3	73	17,8
360 ay ve üzeri	21	5,1	9	2,2	30	7,3

#### 4.2. Sosyodemografik değişkenlerle GRCDÖ alt ölçeklerinin ilişkisi

Yaş gruplarına göre, deneklerin GRCDÖ puanları karşılaştırılmıştır. GRCDÖ puanları, testlerden elde edilen ham puanların, 1-9 arasında standart puanlara dönüştürülmesinden elde edilmiştir. Standart puanlara dönüştürüldükten sonra, 5 ve üzeri puanlar, o alt ölçekte sorun olduğunu göstermektedir.

İlişki sıklığı sorununun bulunması açısından, yaş grupları arasında fark bulunmuştur. Elli yaş ve üzeri olan grupta, %90,2 oranında sıklık

sorunu bildirilmiştir ve diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,005) ve yaşla sıklık sorunu artma eğilimindedir. Kadınlarda, 40-49 yaş grubunda, %50,0 oranında anorgazmi bildirilmiş olup, diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır, 50 yaş ve üzerinde ise anorgazmi oranı %6,7 ile en az sıklıkta saptanmıştır (p=0,009). Toplam puanlar açısından incelendiğinde, yaş arttıkça cinsel sorun sıklığının artma eğiliminde olduğu görülmüştür. İletişim, doyum, kaçınma, dokunma, toplam puanlar, kadında vajinismus, erkekte erken boşalma ve erkekte empotans açısından gruplar arasında anlamlı derecede fark saptanmamıştır. Yaş ile kaçınma sorunu sıklığının azaldığı görülmektedir. Yaş gruplarına göre cinsel sorunların yaygınlıkları tablo-11’de verilmiştir.

**Tablo 11 Yaş Gruplarına Göre GRCDÖ İle Saptanan Cinsel Sorunların Sıklıkları**

	18-29 Yaş	30-39 Yaş	40-49 Yaş	50 yaş ve üzeri	X <sup>2</sup> p
Sıklık Sorunu	%71,7	%76,7	%65,2	%90,2	12,891 0,005*
İletişim Sorunu	%46,9	%56,2	%52,8	%49,2	2,403 0,493
Doyum Sorunu	%38,1	%50,0	%38,2	%52,5	6,684 0,083
Kaçınma Sorunu	%66,4	%65,1	%61,8	%54,1	2,949 0,399
Dokunma Sorunu	%59,3	%61,6	%61,8	%57,4	0,458 0,928
Toplam Puan	%73,5	%83,6	%73,0	%85,2	7,186 0,066
Kadında vajinismus	%73,7	%66,7	%66,7	%73,3	1,150 0,765
Kadında Anorgazmi	%30,3	%33,3	%50,0	%6,7	11,495 0,009*
Erkekte Erken Boşalma	%40,5	%60,7	%54,3	%56,5	4,334 0,228
Erkekte Empotans	%78,4	%82,0	%82,9	%76,1	0,909 0,823

Cinsiyete göre cinsel sorunların yaygınlıkları tablo-12’de verilmiştir. Sıklık sorunu %74,8 ve toplam puanlara göre cinsel sorunlar %78,7 olarak saptanmıştır. Doyum sorunu erkeklerde daha sık görülürken, kadınlarda

iletişim, dokunma ve kaçınma alanlarında daha fazla yaygınlık elde edilmiştir.

**Tablo 12 GRCDÖ Standart Puanlarına Göre Cinsel Sorunların Görülme Sıklığı**

	Erkek	Kadın	Toplam
Sıklık Sorunu	%75,4	%74,3	%74,8
İletişim Sorunu	%47,3	%56,4	%51,8
Doyum Sorunu	%51,7	%37,1	%44,5
Kaçınma Sorunu	%50,2	%76,2	%63,1
Dokunma Sorunu	%49,3	%71,8	%60,4
Toplam Puan	%85,5	%71,8	%78,7
Kadında vajinismus	----	%69,8	%69,8
Kadında Anorgazmi	----	%34,7	%34,7
Erkeklerde Erken Boşalma	%55,1	----	%55,1
Erkeklerde Empotans	%80,2	----	%80,2

Sosyodemografik özellikleri bakımından GRCDÖ alt ölçeklerine göre cinsel sorunların karşılaştırılması yapılmıştır. Pearson Ki-kare testine göre sonuçlar elde edilmiştir.

**İkamet yeri** bakımından cinsel sorunların sıklığı, erkeklerde sırasıyla erken boşalma ve empotans alt ölçeklerinde tespit edilmiştir ( $p=0,018$ ,  $p=0,035$ ). İl ve ilçede yaşayan olgularda sırasıyla %57,9, %58,3 oranında erken boşalma görülürken bu oranlar kasaba ve köyde azalmaktadır. Empotans oranı da %90,3 ile en sık ilçede yaşayanlarda görülmektedir ve köyde yaşayanlara göre (%57,1) anlamlı olarak yüksektir ( $p=0,035$ ). Tablo-13'de istatistiksel veriler gösterilmiştir.

**Tablo 13 İkamet Yerlerine Göre GRCDÖ İle Saptanan Cinsel Sorunların Sıklıkları**

	İl	İlçe	Kasaba	Köy	$\chi^2$ p
Sıklık Sorunu	%76,0	%75,2	%63,3	%76,5	2,303 0,512
İletişim Sorunu	%51,4	%53,3	%43,3	%55,9	1,220 0,748

Doyum Sorunu	%43,8	%51,8	%33,3	%29,4	7,672 0,053
Kaçınma Sorunu	%59,6	%67,2	%73,3	%58,8	3,667 0,300
Dokunma Sorunu	%55,8	%67,2	%56,7	%64,7	4,915 0,178
Toplam Puan	%79,3	%81,8	%70,0	%70,6	3,502 0,320
Kadında vajinismus	%73,4	%61,5	%68,8	%77,8	3,508 0,320
Kadında Anorgazmi	%37,2	%35,4	%43,8	%18,5	3,980 0,264
Erkeklerde Erken Boşalma	%57,9	%58,3	%42,9	%0,0	10,101 0,018*
Erkeklerde Empotans	%75,4	%90,3	%78,6	%57,1	8,597 0,035*

**Eğitim düzeylerine göre GRCDÖ alt ölçeklerine bakıldığında;** sadece doyum sorunu açısından gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (p=0,044). Okula gitmemiş veya ilkokul mezunlarında %37,8, ortaokul mezunlarında %41,3, lise mezunlarında %44,8, üniversite mezunlarında %57,3 oranında doyum sorunu görülmekte olup, eğitim düzeyi arttıkça, doyum sorununun da artma eğiliminde olduğu tespit edilmiştir (Tablo-14).

**Tablo 14 Eğitim Düzeylerine Göre GRCDÖ İle Saptanan Cinsel Sorunların Sıklıkları**

	Okula gitmemiş /ilkokul mezunu	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Üniversite mezunu	$\chi^2$ p
Sıklık Sorunu	%76,4	%68,0	%73,6	%80,5	3,512 0,319
İletişim Sorunu	%58,3	%45,3	%48,0	%53,7	4,220 0,239
Doyum Sorunu	%37,8	%41,3	%44,8	%57,3	8,075 0,044*
Kaçınma Sorunu	%65,4	%60,0	%61,6	%64,6	0,790 0,852
Dokunma Sorunu	%63,0	%53,3	%62,4	%59,8	2,146 0,543
Toplam Puan	%76,4	%78,7	%84,0	%74,4	3,415 0,332
Kadında vajinismus	%66,7	%73,2	%68,8	%76,9	1,277 0,735
Kadında Anorgazmi	%39,1	%34,1	%37,5	%15,4	5,192 0,158
Erkeklerde Erken Boşalma	%57,5	%55,9	%51,9	%57,1	0,505 0,918
Erkeklerde Empotans	%75,0	%79,4	%81,8	%82,1	0,954 0,812

**Mesleklere göre** bakıldığında; sıklık sorunu emekli (%100) ve çiftçi grubunda (%82,5) en yüksek değerleri alırken, esnaf grubunda (%58,6) en düşük sorun oranına rastlanmıştır; iletişim sorunu işsiz (%62,1) ve çiftçi (%58,8) grubunda yüksek oranda iken, işçi (%26,2) grubunda düşük oranda bildirilmiştir; doyum sorunu işçi (%57,4) ve memurlarda (%53,0); kaçınma sorunu işsiz (%76,5) ve esnafalarda (%65,5); dokunma sorunu işsiz (%72,5) ve memurlarda (%64,1); genel cinsel sorunlar esnaf (%89,7) ve işçilerde (%88,5); erkeklerde erken boşalma emekli (%74,1) ve işçi (%56,4) grubunda yüksek oranlarda saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo-15).

**Tablo 15 Mesleklere Göre GRCDÖ İle Saptanan Cinsel Sorunların Sıklıkları**

	İşsiz	Memur	Esnaf	Emekli	İşçi	Çiftçi	X <sup>2</sup> p
Sıklık Sorunu	%72,5	%76,9	%58,6	%100	%68,9	%82,4	17,166 0,004*
İletişim Sorunu	%62,1	%55,6	%27,6	%56,3	%26,2	%58,8	30,527 0,000*
Doyum Sorunu	%34,0	%53,0	%48,3	%46,9	%57,4	%23,5	17,626 0,003*
Kaçınma Sorunu	%76,5	%61,5	%65,5	%59,4	%44,3	%23,5	32,855 0,000*
Dokunma Sorunu	%72,5	%64,1	%37,9	%62,5	%45,9	%11,8	38,462 0,000*
Toplam Puan	%75,2	%78,6	%89,7	%87,5	%88,5	%41,2	22,510 0,000*
Kadında vajinismus	%68,0	%63,3	%100	%80,0	%100	%100	7,142 0,210
Kadında Anorgazmi	%35,3	%26,7	%50,0	%20,0	%66,7	%0,0	5,747 0,332
Erkeklerde Erken Boşalma	---	%56,3	%47,8	%74,1	%56,4	%20,0	11,977 0,018*
Erkeklerde Empotans	---	%85,1	%73,9	%77,8	%83,6	%53,3	9,190 0,057

**Evlilik sürelerine** göre gruplar karşılaştırıldığında; sadece sıklık sorunu gruplar arasında anlamlı farklılık göstermekteydi. 30 yıl ve üzerindeki grup (%93,3), 20-30 yıl arası olan grup (%82,2) gibi 1 ay-10 yıl (%76,9) ve 11 yıl-20 yıl arası (%61,3) gruptan anlamlı olarak yüksekti

( $p < 0,001$ ) ve evlilik süresinin artmasıyla sıklık sorununun arttığı görülmekteydi (Tablo-16).

**Tablo 16 Evlilik Sürelerine Göre GRCDÖ İle Saptanan Cinsel Sorunların Sıklıkları**

	0-120 ay	121-240 ay	241-360 ay	361 ve üzeri ay	$\chi^2$ p
Sıklık Sorunu	%76,9	%61,3	%82,2	%93,3	18,851 0,000*
İletişim Sorunu	%50,3	%55,0	%49,3	%56,7	1,094 0,779
Doyum Sorunu	%47,2	%38,7	%45,2	%46,7	2,130 0,546
Kaçınma Sorunu	%65,1	%60,4	%64,4	%56,7	1,287 0,732
Dokunma Sorunu	%61,5	%54,1	%64,4	%66,7	2,951 0,399
Toplam Puan	%79,5	%73,9	%80,8	%86,7	2,949 0,400
Kadında vajinismus	%70,0	%73,9	%61,8	%66,7	1,639 0,651
Kadında Anorgazmi	%28,9	%42,0	%41,2	%11,1	5,820 0,121
Erkeklerde Erken Boşalma	%52,4	%59,5	%53,8	%61,9	1,064 0,786
Erkeklerde Empotans	%81,9	%73,8	%84,6	%76,2	1,963 0,580

### 4.3. Psikiyatrik Hastalık ve İlaç Kullanım Yüzdeleri

Araştırma kriterlerini karşılayan denekler arasında, hastaların 27,1'inde (n=111) duygudurum bozukluğu, %41,8'inde (n=171) anksiyete bozukluğu, %15,6'sında (n=64) somatoform bozukluk, %15,4'ünde (n=63) uyum bozukluğu bulunmaktaydı. Hastaların %24,4'ü henüz başvurmuştu ve ilaç başlanmamıştı. Yüzde 15,2'si essitalopram kullanıyordu ve ilaç kullananlar arasında en büyük gruptu, bunu %12,7 ile venlafaksin takip ediyordu. Hastalık tanıları ve ilaç kullanımı özellikleri tablo-17'te gösterilmiştir.

**Tablo 17 Deneklerin Hastalıklara ve Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımı**

	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>PSİKIYATRİK HASTALIK</b>						
Duygudurum Bozukluğu	41	10,0	70	17,1	111	27,1
Anksiyete Bozukluğu	109	26,7	62	15,2	171	41,8
Somatoform Bozukluk	26	6,4	38	9,3	64	15,6
Uyum Bozukluğu	31	7,6	32	7,8	63	15,4
Toplam	207	50,6	202	49,4	409	100
<b>İLAÇ</b>						
İlaç yok	48	11,7	52	12,7	100	24,4
Essitalopram	26	6,4	36	8,8	62	15,2
Fluoksetin	15	3,7	18	4,4	33	8,1
Klomipramin	15	3,7	11	2,7	26	6,4
Paroksetin	32	7,8	18	4,4	50	12,2
Sertralin	32	7,8	19	4,6	51	12,5
Sitalopram	19	4,6	16	3,9	35	8,6
Venlafaksin	20	4,9	32	7,8	52	12,7
Toplam	207	50,6	202	49,4	409	100

Denekler arasında hastalık süresi oranları; 1-12 ay arasında %40,1, 13-60 ay arasında %40,1, 61-120 ay arasında %15,4, 121 ay ve üzerinde %4,4 olarak saptanmıştır. İlaç kullanım süreleri oranları ise; 1-6 ay arası %60,2, 7-12 ay arası %19,4, 13-24 ay arası %12, 25 ay ve üzeri %8,4 olarak saptanmıştır ve cinsiyetlere göre dağılımı verilmiştir (Tablo-18).

**Tablo 18 Deneklerin Hastalık Süreleri ve İlaç Kullanım Sürelerine Göre Dağılımı**

	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>HASTALIK SÜRESİ</b>						
1-12 Ay	71	17,4	93	22,7	164	40,1
13-60 Ay	95	23,2	69	16,9	164	40,1
61-120 Ay	31	7,6	32	7,8	63	15,4
121 Ay ve üzeri	10	2,4	8	2,0	18	4,4
Toplam	207	50,6	202	49,4	409	100
<b>İLAÇ KULLANIM SÜRESİ</b>						
1-6 Ay	89	28,8	97	31,4	186	60,2
7-12 Ay	35	11,3	25	8,1	60	19,4
13-24 Ay	21	6,8	16	5,2	37	12,0
25 Ay ve üzeri	14	4,5	12	3,9	26	8,4
Toplam	159	51,5	150	48,5	309	100

#### 4.4. Psikiyatrik hastalıklar ve ilaçlarla GRCDÖ puanlarının ilişkisi

Psikiyatrik tanılara göre GRCDÖ alt ölçek puanlarına bakıldığında; kadın ve erkek toplam grupta kaçınma sorunu, kadın ve erkekte toplam puanda (genel cinsel sorunlar), kadında vajinismus, erkekte empotans tanı gruplarına göre farklı oranlarda çıkmıştır ve sonuçlar anlamlıdır. Diğer grupların oranları arasında, istatistiksel olarak birbirine göre anlamlı fark bulunmamıştır. Kaçınma sorunu, %76,6 ile en fazla duygudurum bozukluğu grubunda bulunmuştur ve bunu %64,1 ile somatoform bozukluk grubu takip etmektedir. Genel cinsel sorunları değerlendiren toplam puanlarda ise; %84,8 anksiyete bozukluklarında, %79,7 somatoform bozukluklarında, %74,6 uyum bozukluklarında, %71,2 duygudurum bozukluklarında patoloji saptanmış ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Erkeklerde empotans ise %92,7 ile duygudurum bozukluğu grubunda anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (Tablo 19).

**Tablo 19 Psikiyatrik Tanı Gruplarında, GRCDÖ Alt Ölçeklerine Göre Cinsel Sorunların Görülme Sıklığı**

	Duygudurum	Anksiyete	Somatoform	Uyum	X <sup>2</sup> p
Sıklık Sorunu	%74,8	%76,0	%79,7	%66,7	3,159 0,368
İletişim Sorunu	%46,8	%52,0	%60,9	%50,8	3,261 0,353
Doyum Sorunu	%40,5	%50,3	%34,4	%46,0	5,744 0,125
Kaçınma Sorunu	%76,6	%58,5	%64,1	%50,8	14,346 0,002*
Dokunma Sorunu	%68,5	%54,4	%62,5	%60,3	5,725 0,126
Toplam Puan	%71,2	%84,8	%79,7	%74,6	8,219 0,042*
Kadında vajinismus	%72,9	%83,9	%47,4	%62,5	16,014 0,001*
Kadında Anorgazmi	%32,9	%35,5	%39,5	%31,3	0,672 0,880
Erkekte Erken Boşalma	%53,7	%59,6	%34,6	%58,1	5,459 0,141
Erkekte Empotans	%92,7	%83,5	%61,5	%67,7	13,493 0,004*



Hastalık tanılarına göre GRCDÖ alt ölçek puanlarının ortalamalarına bakıldığında; gruplar arasında anlamlı farklılığın, kaçınma, kadında vajinismus, erkekte erken boşalma ve empotans sorunu alt ölçeklerinde olduğu görülmektedir (p=0,024, p=0,012, p=0,041, p=0,030). Tukey HSD testine göre farklı gruplar belirlenmiştir. Kadında vajinismus ortalaması, anksiyete grubunda 5,38±0,24 ve somatoform bozukluk grubunda 4,10±0,32 olarak saptanmıştır. Erkekte erken boşalma ortalaması duygudurum bozukluklarında (5,09), somatoform bozukluk grubuna (3,73) göre yüksek bulunmuştur. Erkekte empotans ortalaması, duygudurum bozukluklarında (5,53) somatoform bozuklukları grubuna (4,74) göre yüksek bulunmuştur ve istatistiksel veriler tablo-20'de verilmiştir.

**Tablo 20 Psikiyatrik Hastalık Tanı Gruplarına Göre GRCDÖ Standart Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	Duygudurum	Anksiyete	Somatoform	Uyum	
	Xort± SE	Xort± SE	Xort± SE	Xort± SE	X <sup>2</sup> P
Sıklık Sorunu	5,69 0,16	5,61 0,13	5,68 0,17	5,14 0,21	4,800 0,164
İletişim Sorunu	4,31 0,20	4,56 0,17	5,01 0,26	4,47 0,21	6,791 0,219
Doyum Sorunu	4,46 0,18	4,50 0,12	4,21 0,16	4,39 0,21	1,332 0,707
Kaçınma Sorunu	5,39 0,17	4,75 0,15	4,70 0,24	4,61 0,25	12,810 0,024*
Dokunma Sorunu	5,35 0,19	4,76 0,17	5,10 0,27	5,03 0,29	7,911 0,187
Toplam Puan	5,91 0,21	6,32 0,14	5,65 0,20	5,77 0,25	9,616 0,063
Kadında vajinismus	4,75 <sup>ab</sup> 0,21	5,38 <sup>b</sup> 0,24	4,10 <sup>a</sup> 0,32	4,53 <sup>ab</sup> 0,37	14,046 0,012*
Kadında Anorgazmi	3,97 0,17	4,24 0,14	4,15 0,20	4,12 0,23	0,838 0,691
Erkekte Erken Boşalma	5,09 <sup>b</sup> 0,30	4,90 <sup>ab</sup> 0,19	3,73 <sup>a</sup> 0,43	4,80 <sup>ab</sup> 0,32	11,524 0,041*
Erkekte Empotans	5,53 <sup>b</sup> 0,15	5,25 <sup>ab</sup> 0,12	4,88 <sup>ab</sup> 0,21	4,74 <sup>a</sup> 0,27	4,687 0,030*

Hastaların kullandıkları ilaçlara göre GRCDÖ alt ölçek puanlarına bakıldığında; dokunma sorunu, kadında vajinismus, erkekte impotans

gruplarının dışındaki bütün GRCDÖ alt gruplarında anlamlı fark saptanmıştır.

Toplam puanlara göre cinsel sorun varlığı dikkate alınırsa; klomipraminin %100 ile en sık patoloji oluşturduğu, sonra sırasıyla %92,2 sertralin, %90,0 paroksetin, %87,9 fluoksetin, %76,9 venlafaksin, %75 ilaç kullanmayan grup, %62,9 essitalopram, %60,0 sitalopram gruplarının patolojiye yol açtığı tespit edilmiştir. Sıklık sorunu incelendiğinde; klomipraminin %100 ile en sık, daha sonra ise %84,3 ile sertralinin ve %83,9 ile essitalopramın patoloji oluşturduğu belirlenmiştir. Yine klomipramin ve venlafaksin %100 oranında erkeklerde empotansa yol açtığı sonucu elde edilmiştir. İstatistiksel bilgiler tablo-21’de özetlenmiştir.

**Tablo 21 Hastaların Kullandıkları İlaçlara Göre, GRCDÖ ile Saptanan Cinsel Sorunların Sıklığı**

	İlaç yok	Essitalopram	Fluoksetin	Klomipramin	Paroksetin	Sertralin	Sitalopram	Venlafaksin	X <sup>2</sup> p
Sıklık Sorunu	%66,0	%83,9	%54,5	%100	%70,0	%84,3	%71,4	%78,8	26,491 0,000*
İletişim Sorunu	%55,0	%40,3	%57,6	%50,0	%58,0	%47,1	%31,4	%69,2	17,531 0,014*
Doyum Sorunu	%38,0	%30,6	%57,6	%69,2	%54,0	%56,9	%37,1	%36,5	22,338 0,002*
Kaçınma Sorunu	%54,0	%43,5	%60,6	%84,6	%80,0	%64,7	%60,0	%78,8	30,857 0,000*
Dokunma Sorunu	%55,0	%58,1	%63,6	%57,7	%70,0	%64,7	%57,1	%61,5	4,090 0,769
Toplam Puan	%75,0	%62,9	%87,9	%100	%90,0	%92,2	%60,0	%76,9	35,493 0,000*
Kadında vajinismus	%65,4	%66,7	%88,9	%90,9	%72,2	%73,7	%50,0	%68,8	9,264 0,234
Kadında Anorgazmi	%40,4	%25,0	%55,6	%45,5	%44,4	%36,8	%25,0	%18,8	11,310 0,126
Erkeklerde Erken Boşalma	%68,8	%30,8	%53,3	%20,0	%43,8	%50,0	%94,7	%70,0	33,184 0,000*
Erkeklerde Empotans	%68,8	%80,8	%53,3	%100	%93,8	%87,5	%57,9	%100	30,146 0,000*

Kullanılan ilaçlara göre GRCDÖ puanları ortalamaları incelendiğinde (Tablo-22); sıklık sorunu puan ortalaması klomipraminde

(6,30) ve sertralinde (6,25) en yüksekti ve diğer gruplardan anlamlı olarak farklıydı, en düşük ortalama fluoksetin grubunda (4,57) bulunmaktaydı ( $p<0,001$ ). Doğum sorunu açısından fluoksetin (4,96), klomipramin (4,84), paroksetin (4,84) en yüksek ortalamalara sahipti ( $p<0,01$ ). Genel cinsel sorunlar toplam puan ortalamalarına göre; paroksetin (6,74) ve klomipraminde (6,73) yüksek, fluoksetinde (5,14) ile en düşük olarak saptandı ( $p=0,014$ ). Erkeklerde empotans ortalamalarına bakıldığında; venlafaksin (6,00) en yüksek, fluoksetin (4,33) en düşük değerlere sahip olan ilaçlardır ( $p<0,001$ ).

**Tablo 11 Kullanılan İlaçlara Göre GRCDÖ Standart Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	İlaç yok	Essitalopram	Fluoksetin	Klomipramin	Paroksetin	Sertraline	Sitalopram	Venlafaksin	X <sup>2</sup> P
	Xort± SE	Xort± SE	Xort± SE	Xort± SE	Xort± SE	Xort± SE	Xort± SE	Xort± SE	
Sıklık Sorunu	5,20 <sup>ab</sup> 0,16	5,85 <sup>bc</sup> 0,21	4,57 <sup>a</sup> 0,25	6,30 <sup>c</sup> 0,97	5,32 <sup>abc</sup> 0,26	6,25 <sup>c</sup> 0,21	5,88 <sup>bc</sup> 0,34	5,59 <sup>abc</sup> 0,17	13,722 0,000*
İletişim Sorunu	4,56 <sup>ab</sup> 0,21	3,82 <sup>a</sup> 0,26	4,63 <sup>ab</sup> 0,28	4,73 <sup>ab</sup> 0,33	4,96 <sup>ab</sup> 0,31	4,52 <sup>ab</sup> 0,29	3,74 <sup>a</sup> 0,37	5,46 <sup>b</sup> 0,32	15,477 0,001*
Doğum Sorunu	4,51 <sup>ab</sup> 0,20	3,75 <sup>a</sup> 0,18	4,96 <sup>b</sup> 0,30	4,84 <sup>b</sup> 0,16	4,84 <sup>b</sup> 0,23	4,80 <sup>ab</sup> 0,18	4,00 <sup>ab</sup> 0,29	4,07 <sup>ab</sup> 0,18	10,176 0,001*
Kaçınma Sorunu	4,53 0,20	4,37 0,23	4,72 0,42	5,50 0,20	5,36 0,25	5,07 0,31	4,82 0,41	5,48 0,23	10,187 0,014*
Dokunma Sorunu	4,77 0,22	4,70 0,30	5,15 0,40	5,07 0,44	5,38 0,27	5,23 0,32	4,88 0,37	5,28 0,27	3,728 0,629
Toplam Puan	5,80 <sup>ab</sup> 0,20	5,14 <sup>a</sup> 0,24	6,12 <sup>ab</sup> 0,27	6,73 <sup>b</sup> 0,23	6,74 <sup>b</sup> 0,23	6,50 <sup>b</sup> 0,21	5,77 <sup>ab</sup> 0,44	6,09 <sup>ab</sup> 0,31	15,197 0,000*
Kadınlarda vajinismus	4,84 0,26	4,77 0,34	5,66 0,39	5,09 0,43	4,94 0,53	4,57 0,35	3,93 0,62	4,59 0,34	4,162 0,384
Kadınlarda Anorgazmi	4,07 0,18	3,80 0,17	4,66 0,19	4,72 0,27	4,61 0,35	4,31 0,31	3,81 0,53	3,75 0,16	3,435 0,046*
Erkeklerde Erken Boşalma	5,27 <sup>cd</sup> 0,24	3,34 <sup>ab</sup> 0,38	5,46 <sup>cd</sup> 0,54	3,06 <sup>a</sup> 0,43	5,00 <sup>bcd</sup> 0,37	4,56 <sup>abc</sup> 0,36	6,36 <sup>d</sup> 0,40	4,75 <sup>abcd</sup> 0,31	23,877 0,000*
Erkeklerde Empotans	4,87 <sup>ab</sup> 0,17	5,11 <sup>abc</sup> 0,28	4,33 <sup>a</sup> 0,33	5,80 <sup>bc</sup> 0,14	5,71 <sup>bc</sup> 0,12	5,25 <sup>abc</sup> 0,20	4,42 <sup>a</sup> 0,44	6,00 <sup>c</sup> 0,00	7,845 0,000*

Deneklerin, hastalık sürelerine göre GRCDÖ alt ölçek puanlarına bakıldığında; sıklık sorunu, iletişim sorunu, doğum sorunu, kaçınma

sorunu ve genel cinsel sorunlarda gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,017$ ,  $p=0,003$ ,  $p=0,016$ ,  $p=0,010$ ,  $p=0,003$ ). Hastalık süresi 10 yılın üzerindeki hastalarda sıklık sorunu %94,4 oranındaydı. İletişim, doyum ve kaçınma sorunu hastalık süresindeki artış ile yüzde olarak artmaktaydı (Tablo-23).

**Tablo 12 Hastalık Sürelerine Göre GRCDÖ ile Saptanan Cinsel Sorunların Sıklığı**

	1-12 ay	13-60 ay	61-120 ay	121 ay üzeri	$\chi^2$ P
Sıklık Sorunu	%79,3	%72,6	%63,5	%94,4	10,136 0,017*
İletişim Sorunu	%42,7	%55,5	%57,1	%83,3	14,243 0,003*
Doyum Sorunu	%41,5	%41,5	%50,8	%77,8	10,306 0,016*
Kaçınma Sorunu	%54,3	%66,5	%71,4	%83,3	11,330 0,010*
Dokunma Sorunu	%54,3	%66,5	%58,7	%66,7	5,467 0,141
Toplam Puan	%70,1	%85,4	%79,4	%94,4	14,238 0,003*
Kadında vajinismus	%75,3	%66,7	%59,4	%75,0	3,393 0,335
Kadında Anorgazmi	%28,0	%42,0	%31,3	%62,5	6,402 0,094
Erkeklerde Erken Boşalma	%43,7	%60,0	%58,1	%80,0	7,292 0,063
Erkeklerde Empotans	%76,1	%84,2	%80,6	%70,0	2,388 0,496

İlaç kullanım sürelerine göre bakıldığında; sıklık, doyum, kaçınma ve toplam puan açısından gruplar arasında anlamlı farklılık vardır ( $p=0,027$ ,  $p<0,001$ ,  $p=0,015$ ,  $p=0,028$ ). Doyum sorunu ilaç kullanım süresi arttıkça, daha yüksek oranda görülme eğilimindedir. Toplam puanlara göre bakıldığında; 13-24 ay arası ilaç kullanan grupta %91,9 ile daha fazla cinsel soruna rastlandığı görülmüştür (Tablo-24). Bir-altı ay arası ilaç kullanan grupta toplam puanlar açısından genel cinsel sorun görülme sıklığı, diğer gruplardan daha az olarak saptanmıştır ( $p=0,028$ ).

**Tablo 13 İlaç Kullanım Sürelerine Göre GRCDÖ ile Saptanan Cinsel Sorunların Sıklığı**

	1-6 ay	7-12 ay	13-24 ay	25 ay üzeri	X <sup>2</sup> / p
Sıklık Sorunu	%74,2	%88,3	%86,5	%65,4	9,151 0,027*
İletişim Sorunu	%48,4	%45,0	%70,3	%53,8	6,949 0,074
Doyum Sorunu	%36,6	%60,0	%56,8	%73,1	20,724 0,000*
Kaçınma Sorunu	%59,1	%73,3	%81,1	%76,9	10,474 0,015*
Dokunma Sorunu	%58,6	%63,3	%73,0	%69,2	3,427 0,330
Toplam Puan	%74,7	%88,3	%91,9	%80,8	9,088 0,028*
Kadında vajinismus	%69,1	%72,0	%75,0	%83,3	1,198 0,753
Kadında Anorgazmi	%25,8	%52,0	%37,5	%41,7	6,956 0,073
Erkeklerde Erken Boşalma	%53,9	%40,0	%57,1	%50,0	2,323 0,508
Erkeklerde Emptans	%78,7	%88,6	%85,7	%100	5,047 0,168

İlaç kullanım dozlarına bakıldığında; erken boşalma dışındaki tüm alt ölçeklerde, gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Tüm alt gruplarda cinsel sorun oranı, düşük doz ilaç kullanan bireylerde daha az olarak tespit edildi. Doz arttıkça bütün alt ölçeklerde sorun görülme oranı artmaktadır. En düşük cinsel sorun oranı olan erken boşalmada, her ilaç dozunda, diğer gruplardan düşük sorun bildirilmiştir (Tablo-25).

**Tablo 14 İlaç Dozlarına Göre GRCDÖ ile Saptanan Cinsel Sorunların Sıklığı**

	1 doz	2 doz	3 doz	X <sup>2</sup> / p
Sıklık Sorunu	%71,3	%83,5	%95,7	10,469 0,005*
İletişim Sorunu	%43,9	%54,8	%82,6	13,336 0,001*
Doyum Sorunu	%35,1	%53,9	%95,7	33,818 0,000*
Kaçınma Sorunu	%57,3	%72,2	%100	19,562 0,000*
Dokunma Sorunu	%56,1	%67,0	%82,6	7,846 0,020*
Toplam Puan	%69,0	%92,2	%100	29,249 0,000*
Kadında vajinismus	%64,8	%78,8	%100	6,127 0,047*
Kadında Anorgazmi	%30,8	%28,8	%85,7	9,450 0,009*
Erkeklerde Erken Boşalma	%48,8	%49,2	%68,8	2,260 0,323
Erkeklerde Emptans	%75,0	%90,5	%100	9,649 0,008*

İlaç dozunun GRCDÖ puanlarıyla ilişkisinde; erkekte erken boşalma hariç bütün alt ölçeklerde ortalamaların doz ile arttığı saptandı. Bu artışlar, kadında anorgazmi ve erkekte erken boşalma ortalamalarında anlamlı farklılık yaratmıyordu ( $p=0,285$ ,  $p=0,938$ ). Diğer bütün gruplarda 3 doz ilaç alan hastalar, 2 doz ilaç alanlardan ve 2 doz ilaç alanlar da 1 doz ilaç alanlardan daha yüksek cinsel sorun ortalama puanına sahipti. İstatistiksel veriler tablo-26'te yer almaktadır.

**Tablo 15 İlaç Kullanım Dozlarına Göre GRCDÖ Puan Ortalamaları**

	1 doz	2 doz	3 doz	
	Xort± SE	Xort± SE	Xort± SE	X <sup>2</sup> P
Sıklık Sorunu	5,38 <sup>a</sup> 0,13	6,00 <sup>ab</sup> 0,14	6,43 <sup>b</sup> 0,25	20,117 0,001*
İletişim Sorunu	4,22 <sup>a</sup> 0,16	4,66 <sup>a</sup> 0,19	6,39 <sup>b</sup> 0,40	48,671 0,000*
Doyum Sorunu	4,01 <sup>a</sup> 0,12	4,77 <sup>b</sup> 0,12	5,47 <sup>c</sup> 0,15	33,907 0,000*
Kaçınma Sorunu	4,59 <sup>a</sup> 0,15	5,34 <sup>a</sup> 0,16	6,56 <sup>b</sup> 0,30	49,400 0,000*
Dokunma Sorunu	4,68 <sup>a</sup> 0,17	5,46 <sup>ab</sup> 0,19	6,34 <sup>b</sup> 0,36	40,541 0,000*
Toplam Puan	5,49 <sup>a</sup> 0,15	6,60 <sup>b</sup> 0,14	8,08 <sup>c</sup> 0,22	91,462 0,000*
Kadında vajinismus	4,46 0,21	5,21 0,26	5,57 0,20	11,645 0,053
Kadında Anorgazmi	4,05 0,15	4,15 0,13	4,85 0,34	2,121 0,285
Erkekte Erken Boşalma	4,61 0,24	4,69 0,27	4,50 0,42	0,293 0,938
Erkekte Empotans	4,88 <sup>a</sup> 0,16	5,61 <sup>b</sup> 0,11	5,93 <sup>b</sup> 0,11	13,241 0,000*

#### 4.5. Hastaların kendi bildirimlerine göre cinsel yakınmalarının değerlendirilmesi

Kadınlarda, ilaçlara göre hastaların cinsel yakınmaları değerlendirildiğinde; ağırlı birleşme, isteksizlik ve uyarılamama dışındaki yakınmalarda gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo-24).

Klomipramin kullanan kadınlarda %100, fluoksetin kullananlarda %83,3 kuruluk bildirilmiştir. Orgazm güçlüğü fluoksetin kullananlarda %77,8, paroksetin kullanan kadınlarda %72,2 olarak elde edilmiştir. İsteksizlik gruplar arasında anlamlı farklılık göstermese de, en yüksek oranda bildirilen yakınma olmuştur. En fazla %100 ile klomipramin kullanan kadınlarda, %94,4 ile paroksetin kullanan kadınlarda bildirilmiştir. Ağırlı birleşme %44,4 ile en fazla fluoksetin kullanan kadınlarda gözlenirken, uyarılamama da %72,2 ile en fazla paroksetin kullananlarda gözlenmiştir (Tablo-27).

**Tablo 27 Kadınlarda kullandıkları ilaçlara göre, cinsel yakınmaların değerlendirilmesi**

	İlaç yok	Essitalopram	Fluoksetin	Klomipramin	Paroksetin	Sertralın	Sitalopram	venlafaksin	X <sup>2</sup> p
Ağırlı Birleşme	%32,7	%38,9	%44,4	%0,0	%33,3	%21,1	%25,0	%21,9	10,102 0,183
İsteksizlik	%84,6	%72,2	%83,3	%100	%94,4	%89,5	%68,8	%71,9	11,261 0,128
Kuruluk	%53,8	%58,3	%83,3	%100	%72,2	%26,3	%31,3	%31,3	34,070 0,000*
Orgazm Güçlüğü	%61,5	%52,8	%77,8	%63,6	%72,2	%26,3	%37,5	%37,5	19,195 0,008*
Uyarılamama	%55,8	%50,0	%55,6	%18,2	%72,2	%68,4	%56,3	%40,6	12,209 0,094

Erkeklerde, ilaçlara göre hastaların cinsel yakınmaları değerlendirildiğinde; sertleşme güçlüğü dışındaki tüm gruplarda farklılık saptanmıştır (Tablo-28).

Erken boşalma sitalopram kullananlarda %63,2, ilaç kullanmayanlarda %50 olarak belirlendi. Geç boşalma %93,3 ile klomipramin kullanan grupta en yüksek oranda iken; %8,3 ile en az ilaç kullanmayan grupta görülmüştür.

Sertleşme güçlüğü en fazla %65 ile venlafaksin kullananlarda görülmüştür, isteksizlik ise yine tüm yakınmalar arasında en yüksek oranda görülen şikayet olmuştur. Venlafaksin kullananlarda %100,

paroksetin kullananlarda %96,9, klomipramin kullananlarda %93,3 isteksizlik bildirilmiştir. Orgazm gücünü ise %62,5 ile en fazla sertraline kullanan grupta bildirilmiştir ve istatistiksel veriler aşağıda yer almaktadır (Tablo-28).

**Tablo 16 Erkeklerde kullandıkları ilaçlara göre cinsel yakınmaların değerlendirilmesi**

	İlaç yok	Essitalopram	Fluoksetin	Klomipramin	Paroksetin	Sertraline	Sitalopram	Venlafaksin	X <sup>2</sup> p
Erken Boşalma	%50,0	%7,7	%40,0	%0,0	%9,4	%12,5	%63,2	%0,0	55,736 0,000*
Geç Boşalma	%8,3	%65,4	%26,7	%93,3	%59,4	%68,8	%36,8	%60,0	57,787 0,000*
Sertleşme Gücünü	%37,5	%30,8	%26,7	%40,0	%53,1	%50,0	%26,3	%65,0	11,944 0,102
İsteksizlik	%56,3	%84,6	%73,3	%93,3	%96,9	%81,3	%57,9	%100	33,376 0,000*
Orgazm Gücünü	%2,1	%42,3	%13,3	%26,7	%53,1	%62,5	%15,8	%60,0	51,568 0,000*

Hastalara, cinsel yakınmalarının ilaçlarla ilişkisi olup olmadığı sorulduğunda; klomipramin kullananların %100'ü, sertraline kullananların %82,4'ü, paroksetin kullananların %80'i "evet" yanıtı vermiştir ve gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Hastalar en az bağlantıyı %42,4 ile fluoksetinle ve %48,6 ile sitalopram ile kurmuşlardır. İstatistiksel veriler tablo 29'da gösterilmiştir.

**Tablo 17 Hastaların, cinsel yakınmalarına ilaçların etkisi olup olmadığı sorusuna verdiği cevapların değerlendirilmesi**

	Essitalopram	Fluoksetin	Klomipramin	Paroksetin	Sertraline	Sitalopram	Venlafaksin	X <sup>2</sup> p
	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	40,766 0,000*
İlaç yakınma ilişkisi var	49 %79,0	14 %42,4	26 %100	40 %80,0	42 %82,4	17 %48,6	34 %65,4	
İlaç yakınma ilişkisi yok	13 %21,0	19 %57,6	0 %0	10 %20,0	9 %17,6	18 %51,4	18 %34,6	
Total	62 %100	33 %100	26 %100	50 %100	51 %100	35 %100	52 %100	



Hastalara, daha önce cinsel yakınmalarının olup olmadığı sorulduğunda; %36,2 si hastalık öncesinde de probleminin olduğunu belirtmiştir. Hastalara, ilaç kullanmaya başlamadan önce cinsel sorunlarının olup olmadığı sorulduğunda ise; %47,9 oranında cinsel problem bildirilmiştir. Cinsiyetlere göre oranlar ise tablo-30'de gösterilmiştir.

**Tablo 18 Hastalık öncesinde ve ilaç kullanımı öncesinde cinsel sorun bildirimini değerlendirilmesi**

	Erkek	Kadın	Toplam
Hastalık Öncesi Cinsel Yakınma	%33,3	%39,1	%36,2
İlaç Öncesi Cinsel Yakınma	%40,6	%55,4	%47,9

Hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalık süreleri ve ilaç kullanım özellikleri ve GRCDÖ standart puanlarının korelasyon tablosundan elde edilen veriler tablo-31'de verilmiştir.

Bu tabloya göre; yaş ile; sıklık sorunu, toplam GRCDÖ puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (yaş için sırasıyla;  $r:0,175$ ,  $p<0,01$ ;  $r:0,110$ ,  $p=0,027$ ).

Evlilik süresi ile; sıklık sorunu pozitif korelasyon göstermektedir (evlilik süresi için sırasıyla;  $r:0,147$ ,  $p<0,01$ ).

Hastalık süresi ile; kadında anorgazmi, iletişim sorunu, doğum sorunu, kaçınma sorunu, toplam puan pozitif korelasyon göstermiştir (hastalık süresi için sırasıyla;  $r:0,183$ ,  $p<0,01$ ;  $r: 0,227$ ,  $p<0,01$ ;  $r=0,134$ ,  $p<0,01$ ;  $r:0,170$ ,  $p<0,01$ ;  $r:0,158$ ,  $p<0,01$ ).

İlaç süresi ile; iletişim sorunu, doğum sorunu, toplam puan pozitif korelasyon göstermektedir (ilaç süresi için sırasıyla;  $r:0,115$ ,  $p=0,043$ ,  $r:0,140$ ,  $p<0,014$ ;  $r:0,169$ ,  $p<0,01$ ).

Kadında vajinismus ile; doyum sorunu, toplam puan pozitif korelasyon göstermektedir (r:0,195, p=0,017; r:0,201, p<0,01; r:0,342, p<0,01). Kadında anorgazmi ile; sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, toplam puan pozitif korelasyon göstermektedir (r:0,349, p<0,01; r:0,459, p<0,01, r:0,422, p<0,01; r:0,381, p<0,01; r:0,687, p<0,01).

Erkeklerde erken boşalma ile; iletişim, dokunma ve toplam puan pozitif korelasyon göstermektedir (r:0,188, p<0,01; r:0,265, p<0,01; r:0,317, p<0,01). Erkeklerde empotans ile; sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, toplam puan pozitif korelasyon göstermektedir (r:0,461, p<0,01; r:0,244, p<0,01; r:0,384, p<0,01, r:0,497, p<0,01; r:0,477, p<0,01; r:0,693, p<0,01).

Sıklık sorunu ile; kadında anorgazmi, erkeklerde empotans, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, toplam puan pozitif korelasyon göstermektedir (r:0,166, p=0,018, r:0,461, p<0,01; r:0,194, p<0,01; r:0,369, p<0,01; r:0,365, p<0,01; r:0,266, p<0,01; r:0,480, p<0,01).

İletişim sorunu ile; kadında anorgazmi, erkeklerde erken boşalma ve empotans, sıklık, doyum, kaçınma, dokunma, toplam puan pozitif korelasyon göstermektedir (r:0,349, p<0,01, r:0,188, p<0,01; r:0,244, p<0,01; r:0,194, p<0,01; r:0,335, p<0,01; r:0,305, p<0,01; r:0,349, p<0,01; r:0,498, p<0,01).

Doyum sorunu ile; kadında vajinismus ve anorgazmi, erkeklerde empotans, sıklık, iletişim, kaçınma, dokunma, toplam puan pozitif korelasyon göstermektedir (r:0,201, p<0,01; r:0,459, p<0,01; r:0,384, p<0,01; r:0,369, p<0,01; r:0,335, p<0,01; r:0,333, p<0,01; r:0,353, p<0,01; r:0,689, p<0,01).

Kaçınma sorunu ile; kadında anorgazmi, erkeklerde empotans, sıklık, iletişim, doyum, dokunma ve toplam puan pozitif korelasyon

göstermektedir (r:0,422, p<0,01; r:0,497, p<0,01, r:0,365, p<0,01; r:0,305, p<0,01; r:0,333, p<0,01; r:0,608, p<0,01; r:0,549, p<0,01).

Dokunma sorunu ile; kadında orgazm, erkekte erken boşalma ve empotans, sıklık, iletişim, doyum, kaçınma ve toplam puan pozitif korelasyon göstermektedir (r:0,381, p<0,01; r:0,265, p<0,01; r:0,477, p<0,01, r:0,266, p<0,01; r:0,349, p<0,01; r:0,353, p<0,01; r:0,608, p<0,01; r:0,594, p<0,01).

Toplam puan ile; kadında vajinismus ve anorgazmi, erkekte erken boşalma ve empotans, sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma pozitif korelasyon göstermektedir (r:0,342, p<0,01; r:0,687, p<0,01; r:0,317, p<0,01; r:0,693, p<0,01; r:0,480, p<0,01; r:0,498, p<0,01; r:0,689, p<0,01; r:0,549, p<0,01; r:0,594, p<0,01).

Tablo 19 Sosyodemografik Özellikler, Hastalık Ve İlaç Kullanım Özelliklerinin ve GRCDÖ Standart Puanlarının Korelasyon Tablosu

Yaş	Evsüre	Hstsür	İlaçsür	Kvag	Korg	Eerbos	Eemp	Sıklık	İletiş	Doyum	Kaçınm	Dokun	Toplam
1	,915**	,258**	,039	,019	,005	,020	,025	,175**	,029	,023	-,064	-,038	,110*
,915**	1	,205**	,007	,039	,037	,046	,055	,147**	,084	-,015	,009	,017	,091
,258**	,205**	1	,395**	,043	,183**	-,007	-,054	,046	,227**	,134**	,170**	,074	,158**
,039	,007	,395**	1	,036	,105	-,099	,140	,003	,115*	,140*	,101	,094	,169**
,019	,039	,043	,036	1	,067	-----	-----	,048	,111	,201**	,048	,133	,342**
,005	,037	,183**	,105	,067	1	-----	-----	,166**	,349**	,459**	,422**	,381**	,687**
,020	,046	-,007	-,099	-----	-----	1	-,024	-,060	,188**	,117	,064	,265**	,317**
,025	,055	-,054	,140	-----	-----	-,024	1	,461**	,244**	,384**	,497**	,477**	,693**
,175**	,147**	,046	,003	,048	,166*	-,060	,461**	1	,194**	,369**	,365**	,266**	,480**
,029	,084	,227**	,115*	,111	,349**	,188**	,244**	,194**	1	,335**	,305**	,349**	,498**
,023	-,015	,134**	,140*	,201**	,459**	,117	,384**	,369**	,335**	1	,333**	,353**	,689**
-,064	,009	,170**	,101	,048	,422**	,064	,497**	,365**	,305**	,333**	1	,608**	,549**
-,038	,017	,074	,094	,133	,381**	,265**	,477**	,266**	,349**	,353**	,608**	1	,594**
,110*	,019	,158**	,169**	,342**	,687**	,317**	,693**	,480**	,498**	,689**	,549**	,594**	1

\*p<0,05 \*\*p<0,01 / Yaş, evlilik süresi, hastalık süresi, ilaç kullanım süresi, kadın vajinismus, kadında anorgazmi, erkekte erken boşalma, erkekte empotans, sıklık sorunu, iletişim sorunu, doyum sorunu, kaçınma sorunu, dokunma sorunu, toplam puana göre genel cinsel sorular korelasyon tablosunda yer almaktadır.

## V. TARTIŞMA

Cinsel işlev bozukluklarının toplumdaki sıklığının ve nedenlerinin araştırılması oldukça zordur. Araştırma yapılan topluma, sosyal ve kültürel faktörlere, yaş ve cinsiyete, eğitim düzeyine, komorbid hastalıklara, kullanılan ilaçlara ve bozuklukları saptamak için kullanılan ölçeklere göre çok farklı değerlere rastlanabilmektedir. Bunların yanında evlilik ilişkisinin kalitesi, eşlerin uyumu, sosyoekonomik denge, ailesel ve çevresel etkiler gibi faktörlerin nicel olarak saptanması neredeyse olanaksızdır. Ancak bu etkisi tahmin edilemeyen, ölçülmesi ve standardize edilmesi güç olan faktörler, psikiyatrik hastalık ve komorbid durumların oluşumunda büyük rol oynamaktadırlar.

Psikiyatrik hastalarla yapılan bu araştırmada, monoterapi şartının aranması ve hastalarının tanılarının duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk ve uyum bozukluğu gibi DSM-4 ana kategorilerine ayrılması, hastaların bölgesel ve kültürel özellikler nedeniyle cinsel işlevlerle ilgili araştırmalara katılım ve konuyla ilgili konuşmak ve sorulara açıklıkla cevap vermek hususunda tereddütler yaşamaları, eğitim düzeyi ve cinsel konular hakkındaki mitleri nedeniyle ölçek sorularını yorumlamakta güçlük yaşamaları ve bu nedenle araştırmacının yardım etmek zorunda kalması; ölçümlerin standardizasyonu ve verilerin genelleştirilmesi açısından sınırlılıklar oluşturmuştur.

Bu çalışmada %24,4'ü henüz ilaç başlanmamış, %75,6'sı antidepresan ilaç kullanan (monoterapi) 409 psikiyatri hastasının (duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk, uyum bozukluğu) cinsel işlevler açısından değerlendirilmesi yer almaktadır. Sosyodemografik değişkenlerin patolojik özelliklere katkısı da incelenmektedir. Cinsel işlevlerin değerlendirilmesi için GRCDÖ'nün kullanılması, cinsellik açısından çeşitli alt ölçeklerin ayrıca incelenmesini kolaylaştırmıştır.

Çalışmamızda tüm hastalarda sıklık sorunu %74,8, iletişim sorunu %51,8, doyum sorunu %44,5, kaçınma sorunu %63,1, dokunma problemi %60,4, kadında vajinismus %69,8, kadında anorgazmi %34,7, erkekte erken boşalma %55,1, erkekte empotans %80,2 olarak saptanmıştır. Tüm sorulardan elde edilen toplam puan ile belirlenen, genel olarak cinsel sorunların varlığı ise %78,7 olarak belirlenmiştir.

Kadında vajinismus oranlarının yüksek olmasının nedeninin, kısmen GRCDÖ kadın formunun 11. sorusunun (Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?) yanlış anlaşılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastaların bu soruyu cinsel eylem esnasında zevk verici unsur şeklinde algıladıkları saptanmıştır. GRCDÖ tanı grubunda sadece vajinismusun bulunması, disparoniden vajinismusa kadar uzanan rahatsızlıkları vajinismus olarak saptamamıza neden olmuştur. Bu nedenle tartışmanın ilerleyen bölümlerinde vajinismus ile ilgili yüzdeler yorumlanmamıştır.

Kadın formunda bulunan 21. soruda yaralan 'Ön sevişme sırasında eşiniz bızırınız (klitoris) uyardığında doyuma (orgazma) ulaşıyor musunuz?' ifadesi hastaların çoğunda muhtemelen kültürel özellikler nedeniyle olumsuz karşılanmış anorgazmi ve toplam puanlarda artışa neden olmuştur. Erkek formunda 18. soruda yaralan 'Eşinizle karşılıklı mastürbasyon yapmaktan zevk alıyorsunuz?' ifadesinin olumsuz algılanması da yine kültürel özellikler nedeniyle mastürbasyonun toplumumuzda hoş karşılanmamasına bağlanabilir. Bu sorunun puan artışı da erkeklerde genel cinsel sorunların yüksek çıkmasına neden olmuştur.

Çalışmamızda psikiyatrik hastalığı olan bireyler yer aldığından ve büyük bir çoğunluğu ilaç kullandığından, cinsel sorunlar normal toplumda görüldüğünden daha yüksek oranlardadır. Genel toplumda görülen cinsel sorunlara bakıldığında; U.S.A'da, genel toplumda yapılan geniş ölçekli bir çalışmada, kadınlarda %43, erkeklerde ise %31 oranında cinsel

disfonksiyon bulunmuştur. Bu çalışmada, kadınlarda; %22 hipoaktif cinsel istek, %14 uyarılma bozukluğu, %7 cinsel ağrı bozukluğu, erkeklerde; %21 prematür ejakülasyon, %5 erektil disfonksiyon, %5 hipoaktif cinsel istek görüldüğü saptanmıştır (84). Sekiz Avrupa ülkesinde genel toplumda yapılan geniş ölçekli bir çalışmada, kadınlarda %34, erkeklerde %15 cinsel istek azlığı saptanmıştır (85). Ülkemizde 2007 yılında Konya' da yapılan bir çalışmada, 18-60 yaş arası 470 kadın ve 475 erkek sağlıklı gönüllü incelenmiş olup, erkeklerde; %14,5 erektil disfonksiyon, %29,3 prematür ejakülasyon, kadınlarda; %5,3 anorgazmi, %15,3 vajinismus nokta prevelansı elde edilmiştir (86).

Çalışmamızdaki kadın ve erkekler arasında yaygınlıklar açısından farklılıklar mevcuttu. İletişim sorunu kadınlarda %56,4, erkeklerde %47,3'tür. Kaçınma sorunu kadınlarda %76,2, erkeklerde %50,2'dir. Dokunma problemi ise kadınlarda %71,8, erkeklerde %49,3'tür. Doyum sorunu erkeklerde %51,7 iken, kadınlarda %37,1'di. Toplam puanlarda ise erkekler %85,5, kadınlar %71,8 cinsel sorun bildirmekteydi. İletişim, kaçınma ve dokunma probleminin kadınlarda fazla olmasının sebebinin, bölgesel ve kültürel olarak kadınların cinsel açıdan kendilerini ifade etmekte kullandıkları yöntemlerin farklılığı olduğunu düşünmekteyiz. Doyum problemi ve genel cinsel sorunların erkeklerde daha fazla olması ise; erkeklerin performanslarının hastalık ve ilaç gibi dış faktörlerden daha kolay etkilenmesinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışma grubunda erkeklerin eğitim seviyesinin yüksek olması da; ilişkide doyumunu değerlendirmede daha fazla memnuniyetsizlik bildirmeye neden olmuştur.

Yaş açısından çalışmamızdaki hastalar değerlendirildiğinde; sıklık sorunu 50 yaş ve üzeri grupta %90,2 olarak saptanmıştır. 18-29 yaş gurubunda ve 30-39 yaş grubunda da %71,7 ve %76,7 gibi yüksek oranlarda sıklık sorunu bildirilmiştir. Korelasyon tablosunda, yaş ile sıklık sorunu ve toplam puana bağlı genel cinsel sorunların arttığı belirlenmiştir. Kadınlarda anorgazmi sorununun ise 50 yaş üstü bayanlarda %6,7'lere

düştüğü gözlenmiştir. Kaçınma sorununun ise yaşla azaldığı dikkat çekmektedir. Evlilik sürelerinin artması, denekler arasında sıklık sorununun da artmasına neden olmaktadır. 30 yıl ve üzerinde evlilik süresi olanların %93,3 gibi yüksek oranda sıklık sorunu görülmektedir.

Çalışmamızdaki bulgular literatür ile uyumlu gözükmekteydi. Cinsel disfonksiyonların ortaya çıkmasında yaş bilinen en önemli etiyolojik faktördür. Hem yaşla birlikte fizyolojik süreçlerin etkisi, hem de partnerlerin çekiciliklerinin kaybı ilişkideki sıklığın azalmasında etken olabilir. Yaş ve evlilik süresinin artmasıyla diğer fiziksel hastalıklara yakalanma riski de artmaktadır. Literatüre baktığımızda ilişki sıklığının yaşla azaldığına rastlamaktayız (84,87). Kadınlarda anorgazmi oranınının 50 yaş üstü bayanlarda az olmasını ise; orgazm olma yetisinin yaşla öğrenilmesinin artmasıyla ve yaşla birlikte cinsellikte olan kayıpların normalize edilmesinin artmasıyla açıklayabiliriz.

İkamet yerlerine göre değerlendirildiğinde gruplar arasında farklılık erkeklerde mevcuttu. İl ve ilçe merkezinde erken boşalma ve empotans oranı artmaktaydı. Kadınlarda ise ikamet yerlerine göre cinsel sorunlarda farklılık yoktu. Literatüre bakıldığında, ikamet edilen yerin cinsel işlev bozuklukları açısından farklılık gösterdiğine rastlanmamıştır. Bu çalışmada erkeklerde erken boşalma ve empotans açısından rastlanılan farklılık; il ve ilçelerde sosyal yaşam faktörlerinin kompleks olmasına ve bayanların kültürel seviyesinin erkeklere yaklaşmasının, erkekler üzerinde baskı oluşturmasına bağlanabilir.

Eğitim düzeylerine göre GRCDÖ ölçütlerinden doyum sorunu, gruplar arasında anlamlı farklılık göstermiştir. Eğitim düzeyinin artmasıyla doyum problemleri de artmıştır. Okula gitmemiş ve ilkokul mezunu olan grupta %37,8, üniversite mezunlarında ise %57,3 oranında cinsel doyum sorunu saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça kadınlarda anorgazmi oranı azalmaktadır.



Eğitim seviyesinde artış cinsel ilişkidenden beklentileri arttırıyor olabilir. Ülkemizde örgün eğitim ile cinsel eğitim verilmemesi ve eğitim süresince cinsel bilgilerin yanlış kaynaklardan öğrenilmesine bağlı oluşan çeşitli cinsel mitler, doyum sürecini olumsuz etkiliyor olabilir. Literatürde eğitim seviyesiyle ilgili çok sayıda ve değişken çalışma bulunmaktadır. Ancak çoğu çalışmada eğitim seviyesindeki artışın, cinsel sorunlarla pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır (51,88). Ayrıca eğitim seviyesinin artması ile kadınların memnuniyetsizliklerini ifade etme oranı da artmaktadır (88).

Meslekler açısından çalışmamızdaki hastalar değerlendirildiğinde; sıklık sorununu emekli hastalarda diğer hastalara göre daha yüksek oranda görölmüştür. İletişim problemi ise %62,1 ile en sık işsiz grubunda bulunmaktadır. Literatür incelendiğinde psikiyatrik hastalıklarda görölen cinsel işlev bozukluklarının etiolojisinde mesleklerin etkisiyle ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Emekli hasta grubunda sıklık probleminin daha yüksek oranlarda bulunması; yaşa ve yaşla birlikte hastalık süresinin artmasına bağlı faktörlerden kaynaklanıyor olabilir. İletişim eksikliği, çoğunluğunu kadınların oluşturduğu işsiz grubunda yüksek çıkmıştır. Bu da büyük ölçüde kadınların sorunlarını ifade etme biçimindeki kültürel özellikleri yansıtmaktadır.

Çalışmamızda hastaların cinsel sorunlarının sıklıklarında, psikiyatrik tanılarının rolü incelenmiştir. Gruplar arasında farklılıklar kaçınma, kadında vajinismus, kadında anorgazmi, erkekte empotans ve toplam puanlarda görölmüştür. Kaçınma sorunu en sık %76,6 ile duygudurum bozukluklarında, vajinismus sorunu %83,9 anksiyete bozuklukları grubunda somatoform bozukluk (%47,4) grubuna göre daha fazla, erkekte empotans %92,7 ile duygudurum bozukluklarında %67,7 ile uyum bozukluklarından daha fazla görölmüştür. Toplam puanlara göre genel cinsel sorunların varlığı ise %84,8 ile anksiyete bozukluklarında en sık

olarak göze çarpmaktadır. Toplam puanlar açısından %79,7 ile somatoform bozukluk ikinci sırada, %74,6 ile uyum bozukluğu üçüncü sırada ve %71,2 ile duygudurum bozuklukları son sırada yer almaktaydı. İletişim sorunu açısından ise %60,9 ile somatoform bozukluklarda en çok patoloji saptanmıştır.

Uyum bozukluğu, anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları semptomlarını barındırır da, uyum bozukluklarında tetikleyici ortam ya da durumların azalabileceği düşünülürse, bireyin bilişsel düzeyde duygudurum bozukluklarındaki kadar distorsiyonlarının olmaması açısından daha avantajlıdır. Ancak uyumdaki bozulma partner orijinli ise, cinsel disfonksiyon ve şiddeti daha fazla olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki bulgular anksiyete ve depresyonda literatürle uyumluydu. Ancak, somatoform bozuklukta cinsel disfonksiyon sıklıkları hakkında literatürde araştırmaya rastlanmamıştır. Depresyon hastalarında genel toplumdan daha sık cinsel işlev bozukluğu görüldüğü çeşitli araştırmalarla kanıtlanmıştır (89,90). İsviçre’de yapılan bir çalışmada, genel popülasyonda cinsel disfonksiyon sıklığı %24 olarak bulunmuşken, deprese hastalarda bu oran %50 olarak saptanmıştır (89). Deprese hastalarda en sık görülen problem erkeklerde %50, kadınlarda %40 cinsel istek azlığı olmakla birlikte, deprese hastalarının 2/3’ü sözel olarak sorulduğunda libido kaybından bahsetmişlerdir (60,91). Major depresyon hastalarının incelendiği bir çalışmada, unipolar depresyonda %72, bipolar depresyonda %77 cinsel işlev bozukluğu olduğu saptanmıştır. Ayrıca, depresyon ataklarının şiddeti, süresi ve tekrarlamaya sayısı da cinsel işlev bozukluğu prevalansını arttırmaktadır (91,92,93).

Anksiyete bozukluklarında da yüksek cinsel işlev bozukluğu komorbiditesi bildirilmektedir. Staebler’in 1993 yılında yaptığı çalışmada OKB, panik bozukluğu ve major depresyon hastalarının cinsel

disfonksiyonları incelenmiş olup OKB grubunda %60 oranında cinsel doyumsuzluk saptanırken; major depresyon ve panik bozukluğu grubunda da benzer oranlara rastlamıştır (94).

Obsesif kompulsif bozukluğu bulunan kadınlarda yapılan bir başka çalışmada, hastaların %62'sinde cinsel istek azlığı ve %29'unda uyarılmada azalma, %33'ünde orgazm güçlükleri yaşandığı saptanmıştır (95). İtalya'da Capano ve arkadaşları tarafından yapılan henüz yayınlanmamış, 18-60 yaş arasında duygudurum bozukluğu ya da anksiyete bozukluğu bulunan 100 hastanın incelendiği bir çalışmada, cinsel disfonksiyon oranı %66,7 olarak saptanmıştır.

Kendurker ve Kaur'un 2008 yılında 50 normal, 50 major depresyon, 50 OKB, 50 yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hastada yaptığı çalışmada; normal deneklerde %30, OKB grubunda %50, yaygın anksiyete grubunda %64 ve major depresyon grubunda %76 cinsel disfonksiyon saptamıştır (96).

Laurent ve Simons'un anksiyete bozuklukları ve depresyon hastalarında yaptıkları çalışmalarda; anksiyete ve depresyonun cinsel disfonksiyonlarda en önemli faktör olduğunu vurgulamışlardır. Cinsel disfonksiyon fizyopatolojisini fiziksel ve biyolojik faktörler (fenotip, hormonlar, nörotransmitterler, fiziksel defektler), sosyal ve kültürel faktörler (sosyal deneyimler, iletişim yeteneği, çekicilik ve cinsel kimliğe özgü davranışlar), bilişsel ve kognitif faktörler (negatif duygulanım, aşırı durumsal tepkiler, öğrenilmiş sorun çözme yetenekleri, model eksikliği), psikodinamik faktörler (çözümlememiş çatışmalar, bastırılmış utanç, suçluluk ve öfke, tutarsız kişilik özellikleri, güvensiz bağlanma), savunma mekanizmalarındaki yetersizlik, kendi ve yakınındakiler hakkında adaptif olmayan yorumlar ve negatif beklentiler gibi geniş etyolojik yatkınlık yaratan durumlar ile açıklamışlardır (97).

Rezolüsyon fazı dışındaki bütün seksüel yanıt evreleri depresyondan etkilenmektedir. Buna ek olarak ağrı bozuklukları da deprese bireylerde (kadınlarda daha sık) daha sık görülmektedir. Cinsel istek bozuklukları deprese bireylerde %50'lere kadar ulaşmaktadır, bu oran nondeprese bireylerden 5 kat daha fazladır. Uyarılma bozuklukları da deprese bireylerde daha fazladır. Bu bilgiler hem subjektif hasta bildirimleriyle, hem de nokturnal penil tümesans testi ve vaginal fotopletismografi teknikleriyle kanıtlanmıştır (97).

Johnson ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptığı, 3004 deneğin yer aldığı çalışmada; yaygın anksiyete bozukluğu bulunan kadınlarda; 2,6 kat fazla inhibe orgazm, 2,1 kat fazla inhibe cinsel uyarılma, 3,3 kat fazla hipoaktif cinsel istek ve 2,5 kat fazla disparoni saptamıştır (98). Bir diğer çalışmada, panik bozukluk tanısı olan 27 kadının kontrol grubuna göre önemli derecede düşük cinsel isteğe sahip olduğu saptandı (99).

Bodinger ve ark. 24 erkek ve 16 kadın sosyal fobili hastada %33 oranında erken boşalma saptadı. Sosyal fobili erkeklerde, kontrol grubuna göre uyarılmada güçlük, orgazm frekansında düşüklük, cinsellikten daha az zevk alma, cinsel aktiviteden daha az memnuniyet saptanırken; kadın sosyal fobili bireylerde kontrol grubuna göre daha az sıklıkta cinsel hayal ve istek, daha az vaginal lubrikasyon ve seks sıklığı, daha az doyum ve daha zor orgazm yanında, daha fazla ağırlı seks görülmüştür (100). Hastalık sürelerine göre incelendiğinde; 10 yıl üzerinde psikiyatrik tanısı olan bireylerin sıklık, iletişim, doyum, kaçınma ve toplam puanlarda diğer gruplardan daha çok patolojisi olduğu görülmüştür. Hastalık süresi uzadıkça; kadında anorgazmi, iletişim, doyum, kaçınma, toplam puanlar artmaktaydı.

Genel toplumda bu kadar yaygın rastlanan cinsel işlev bozukluklarının, psikiyatrik hastalarda daha fazla görüldüğü aşikardır. Depresyon hastalarında %78, antipsikotik kullanan şizofreni hastalarında

%30-54 aralığında, antidepresan kullanan hastalarda %10-50 aralığında cinsel işlev bozukluğu bildirilmiştir (101,102,103). Sistemik çalışmalarla görülmüştür ki; tedavi almayan ve tedavi alan şizofrenlerde, kadınlarda %30-80, erkeklerde %45-80 oranında cinsel disfonksiyon tanımlanmıştır. Şizofrenlerde diğer psikiyatrik hastalardan daha fazla cinsel sorun olduğu vurgulanmıştır. Unipolar depresyonda %25-75, diğer ayaktan hasta gruplarında (genel psikiyatri polikliniği, ilaç kötüye kullanımı, alkol bağımlılığı) ise %40 sıklık bildirilmiştir (104).

Hastaların cinsel yakınmalarına ilaçların etkisinin olup olmadığı sorulduğunda; kendi bildirimlerine göre, klomipramin kullananların %100'ü, sertralin kullananların %82,4'ü, paroksetin kullananların %80'i en sık 'var' cevabını vermiştir. Bu oran en az %42,4 ile fluoksetinde görülmüştür. Deneklere hastalıklarının öncesinde cinsel sorunlarının olup olmadığı sorulduğunda; %36,2 oranında 'var' yanıtı alınmıştır. İlaç kullanımı öncesinde cinsel yakınma sorulduğunda ise %47,9 oranında 'var' yanıtı alınmıştır.

Kadınlarda, kendi bildirimlerine göre, kuruluk ve orgazm güçlüğü açısından ilaç grupları arasında anlamlı farklılıklar elde edilmiştir. Klomipramin kullanan hastaların %100'ü, fluoksetin kullananların %83,3'ü kuruluktan şikayet etmiştir. En az kuruluğa ise %26,3 sertralin, %31,3 ile sitalopram ve venlafaksin kullanan hastalarda rastlanmıştır. İlaç kullanmayanlarda ise %53,8 oranında kuruluk bildirilmiştir. Orgazm güçlüğü %77,8 fluoksetin, %72,2 paroksetin ile gözlenmiştir. Orgazm güçlüğü en az %26,3 ile sertralin kullanan ve %37,5 ile venlafaksin ve sitalopram kullanan grupta gözlenmiştir. İsteksizlik ise kadınlar tarafından en çok bildirilen şikayet olmuştur. Klomipramin, paroksetin ve sertralin kullananlar en sık isteksizlik bildirmiştir. Sitalopramla en az isteksizlik şikayeti belirtilmiştir.

Erkeklerde kendi bildirimlerine göre erken boşalma şikayeti en az sıklıkta bildirilmiştir. SSRI'ların orgazmı güçleştirdikleri gerçeğiyle uyumlu olarak, %76,4'ü ilaç kullanan hastalarda, erken boşalmanın diğer sorunlara göre daha az görülmesi beklenen bir bulgudur. Sitalopram kullanan ve ilaç kullanmayan grupta erken boşalma daha sık olarak gözlenmiştir. Geç boşalma %93,3 ile klomipramin kullanan grupta ve %68.8 ile sertralin kullanan grupta en sık, %8,3 ile ilaç kullanmayan grupta en az görülmüştür. Sertleşme gücünü venlafaksinle %65 ile en sık görülmüştür. En az sitalopram kullanan ve ilaç kullanmayan grupta görülmüştür. İsteksizlik, erkeklerde de en sık rastlanan şikayet olmuştur. %100 venlafaksin kullananlarda, %96,9 paroksetin kullananlarda, %93,3 klomipramin kullananlarda saptanmıştır. İsteksizliğin en az olduğu grup ilaç kullanmayan hastalardır.

Hastaların kullandıkları ilaçların cinsel yaşamlarını etkilediğini bilmekteyiz. İlaçların etki mekanizmaları ve dozlarının soruna yol açma bakımından farklı olduğu, literatüre bakıldığında birçok çalışmayla kanıtlanmıştır. Çalışmamızda yeterli sayıya ulaşılabilmesi nedeniyle; değerlendirmeye essitalopram, fluoksetin, klomipramin, paroksetin, sertralin, sitalopram, venlafaksin kullananlar ve ilaç kullanmayan hastalar dahil edilmiştir. Çalışmamızda , GRCDÖ ölçeklerine göre, cinsel ilişki sıklığı sorunu en sık; %100 ile klomipramin kullananlarda, %84,3 sertralin kullananlarda, %83,9 essitalopram kullananlarda, en az ise %57,6 ile fluoksetin kullanan grupta ve %66 ile ilaç kullanmayan grupta görülmüştür. Hastalarda doyum sorunu %69,2 klomipramin kullananlarda, %57,6 fluoksetin kullananlarda, %56,9 sertralin kullananlarda daha sık görülmüştür. Doyum sorunu en az ise %30,6 ile essitalopram kullanımında görülmüştür.

Kadında anorgazmi açısından GRCDÖ puan ortalamalarına bakıldığında; klomipraminin  $4,72\pm 0,27$  ve fluoksetinin  $4,66\pm 0,27$  ortalamayla en fazla soruna yol açtığı gözlenmiştir. Erkeklerde erektil

disfonksiyon en sık yine %100 ile klomipramin ve venlafaksin kullanan grupta, %93,8 ile paroksetin kullanan grupta rastlanmıştır. Bu değerleri %87,5 ile sertralin ve %80,8 ile essitalopram izlemektedir. Erektile disfonksiyona en az yol açan ilaçlar ise; %53,3 fluoksetin ve %57,9 sitalopramdır. Toplam puanlar açısından genel cinsel sorunlar değerlendirildiğinde; %100 klomipramin, %92,2 sertralin, %90,0 paroksetin en sık patolojiye yol açarken; %55 ilaç kullanmama, %57,1 sitalopram kullanımı en az patolojiye yol açmaktaydı. Klomipramin ve paroksetinin antikolinergik özellikleri ve güçlü serotoninerjik etkileri olması daha sık cinsel patolojik bulguya yol açmasına neden olmaktadır.

Çalışmamızda oranların yüksek çıkmasının bir nedeni, deneklerin GRCDÖ sorularını net yorumlamakta güçlük çekmeleri olduğu görülmektedir. Bunun yanında psikiyatrik hastalarda negatif yorumlamanın daha sık yapılması, venlafaksin kullanılan hastaların daha dirençli vakalar olması, klomipramin kullanılan hastalarda genelde OKB tanısı olması ve yüksek doza ihtiyaç duyulması çalışmamızdaki oranların yüksek çıkmasına neden olmuştur.

Psikiyatrik hastalarda en çok kullanılan ilaçlar antidepresanlar ve antidepresan ilaçlardan da en sık kullanılan grup SSRI'lardır. Literatürde, bu alanda yapılmış sayısız çalışma mevcuttur. Çalışmamızdaki veriler yüksek oranda literatürdeki verilerle uyuşmaktaydı.

Sertralin, fluvoksamin, fluoksetin ve paroksetin kullanan 344 hastada yapılan çalışmada %58 oranında cinsel disfonksiyon saptanmıştır (56). Antidepresanlarla ilgili yapılan geniş ölçekli çalışmalardan biri olan ELIXIR çalışmasında, 1332 hastanın 989'unda (%74,2) cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Aynı çalışmada SNRI ilaçlarla %73,5, trisiklik antidepresanlar ile %75,5 gibi yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu bildirilmiştir (91).

Antidepresan kullanan 1022 ayaktan hastanın incelendiği çalışmada ise fluoksetin %57,7, sertralin %62,9, fluvoksamin %62,3, paroksetin %70,7, sitalopram %72,7, venlafaksin %67,3, mirtazapin %24,4, nefazodon %8, amineptin %6,9, moklobemid %3,9, bütün antidepresanlar ortalama %59,1 cinsel disfonksiyona yol açmışlardır. Bu araştırmada cinsel işlev bozukluğu erkeklerde %62,4 ve kadınlarda %56,9 olarak saptanmıştır. Ancak kadınlardaki problemin daha yoğun olduğu belirtilmiştir (105).

Literatür incelendiğinde sitalopram, fluoksetin, paroksetin ve sertralinin yer aldığı ilaç kullanan hasta grubunda erkeklerde hipoaktif cinsel istek ve orgazmik bozukluklar kadınlara göre daha çok görülmekte iken; kadınlarda uyarılma bozuklukları erkeklere göre daha çok görülmektedir. Çok geniş yüzde ve oranların yer aldığı literatüre ait verilerin meta analizinde Seretti ve Chiesa şu verileri elde edilmiştir. Total cinsel disfonksiyona; sertralin %27,3, venlafaksin %24,2, sitalopram %20,27, paroksetin %16,86, fluoksetin %15,59, essitalopram %3,44 ve plasebo %14,2 neden olmaktadır. İstek azlığına ise; sitalopram %55,3, paroksetin %46,99, fluoksetin %45,59, sertralin %42,95, venlafaksin %23, essitalopram %1,1 oranında neden olmaktadır (106). Aynı çalışmada uyarılma bozukluğuna; sitalopram %82,48, venlafaksin %54,4, paroksetin %44,44, sertralin %38,58, fluoksetin %31,2, essitalopram %0,68 oranında neden olmaktadır. Orgazm bozukluğuna ise; klomipramin %41,89, paroksetin %18,45, sertralin %15,03, sitalopram %14,39, venlafaksin %15,94, fluoksetin %11,91, essitalopram %4,23 oranında neden olmaktadır (106).

İlaç kullanım sürelerinin GRCDÖ puanlarıyla ilişkisi incelendiğinde; gruplar arasında farklılıklar mevcuttu. İlaç kullanım süresi arttıkça; iletişim, doyum ve toplam puanlar anlamlı olarak artış göstermekteydi. İlaç kullanımı süresi 2 yıla kadar artarken cinsel sıklık, iletişim, toplam puanlar artmaktaydı. 2 yıl üzerine çıkınca, çalışmamızda patoloji görülme oranında



kısmen azalma görülmekteydi. Bu durum, reseptör desentizasyonunun etkin olması, ilacın uyumunun artması ile adaptif mekanizmaların devreye girerek cinsel disfonksiyonları azalması şeklinde açıklanabilir. Uzun süren hastalık ve cinsel uyumun bozulmasıyla, partnerler arasında cinselliğin problem olmaktan çıkması ve göz ardı edilmesi de bu oranlara neden olmuş olabilir.

İlaç dozlarına göre GRCDÖ puanları ortalamaları ve cinsel sorun görülme yüzdeleri karşılaştırıldığında; tüm alt ölçeklerde, 3 doz ilaç kullananlarda 2 doz ilaç kullananlardan, 2 doz ilaç kullananlarda da 1 doz ilaç kullananlardan anlamlı derecede daha fazla cinsel sorun görülmektedir. Yapılan araştırma sonuçlarına göre; obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda yapılan iki ayrı çalışmada, hastaların %92 ve %96'sı doza bağlı olarak klomipramin tedavisine başladıktan sonra orgazm bozukluğundan (%70 hiç orgazm olamama) yakınmıştır (107,108). Doz ve cinsel disfonksiyon arasındaki ilişki; özellikle yüksek doz ve serotoninerjik etkisi güçlü ilaç kullanımını gerektiren obsesif kompulsif bozukluk ve dirençli depresyon gibi rahatsızlıklarda önem kazanmaktadır.

## VI. SONUÇLAR

1- Çalışmamızda psikiyatrik hastalarda sıklık sorunu %74,8, iletişim sorunu %51,8, doyum sorunu %44,5, kaçınma sorunu %63,1, dokunma problemi %60,4, kadında vaginismus %69,8, kadında anorgazmi %34,7, erkekte erken boşalma %55,1, erkekte empotans %80,2 olarak saptanmıştır. Tüm sorulardan elde edilen toplam puan ile belirlenen, genel olarak cinsel sorunların varlığı ise %78,7 olarak belirlenmiştir ve genel toplumda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklıklarından oldukça yüksek değerler elde edilmiştir.

2- Hastaların cinsel problemlerinin, sosyodemografik verilerle yakından ilişkili olduğu saptanmıştır. Literatür ile uyumlu olarak psikiyatrik hastalarda, yaş ve evlilik süreleri arttıkça, sıklık sorunu da artmaktadır. İletişim, kaçınma ve dokunma probleminin kadınlarda fazla olduğu saptanmıştır. Sebebinin bölgesel ve kültürel olarak kadınların cinsel problemlerini ifade etmekte kullandıkları yöntemlerin farklılığı olduğunu düşünmekteyiz. Eğitim düzeyi arttıkça doyum probleminin arttığı gözlenmiştir. Bu da hastaların cinsellikten beklentilerinin eğitim ile değişebileceğini göstermektedir. Meslekler açısından işsiz grubunda cinsel iletişimin çalışan kesime göre daha problemlili olduğu saptanmıştır.

3- Toplam puanlara göre genel cinsel sorunların sıklıkları %84,8 ile anksiyete bozukluklarında en sık, %79,7 ile somatoform bozuklukta ikinci sırada, %74,6 ile uyum bozukluğunda üçüncü sırada ve %71,2 ile duygudurum bozukluklarında son sırada elde edilmiştir. Psikiyatrik tanıların cinsel işlev bozukluğuna yatkınlık açısından önemli olduğu ancak; kullanılan ilaçların ve dozlarının daha belirleyici olduğu gözlenmiştir.

4- Toplam puanlar açısından genel cinsel sorunlar değerlendirildiğinde; literatürle uyumlu olarak sırasıyla klomipramin, sertralin ve paroksetin ile en sık patolojiye rastlanmıştır. En az patoloji ise

ilaç kullanmayan grupta ve sitalopram kullanan grupta gözlenmiştir. Psikiyatrik hastalarda ilaç seçiminin dikkatli yapılması gerekmektedir.

5- Kullanılan ilaç dozları ile cinsel işlev bozukluğu sıklığı arasında kuvvetli bir ilişki saptanmıştır. Bu nedenle cinsel sorun yaşayan bireylerde etkin olan en düşük dozda tedavi öngörülmesi ve hastayla ilaç için yarar-zarar analizi yapılmalıdır.

6- Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nde kadın formunda bulunan 11. ve 21. soruların ve erkek formunda bulunan 18. sorunun hastalar tarafından yanlış yorumlandığı gözlenmiştir. Bölgesel ve kültürel olarak cinsel açıdan uygulanmayan cinsel aktiviteleri değerlendirdiği ve bu nedenle puanlamada yanlış pozitiflikler ortaya çıkarabildiği gözlenmiştir.

Sonuç olarak; psikiyatrik hastalıklarda ve özellikle ilaç kullanımında cinsel işlev bozuklukları çok sık olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta tarafından bu sorun dile getirilmemekte ve ancak hekim tarafından dikkatle sorulduğunda saptanmaktadır. Özellikle ilaç kullanan hastaların cinsel konularda bilgilendirilmesi, gelişebilecek yan etkiler bakımından uyarılması; hastaların cinsel yetersizlik duygularını yaşamaması açısından ve mevcut psikiyatrik hastalığının tedavisini cinsel disfonksiyon nedeniyle aksatmaması açısından önemlidir.

Kimi zaman psikiyatrik sorunlar, cinsel disfonksiyonlara neden olurken, bazen de tersi gerçekleşmektedir. Böylesine birliktelik gösteren, etyolojik mekanizmaları ortak olan sorunların birlikte değerlendirilmesi için hekimlerin özellikle cinsel konularda yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. İlaç seçiminin özenle yapılması ve mümkün olan en düşük dozda tedavinin yapılması olası cinsel sorunları engelleyecektir. Cinsel yan etkilerin önlenmesi için yeni geliştirilen farmakolojik tedavi stratejilerinin hekimler tarafından takip edilmesi özellikle önemlidir.

## VII. KAYNAKLAR

- 1- CETAD (Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği). Cinsel yaşam ve sorunları. 2006:19-42.
- 2- Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Curr Psychiatry Rep. 2000 Jun; 2:189-95.
- 3- Sadock VA. Normal insan cinselliği ve cinsel işlev bozuklukları. In: Sadock VA, Sadock BJ, eds. (Çev. Ed. Aydın H, Bozkurt A.) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sekizinci baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007:1902-1936.
- 4- Sadock VA, Sadock BJ, editors. (Çev. Ed. Bozkurt A). Cinsel işlev bozuklukları, parafililer ve cinsel bozuklukları. In: Kaplan & Sadock's Klinik psikiyatri el kitabı. Dördüncü baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2009:211-224.
- 5- Kayır A, Özdemir Ö. İnsanda cinsellik. In: Köroğlu E, Güleç C, eds. Psikiyatri temel kitabı. İkinci baskı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007:416-421.
- 6- CETAD (Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği). Cinsel yaşam ve sorunları. 2006:44-50.
- 7- Yetkin N, İncesu C. Cinsel işlev bozukluklarında kullanılan terimlerin gözden geçirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi 1997;34:214-218.
- 8- İncesu C. Cinsel işlevin fizyolojisi. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi 1998; 1:3-11.
- 9- Anil Kumar MN, Pai NB, Rao S, Rao TSS, Goyal N. Biology of sexual dysfunction. Online J Health Allied Scs. 2009; 8:1-7.
- 10- Harvey KV, Balon R. Clinical implications of antidepressant drug effects on sexual function. Ann Clin Psychiatry 1995 Dec;7:189-201.

- 11-** Kinsey AC. Sexual behavior in the human male. Philadelphia : W.B. Saunders, 1948.
- 12-** Meston CM, Frohlich PF. The neurobiology of sexual function. Arch Gen Psychiatry 2000 Nov; 57:1012-30.
- 13-** Creed KE, Carati CJ, Keogh EJ. The physiology of penile erection. Oxf Rev Reprod Biol. 1991; 13:73-95.
- 14-** İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004; 7:3-13.
- 15-** Schiavi RC, Segraves RT. The biology of sexual function. Psychiatr Clin North Am. 1995 Mar; 18:7-23.
- 16-** Exton NG, Truong TC, Exton MS, Wingenfeld SA, Leygraf N, Saller B, Hartmann U, Schedlowski M. Neuroendocrine response to film-induced sexual arousal in men and women. Psychoneuroendocrinol. 2000 Feb; 25:187-99.
- 17-** Ellison JM. Antidepressant-induced sexual dysfunction: review, classification, and suggestions for treatment. Harv Rev Psychiatry. 1998 Nov-Dec; 6:177-89.
- 18-** Sadler TW, Langman J. Langman's medical embryology. Lippincott Williams & Wilkins, 2006:321-363.
- 19-** Pfaus JG. Pathways of sexual desire. J Sex Med. 2009 Jun; 6:1506-33.
- 20-** İncesu C. Cinsel işlev bozuklukları. In: Köroğlu E, Güleç C, eds. Psikiyatri temel kitabı. İkinci baskı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007:422-432.
- 21-** Stahl SM. (Çev ed. Taneli B, Taneli Y.) Temel Psikofarmakoloji. İstanbul: Yelkovan Yayınevi, 2003.

- 22-** Melis MR, Argiolas A. Dopamine and sexual behavior. *Neurosci Biobehav Rev.* 1995 Spring; 19:19-38.
- 23-** Foreman MM, Moss RL. Role of hypothalamic dopaminergic receptors in the control of lordosis behavior in the female rat. *Physiol Behav.* 1979 Feb; 22:283-289.
- 24-** Bartels A, Zeki S. The neural basis of romantic love. *Neuroreport.* 2000 Nov 27; 11:3829-34.
- 25-** Exton MS, Bindert A, Krüger T, Scheller F, Hartmann U, Schedlowski M. Cardiovascular and endocrine alterations after masturbation-induced orgasm in women. *Psychosom Med.* 1999 May-Jun; 61:280-9.
- 26-** Krüger T, Exton MS, Pawlak C, von zur Mühlen A, Hartmann U, Schedlowski M. Neuroendocrine and cardiovascular response to sexual arousal and orgasm in men. *Psychoneuroendocrinology* 1998 May; 23:401-11.
- 27-** Rosen RC, Lane RM, Menza M. Effects of SSRIs on sexual function: a critical review. *J Clin Psychopharmacol.* 1999 Feb; 19:67-85.
- 28-** Zajecka J. Strategies for the treatment of antidepressant-related sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry.* 2001; 62:35-43.
- 29-** Zajecka J, Fawcett J, Schaff M, Jeffriess H, Guy C. The role of serotonin in sexual dysfunction: fluoxetine-associated orgasm dysfunction. *J Clin Psychiatry.* 1991 Feb; 52:66-8.
- 30-** Burnett AL. Role of nitric oxide in the physiology of erection. *Biol Reprod.* 1995 Mar; 52:485-9.
- 31-** Burnett AL, Calvin DC, Silver RI, Peppas DS, Docimo SG. Immunohistochemical description of nitric oxide synthase isoforms in human clitoris. *J Urol.* 1997 Jul; 158:75-8.

- 32-** Cara AM, Lopes-Martins RA, Antunes E, Nahoum CR, De Nucci G. The role of histamine in human penile erection. *Br J Urol.* 1995 Feb; 75:220-4.
- 33-** Dennerstein L, Gotts G, Brown JB, Morse CA, Farley TM, Pinol A. The relationship between the menstrual cycle and female sexual interest in women with PMS complaints and volunteers. *Psychoneuroendocrinology.* 1994; 19:293-304.
- 34-** Nathorst-Böös J, von Schoultz B, Carlström K. Elective ovarian removal and estrogen replacement therapy--effects on sexual life, psychological well-being and androgen status. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1993 Dec; 14:283-93.
- 35-** Alexander GM, Swerdloff RS, Wang C, Davidson T, McDonald V, Steiner B, Hines M. Androgen-behavior correlations in hypogonadal men and eugonadal men. I. Mood and response to auditory sexual stimuli. *Horm Behav.* 1997 Apr; 31:110-9.
- 36-** Dornan WA, Malsbury CW. Neuropeptides and male sexual behavior. *Neurosci Biobehav Rev.* 1989 Spring; 13:1-15.
- 37-** Blaicher W, Gruber D, Bieglmayer C, Blaicher AM, Knogler W, Huber JC. The role of oxytocin in relation to female sexual arousal. *Gynecol Obstet Invest.* 1999; 47:125-6.
- 38-** Granata A, Bancroft J, Del Rio G. Stress and the erectile response to intracavernosal prostaglandin E1 in men with erectile dysfunction. *Psychosom Med.* 1995 Jul-Aug; 57:336-44.
- 39-** Amerikan Psikiyatri Birliği (Çev. Ed. Köroğlu E). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV-TR) . Dördüncü Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007.

- 40-** Dünya Sağlık Örgütü (Çev. Ed. Öztürk O, Ufuk B). Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, 1993.
- 41-** Schover LR, Friedman JM, Weiler SJ, Heiman JR, LoPiccolo J. Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions: an alternative to DSM-III. Arch Gen Psychiatry. 1982 May; 39:614-9.
- 42-** Bayrak M. Vajinismus oluşumunda etyolojik özellikler. Uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 9. Psikiyatri Birimi, İstanbul, 2006.
- 43-** İncesu C. Kadınlarda Azalmış (Hipoaktif) Cinsel İstek ve Cinsel Tiksinti Bozuklukları. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi 1999; 3:14-18.
- 44-** İncesu C. Cinsel bozukluklar. In: Taner E, Işık U, Işık E, eds. Güncel klinik psikiyatri. Ankara: Golden Print; 2008:299-316.
- 45-** Sadock VA, Sadock BJ. Human Sexuality. In: Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry. Tenth edition. Lipincott Williams & Wilkins, 2007.
- 46-** Bozkurt A. Erkek cinsel işlev bozukluklarında psikopatolojinin araştırılması. Uzmanlık tezi. GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Başkanlığı, Ankara, 1996.
- 47-** Derogatis LR, Meyer JK, King KM. Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. Am J Psychiatry. 1981 Jun; 138:757-63.
- 48-** Karademir M. Depresif ve cinsel işlev bozukluğu bulunan hastaların temel patolojilerinin tanımlanması ve karşılaştırılması. Uzmanlık tezi. GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Başkanlığı, Ankara, 1995.
- 49-** Özdel O, Oğuzhanoğlu A, Oğuzhanoğlu NK, Karadağ F, Çulha AF, Aybek Z. A follow-up study of male sexual disorders: the



neurophysiological assessments, anxiety-depression levels, and response to fluoxetine treatment. *J Clin Psychopharmacol.* 2004 Aug; 24:461-3.

- 50-** Yetkin N, İncesu C. Erkeklerde boşalma bozuklukları ve cinsel tedaviler. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi* 1999; 4:37-42.
- 51-** Kadri N, McHichi Alami KH, McHakra Tahiri S. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. *Arch Womens Ment Health.* 2002 Oct; 5:59-63.
- 52-** Yılmaz E. Konya il merkezinde yaşayan evli nüfusta cinsel sorunların araştırılması. Uzmanlık tezi. Selçuk Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. Konya, 2007.
- 53-** Tuğrul C. Cinsel işlev bozukluklarının psikolojik nedenleri. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi* 1999; 2:29-33.
- 54-** İncesu C. Cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmede gözönünde bulundurulması gereken noktalar. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi* 1999; 2:3-9.
- 55-** Tuğrul C, Kabakci E. Vaginismus and its correlates. *Journal of Secual and Marital Therapy* 1997; 12:23-35.
- 56-** Montejo-González AL, Llorca G, Izquierdo JA, Ledesma A, Bousoño M, Calcedo A, Carrasco JL, Ciudad J, Daniel E, De la Gandara J, Derecho J, Franco M, Gomez MJ, Macias JA, Martin T, Perez V, Sanchez JM, Sanchez S, Vicens E. SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J Sex Marital Ther.* 1997 Fall; 23:176-94.
- 57-** Bellerose SB, Binik YM. Body image and sexuality in oophorectomized women. *Arch Sex Behav.* 1993 Oct; 22:435-59.

- 58-** Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther.* 2001 Jan-Feb; 27:33-43.
- 59-** Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *The Lancet* 2007 Feb 3; 369:409-424.
- 60-** Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord.* 1999 Dec; 56:201-8.
- 61-** Friedman S. Cardiac disease, anxiety, and sexual functioning. *Am J Cardiol.* 2000 Jul 20; 86:46-50.
- 62-** Palmer BF. Sexual dysfunction in men and women with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Adv Ren Replace Ther.* 2003 Jan; 10:48-60.
- 63-** Redouté J, Stoléru S, Pugeat M, Costes N, Lavenne F, Le Bars D, Dechaud H, Cinotti L, Pujol JF. Brain processing of visual sexual stimuli in treated and untreated hypogonadal patients. *Psychoneuroendocrinology.* 2005 Jun; 30:461-82.
- 64-** Bhasin S, Enzlin P, Coviello A, Basson R. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet.* 2007 Feb 17; 369:597-611.
- 65-** Kadioglu P, Yalin AS, Tiryakioglu O, Gazioglu N, Oral G, Sanli O, Onem K, Kadioglu A. Sexual dysfunction in women with hyperprolactinemia: a pilot study report. *J Urol.* 2005 Nov; 174:1921-5.
- 66-** İncesu C. Cinsel işlev bozukluklarında ayırıcı tanı süreci. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi* 1999:10-25.
- 67-** Kuloğlu M, Ekinci O. Yeni nesil antipsikotikler ve cinsel işlev bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2008; 11:191-199.

- 68-** Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. (Çev ed. Ceyl ME, Ger C, Arısoy Ö). Klinik psikofarmakolojinin esasları. İstanbul: Esin Ofset Matbaa, 2005.
- 69-** İncesu C. Cinsel işlev bozukluklarında farmakolojik tedavi stratejileri. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi 2004; 5:43-51.
- 70-** Rosen RC, Marin H. Prevalence of antidepressant-associated erectile dysfunction. J Clin Psychiatry 2003; 64:5-10.
- 71-** Uzbay T, Yüksel N. Antidepressanlar ve cinsel işlev bozuklukları. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi 2004;14-24.
- 72-** Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Kılıç N, Tezcan E. Antidepressan ilaçların cinsel işlev üzerine etkileri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000; 10:97-102.
- 73-** Aydın H. Cinsel işlev bozukluklarında ilaç tedavisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1998; 8:215-218.
- 74-** Rosen RC, Lane RM, Menza M. Effects of SSRIs on sexual function: a critical review. Journal of Clin. Psychophar. Feb 1999; 19:67-85.
- 75-** Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. J Clin Psychopharmacol. 2009 Apr; 29:157-64.
- 76-** Yüksel N, editör. Psikofarmakolojinin esasları. İkinci baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 2005.
- 77-** Hartmann U. Depression and sexual dysfunction. Jmhg 2007 March; 4:18-25.
- 78-** Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Dördüncü baskı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2009: 387-394.

- 79-** Rust J, Golombok S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. Arch Sex Behav. 1986 Apr; 15:157-65.
- 80-** 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.
- 81-** Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). Br J Clin Psychol. 1985 Feb; 24:63-4.
- 82-** Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeğinin standardizasyon çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1993; 4:83-88.
- 83-** Gülçat Z. Cinsel işlev bozukluklarında empotansın psikolojik boyutları üzerine bir araştırma. Doktora tezi. Ankara Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1995.
- 84-** Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 1999 Feb 10;281(6):537-44. Erratum in: JAMA 1999 Apr 7; 281:1174.
- 85-** Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, Duarte FG, Gingell C; GSSAB Investigators' Group. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. BJU Int. 2008 Apr; 101:1005-11.
- 86-** Yılmaz E, Zeytinci İE, Sarı S, Karababa İF, Çilli AS, Kucur R. Konya İl Merkezi'nde Yaşayan Evli Nüfusta Cinsel Sorunların Araştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21:126-134.
- 87-** Beutel ME, Schumacher J, Weidner W, Brähler E. Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in ageing men--results from a

German representative community study. *Andrologia*. 2002 Feb; 34:22-8.

- 88-** 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; 114:201-6.
- 89-** Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. *Int Clin Psychopharmacol*. 1998 Jul; 13:1-4.
- 90-** Mathew RJ, Weinman ML. Sexual dysfunctions in depression. *Arch Sex Behav*. 1982 Aug; 11:323-8.
- 91-** Bonierbale M, Lançon C, Tignol J. The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Curr Med Res Opin*. 2003; 19:114-24.
- 92-** Casper RC, Redmond DE Jr, Katz MM, Schaffer CB, Davis JM, Koslow SH. Somatic symptoms in primary affective disorder. Presence and relationship to the classification of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1985 Nov; 42:1098-104.
- 93-** Cyranowski JM, Bromberger J, Youk A, Matthews K, Kravitz HM, Powell LH. Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Arch Sex Behav*. 2004 Dec; 33:539-48.
- 94-** Staebler CR, Pollard CA, Merkel WT. Sexual history and quality of current relationships in patients with obsessive compulsive disorder: a comparison with two other psychiatric samples. *J Sex Marital Ther*. 1993 Summer; 19:147-53.
- 95-** Vulink NC, Denys D, Bus L, Westenberg HG. Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder? *J Affect Disord*. 2006 Mar; 91:19-25.
- 96-** Kendurkar A, Kaur B. Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: do the

sexual dysfunctions differ? Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2008; 10:299-305.

- 97-** Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. Clin Psychol Rev. 2009 Nov; 29:573-85.
- 98-** Johnson SD, Phelps DL, Cottler LB. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. Arch Sex Behav. 2004 Feb; 33:55-63.
- 99-** A. van Minnen and M. Kampmen. The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. Sexual and Relationship Therapy 15 (2000):47–57.
- 100-** Bodinger L, Hermesh H, Aizenberg D, Valevski A, Marom S, Shiloh R, Gothelf D, Zemishlany Z, Weizman A. Sexual function and behavior in social phobia. J Clin Psychiatry. 2002 Oct; 63:874-9.
- 101-** Osváth P, Fekete S, Vörös V, Vitrai J. Sexual dysfunction among patients treated with antidepressants--a Hungarian retrospective study. Eur Psychiatry. 2003 Dec; 18:412-4.
- 102-** Wirshing DA, Pierre JM, Marder SR, Saunders CS, Wirshing WC. Sexual side effects of novel antipsychotic medications. Schizophr Res. 2002 Jul 1; 56:25-30.
- 103-** Michael A, O'Keane V. Sexual dysfunction in depression. Hum Psychopharmacol. 2000 Jul; 15:337-345.
- 104-** Baggaley M. Sexual dysfunction in schizophrenia: focus on recent evidence. Hum Psychopharmacol. 2008 Apr; 23:201-9.
- 105-** Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant

agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62:10-21.

**106-** Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol*. 2009 Jun; 29:259-66.

**107-** Monteiro WO, Noshirvani HF, Marks IM, Lelliott PT. Anorgasmia from clomipramine in obsessive-compulsive disorder. A controlled trial. *Br J Psychiatry*. 1987 Jul; 151:107-12.

**108-** Harrison WM, Rabkin JG, Ehrhardt AA, Stewart JW, McGrath PJ, Ross D, Quitkin FM. Effects of antidepressant medication on sexual function: a controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 1986 Jun; 6:144-9.

## VIII. ÖZET

**Amaç:** Hem psikiyatrik hastalıkların kendileri, hem de tedavisinde kullanılan ilaçlar cinsel disfonksiyonlara yol açabilirler. Çalışmamızda, çeşitli antidepresan ilaçların kullanımında ortaya çıkan cinsel yan etkiler ve dört majör psikiyatrik hastalıkta ortaya çıkan cinsel disfonksiyonların karşılaştırılması amaçlandı. Ayrıca cinsel fonksiyonları etkileyen sosyodemografik faktörlerin araştırılması ve sonuçların literatür eşliğinde değerlendirilmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Çalışma grupları 409 kişiden oluşmaktaydı. Dört hastalık grubu vardı. Duygudurum bozukluğu (n=111), anksiyete bozukluğu (n=171), somatoform bozukluk (n=64), uyum bozukluğu (n=63) tanı gruplarını oluşturmaktaydı. Hastalar essitalopram (n=62), fluoksetine (n=33), klomipramin (n=26), paroksetin (n=50), sertralin (n=51), sitalopram (n=35), venlafaksin (n=52) kullanmaktaydı. Bazı hastalar henüz ilaç kullanmamaktaydı (n=100). Bütün hastalara sosyodemografik bilgi formu, cinsel bilgilerin ve klinik özelliklerin araştırıldığı yarı yapılandırılmış bilgi formu verildi. Hastalara cinsel disfonksiyonların tanısı için GRCDÖ uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmamızda, hastalarda %74,8 sıklık sorunu, %44,5 doyum sorunu, %%78,7 toplam cinsel disfonksiyon saptanırken, erkeklerde %55,1 erken boşalma, %80,2 empotans ve kadınlarda %69,8 vaginismus, %34,7 orgazmik bozukluk saptanmıştır. Anksiyete bozukluklarında toplam puanlara göre cinsel sorunlar diğer gruplara göre daha fazlaydı. Toplam puanlar açısından cinsel disfonksiyonlara bakıldığında; klomipramin (%100), sertralin (%92,2) ve paroksetin (%90) en fazla yan etkinin gözlendiği ilaçlardı. En az yan etki; sitalopram (%60,0) ve essitalopram (%62,9) ile gözlendi. Dozların artması, tüm ilaçlarda cinsel disfonksiyon oranını arttırmaktaydı. Eğitim düzeyi arttıkça doyum problemi artmaktaydı. Evlilik sürelerinin artmasıyla, cinsel ilişki sıklığı azalmaktaydı.



**Sonuçlar:** Antidepresanların yüksek oranda cinsel yan etkileri olması nedeniyle yeni farmakolojik yaklaşımlar ve ekleme tedavileri geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Çalışmamızın sonuçlarına göre antidepresanların kullanımında cinsel disfonksiyonlar, önemli bir engel teşkil etmektedir. Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde yeni farmakolojik tedavi stratejilerine gereksinim vardır.

**Anahtar kelimeler:** Antidepresan tedavisi, cinsel disfonksiyonlar, SSRI yan etkiler.

## IX. SUMMARY

**Objektive:** Both psychiatric disorders themselves and the antidepressants that are used for the treatment may lead to sexual dysfunctions. In this study, it was aimed to compare sexual side effect profiles of different antidepressants and the sexual effects of four major psychiatric disorders. We also aimed to evaluate the social and demographic factors which affected sexual functions and to assess the results under literature.

**Method:** Study groups were consisted of 409 patients. The disorders were divided into four groups. Affective disorders (n=111), anxiety disorders (n=171), somatoform disorders (n=64) and adjustment disorders (n=63) were the groups of diagnostic categories. Escitalopram (n=62), fluoxetine (n=33), clomipramine (n=26), paroxetine (n=50), sertraline (n=51), citalopram (n=35), venlafaxin (n=52) were the subgroups of antidepressants which are used by the patients. Some of the patients (n=100) were not taking drugs. All patients were fulfilled a semistructural form which included sociodemographic, clinical characteristics and sexual function informations. All of the subjects were fulfilled Golombok-Rust Sexual Satisfaction Inventory.

**Results:** In this study, we found that %74.8 of the patients had frequency problem, %44.5 had satisfaction problem, %78.7 had general sexual dysfunction, %55.1 of the men had premature ejaculation, %80.2 of the men had erectile dysfunction, %69.8 of the women vaginismus and %34.7 of the women had orgasmic disorder. According to the total scores of GRİSS, higher rates of sexual problems were determined in anxiety disorders than the other groups. According to the total scores of Golombok Rust Sexual Satisfaction Inventory, higher rates of sexual problems were determined in the clomipramine (%100), sertraline (%92.2), paroxetine (%90) groups. The least side effects were determined in the groups of

citalopram (%60) and essitalopram (%62.9). Higher doses led to higher rates of sexual dysfunctions for all antidepressants in the study. Patients had higher percentages of sexual satisfaction problem, as their educational levels increased and patients had higher percentages of frequency problem, as their marriage periods increases.

**Conclusion:** New pharmacological approaches have to be improved for the antidepressant treatment and augmentation according to the higher rates of sexual side effects. Results of our study revealed that sexual side effects were an important problem for antidepressant treatment. New pharmacologic treatment strategies for psychiatric disorders are needed.

**Key words:** antidepressant treatment, sexual dysfunctions, SSRI side effects.

## X. EKLER

### EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Cinsiyet : 1-Erkek 2-Kadın

Yaş : .....

Kaç yıllık evlisiniz? : .....

İkamet yeri : 1- İl 2- İlçe 3- Kasaba 4- Köy

Eğitim düzeyi: 1- Okula gitmemiş  
2- İlkokul mezunu  
3- Ortaokul mezunu  
4- Lise mezunu  
5- Üniversite mezunu

Meslek: .....

Psikiyatrik Hastalık:

1- Duygudurum 2- Anksiyete 3-Psikotik 4- Somatoform 5- Uyum  
6- Yapay 7- Dissosiyatif 8- Yeme 9- Uyku 10- Kişilik

Psikiyatrik Hastalık Süresi: .....

Cinsel Yakınmalar;

Erkek İçin;

1-Erken Boşalma 2-Geç boşalma 3-Sertleşme güçlüğü 4-İsteksizlik  
5-Retrograd ejakülasyon 6-Orgazm güçlüğü

Kadın için;

1-Ağrılı birleşme 2-İsteksizlik 3-Kuruluk 4-Orgazm Güçlüğü 5-Uyarılamama

Psikiyatrik Hastalık öncesi cinsel yakınma var mı? : 1- Var 2- Yok

Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz? 1- Evet 2- Hayır

Kullandığınız ilaç hangisidir?: .....

Bu ilaçları ne kadar süredir kullanıyorsunuz? : .....

İlaç kullanımı öncesi cinsel yakınma var mı? : 1- Var 2- Yok

Cinsel yakınmalarınızın kullandığınız ilaçlarla ilişkisi var mı? : 1- Var 2- Yok

<b>EK-1 GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ ERKEK FORMU</b>						
		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1	Haftada iki defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?					
2	Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?					
3	Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız?					
4	Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz erken olduğunu düşünürseniz boşalmayı geciktirebilir misiniz?					
5	Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tek düze (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?					
10	İlişki sırasında cinsel organınızın sertleşmediği olur mu?					
11	Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?					
12	Eşinizin, cinsel organınıza dokunup, okşamasından zevk alır mısınız?					
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 alır mısınız?					
19	Eşinizle sevişmek istediğinizde ilişkiyi siz başlatır mısınız?					
20	Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?					
21	İstediğiniz 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?					
28	Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?					

EK-2 GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ KADIN FORMU						
		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1	Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?					
2	Eşinizi, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?					
3	Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (Adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)					
4	Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız?					
5	Sizce, sizin ve eşinizin ön sevişmeye (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) ulaşıp mısınız?					
9	Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?					
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 (orgazm) 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?					
19	Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?					
20	Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?					
21	Önsevişme sırasında eşiniz bızırınız (klitoris) uyardığında doyuma (orgazma) ulaşıp 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 anında hoşlanır mısınız?					
28	Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşıp mısınız?					