

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN ERKEK
HASTALARDA DEPRESYONUN, ANKSİYETE DÜZEYİNİN,
ALEKSİTİMİNİN, CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU VE CİNSEL
DOYUM ÜZERİNE OLAN ETKİSİ VE SAĞLIKLI
GÖNÜLLÜLER İLE KARŞILAŞTIRILMASI

AD SOYAD

EKİN FIRAT ÖZBEK

TEZ DANIŞMANI:
DR.ÖĞR.ÜYESİ FİLİZ ÖZDEMİROĞLU

BOLU, EKİM - 2022

KABUL VE ONAY SAYFASI

Ekin Fırat ÖZBEK tarafından hazırlanan “**Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Erkek Hastalarda Depresyon,Anksiyete ve Aleksimi Düzeyinin Cinsel İşlev ve Doyum Üzerine Olan Etkisi ve Bunun Sağlıklı Gönüllülerle Kıyaslanması**” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Ruh Sağlığı Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği kabul edilmiştir. 13/10/2022

Jüri Üyeleri

Danışman
Unvanı Adı SOYADI
Üniversitesi

Üye
Unvanı Adı SOYADI
Üniversitesi

Üye
Unvanı Adı SOYADI
Üniversitesi

Üye
Unvanı Adı SOYADI
Üniversitesi

Üye
Unvanı Adı SOYADI
Üniversitesi

İmza

Dr.Öğr. Üyesi Filiz
Özdemiroğlu

Prof. Dr Mehmet Hamid
Boztaş

Prof.Dr Özden Arısoy

.....

.....



ÖZET

“ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN ERKEK HASTALARDA DEPRESYON, ANKSİYETE, ALEKSİTİMİ DÜZEYİNİN CİNSEL İŞLEV VE DOYUM ÜZERİNE OLAN ETKİSİ VE SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLER İLE KIYASLANMASI”

**EKİN FIRAT ÖZBEK
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
BİLİM DALI
(TEZ DANIŞMANI: DR.ÖĞR FİLİZ ÖZDEMİROĞLU)**

BOLU, EKİM- 2022

Amaç: Bu çalışmanın amacı alkol kullanım bozukluğu olan erkek hastalarda depresyonun, anksiyete düzeyinin, aleksitiminin, cinsel işlev bozukluğu ve cinsel doyum üzerine olan etkisini sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmanın örneklemini; AMATEM polikliniğine başvuran hastalardan DSM-5'e göre Alkol Kullanım Bozukluğu tanısı alan 52 adet Alkol Kullanım Bozukluğu (AKB) hastası ve yaş açısından eşleştirilmiş 52 adet sağlıklı kontrolden oluşmaktadır. Kişisel veri formu, SCID-1 testi, Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği uygulanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 24.0 paket programından yararlanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnoff testi ile öğrenilmiştir. Ki kare testi ile, Mann Whitney U testi, bağımsız gruplarda T testi ile, ANOVA testi uygulanmıştır.

Bulgular: Yaş, gelir düzeyi, yaşadığı yer ve yetiştigi yer değişkenlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı anlaşılmıştır. AKB grubundaki katılımcıların %23,1'inin alkol kullanmaya başlama yaşı 15'in altındadır. AKB olan grubun depresyon, anksiyete ve aleksitimi düzeyinin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür. Hafif düzeyde alkol bağımlısı olan grubun şiddetli düzeyde alkol bağımlısı olan gruba göre aleksitimi düzeyinin düşük olduğu görülmüştür; bu da alkol bağımlılığı düzeyi arttıkça aleksitimi düzeyinin arttığını göstermektedir. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puanına göre AKB olan grubun cinsel disfonksiyon düzeyinin, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür. Alkol bağımlılığı şiddeti arttıkça cinsel disfonksiyon düzeylerinin de arttığı görülmüştür. AKB grubundaki katılımcıların Toronto Aleksitimi Ölçeği puanı ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanı arasında ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. AKB grubundaki bireylerin depresyon düzeyleri arttıkça cinsel disfonksiyon düzeyi anlamlı farkla artmıştır. AKB grubundaki bireylerin anksiyete düzeyleri arttıkça cinsel disfonksiyon düzeylerinin de arttığı bulunmuştur. AKB olan grupta yaşta bir puanlık artış Golombok Rust Ölçeğinde 0.26 katlık artışa, anksiyete düzeyinde bir

puanlık artış ise Golombock Rust Ölçeğinde 0.4 katlık artışa neden olmaktadır. Yine AKB olan grupta Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeğinde bir puanlık artış Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinde 0.37 puanlık artışa neden olmaktadır. Sağlıklı kontrol grubunda ise Toronto Aleksitimi Ölçeğinde bir puanlık artış, Golombok Rust Ölçeğinde 0.31 katlık artışa, Beck Depresyon Ölçeğindeki bir puanlık artış ise 0.36 katlık artışa neden olmaktadır. Yine sağlıklı kontrol grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeğindeki bir puanlık artış Arizona Cinsel Yaşantılar ölçeğinde 0.28 puanlık artışa neden olmaktadır.

Sonuç: Depresif ve kaygılı ruh hali, aleksitimi, alkol kullanımı ve diğer madde kullanımı, cinsel risk davranışının önemli belirleyicileridir. Özellikle AKB olan bireylere uyarlanmış etkili önleme stratejileri geliştirmek ve hedeflemek için bu koşullara yol açan psikososyal ve bağlamsal faktörler hakkında bilgiye ihtiyaç vardır. Literatürde AKB'nin cinsel işlev etkisi üzerinde yapılmış çalışmalar bulunmaktadır ve kullanılan alkolün cinsel işlevi doz bağımlı bozduğu bilinmektedir. Çalışmamız AKB olan erkek hastalarda depresyon anksiyete ve aleksitiminin cinsel işlev ve doyum üzerine olan etkisini ve sağlıklı gönüllülerle kıyaslanmasını multifaktöriyel olarak inceleyen bilinen ilk çalışmadır. Ülkemizde bu konuda yapılan ilk çalışma olması sebebi ile literatüre önemli katkılar sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELE: Aleksitimi, alkol kullanım bozukluğu, alkol bağımlılığı, anksiyete, depresyon, cinsel disfonksiyon, cinsel doyum.

ABSTRACT

THE EFFECT OF DEPRESSION, ANXIETY, ALEXITHIMIA LEVEL ON SEXUAL FUNCTION AND SATISFACTION IN MALE PATIENTS WITH ALCOHOL USE DISORDER AND COMPARISON WITH HEALTHY VOLUNTEERS

**BOLU ABANT IZZET BAYSAL UNIVERSITY
DEPARTMENT OF PSYCHIATRY
EKİN FIRAT ÖZBEK
(SUPERVISOR: DR.ÖĞR.ÜYESİ.FİLİZ ÖZDEMİROĞLU)**

Purpose: The aim of this study is to compare the effects of depression, anxiety level, alexithymia on sexual dysfunction and sexual satisfaction in male patients with alcohol use disorder (AUD) with healthy volunteers.

Materials and Methods: The sample of this study; It consisted of 52 patients with AUD males, who were diagnosed with AUD according to DSM-5, among the patients who applied to the Training Center for Alcohol and Substance Dependence (AMATEM) outpatient clinic, and 52 healthy controls whose age was matched. Personal data form, SCID-1 test, Severity Of Alcohol Dependence Questionnaire, Beck Anxiety Scale, Beck Depression Scale, Toronto Alexithymia Scale, Arizona Sexual Experience Scale and Golombok-Rust Sexual Satisfaction Scale were applied. SPSS 24.0 package program was used in the analysis of the data. It was learned by the Kolmogorov-Smirnov test that the data were normally distributed. Chi-square test, T test, Mann Whitney U test and ANOVA test were applied in independent groups.

Results: There was no statistically significant difference between the groups in terms of age, income level, place of residence. 23.1% of the participants in the alcohol addicted group are below the age of 15 to start using alcohol. It was observed that the depression, anxiety and alexithymia levels of the AUD group were statistically significantly higher than the control group. It was observed that the level of alexithymia in the group with mild alcohol dependence was lower than the group with severe alcohol dependence; This shows that as the level of alcohol dependence increases, the level of alexithymia increases. According to Arizona Sexual Experiences Scale and Golombok-Rust Sexual Satisfaction Scale scores, the sexual dysfunction level of the AUD group was statistically significantly higher than the healthy control group; that is, the level of sexual dysfunction was higher in the AUD group. It was observed that as the severity of alcohol dependence increased, sexual dysfunction levels also increased. No significant correlation was found between the Toronto Alexithymia Scale score and the Golombok-Rust Sexual Satisfaction Scale total score and the Arizona Sexual Experiences Scale score of the participants in the AUD group. As the depression levels of AUD individuals increased, the level of sexual dysfunction increased significantly. It was found that as the anxiety levels of AUD individuals increased, their sexual dysfunction levels also increased. In the AUD individuals one point increase in

the age leads to 0.26 times increase in Golombock-Rust Scale, increase in the anxiety levels by one point leads to 0.4 times increase in Golombock-Rust Scale. Also in alcohol addicted group one point increase in Severty Of Alcohol Dependance Questionnaire Scale leads to 0.37 point increase in Arizona Sexual Experiances scale. In healthy individuvals one point increase in Toronto Alexythymia Scale leads to 0.31 times increase in Golombock Rust Scale, also one point increase in Beck Depression Scale leads to 0.36 times increase in Golombock Rust Scale. Also in healthy individuvals one point increase in Toronto Alexhythimia Scale leads to 0.28 times increase in Arizona Sexual Experiances Scale

Conclusion: Depressed and anxious mood, alexithymia, alcohol use and other substance use are important determinants of sexual risk behavior. Knowledge of the psychosocial and contextual factors that lead to these conditions is needed to develop and target effective prevention strategies specifically tailored to AUD individuals. Effect of alcohol on sexual function has been studied and alcohol has shown to be decreasing sexual function in a dose dependent fashion. Our study is first known study to compare the effects of alcohol on depression, anxiety level, alexithymia, sexual dysfunction and sexual satisfaction in male patients with healty controls in multifactorial manner. This is the first study in this context in Turkey and will make important contributions to literature.

KEYWORDS: Alcohol addiction, alcohol use disorder, alexithymia, anxiety, depression, sexual dysfunction, sexual satisfaction.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLO LİSTESİ	x
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ	1
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1 Alkol Kullanım Bozukluğu	6
2.1.1 Alkol Kullanım Bozukluğu'nun Etiyolojisi	7
2.1.2. Alkol Kullanım Bozukluğu'nun Nörobiyolojisi	8
2.1.3. Alkol Kullanım Bozukluğu'nun Alt Tipleri	9
2.1.4. Alkol Kullanımının Etkileri	10
2.1.4.1. Kardiyovasküler Etkiler	10
2.1.4.2. Endokrin Sistem Üzerine Etkileri	11
2.1.4.3. Kanserojen Etkileri	12
2.1.4.4. Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri	14
2.1.4.5. Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri	15
2.1.5. Alkol Kullanım Bozukluğu Tedavisi	16
2.1.5.1. Alkol Yoksunluğu Tedavisi	16
2.1.5.2. Farmakolojik Tedavi	17
2.1.5.3. Davranışsal/Psikolojik Tedaviler	18
2.2. Cinsellik ve Cinselliğin Tanımı	19
2.2.1. Cinsel İşlev Fizyolojisi	19
2.2.2. Cinsel Doyum	21
2.2.3. Cinsel İşlev Bozuklukları	21
2.2.3.1. Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları	22
2.2.3.2. Alkol Kullanım Bozukluğu ve Cinsel İşlev Bozuklukları	23
2.2.4. Cinsel İşlev Bozukluklarını Etkileyen Faktörler	24
2.2.4.1. Organik Faktörler ve Fiziksel Hastalıklar	25
2.2.4.2. Psikososyal Faktörler	26
2.2.4.3. Aleksitimi	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırma Modeli	29
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi	29
3.3. Veri Toplama Araçları	30
3.3.1. DSM – 5	30
3.3.2. Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği (ABŞÖ)	30
3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği	31
3.3.4. Beck Depresyon Ölçeği	32

3.3.5. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20)	32
3.3.6. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ).....	33
3.3.7. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ).....	33
3.4. Verilerin Toplanması.....	34
3.5. Verilerin Analizi.....	35
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA.....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
6.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları	78
6.2. Öneriler.....	78
7. KAYNAKLAR.....	80
8. EKLER	90



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların gruplara göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	36
Tablo 4.2. Katılımcıların Yaş Ortalamaları.....	38
Tablo 4.3. AKB gruptaki bireylerin alkol kullanımları ile ilgili sorulara yanıtlarının dağılımı	39
Tablo 4.4. AKB gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeğine göre dağılımı	40
Tablo 4.5. Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplarda t testi sonuçları	41
Tablo 4.6. Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt alanlarından alınan puanların karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplarda t testi sonuçları	42
Tablo 4.7. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplarda t testi sonuçları	43
Tablo 4.8. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplarda t testi sonuçları	44
Tablo 4.9. AKB gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği ve alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları.....	46
Tablo 4.10. AKB gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddetlerine göre Toronto Aleksitimi Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	47
Tablo 4.11. AKB gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddetlerine göre Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	48
Tablo 4.12. AKB gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddetlerine göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	49
Tablo 4.13. AKB gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddetlerine göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	50
Tablo 4.14. AKB gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği puanları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi.....	51

Tablo 4.15. AKB gruptaki bireylerin alkol kullanmaya başlama yaşına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	52
Tablo 4.16. AKB gruptaki bireylerin alkol kullanmaya başlama yaşına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	53
Tablo 4.17. AKB gruptaki bireylerin Toronto Aleksitimi Ölçeği puanları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi.....	54
Tablo 4.18. AKB gruptaki bireylerin Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi.....	55
Tablo 4.19. AKB gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği ve alt alanları puanları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi.....	56
Tablo 4.20. Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin Toronto Aleksitimi Ölçeği puanları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi.....	57
Tablo 4.21. Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi.....	58
Tablo 4.22. AKB olan Grubun (Depresyon hariç) Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puanına etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik Çoklu Lineer Regresyon Analizi.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 4.23. AKB Grubun (Anksiyete hariç) Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanına etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik Çoklu Lineer Regresyon Analizi.....	59
Tablo 4.24. Sağlıklı Kontrol Grubunun (Depresyon hariç) Golombok Rust Ölçeği puanına etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik Çoklu Lineer Regresyon Analizi.....	60
Tablo 4.25. Sağlıklı Kontrol Grubunun (Anksiyete hariç) Golombok Rust Ölçeği puanına etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik Çoklu Lineer Regresyon Analizi.....	61

Tablo 4.26. Sağlıklı Kontrol Grubunun (Anksiyete hariç) Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanına etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik Çoklu Lineer Regresyon Analizi.....	67
--	----



KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

ADH	: Alkol dehidrogenaz
ALDH	: Aldehit dehidrogenaz
AKB	: Alkol Kullanım Bozukluğu
AMATEM	: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi
DDD	: Dışa Dönük düşünce
DSDG	: Duyguları İfade Etme Zorluğu
DTG	: Duyguları Tanıma Zorluğu
DSM-5	: Ruhsal Bozukluklar için Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. baskı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HIV	: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
ICD-10	: Uluslararası Hastalıklar ve İlişkili Durumlar Sınıflandırması, 10. revizyon

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Alkol kullanım bozukluğu bir halk sağlığı sorunudur ve uygunsuz davranışlara, sosyal işlev bozukluklarına ve doğum ile ilişkili bozukluklara kadar yol açabilir. Alkolün bu duruma yol açmasına neden olan mekanizmaların araştırılması gerekmektedir. Alkolizmden muzdarip hastalar klinik, etiyolojik ve epidemiyolojik açıdan çok heterojen bir grubu temsil etmektedir. Alkolizmin tedavisi çok zordur çünkü hastalık sıklıkla nüks etmekte ve önleme stratejileri genellikle etkisiz kalmaktadır (1).

Dünyanın çoğu bölgesinde, çoğu yetişkinin en azından ara sıra alkol tükettiği bilinmektedir. Alkol, her yıl alkole atfedilebilen 3 milyon ölümlle dünya çapında önlenabilir ölümlerin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), 26 yaş ve üzerindekiilerin %55'inden fazlası belirli bir ayda alkol tüketmiştir ve bu yaş grubundaki dört yetişkinden biri aşırı derecede içki içtiğini belirtmiştir (kadınlar için günde dörtten fazla ve erkekler için günde beşten fazla içki olarak tanımlanmıştır). Aşırı alkol kullanımı ABD toplumuna yıllık 249 milyar dolardan fazlaya mal olmakta ve erken ölüm ve sakatlık için beşinci önde gelen risk faktörü olarak bilinmektedir (2).

Alkol kullanımının halk sağlığı üzerindeki etkileri; alkol kullanan, yoğun alkol kullanan ve/veya alkol kullanım bozukluğu kriterlerini karşılayan kişilerin çok ötesine uzanmaktadır. Alkol kullanımı; artan kaza riski, işyeri üretkenliği kayıpları, artan tıbbi ve zihinsel sağlık maliyetleri ve daha yüksek suç ve şiddet oranları ile ilişkilidir. Uyuşturucunun genel zararını (hem kullanıcılara hem de başkalarına zararı) hesaba katan analizler, alkolün en zararlı uyuşturucu madde olduğunu göstermektedir (3).

Alkolün, nüfus ve halk sağlığı üzerindeki derin etkilerine rağmen “uluslararası düzeyde yasal olarak bağlayıcı düzenleyici çerçeveler tarafından kontrol edilmeyen” bağımlılık potansiyeli olan tek psikoaktif madde olduğuna yaygın olarak inanılmaktadır. Alkolün sağlık üzerindeki olumsuz etkileri, son yıllarda artan sayıda çalışmanın konusu olmuştur ve bu tür araştırmalar, sınırlı düzeyde alkol kullanımının bile 60'tan fazla akut ve kronik sağlık durumuna katkıda bulunduğunu iddia etmektedir. Araştırmalar ayrıca alkol tüketiminin kronik

hastalıklar yoluyla patojenitesi ve öldürücülüğü tüketilen alkolün miktarına ve kalitesine ve alımının altında yatan kalıplara bağlı olmasına rağmen 200'den fazla hastalıkla ilişkili olduğunu göstermiştir (4).

Bazı bilim adamları az miktarda alkol içmenin diyabet, iskemik kalp hastalığı, bunama ve bilişsel gerileme gibi durumların önlenmesine yardımcı olduğunu öne sürmüştür; ancak inceleme çalışmalarının hiçbirisi alkol tüketiminin “en güvenli seviyesini” bildirmemiştir. Alkol alımıyla ilgili bir diğer önemli endişe de, diğer hastalıkların, özellikle kanserlerin mekanizmaları yoluyla ortaya çıkan sağlık etkilerinin muhtemelen yeterince rapor edilmemesidir. Örneğin bu tür tüketim; intiharların %18'i, kişilerarası çatışmaların ve şiddetin %18'i, trafik kazalarının %27'si, epilepsi vakalarının %13'ü, karaciğer sirozu vakalarının %48'i, ağız kanseri vakalarının %26'sı, %20'si ile ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirtildiği gibi, dünya genelinde tüberküloz vakalarının %11'i, kolon kanseri vakalarının %11'i, meme kanseri vakalarının %5'i ve hipertansiyon ve kalp hastalığı vakalarının %7'si alkol tüketimi ile ilişkilidir. Genel olarak alkol tüketimi (ılımlı alkol tüketimi bile) özellikle genç bireyler arasında genel ölüm riskini önemli ölçüde artırmaktadır (5).

Cinsel sağlık; nörolojik, endokrin ve vasküler sistemler tarafından koordine edilen karmaşık ve çok boyutlu bir süreç ile karakterize edilmektedir. Erkek ve kadın cinsel işlev bozuklukları; yalnızca fiziksel sağlığı ve duygusal refahı olumsuz etkilemeyen, tıbbi ve psikolojik bir sorunu temsil etmektedir. Cinsel işlevdeki bozulma; benlik saygısı, beden imajı, kişilerarası ilişkiler ve genel olarak fiziksel sağlık üzerinde zararlı bir etkiye sahip olabilmektedir. Erkek ve kadın cinsel işlev bozuklukları için değiştirilebilir risk faktörleri arasında sigara, fiziksel hareketsizlik, obezite ve aşırı alkol ve uyuşturucu tüketimi yer almaktadır. Sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri, erektil disfonksiyon ve diğer cinsel disfonksiyon riskini azaltmak için faydalı bir strateji olmaktadır (6).

Alkol; beyin işlevini, nefes almayı ve kan akışını yavaşlatan bir merkezi sinir sistemi depresörüdür. Sonuç olarak; AKB olan kişilerde alkol tüketimi, özellikle erkeklerde erektil disfonksiyon olmak üzere cinsel işlev bozukluğunun gelişmesine ve kadınlarda vajinal kayganlığın azalmasına neden olmaktadır. Patofizyolojide kadın erkek cinselliği hemen hemen aynı olmasına rağmen; ereksiyon ve

lubrikasyon, cinsiyete bağılı olarak farklı ölçüde işlev göstermektedir. Ereksiyondaki önemli azalma, vajinal kayganlıktaki aynı azalmadan çok daha fazla engellenmiş penetrasyona neden olabilmektedir. Bu nedenle AKB; erkeklerde, kadınlara göre cinsel performansı çok daha fazla etkilemektedir (7).

Aşırı alkol kullanımının sadece yaşam beklentisi üzerinde olumsuz etkileri olmakla kalmayıp hormon toksisitesinin yanı sıra nöro- ve vaskülo-dejeneratif mekanizmalar yoluyla cinsel ve ilişkisel sağlığın kalitesini de önemli ölçüde azalttığına inanılmaktadır. Gerçek alkolizm nihayetinde hem sosyal hem de cinsel yaşam üzerinde yıkıcı bir etkiye sahip olmaktadır (8). Düşük eğitim seviyeleri, erken alkole başlama, daha uzun alkol tüketimi ve diğer maddelere bağımlılık, cinsel işlev bozukluğu gelişiminin en önemli yordayıcıları gibi görünmektedir (9). Paradoksal olarak, hipoaktif cinsel istek bozukluğuna rağmen; hem kronik hem de akut alkol kötüye kullanımında (korunmasız) cinsel aktivitenin hem sıklığı hem de sayısı artmış görünmektedir (10).

Dünya çapında önde gelen bir sorun olan depresyonun, sıklıkla her iki cinsiyette de cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Depresyon; cinsel istek kaybı, cinsel zevk kaybı, cinsel isteksizlik, erkeklerde erektil disfonksiyon, kadınlarda vajinal kuruluk, orgazm disfonksiyonu, erken boşalma, kadınlarda vajinismus ve dispareni veya cinsel ilişki sırasında ağrıya sebep olmaktadır. Ayrıca depresyon; bireylerin çalışma ve sosyal olarak işlev görme yeteneklerini etkilemekte ve ilginç bir şekilde antidepresanların cinsel işlevi olumsuz etkilediği bilinmektedir (11). Birincil sorunları düşük cinsel istek olan ve değerlendirme sırasında depresyonda olmayan kadın ve erkekleri inceleyen bir araştırma yürütülmüştür. Düşük cinsel istek grubunun, geçmişte önemli ölçüde daha yüksek depresif hastalık insidansına sahip olduğu bulunmuştur. Depresif bozukluğun ilk epizodunun, cinsel istek kaybının başlamasıyla aynı zamana denk geldiği veya ondan önce geldiği bildirilmiştir (12).

Anksiyete ve duygudurum bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar genellikle alkol kullanım bozukluğu ile birlikte ortaya çıkmaktadır. Depresif bozukluklar, alkol kullanım bozukluğu olan kişiler arasında en yaygın psikiyatrik bozukluklardır. Bu bozuklukların birlikte ortaya çıkması, intihar davranışı için yüksek risk dahil olmak üzere, her iki bozukluğun tek başına olduğundan daha

şiddetli ve daha kötü prognoz ile ilişkili bulunmuştur(13). Spesifik olarak, alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin, alkol kullanım bozukluğu olmayanlara göre; önceki yıl majör depresif bozukluğa sahip olma olasılıklarının 2,3 kat daha fazla ve önceki yıl distimi geçirme olasılıklarının 1,7 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (14). Araştırmalar, AKB nedeniyle tedavi gören bireylerin %50'ye varan kısmının aynı zamanda bir veya daha fazla anksiyete bozukluğu için tanı kriterlerini karşıladığını göstermiştir. Bir araştırma sonucu birlikte ortaya çıkan anksiyete veya depresif bozuklukları ve alkolle ilgili bozuklukları olan bireylerin, alkol kötüye kullanımı tedavisine zayıf yanıt verdiğini göstermektedir (15).

Aleksitimi, duyguların bilişsel işlenmesindeki bir dizi eksikliği veya daha genel olarak duyguların düzenlenmesindeki bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Aleksitimik bireyleri karakterize eden kişilik özellikleri: duyguları tanımlamada ve duygular ile duygusal uyarılmanın bedensel duyumları arasında ayırım yapmada zorluk, duyguları başkalarına iletmede zorluk, azaltılmış hayali ve fantezi aktivitesi, dışa dönük bilişsel stildir. Aleksitimi; sağlıklı popülasyonlarda olduğu kadar psikoaktif madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, riskli cinsel davranışlar gibi çok sayıda klinik durumda da bulunmuştur (16). Yükselmiş bir aleksitimi, daha düşük seviyede doğal öldürücü lenfosit hücreleri ve daha kötü erkek seminal parametreleri ile ilişkilendirilmiştir. Önceki çalışmalar, cinsel bozuklukları ve parafilileri olan hastalarda aleksitimi varlığını tespit etmiş, bununla birlikte kadınlarda vajinal ilişki sıklığı ile aleksitimi düzeyi arasında negatif bir korelasyon bulmuştur (17).

Aleksitimi, etimolojik olarak “duygular için kelimeler olmadan”, duyguları tanımlama ve iletme, duyguları bedensel duyumlardan ayırt etmedeki bir zorluğu yansıttığı düşünülmektedir. Fantezilerin ve diğer yaratıcı etkinliklerin azlığı ve içsel deneyimler yerine dış olaylara odaklanma tercihi ile kanıtlandığı üzere bozulmuş simgeleştirme mevcuttur. Alkol kötüye kullanımında ise nispeten yüksek aleksitimi prevalansı bildiren çalışmalar, aleksitiminin AKB'nin çeşitli klinik tanımlayıcıları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (18). Yüksek düzeyde gastrointestinal semptomlar, madde kullanımı, daha fazla alkol tüketme sıklığı ve miktarı, AKB ve alkolle ilgili sorunlar, anksiyete ve depresyon semptomları, aleksitimik denekler arasında daha yaygın bulunmuştur. Ancak bu birlikteliklerin doğası hala tartışma konusu olmayı sürdürmektedir (19). Son raporlar, sorunlu içme için bir risk faktörü ve alkolle ilgili sorunlar için potansiyel bir aracı olarak aleksitiminin öneminin

altını çizmektedir (20). Örneğin, klinik olmayan bir örnekleme yapılan bir araştırma, aleksitimi olan bireylerin, artan olumsuz veya olumlu duygulanım yaşadıklarında dürtüsel davranma olasılıklarının daha yüksek olduğunu, dolayısıyla daha fazla miktarda içki içtiklerini veya içtikten sonra daha olumsuz sonuçlar yaşadıklarını göstermiştir (21). Başka bir çalışma, AKB olan bireylerde alkol kullanımına ilişkin obsesyonlar ve kompulsif davranışlarla ilişkili olarak aleksitiminin önemini vurgulamaktadır. Yazarlar daha yüksek aleksitimi düzeylerinin, altta yatan bir mekanizma olan endişeli bağlanma ile kısmen açıklanan, daha güçlü bir alkol arzusuna yol açtığını gözlemlemiştir (19).

Bu başlıkların birbiri ile olan ilişkisi uzun yıllardır çalışılmıştır. Bu çalışmanın amacı AKB olan erkek hastalarda, depresyonun, anksiyete düzeyinin, aleksitiminin, cinsel işlev bozukluğu ve cinsel doyum üzerine olan etkisini multifaktöriyel olarak göstermek ve sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Alkol Kullanım Bozukluğu

AKB, uzun süreli alkollü içki kullanımının ruhsal ve bedensel rahatsızlıklara, sosyal ilişkilerde bozulmalara ve ekonomik zorluklara yol açtığı bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yaklaşık elli yıl önce Kopenhag'da yapılmış ve alkol kötüye kullanımının süresi ve yoğunluğu ile alkolün ağırlığına ilişkin uzmanların çeşitli itirazlarına rağmen günümüze kadar değişmeden kalmıştır (22).

Kesin bir teşhis koymak için şu anda iki tür operatif kriter kullanılmaktadır. Bunlar Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. baskı (DSM V) ve Uluslararası Hastalıklar ve İlişkili Durumlar Sınıflandırması, 10. revizyon (ICD 10)'dur. Klinik pratiğinde, aynı zamanda DSÖ resmi sınıflandırması olan ICD 10 sınıflandırmasının kullanılması tavsiye edilmektedir. Alkolle ilişkili morbidite ve mortalite, büyük ölçüde popülasyondaki yüksek alkol kullanım bozukluğu oranlarından kaynaklanmaktadır. Alkol kullanım bozukluğu, Ruhsal Bozukluklar için Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. baskıda (DSM-5), alkol kullanım bozukluğunun 11 olası belirtisinden 2 veya daha fazlasıyla ilişkili sorunlara yol açan bir alkol tüketimi modeli olarak tanımlanmıştır (23).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen bir hane halkı anketi olan 2015 Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Araştırması anketinde (toplam n=43.561), alkol kullanım bozukluğu (n=5124) ölçütlerini toplam katılımcıların %11,8'i karşılamıştır. Bu 5124 kişiden %67,4'ü (n=3455) hafif bozukluk (DSM-5'e göre iki veya üç semptom), %18,8'i (n=964) orta derecede bozukluk (dört veya beş semptom, DSM-5'e göre) ve sadece %13,8'i (n=705) ciddi bir bozukluk (altı veya daha fazla semptom) kriterlerini karşılamıştır(24). Alkol kullanım bozukluğu olan birçok kişinin tedavi aramamasından kaynaklanan alkol kullanım bozukluğu için büyük bir tedavi açığı bulunmaktadır. Hafif veya orta şiddette alkol kullanım bozukluğu olanlar, tedavi olmadığında alkol tüketimini azaltabilmekte ve olumlu bir seyir izleyebilmektedir; ancak en sık tedaviye başvuranlar ve kronik tekrarlayan bir seyir yaşayabilenler daha şiddetli alkol kullanım bozukluğu olanlardır (25).

2.1.1 Alkol Kullanım Bozukluğu'nun Etiyolojisi

AKB etiyojisi ele alındığında, hastalığın çevre ve genetik faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. AKB, alkol kullanımına toleranslı bir ortamda veya zihinsel bozukluğu olan bir kişiyle büyümüş kişilerde daha sık görülmektedir. Pozitif aile kalıtımının, bağımlılığın ortaya çıkması için güçlü bir gösterge olabileceği de uzun zamandır bilinmektedir. Alkolizmden muzdarip bir kişiyle büyüyen çocuklarda hastalığın ortaya çıkma olasılığı, ebeveynleri alkolizmden arınmış çocuklara göre üç kat daha fazla olmaktadır (26).

Genetik faktörlerin etkisini değerlendirmek için ikizlerde ve evlat edinilmiş bireylerde çalışmalar yapılmıştır. Erkek ikizler üzerinde yapılan sekiz çalışmadan yedisi, monozigotik ikizlerle, dizigotik ikizlere göre önemli ölçüde daha yüksek bir uyum sağlamıştır. En iyi bilinenleri 1980'lerde Stockholm'de gerçekleştirilmiş olan evlat edinme çalışmaları, AKB klinik olarak heterojen bir bozukluk olduğu ve bu nedenle bazı biçimlerin kalıtsallığa daha fazla bağımlı olduğu gerçeğinden bahsetmektedir. Örneğin nevroitik yapıli bir kişilik (alkolizm tip 1), AKB'nin yaşamın erken dönemlerinde geliştiğı alkolizm formuna kıyasla daha zayıf bir kalıtım etkisi altındadır (%40'tan az). Bunu antisosyal davranışın izlediğı (alkolizm tip 2) ve kalıtım etkisi çok güçlüdür (yaklaşık %90). İkizlerin ve evlat edinme çalışmalarının sonuçları, alkolizmle ilgili vaka çalışmalarının yaklaşık %50-60'ının genetik faktörlere bağıli olduğuna işaret etmektedir. Kalıtım paradigması dikkate alındığında AKB'nin; genetik etkinin bir gen aktivite etkisine değil, birkaç genin etkileşimli etkisine yansıdığı çok karmaşık poligenetik bir hastalık olduğu tespit edilmiştir (27).

Ailede alkolizm öyküsü olan bireylerin insan genomu kapsamında ilişkilendirme çalışmalarından ve ikiz çalışmalarından, çeşitli duyarlılık genlerinin alkole bağıli bozuklukların gelişme riski ve savunmasızlıkla bağlantılı olduğuna dair önemli kanıtlar bulunmaktadır. İkiz çalışmalardan elde edilen alkol kötüye kullanımının kalıtsallığının %50 ila %60 arasında olduğu tahmin edilmiştir. Bununla birlikte alkolizm, çeşitli bağımlılık fenotipleriyle sonuçlanan karmaşık gen-gen ve gen-çevre etkileşimlerinin meydana geldiğı çok faktörlü ve poligenik bir hastalıktır.

Çevresel faktörlerin alkole bağlı bozuklukların gelişiminde eşit derecede önemli bir rolü vardır, yani stresli yaşam olaylarının alkol içme ve nüksetme davranışlarını etkilediği gösterilmiştir (28).

2.1.2. Alkol Kullanım Bozukluğu'nun Nörobiyolojisi

Alkol küçük bir moleküldür, suda ve yağda çözünmekte ve kanda hızla emilmek için hücre zarlarından kolayca geçmektedir. Parçalanması karaciğerde iki enzimin yardımıyla gerçekleşmektedir: alkol dehidrojenaz (ADH), etanolü asetaldehite oksitlemekte daha sonra aldehit dehidrojenaz (ALDH) enziminin yardımıyla asetata geçmektedir. Alkol sinir sistemini baskılayan bir madde olarak sedasyona, bilişsel ve motor fonksiyonların azalmasına vb. neden olmaktadır. Uzun süreli alkol tüketimi bir dizi psikofiziksel bozukluğu beraberinde getirmekte, bunu beynin bazı bölgelerinde (hipokampus, korteks) nöronların kaybı izlemektedir. Sonucunda ise beyin atrofisi meydana gelmektedir. Beyin atrofisinin derecesi, yaşam boyunca vücuda alınan alkol miktarı ile ilişkilidir. Alkol zehirlenmesi, kandaki alkol seviyesi 50-150 mg/dL konsantrasyonuna ulaştığında ortaya çıkmakta, 400-500 mg/dL konsantrasyonu ise öldürücü etki göstermektedir (29).

Son yıllarda yapılan çok sayıda araştırma ve çalışma sayesinde; AKB'nin birçok biyokimyasal, hücre ve moleküler temelini bilmesi, alkolizmin ve diğer bağımlılıkların artık beyin hastalıkları olarak kabul edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bağımlılık yapan çeşitli maddeler de beynin çeşitli yerlerinde değişikliklere neden olmaktadır. Bununla birlikte, bağımlılık yapan tüm maddelerden etkilenen bir grup beyin yapısı vardır yani beyin ödüllendirme sistemi olarak adlandırılan başlıca; tegmentum ventral alan, nükleus akumbens ve prefrontal korteksten oluşan limbik sistemin bir parçası, yollar ile birlikte onları birbirine bağlayarak orta ön beyin demetini oluşturmaktadır. Ödüllendirme sistemi; örneğin dopamin, serotonin, noradrenalin, GABAerjik, glutamaterjik ve diğer beyin sistemleri gibi çeşitli nörotransmitterlerin etkileşimleri ile hareket etmektedir (30).

Alkol kullanım bozukluğu; motive edilmiş davranışların yürütülmesi, stres ve duygusallığın kontrolü ile ilgili beyin bölgelerindeki değişiklikler (örn. orta beyin, limbik sistem, prefrontal korteks ve amigdala) ile karakterizedir. Olumlu pekiştirme (alkolün ödüllendirici ve arzu edilen etkileri) ve/veya olumsuz pekiştirme

mekanizmaları (alkol tüketimiyle rahatlayan olumsuz duygusal ve fizyolojik durumlar) tarafından sürdürülen bireysel içme davranışının hem olumlu hem de olumsuz pekiştirme mekanizmaları önemli rol oynamaktadır (31).

Nörotransmitter düzeyinde alkolün pozitif güçlendirici etkilerine öncelikle dopamin, opioid peptitler, serotonin, γ -aminobütirik asit (GABA) ve endokannabinoidler aracılık etmekte; negatif güçlendirme ise kortikotropin salma faktörü ve glutamaterjik sistemlerin artan alımını ve aşağı- GABA iletiminin düzenlenmesini içermektedir. Alkole uzun süreli maruz kalma, GABA, glutamat ve norepinefrin dahil olmak üzere birçok nörotransmitterde adaptif değişikliklere neden olmaktadır. Alkol alımının kesilmesi, alkol yoksunluğunu karakterize eden sinir sistemi hiperaktivitesi ve disfonksiyonu ile sonuçlanmaktadır. Çeşitli beyin reseptörleri üzerinde hareket eden glutamat, en yaygın uyarıcı nörotransmitterlerden birini temsil etmektedir. Başlıca inhibitör nörotransmitterlerden biri olan GABA; intoksikasyon, tolerans ve yoksunlukla ilgili nörokimyasal mekanizmalarda anahtar rol oynamaktadır (31).

2.1.3. Alkol Kullanım Bozukluğu'nun Alt Tipleri

Alkolizm, açık bir genetik temel olarak nörobiyolojik mekanizmalardaki değişikliğin altında yatan bir hastalık olarak kabul edilmiştir ve eğer semptomatolojiye dayanıyorsa tanının da heterojen olması gerektiği varsayılmaktadır. Ayrıca çeşitli tıbbi ajanların, belirli hasta alt popülasyonlarında değişken terapötik potansiyele sahip olacağı varsayılmıştır. Son elli yılda bağımlılığın klinik olarak heterojen doğası sorunu çözülmeye çalışıldığından, çeşitli hasta alt sınıflandırmaları önerilmiştir. Alt tiplere böyle bir bölünme, hastalığın prognozunu tahmin ederken hedefe yönelik tedavinin belirlenmesine yardımcı olma amacına sahiptir. Klinik çalışmalar, hastaları daha homojen gruplara ayırmanın yalnızca en etkili psikofarmakoterapiyi değil, aynı zamanda uygun psikoterapi tedavisini de belirlemeyi sağlayacağını doğrulamıştır (32).

AKB olanların ilk sınıflandırması, hastaları spesifik klinik niteliklere (fiziksel bağımlılık, aşırma, tolerans ve kontrol kaybı belirtileri) göre 5 alt tipe ayıran Jellinek tarafından yaklaşık elli yıl önce yayınlanmıştır (33). Yirmi yıl sonra, Cloninger ve arkadaşları hastaları tip 1 ve tip 2 alkolizm bağımlılığı olanlar olarak

ayırarak alkolizmin hasta özelliklerine göre ikiye bölünmesiyle sonuçlanan ilk deneysel uyarlama çalışmasını gerçekleştirmiştir (27).

Tip 1 alkol bağımlısı bireyler, bağımlılığı yaşamın ilerleyen dönemlerinde (25 yaşından sonra) ortaya çıkan ve dış faktörlerin (sosyal çevrenin) güçlü etkisi ile karakterize olan bireylerdir. Her iki cinsiyet de eşit olarak temsil edilmekte ve hastalar zarar verici durumlardan ve zaman zaman yoksunluk nöbetleri ile aşırı, sert içki içmekten kaçınma eğiliminde olmaktadır. Alkol bağımlılarının yaklaşık üçte ikisi bu tipe aittir ve hastalık daha yavaş seyretmekte ve daha iyi prognoza sahip olmaktadır (1).

Tip 2 alkol bağımlılığı ise bağımlılığın yaşamın daha erken döneminde (25 yaşından önce) ortaya çıktığı, güçlü bir genetik yatkınlığın olduğu (aile kalıtımı, çoğu zaman alkolik ebeveynlerin çocukları olan) bir alkol bağımlılığı alt tipidir. Tip 2 hastaların, antisosyal (agresif) davranışlara ve öncelikle 'zevk' için (ve 'kendi kendine terapi' için değil) içki içmeye meyilli yalnızca erkek hastalar olduğu, zarar verici sonuçlardan kaçınmak gibi bir istekleri olmadığı görülmektedir. Genellikle diğer bağımlılık maddelerini de kullanmaktadırlar. Bu tür hastaların tedavisi genellikle daha zor olmaktadır (1).

2.1.4. Alkol Kullanımının Etkileri

Alkol tüketimi dünya çapında ölüm, sakatlık ve sağlık sorunlarına önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır. Alkol, hem erkeklerde hem de kadınlarda en yaygın altıncı ölüm ve sakatlığa göre ayarlanmış yaşam yılı (DALY) nedenidir ve kadın ölümlerinin %22'sini ve erkek ölümlerinin %68'ini oluşturmaktadır (4). Alkol tüketimi kardiyovasküler hastalık, alkole atfedilebilir morbiditenin %15'inden sorumluyken, karaciğer sirozu alkole atfedilebilir tüm ölümlerin %13'ünden sorumludur. Sağlık risklerinin yanı sıra sorumsuz alkol kullanımı tüketiciler ve bir bütün olarak toplum için sosyal ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır (34).

2.1.4.1. Kardiyovasküler Etkiler

Kalp ve kardiyovasküler sistem düşünüldüğünde, yüksek doz alkol hem akut (kalp kasılmasının azalması, kardiyak ritim bozuklukları, arteriyel hipertansiyon, ani ölüm) hem de kronik etkilere (ventriküler disfonksiyon, atriyal disfonksiyon, aritmi, alkolik kardiyomiyopati ve kalp yetmezliği) sahip olabilmektedir. Ek olarak

kronik yüksek dozda alkol; hipertansiyon, koroner ve periferik ateroskleroz gelişimi, lipid profilindeki değişiklikler ve her türlü felç riskinin artmasıyla ilişkilidir. Ağır alkol kullanımına genellikle tütün ve kokain gibi sinerjik zararlı etkileri olan diğer zararlı ilaçların kullanımı eşlik etmektedir (35).

Çok uluslu bir meta-analiz; 50 g etanol/gün için 1,7 ve 100 g/gün için 2,5 kat, hipertansiyon için göreceli risk ile alkol ve kan basıncı arasında doğrusal bir ilişki göstermiştir(36). Alkol tüketimi ve hipertansiyon arasındaki bağlantı, onu Dünya Sağlık Örgütü'nün bulaşıcı olmayan hastalık ölümlerini azaltma hedeflerinin önemli bir parçası haline getirmektedir. 36 çalışmanın meta-analizinde, alkol alımındaki azalma alkol kullanıcısı kişilerde kan basıncını düşürmüştür (37).

Aşırı alkol tüketimi, normal kalp fonksiyonu olanlarda bile akut kardiyak aritmi gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Alkol, birlikte var olan elektrolit bozukluğu ve/veya enfeksiyonlar gibi akut hastalıklarla birlikte supraventriküler aritmilere yol açabilmektedir. Ventriküler taşikardi ve ani kardiyak ölüm riski, ılımlı alkol alımı (haftada iki ila altı içecek) olan kişilerde, yüksek alkol alımı (21-35 içecek/hafta) ve aşırı içki içenlere göre daha düşüktür. Bu, düşük-orta alkol tüketiminin koroner arter hastalığına karşı koruyucu etkilerine bağlanmaktadır (38). Kronik alkol kullanıcılarında akut alkol yoksunluğu, kardiyak sempatik aktiviteyi artırabilmekte ve hem kalp hızı değişkenliğini hem de barorefleks duyarlılığını azaltarak kardiyak aritmileri teşvik edebilmektedir (39).

Kronik aşırı alkol tüketimi, ikincil dilate kardiyomiyopatinin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, hastalık erken teşhis edilirse ve daha fazla alkol alımı azaltılır veya durdurulursa, kardiyak fonksiyon kısmen veya tamamen düzelebilmektedir. Alkolik kardiyomiyopati, tüm iskemik olmayan dilate kardiyomiyopati vakalarının %33'ünü oluşturmaktadır ve prevalans erkeklerde ve kadınlarda benzer bulunmuştur (alkol tüketimi erkeklerde daha yüksektir, ancak kadınlar etkilerine daha duyarlıdır) (40).

2.1.4.2. Endokrin Sistem Üzerine Etkileri

Çok miktarda alkolün kronik olarak tüketilmesi; sinir, endokrin ve bağışıklık sistemi arasındaki iletişimi bozmakta ve fizyolojik-davranışsal düzeyde derin ve ciddi sonuçlara yol açan hormonal bozukluklara neden olmaktadır. Alkolün neden

olduğu bu hormonal düzensizlikler tüm vücudu etkiler ve stres anormallikleri, üreme bozuklukları, vücut büyüme kusurları, tiroid sorunları, bağışıklık fonksiyon bozukluğu, kanserler, kemik hastalıkları ve psikolojik ve davranışsal bozukluklar gibi çeşitli rahatsızlıklara neden olabilmektedir (28).

AKB olan bireyler sıklıkla hipotalamik-hipofiz-tiroid ekseninde düzensizlikler göstermektedir. Alkolsüz sağlıklı gruplara kıyasla, yoksunluk ve erken yoksunluk sırasında alkollü gruplarda T4 ve T3 konsantrasyonlarında önemli bir azalma gözlenmiştir. Ek olarak, alkoliklerde ve erken bırakma sırasında TSH'nin TRH'ye künt bir yanıtı tutarlı bir şekilde rapor edilmiştir ve yoksunluk semptomlarının şiddeti ile pozitif korelasyon göstermiştir. Ayrıca uzun süreli yoksunluk dönemlerinden sonra tiroid fonksiyon bozukluğunun düzeldiği ve tiroid hormonlarının ve TRH'ye TSH yanıtının normal seviyelere döndüğü belgelenmiştir. Bununla birlikte, nüks eden ve alkol içme davranışına geri dönen bireylerde daha düşük T4 ve T3 ve TRH'ye künt TSH yanıtı gözlenmiştir (41).

Akut veya kronik alkol maruziyetlerinin her ikisinin de bağışıklık sisteminin tüm dallarında düzensizlik yoluyla immünosupresyona neden olduğu gösterilmiştir. Alkole maruz kalma, nötrofil (makrofaj) infiltrasyonunu ve enfeksiyon bölgelerine göçün yanı sıra enfeksiyona yanıt olarak yeni nötrofillerin üretimini ve bunların fagositik aktivitelerini azaltmaktadır. Kronik alkol maruziyeti, bu hücrelerin sayısı artmasına rağmen monosit fagositik aktivitesini de azaltmaktadır (42). Ayrıca, kronik alkole maruz kalma; dendritik ve doğal öldürücü hücreler (NK-hücreleri)'in sayısını ve aktivitesini azaltmaktadır. Alkolün sitokin üretimi üzerindeki etkisi, maruz kalma süresine bağlıdır. Örneğin; etanole akut maruz kalma, sitokin üretiminin (yani TNF α ve IL1 β) baskılanması ile ilişkilidir (43). Bağışıklık işlevi üzerindeki alkolün neden olduğu bu baskılayıcı etkilerin, birincil olarak Hipotalamik-pituiter-adrenal eksenin enfeksiyonlar gibi dış stres faktörlerine verdiği körelmiş tepkiden kaynaklandığı gösterilmiştir. Bu bağlamda, stres eksenin disfonksiyonunun sadece immün yetmezlik ile değil, aynı zamanda çeşitli kanserlerin teşviki ile de pozitif olarak bağlantılı olduğu dikkate değerdir (44).

2.1.4.3. Kanserojen Etkileri

Her ikisi de grup 1 kanserojenler olarak sınıflandırılan etanol ve asetaldehit (etanol), dünyadaki tüm kanser vakalarının yaklaşık %5,5'ini oluşturan alkollü içeceklerde oluşan birincil kanserojenler olarak bilinmektedir. Alkollü içeceklerin doğal kanser riski tüketim hacimleriyle paralellik gösterse de, hafif alkollü içecekler bile etanol ve asetaldehitin patojenitenin merkezinde yer aldığı kanserle ilişkilendirilmiştir. Moleküler düzeyde, etanol ve asetaldehitin benzer mekanik tarzda kansere neden olduğu varsayılır çünkü genotoksik bir bileşik olan asetaldehit, alkol dehidrojenaz veya CYP 450 E1 yollarından kaynaklanan etanolün bir metabolitidir. Etanol ve asetaldehit benzer karsinogenez mekanizmalarına sahip olduğundan, kanser riskinin hesaplanması kümülatif olarak yapılabilir. Ek olarak, etanol diğer kanserojenleri çözerek onkogeneze destekleyici bir rol oynamaktadır (45).

Alkol tüketimi; tütün içimi, kronik enfeksiyonlar ve muhtemelen obeziteden sonra insan kanserinin bilinen en önemli nedenlerinden biri olarak bilinmektedir. Aflatoksin dışında, hiçbir diyet faktörü için kanserojenlik için bu kadar güçlü ve tutarlı kanıt bulunmamaktadır. Orta ve doğu Avrupa'da, alkole bağlı kanser ve diğer alkole bağlı hastalıkların yükü büyüktür. Doğu Asya gibi dünyanın birçok yerinde alkol tüketimi hızla artmaktadır. Meme kanseri ve kolorektal kanser için, alkol tüketimi ile sadece son 10-15 yılda nedensel bir ilişki kurulmuştur ve bu ilişkilerin halk sağlığı üzerindeki etkileri tam olarak aydınlatılamamıştır. Birçok ülkede düşük gelirli veya eğitilmiş kişiler, yüksek gelirli ve eğitilmiş kişilere göre daha fazla alkol tüketmekte ve bu da kanser yükünde sosyal eşitsizliklere katkıda bulunmaktadır (46).

1995'ten beri birçok çalışma, herhangi bir miktarda alkol tüketmenin kanser riskini artırabileceğini göstermiştir. Ancak bu çalışmalar, alkolden kaynaklanan kanserojen etkilerin ortaya çıkması için bir eşik belirtmemiş ve kanserojenliği önlemenin en iyi yolunun alkol tüketiminden kaçınmak olduğunu öne sürmüştür. Alkolün gastrointestinal kanser riskini doğrudan arttırdığı gösterilmiştir. Diğer kanserojen kimyasal maddelerle sinerjistik etkiler göstermekte, böylece bu maddelerin kansere neden olma gücünü artırmaktadır. Alkol ayrıca; A ve E vitaminlerinin, çinko ve demir gibi antioksidanların ve bazı B vitaminlerinin kandaki düzeylerini düşürerek kanser riskini artırmaktadır. Son olarak alkol, bağışıklık sistemini zayıflatarak kanserin ilerleme riskini artırmaktadır (47).

Biyolojik kanıtların yanı sıra çok sayıda epidemiyolojik sonuç, alkol tüketimi ile kadınlarda gırtlak, akciğer, yemek borusu, mide, karaciğer, rektum ve meme kanserleri arasındaki ilişkiye işaret etmiştir. Alkol dozu ile kanser riski (doz-yanıt ilişkisi) arasındaki ilişki ve alkol kullanımı ile kanser riskindeki artışların paralellliği konusunda da yeterli epidemiyolojik doğrulama elde edilmiştir. Bu araştırmalar, farklı alkollü içecekler arasında risk düzeylerinde hiçbir fark bulmamıştır. Genel olarak, alkol kullanımıyla birlikte tüm kanser türlerinin göreceli riski artmaktadır. Bazı araştırmalar, alkol tüketiminin benzer şekilde kanserden ölüm riskini %5,8 artırdığını göstermiştir. Alkol tüketimini durdurmak gırtlak ve yutak kanserlerine yakalanma olasılığını azaltmaktadır (48).

2.1.4.4. Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri

Alkol, merkezi sinir sistemi depresyonuna neden olur ve ayrıca disinhibisyona yol açmaktadır. Çağlar boyunca cinsel istek ve işlevi yükseltmek için afrodizyak olarak kullanılmıştır. Bununla birlikte birçok çalışma, alkolün cinsel işlev üzerindeki zararlı etkilerinin aralığını göstermiştir. Erkeklerde cinsel uyarılmada çok az ila hafif bir artışa neden olmaktadır. Ancak daha yüksek dozlarda alındığında cinsel uyarılmayı azaltmakta, ereksiyonu bozmakta ve kişinin boşalma kabiliyetini azaltmaktadır. Alkolün uzun süreli kullanımı, çeşitli organ sistemleri üzerindeki etkileri ile erkeklerde hemen hemen her türlü cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır. Hipotalamo pituitaryadrenal eksen üzerindeki inhibitör etkisi ile gonadotropin salınımını azaltarak hipogonadizme yol açmaktadır. Ayrıca erektile disfonksiyona yol açan testosteronun baskılanmasına neden olmaktadır. Testosteronun azalması, gonadotropinlerin azalmasına veya alkolün doğrudan etkisinin neden olduğu testosteronun testiküler sekresyonunun baskılanmasına bağlı olabilmektedir. Testosteron baskılanmasında rol oynayan diğer mekanizmalar arasında nitrik oksit gibi vazodilatör moleküllerin salınımının azalması ve alkol metabolizması sırasında üretilen oksidanların toksik etkileri sayılmaktadır. Erektile disfonksiyon, alkole bağlı nöropatiden veya kronik alkol kullanımının neden olduğu kardiyovasküler komplikasyonlardan kaynaklanmaktadır (49).

Pek çok çalışma, cinsel işlevdeki bu değişikliklerin yoksunlukta geri dönüşümlü olduğunu gösterse de, bu evrensel olarak doğru olmayabilir. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) bağlamında hastalık bulaşması üzerine yapılan

Çalışmalarda da alkol kullanımının riskli cinsel davranışla ilişkili olduğu bulunmuştur (50).

Çiftler arasında alkole bağı cinsel sorunların yaygınlığı belirsizdir çünkü çoğunlukla insanlar bu sorunları açıklamaktan kaçınmaktadır. Birçok insan alkol tüketiminin seksi iyileştirdiğine inanmaktadır; ancak araştırmalar AKB'nin erektil disfonksiyon, tatmin edici olmayan orgazm, erken boşalma ve libido kaybı gibi erkek cinsel bozukluklarının artan insidansı ile pozitif olarak ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu koşullar, artan bağımlılık süresi ve gün boyunca tüketilen alkol miktarı ile daha da kötüleşmektedir (51). Benzer şekilde, araştırmalar, alkol kullanımının kaygıyı ortadan kaldırarak ve hafifleterek, kişinin korunmasız cinsel ilişkiye girme (özellikle uyarıldığında), birden fazla cinsel ilişkiye girme isteğini artırdığını ortaya çıkarmıştır (52).

2.1.4.5. Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Alkol, nörotransmitterlerimizi etkileyerek ruh halimizi, düşüncelerimizi, duygularımızı ve eylemlerimizi etkileyen bir depresan olarak bilinmektedir. Alkol alımı geçici olarak stresten kurtulmaya ve rahatlamaya yol açabilse de, uzun süreli tüketimi şiddetli depresyon ve anksiyete bozuklukları dahil olmak üzere majör zihinsel bozuklukların görülme sıklığını artırmaktadır (53).

İstatistikler, nüfusları arasında alkol kullanımı yüksek olan ülkelerin de yüksek intihar oranları sergilediğini göstermiştir. Alkol tüketimi ile ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen depresyona, bilişsel bozulmaya, disforiye (disinhibisyon), sinirliliğe ve muhakeme bozukluğuna neden olan psikolojik bozukluklar arasında pozitif bir ilişki keşfedilmiştir (53). Bu koşullar, alkol alma riskinin iki ila üç kat artmasına neden olmaktadır. Ayrıca bir çalışmada alkol tüketiminden hemen sonra ve ağır içmeden sonra intihar riskinde sırasıyla 7 ve 37 kata kadar artış bildirilmiştir (5).

AKB ile depresif belirtiler arasındaki ilişki literatürde yer almaktadır (54). Epidemiyolojik çalışmalar, genel olarak majör depresyonun alkol kullanımı ile birlikteliğinin %32 ile %54 arasında değiştiğini tahmin etmektedir(55). Depresyon ve AKB arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu bildirilmektedir. Yani, alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin majör depresyon geliştirme riski daha fazladır ve majör depresyonu olanların madde kullanım bozuklukları geliştirme riski daha fazladır. Bununla birlikte daha yeni araştırmalar, majör depresyonun AKB üzerindeki nedensel etkisine dair bazı kanıtlar sağlamıştır (55).

Araştırmalar sürekli olarak anksiyete ile ilişkili bozukluklar ve AKB arasında yüksek bir komorbidite oranı bulmuştur ancak bu ilişkinin nedensel yönü belirsizliğini korumaktadır. Bununla birlikte bazı bulgular, rehabilitasyon sırasında anksiyete bozukluğunun alkolle ilişkili bozuklukları tetikleyebileceğini ve önceden var olan rahatsızlıkları olan hastalarda anksiyetenin artma eğiliminde olduğunu göstermiştir (56).

2.1.5. Alkol Kullanım Bozukluğu Tedavisi

2.1.5.1. Alkol Yoksunluğu Tedavisi

Alkol yoksunluğu belirtileri arasında anksiyete, titreme, mide bulantısı, uykusuzluk ve ciddi vakalarda nöbetler ve deliryum titremeleri sayılmaktadır. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin %50 kadarı içmeyi bıraktıktan sonra bazı yoksunluk belirtileri gösterse de, sadece küçük bir yüzde detoksifikasyon için tıbbi tedavi gerektirmekte ve bazı kişiler içki içmeyi kendiliğinden azaltabilmektedir. Tıbbi tedavi ayaktan veya klinik olarak endike olduğunda yatan hasta ortamında gerçekleştirilebilmektedir. Bazı durumlarda, tipik olarak hidrasyon ve elektrolitler ve tiamin takviyesi için destekleyici bakım eşliğinde klinik izleme yeterli olmaktadır. Farmakolojik tedaviye ihtiyacı olan hastalar için benzodiazepinler (örn., diazepam, klordiazepoksit, lorazepam, oksazepam ve midazolam) alkol yoksunluğu sendromunu tedavi etmek için en sık kullanılan ilaçlardır. Benzodiazepinler, GABAA reseptöründeki GABA nörotransmitterinin etkisini artırarak çalışmaktadır. Özellikle benzodiazepinler, yalnızca alkol yoksunluk

sendromunun şiddetini azaltmakla kalmayıp aynı zamanda yoksunluk nöbetleri ve/veya deliryum tremens riskini de azaltan tek ilaç sınıfı oldukları için altın standart tedaviyi temsil etmektedir. Benzodiazepin kötüye kullanım potansiyeli ve aşırı doz riski nedeniyle, alkol yoksunluk sendromu için benzodiazepin tedavisi ayaktan tedavi ediliyorsa, özellikle alkol ve/veya opioid ilaçlarla kombine edildiğinde dikkatli izleme gerekmektedir (57).

Alfa-2 agonistleri (örneğin klonidin) ve beta blokerleri (atenolol) bazen benzodiazepin uygulamasıyla tam olarak kontrol edilmeyen alkol yoksunluğunun nöro-otonom belirtilerini kontrol etmek için benzodiazepinlere ek tedavi olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte alfa-2 agonistleri ve beta-blokerlerin şiddetli alkol yoksunluk sendromunu önlemedeki etkinliklerinin olmaması ve yoksunluk semptomlarını maskeleyerek riskinden dolayı bu ilaçlar monoterapi olarak değil, sadece olası bir ek tedavi olarak önerilmektedir. Başarılı bir sonuç için kritik öneme sahip olan şey, alkol yoksunluğu tedavisinin hastaya ve sağlık hizmeti sağlayıcısına hastayı uzun süreli alkolden uzak durmayı veya alkol tüketimini azaltmayı hedefleyen bir tedavi programına dahil etme fırsatı sağlamasıdır. Böyle bir tedavi, farmakolojik ve/veya psikososyal araçları içerebilmektedir (58).

2.1.5.2. Farmakolojik Tedavi

ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından alkol kullanım bozukluğunda kullanım için yalnızca üç ilaç onaylanmıştır. Asetaldehit dehidrojenaz inhibitörü disülfiram, 1951 yılında FDA tarafından alkol kullanım bozukluğu tedavisi için onaylanan ilk ilaçtır. Alkol metabolizmasında en yaygın yol, alkolü asetaldehite metabolize eden alkol dehidrojenaz ve aldehit dehidrojenaz yoluyla alkolün oksidasyonudur. Disülfiram, aldehit dehidrojenazın geri dönüşü olmayan bir şekilde inhibisyonuna ve oldukça toksik bir madde olan asetaldehitin birikmesine yol açmaktadır. Ek mekanizmalar (örneğin dopamin beta-hidroksilazın inhibisyonu) disülfiramın etkilerinde rol oynayabilse de, aldehit dehidrojenaz aktivitesinin blokajı ana etki mekanizmasını temsil etmektedir. Bu nedenle, disülfiram varlığında alkol alımı; asetaldehit birikimine yol açarak taşikardi, baş ağrısı, mide bulantısı ve kusma dahil olmak üzere çok sayıda rahatsız edici semptomla sonuçlanmaktadır. Disülfiramın etkinliği büyük ölçüde hastanın ilacı

alma motivasyonuna ve/veya denetimli uygulamaya bağlıdır çünkü ilaç öncelikle alkol ile eşleştirildiğinde potansiyel bir aversif reaksiyon tehdidi ile etkilidir (21).

Alkol kullanım bozukluğu tedavisi için onaylanan bir sonraki ilaç akamprosattır. İlk olarak 1989'da Avrupa'da AKB tedavisi olarak onaylanan akamprosattır; daha sonra Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Japonya'da kullanım için onaylanmıştır. Akamprosatin etkisinin kesin mekanizmaları hala tam olarak anlaşılmamış olsa da, muhtemelen bir N-metil-d aspartat reseptör agonisti olarak hareket ederek hiperaktif glutamaterjik durumları modüle ederek glutamat sistemini hedeflediğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Genel olarak, akamprosatin zaten detoksifiye edilmiş hastalarda, bireylerin içmeyi azaltmalarına yardımcı olmaktan ziyade yoksunluğu teşvik etme ve nüksü önlemede daha etkili olabileceğine dair kanıtlar vardır. Bu nedenle alkol kullanım bozukluğu olan yoksun hastaların tedavisinde önemli bir farmakolojik yardım olarak kullanımını düşündürmektedir. Akamprosatin en sık görülen yan etkisi ishaldir. Daha az yaygın olan diğer yan etkiler; bulantı, kusma, karın ağrısı, baş ağrısı ve baş dönmesini içermektedir (59).

Üçüncü bir ilaç; opioid reseptör antagonisti naltrekson, 1994 yılında FDA tarafından AKB'nin tedavisi için onaylanmıştır. Naltrekson'un, alkol için duyulan özlemi azalttığı ve ağır içiciliği azaltmada en etkili ajan olduğu bulunmuştur. Naltreksonun plaseboya kıyasla ağır içmeye nüksetmeyi azaltmadaki etkinliği pek çok meta-analizde desteklenmiştir ancak yoksunluğu desteklemedeki etkinliğine dair daha az kanıt vardır. Naltreksonun yaygın yan etkileri; mide bulantısı, baş ağrısı, baş dönmesi ve uyku problemlerini içermektedir. Tarihsel olarak naltrekson prospektüsüne hepatotoksisite riski eşlik etmiştir; bu öncelikle obez erkeklerde günde 300 mg naltrekson dozunun verildiği erken bir klinik çalışmada gözlenen karaciğer toksisitesine bağlı bir önlemdir (60). Naltrekson, mu-opioid reseptör antagonisti olup dopamin salınımı üzerindeki opioid etkileri yoluyla alkol alımının ödüllendirici etkilerini azalttığına inanılmaktadır ve bu nedenle AKB'nin ödül arayan bileşenini hedef aldığı düşünülmektedir (61).

2.1.5.3. Davranışsal/Psikolojik Tedaviler

Alkol kullanım bozukluğu için çok çeşitli davranışsal ve psikolojik tedaviler mevcuttur ve birçok tedavi, yoksunluğu veya içkiyi azaltma hedeflerini desteklemede eşit derecede etkili olmaktadır. En büyük etkililik kanıtına sahip tedaviler, motivasyonel görüşme yaklaşımları dahil olmak üzere kısa müdahalelerden, beklenmedik durum yönetimi ve topluluk güçlendirme yaklaşımı dahil edimsel koşullandırma yaklaşımlarına, başa çıkma becerileri eğitimi ve nüksetmeyi önleme dahil bilişsel davranışçı tedavilere, kabullenme ve farkındalık temelli yaklaşımlara kadar uzanmaktadır. Ek olarak rehberli öz kontrol eğitimi ve kontrollü içme müdahaleleri dahil olmak üzere zarar azaltma tedavileri, içmeyi azaltma hedeflerini desteklemede başarılı olmuştur. Kısa müdahaleler, davranışsal ve bilişsel davranışçı yaklaşımların yanı sıra farkındalık ve karşılıklı destek grubu katılımı ilkelerini içeren bilgisayarlı, web tabanlı ve mobil müdahaleler de geliştirilmiştir; bu yaklaşımların birçoğu ilk denemelerde etkinlik göstermiştir (62).

2.2. Cinsellik ve Cinselliğin Tanımı

Cinsellik, bütüncül bakımın önemli bir yönü olarak kabul edilmektedir. Ancak araştırmalar, sağlık hizmetlerinde olması gerektiği gibi genellikle dikkate alınmadığını göstermiştir. Danışanların cinselliğini ele almak multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir ve tek bir profesyonelin sorumluluğunda değildir. Cinsellik, insanların kendilerini ve başkalarını cinsel aktivite, cinsel yönelim, cinsiyet kimliği ve cinsiyet rolleri, erotizm, zevk, yakınlık ve üreme dahil olmak üzere cinsel varlıklar olarak deneyimleme şekli olarak tanımlanmıştır (63). Yaş veya fiziksel durum ne olursa olsun; herkesin hayatındaki bir ihtiyacı, temel ve doğal bir unsuru temsil etmektedir. Cinselliğin ifadesi her insanın ayrılmaz bir parçasıdır, temel bir insan hakkıdır ve yaşam boyu devam etmektedir (64).

2.2.1. Cinsel İşlev Fizyolojisi

Erkeklerde ve kadınlarda genital uyarılma, son bir vasküler olayla sonuçlanan; erkeklerde uzun, sert bir ereksiyon ve kadınlarda klitoris sarkık veya detümesan durumlarından şişmesi yaratan nöronal devrelerin koordinasyonunu

içeren dinamik süreç, genital uyarılma olarak adlandırılmaktadır. Eretil bir yanıt yaratmanın anahtarı; kavernoza düz kas gevşemesine neden olan parasempatik aktivitenin tonik, sempatik olarak yönlendirilen düz kas ve gevşeklikten sorumlu kan damarı kasılması üzerinde baskın olmasıdır. Kavernoza düz kas, kasılmadan (norepinefrin, endotelin, anjiyotensin ve vazopressin) ve düz kas gevşemesinden (asetilkolin, nitrik oksit [NO], vazoaaktif bağırsak peptidi, prostaglandinler ve kalsitonin geniyle ilişkili peptid) sorumlu nörotransmitterlerin dengelenmesiyle kontrol edilmektedir. Penil veya klitoral ereksiyonun gerçekleşmesi için parasempatik sinir sisteminin sakral bileşeni (S2-S4) çok önemlidir. Penis ereksiyonundan ve klitoral kanlanmadan sorumlu birincil nörotransmitter olan NO, cinsel uyarılma ve cinsel uyarım (nöronal NO veya nNO) sırasında sinir uçlarında salınmakta ve ayrıca endotelin kendisinde (endotelyal NO veya eNO) yapılmaktadır. Cinsel uyarılma sırasında genital sinir liflerinin sinir uçlarında nNO salınımı ile düz kas gevşemesi başlamaktadır (65).

Boşalma (dış meni atılımı süreci) öncelikle sempatik bir fenomendir (T10-L2). Meniyi prostattaki boşalma kanalı yoluyla prostat üretrasında biriktiren (seminal emisyon) ve daha sonra üretra çevresindeki pelvik taban kaslarının ritmik kasılması ile bu sıvıyı üretra yoluyla dış meatustan dışarı atan oldukça koordineli bir kas ve nörolojik olaydır. (itici boşalma). Boşalma; serebral ve spinal bütünleştirici, otonomik ve somatik merkezler ve efferent yollar olmak üzere belirli afferent duyuşal yolları içermektedir (66).

Orgazm, genellikle genital bölgede lokal olarak hissedilen ve beyinde zevkli olarak deneyimlenen pelvik vazokonjesyon ve nöromüsküler gerginliğin serbest bırakılmasıdır. Nörolojik bir fenomen olmasına rağmen nöral devreler tam olarak anlaşılamamıştır. Genital kaynaklı orgazm, sağlam bir sakral refleks gerektiriyor gibi görünmektedir ancak orgazm, genital bölge dışındaki stimülasyondan (meme uçları ve kulaklar gibi genital olmayan stimülasyon) ve yalnızca psikojenik fantezi ile (uykuda olduğu gibi) deneyimlenebilmektedir. Algısal orgazm deneyimi bir kez elde edildiğinde, kadın ve erkek arasında çok fazla farklılık göstermemekte ve duygusal yakınlık gibi fiziksel değil de psikolojik olmak üzere çeşitli faktörler tarafından düzenlenebilmektedir. Erkeklerin çoğunda boşalmaya orgazm eşlik etmektedir; ancak bu 2 olay, farklı karmaşık nörofizyolojik devrelerin

aktivasyonunu gerektirmektedir. Orgazm zamanının boşalmadan ayrılması veya bir işlemin diğeri olmadan gerçekleşmesi söz konusu olabilmektedir (67).

2.2.2. Cinsel Doyum

Cinsel doyumun birkaç tanımı vardır. En çok kabul gören tanımlardan biri, bunu “kişinin cinsel ilişkisiyle ilgili olumlu ve olumsuz boyutları öznel olarak değerlendirmesinden kaynaklanan duygusal bir tepki” olarak tanımlayan Lawrance ve Byers (1995) tarafından önerilmiştir. Cinsel doyum, cinsel tepki döngüsünün son aşaması ve bir cinsel hak olarak kabul edilen insan cinselliğinin ilgili bir bileşeni olarak bilinmektedir (68). Aynı zamanda bireylerin genel yaşam kalitesinde de önemli bir faktördür. Örneğin daha iyi fiziksel ve psikolojik sağlık durumu ve genel refah ve yaşam kalitesi, yüksek cinsel tatmin ile ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde; yüksek ilişki doyumunu, kişinin partneriyle iletişim kurması ve cinsel atılganlık gibi ilişkiyel yönlerin daha fazla cinsel tatmin ile ilişkili olduğu bulunmuştur (69).

Bazı araştırmalar, iyi cinsel işlevsellik ile yüksek cinsel tatmin arasında bir ilişki bulmuştur (70). Sosyal destek, çocuklar ve aile ile iyi ilişkiler ve daha yüksek sosyo-ekonomik durum gibi diğeri değışkenler de yüksek düzeyde cinsel tatmin ile ilişkilendirilmiştir. Dindarlık, cinsel tatmini açıklamak için de dikkate alınmıştır: düşük dini inanç, daha fazla cinsel tatmin ile ilişkilendirilmiştir (71).

2.2.3. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozukluğu, bir bireyde veya çiftte normal cinsel aktivitenin herhangi bir şekilde bozulması olarak tanımlanmaktadır. Bu tür işlev bozukluğu, normal cinsel döngünün herhangi bir aşamasında (fiziksel zevk, arzu, tercih, uyarılma veya orgazm) ortaya çıkabilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki geniş epidemiyolojik çalışmalarda, kadınların %40'ından fazlasının ve erkeklerin %30'undan fazlasının bir tür cinsel işlev bozukluğuna sahip olduğu rapor edilmiştir. Avrupa ülkelerinde karşılık gelen rakamlar kadınlarda %34, erkeklerde %15'tir (72). Gelişmekte olan ülkelerdeki daha eski araştırmalar, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran erkeklerde erektil disfonksiyon prevalansının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (Nijerya'da %57,4, Mısır'da %63.6 ve Pakistan'da %80,8). Hindistan'da yapılan daha yakın tarihli bir genel nüfus araştırması,

kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansının %14 ve erkekler arasında %21,2 olduğunu bildirmektedir (73).

İnsan cinsel tepki döngüsü heyecan (arzu ve uyarılma), plato, orgazm ve çözülme olmak üzere 4 aşamaya ayrılmaktadır. Bu evrelerin herhangi birinde cinsel işlev bozukluğu ortaya çıkabilmektedir (49).

Yaygın cinsel işlev bozuklukları arasında hipoaktif cinsel istek bozukluğu, erektil bozukluk, prematür (erken) boşalma, erkeklerde gecikmiş boşalma ve kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, kadın orgazm bozukluğu, kadınlarda genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu bulunmaktadır. Madde/ilaç kaynaklı cinsel işlev bozukluğu, diğer tanımlanmış cinsel işlev bozukluğu ve belirtilmemiş cinsel işlev bozukluğu, kalan cinsel işlev bozukluğu kategorilerini oluşturmaktadır. Farklı istismar maddeleri bu aşamalardan herhangi birini etkileyerek cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir (49).

2.2.3.1. Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları

Erektil disfonksiyon, tatmin edici cinsel performansa izin vermek için yeterli bir ereksiyona ulaşamama ve bunu sürdürememe olarak tanımlanmaktadır. Asya'da Erektil disfonksiyon prevalansı %9 ile %73 arasında değişmektedir. Prevalans oranlarındaki geniş çeşitlilik, değerlendirme yöntemine (yani kendi kendine bildirilen veya Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi puanı) ve anketin türüne bağlanmaktadır. Örneğin denekler bir klinikten alınırsa, denekler topluluktan alındığından daha yüksek yaygınlık oranlarına ulaşılmaktadır (74).

Erken boşalma Batı'da geniş çapta incelenmektedir; ancak Asya'dan gelen veriler seyrek. Uluslararası Cinsel Tıp Derneği erken boşalmayı, her zaman veya hemen hemen her zaman vajinal penetrasyondan önce veya yaklaşık 1 dakika içinde meydana gelen boşalma, tüm veya neredeyse tüm vajinal penetrasyonlarda boşalmayı geciktirememe ile karakterize bir erkek cinsel işlev bozukluğu olarak tanımlamaktadır. Bireyde sıkıntı, rahatsızlık, hayal kırıklığı ve/veya cinsel yakınlıktan kaçınma gibi kişisel sonuçlara sebep olmaktadır. Küresel Cinsel Tutumlar ve Davranışlar Araştırması, 29 ülkede 40-80 yaşları arasındaki yetişkinler

arasında cinsel sađlđın çeşitli yönlerini araştırmıştır. Sözü edilen çalışmada genel prevalans oranı %30 olup en yüksek oran (%30,4) Güneydoğu Asya'da elde edilmiştir (75).

Hipogonadizm, yaşlanan erkekte androjen eksikliği ve yaşlanan erkekte kısmi androjen eksikliği olarak bilinen klinik ve biyokimyasal tanıdır. 2005 yılında Uluslararası Androloji Derneği, Uluslararası Yaşlanan Erkek alışmaları Derneği ve Avrupa roloji Derneği tarafından bir fikir birliğine varılmış ve 'geç başlangıçlı hipogonadizm' terimi, 'ilerleme ile ilişkili klinik ve biyokimyasal bir sendrom' olarak tanımlanmıştır. Yaş ve cinsel işlev bozukluğu ve diğer tipik semptomlar ve serum testosteron düzeylerinde bir eksiklik ile karakterizedir. Bu durum yaşam kalitesinde önemli bozulmalara neden olabilmekte ve çoklu organ sistemlerinin fonksiyonlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Uluslararası Androloji Derneği, Uluslararası Yaşlanan Erkek alışmaları Derneği ve Avrupa roloji Derneği düşük toplam testosteron seviyeleri için eşik değerin 8 nmol l⁻¹ olduğunu bildirmiştir. Toplam testosteron seviyesi 8–12 nmol l⁻¹ olduğunda, düşük olarak kabul edilmesi için serbest testosteron seviyesinin 180 pmol l⁻¹ den az olması gerekmektedir. Tanıya yardımcı olacak anketler de mevcuttur. Yaşlanan Erkek Belirtileri puanı, Yaşlanan Erkekte Androjen Eksikliği puanı ve Hong Kong'daki araştırmacılar tarafından kullanılan onaylanmış yedi soruluk bir araç yararlı tarama araçlarıdır (76).

2.2.3.2. Alkol Kullanım Bozukluğu ve Cinsel İşlev Bozuklukları

Alkol ve cinsellik; tarih, şiir, nesir ve kısa metinler boyunca eşleştirilmiştir. Alkol, kaygıyı ve engellemeleri gidererek cinsel aktivitenin başlamasını desteklese de kalıcı ve kronik alkol kullanımının cinsel işlev bozukluğunu tetiklediği bilinmektedir. Aksine kanıtlara rağmen, insanlar genellikle alkolün cinsel işlev kalitelerini iyileştirdiğine inanmaya devam etmektedir (77).

Uygun cinsel işlev, psikolojik, fiziksel ve sosyal açıdan iyi olma duygusu sağlamakta ve yaşam kalitesinin en önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır. Cinsel yaşamdaki memnuniyetsizlik genellikle öfke, artan evlilik şiddeti oranları, daha az sıcaklık ve ilişkilerde birlik, ayrılıklar ile ilişkilidir ve bunların tümü alkol tüketimini daha da kötüleştirebilmektedir (77).

Alkole bağı cinsel işlev bozukluğunu açıklamak için öne sürülen çeşitli mekanizmalardan bazıları, hipotalamik gonadotropin salgılatıcı hormon ve/veya hipofiz luteinize edici hormonun inhibisyonu, böylece hipotalamo-hipofiz-adrenal ve hipotalamo-hipofiz-gonadal eksenini değiştirme, plazma testosteron seviyeleri, gama-amino bütirik asit reseptörünün inhibitör aktivitesinin artması ve merkezi sinir sisteminde (CNS) glutamat reseptörünün uyarıcı aktivitesinin azalmasıdır (78).

Alkole bağı cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığı, muhtemelen yetersiz bildirim nedeniyle belirsizliğini korumaktadır. Kronik alkol kullanan erkeklerde %8 ile %95,2 arasında değişen cinsel bozukluklar bildirilmiştir. Bildirilen yaygın işlev bozuklukları; cinsel istek eksikliği, erken boşalma ve erektil disfonksiyondur. Belirtilen cinsel işlev bozukluğunun belirleyicilerinden bazıları; ilerleyen yaş, düşük eğitim düzeyi, işsizlik, alkol kullanımına erken başlama yaşı, daha uzun AKB süresi, aynı anda tütün kullanımı, daha fazla miktarda ve içme sıklığı ve karaciğer hastalığının varlığıdır. Çeşitli araştırmalar, cinsel işlev bozukluğu ile alkol alımı arasında hiçbir ilişki olmadığını veya olumsuz bir ilişki olduğunu bildirmiştir ve bu, o zamandan beri bir tartışma konusu olmuştur (79).

Cinsel işlev bozukluğunun AKB süresi ile anlamlı bir ilişkisi olduğu bilinmektedir. Saha tarafından yapılan çalışmada, tüketilen alkol yıllarının artmasıyla cinsel işlev bozukluğu geliştirme şansının arttığı görülmüştür (80). Bu bulgu; alkol tüketim süresi, ilk içki yaşı, içme şekli, tüketilen alkol türü veya ailede alkol kullanım öyküsü gibi faktörlerle anlamlı bir ilişki bulunmadığı Arackal ve Benegal'in çalışmasından farklılık göstermektedir (81). Mandell ve Miller tarafından yürütülen bir pilot çalışmada, düzenli içmenin başlangıcından günümüze kadar içme miktarı, sıklığı ve süresi cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. Bağımlılık süresi arttıkça alkolün santral sinir sistemi, hepatik, endokrin ve gonadal sistemler üzerindeki kümülatif etkileri, cinsel işlev bozukluğunun şiddetinin artmasına neden olmaktadır (82).

2.2.4. Cinsel İşlev Bozukluklarını Etkileyen Faktörler

Cinsel işlev bozukluğu, yaş ve eğitim düzeyi gibi çeşitli demografik özelliklerle ilişkili bulunmuştur. Cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili yaygın risk faktörleri arasında bireyin genel sağlık durumu, bazı kronik hastalıklar, psikiyatrik/psikolojik bozukluklar ve sosyo-demografik durumlar yer almaktadır. Cinsel işlev bozukluğu deneyimi, fiziksel ve duygusal sağlığı zayıf olan kadın ve erkeklerde daha olasıdır. Cinsel işlev bozuklukları ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiler de bildirilmiştir (83).

Cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili yaygın risk faktörleri, bireyin genel sağlık durumu, diyabetes mellitus gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların varlığı, kardiyovasküler hastalıklar, genitoüriner hastalıklar, psikiyatrik/psikolojik bozukluklar ve kronik hastalıkları içermektedir. Madde kullanımı ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki giderek daha fazla tanınmaktadır (83).

2.2.4.1. Organik Faktörler ve Fiziksel Hastalıklar

Erkeklerde diyabet, erektil disfonksiyonun yanı sıra azalmış arzu ve orgazm disfonksiyonu prevalansı ile ilişkilendirilmiştir. İnsüline bağımlı diyabetes mellitusu olan, 10 yıldan uzun süredir mevcut olan, glikosile edilmiş hemoglobine dayalı orta veya zayıf kontrole sahip diyabetli ve diyet kontrolü, diyabetes mellitus ile ilişkili arteriyel, renal veya retinal hastalık öyküsü ve nöropati dışındaki ajanlarla ynetilenlerde ve sigara içenlerin hepsi erektil disfonksiyon için daha yüksek bir olasılık oranı göstermektedir. Endotel disfonksiyonu, birçok erektil disfonksiyon vakasında mevcut olan bir durumdur ve bu nedenle diğer vasküler hastalık durumları için ortak etiyolojik yollar bulunmaktadır (88,89).

Kronik bir hastalıkla yaşamak, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri dahil olmak üzere yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu yönler yakından bağlantılıdır ve eğer bir kısım etkilenirse diğerlerini kesinlikle etkileyecektir. Ayrıca kronik hastalık, kronik hastalıkla ilgili biyo-psiko-sosyal faktörlerin aracılık ettiği hastanın cinsel yaşamını sıklıkla etkilemektedir. Multipl skleroz ve epilepsi, cinselliğin etkilenebileceği ve muhtemelen cinsel işlev bozukluğu ile sonuçlanabileceği ömür

boyu süren nörolojik hastalıklardır. Kronik nörolojik hastalıklar ve medikal tedavi sıklıkla cinsellik ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Multipl skleroz veya epilepsili hastalarda cinsel işlev bozukluğunun arttığı bilinmektedir ancak insidans literatüre göre değişmektedir (84).

Son araştırmalar yetersiz uyku, düzensiz uyku ve uyku bozukluklarının cinsel işlev de dahil olmak üzere insan sağlığının birçok yönünü etkilediğini göstermektedir. Aslında ürolojik bozuklukları veya erektil disfonksiyonu olan hastalarda, ürolojik veya cinsel disfonksiyonlarına katkıda bulunan bir uyku bozukluğu olabilmektedir. Obstrüktif uyku apnesi, uykusuzluk, vardiyalı çalışma bozukluğu ve huzursuz bacak sendromunun tümü yaygın uyku bozukluklarıdır ve erektil disfonksiyon ve/veya diğer ürolojik bozukluklarla ilişkilidir (85).

2.2.4.2. Psikososyal Faktörler

Erkeklerin cinsel uyarılabilirliği bağlamsal, psikolojik ve biyolojik faktörlerden olumsuz etkilenebilmektedir. Cinsel aktivite sırasında partnere duygusal olarak yakın hissetmemek de ilişkideki sıkıntıyı artırabilmektedir. Kişisel psikolojik faktörler; benlik imajı, ruh hali, benlik saygısı, duygusal dengesizlik ve endişeli olup olmamayı kapsar. Zayıf benlik saygısı, düşük benlik imajı, duygudurum dengesizliği ve kaygı ve nevrotikliğe eğilim ile arzu bozukluğu arasında yüksek bir korelasyon vardır; Kontrolü elinde tutma ihtiyacı yüksek olan ve bunu kaybetme hissine, özellikle vücut tepkilerine tahammül edemeyen erkekler, cinsel uyarılma ve orgazm konusunda çok büyük zorluk yaşamaktadır. Diğer faktörler, zorlayıcı veya taciz edici geçmiş cinsel deneyimlerden hatıralar ve disparoni gibi olumsuz sonuçların beklentileri olabilmektedir. Cinsel işlev bozukluğu depresyonla güçlü bir şekilde ilişkilidir ve ayrıca antidepresanlarla tedavinin bir yan etkisi olabilmektedir (86).

Konu DSM-5 perspektifinden ele alındığında cinsel işlev ve depresyon arasındaki bağlantı vurgulanmaktadır. Hem cinsel istek hem de cinsel uyarılmanın depresyonla olumsuz ilişkili olduğu ölçüde kadınlar ve erkekler için mevcuttur.

Laurent ve Simons, depresyon ile cinsel zevk veya doyum arasında negatif bir ilişkinin yanı sıra orgazm, ağrı ve depresyon arasında bir korelasyon belirlemiştir; ancak, ikincisi kapsamlı bir şekilde araştırılmamıştır (87). Diğer çalışmalar, depresyonun kadınlarda orgazm güçlüğü ve ağrı, erkeklerde ise gecikmiş ve erken boşalma ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir (88). Daha spesifik olarak, erken boşalma olasılığı, duygusal sorunları veya stresi olan erkeklerde iki katından fazla bulunmuştur ve cinsel ağrı, duygusal sorunları veya stresi olan kadınlarda iki kat daha fazla bulunmuştur. Ayrıca, 203 orta yaşlı Koreli erkekle yapılan bir çalışma, erektil disfonksiyon ile depresif semptomlar arasında, yaş, medeni durum, eğitim, sigara, alkol, hipertansiyon, fiziksel aktivite düzeyi, kolesterol ve vücut kitle indeksine göre ayarlandıktan sonra güçlü kalan depresif semptomlar arasında anlamlı bir pozitif ilişki olduğunu bildirmiştir (89).

Diğer bir yaygın ruh sağlığı bozukluğu olan anksiyete de cinsel işlev bozukluğu ile ilişkilidir, bu ilişki hem kadınlarda hem de erkeklerde belirgin olmakla birlikte, araştırma kapsamlı değildir. Kaya ve arkadaşları, kronik pelvik ağrılı kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ile anksiyete arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmiştir (90). Ek olarak, artan kaygı, daha büyük bir erektil zorluk riski ve azalan cinsel zevk ile ilişkili bulunmuştur. Anksiyete başlangıcının cinsel işlevsellik üzerinde hiçbir etkisi olmadığı bildirilirken, erkek ve kadınlarda anksiyete ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki için nedensel bir yol oluşturmak için hiçbir kanıt yok gibi görünmektedir (87).

Genel olarak, cinsel işlev ve ruh sağlığı bozukluklarının çift yönlü çağrışımsal bir ilişkisi var gibi görünmektedir; yani ruh sağlığı bozukluklarının cinsel aktiviteyi etkilediği gösterilmiştir ve bunun tersi de geçerlidir (87). Kashdan ve arkadaşları, 150 üniversite öğrencisinde 3 hafta boyunca anksiyete ve depresyonun cinsel aktivite üzerindeki etkilerini incelemiş ve hem sosyal anksiyete hem de depresyonun cinsel aktivite sırasında daha az zevk ve bağlılık ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca cinsel temas sıklığının depresif belirtilerle negatif ilişkili olması, çalışmada bu yönün araştırılmamasına rağmen cinsel temasın depresif belirtilere karşı koruyucu etkisinin olabileceğini göstermektedir (91).

Öfke, cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olan başka bir psikolojik faktördür. Öfkenin olumsuz penil şişkinlik ve cinsel istek ile ilişkisi Bozman ve arkadaşları

tarafından 1991'de gösterilmiştir. Hipoaktif cinsel isteği olan kişilerde öfkenin arzu ve uyarılmayı engelleyen mekanizmalardan biri olabileceğini öne sürmüşlerdir. Eretil disfonksiyon insidansı, artan ifade ve öfkenin bastırılması ile ilişkili bulunmuştur (92).

2.2.4.3. Aleksitimi

Aleksitimi; duyguları tanımlamada, bedensel duyular ve duygular arasında ayırım yapmada zorluk olarak tanımlanmaktadır. Aleksitimi, bilişsel işleme ve duygu düzenlemede işlev bozukluklarına neden olmaktadır bu nedenle birçok psikiyatrik ve tıbbi rahatsızlığa yol açabilmektedir. Daha önceki bir çalışmada, Lindholm ve arkadaşları aleksitimik özelliklerin uyku gecikme süresi ve uykudan uyanma gibi uykusuzluk semptomları ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (93). Ayrıca aleksitimi ile eretil disfonksiyon, hipoaktif cinsel istek ve erken boşalma arasındaki ilişki gösterilmiştir. Aleksitimi ile cinsel istek azalması, daha fazla cinsel tatminsizlik ve daha az vajinal ilişki sıklığı ilişkisi klinik olmayan kadın örnekleriyle yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (94).

Aleksitimi ile AKB arasındaki ilişkiye literatürde rastlanmaktadır. Thorberg ve arkadaşları daha yüksek düzeyde aleksitimisi olan AKB bireylerin “aşırı içme” prevalansının ve alkol zehirlenmesinin istenmeyen yan etkilerinin daha fazla olduğunu gözlemlemişlerdir. Aynı çalışmada, alkol tüketiminin miktar olarak fazlalığının ve sıklığının aleksitimi ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (19). Ghogare ve arkadaşları klinik olarak anlamlı aleksitimisi olan AKB bireylerin, aleksitimisi olmayanlara göre alkol bağımlılığı şiddetinin daha yüksek olduğunu gözlemlemiştir (95). Bir çalışma, aleksitiminin AKB gelişimi için bir risk faktörü olarak hareket ettiğini ve tedavi sonuçlarını etkileme potansiyeline sahip olduğunu gözlemlemiştir (19). Aleksitiminin duyguları söze dökmede güçlük şeklinde kendini gösterdiği ve AKB tedavisinin büyük bir bölümünün sözelleştirmeye bağlı olduğu fikrini kanıtlamaktadır. Diğer birçok çalışma da aleksitimi AKB gelişimi için bir risk faktörü olarak hareket ettiğini varsaymıştır (105,106).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışma AKB olan erkek hastalarda depresyonun, anksiyete düzeyinin, aleksitiminin, cinsel işlev bozukluğu ve cinsel doyum üzerine olan etkisi ve sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılmasını amaçlayan kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın örneklemi; AMATEM polikliniğine başvuran ve servisinde yatan DSM-5'e göre AKB tanısı alan 52 adet AKB hastası ve yaşça eşleştirilmiş 52 adet sağlıklı kontrol (SK)'den oluşmaktadır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Hastanın çalışmaya katılmak için onam vermiş olması,
- AKB hastaları için DSM-5 e göre Alkol Kullanım Bozukluğu kriterlerini karşılamak
- 18 - 65 yaş arasında erkek olmak
- En az beş yıl eğitim almış olmak
- Alkol Kullanım Bozukluğu harici psikiyatri başvurusunun olmaması ve son 6 ayda ilaç kullanmamış olması
- Cinsel fonksiyonu etkileyecek komorbid hastalığının olmayışı (Hipertansiyon, Diyabetes mellitus, spinal kord hasarı, endokrin hastalıklar)
- Cinsel partnerinin bulunmasıdır.

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- Hastanın çalışmaya katılım için onam vermemesi
- Ölçeklerin uygulanmasına engel oluşturacak herhangi bir fiziksel özür varlığı (görme, işitme kaybı, motor kayıp vb.)
- Alkol harici madde kullanım öyküsü

- Mentalretardasyon ve psikotik bozukluk tanılarının bulunması
- Kognitif işlevleri etkileyebilecek serebrovasküler hastalık, epilepsi, kafa içi tümör, ciddi kafa travması gibi ek nörolojik hastalık bulunması
- Okuduğunu anlayamayacak kadar okuma-yazma bilmeme ya da okuryazar olmaması,
- Alkol kullanımından önce veya primer bir cinsel disfonksiyonu olması
- Cinsel fonksiyonu etkileyecek ilaç kullanımının olmasıdır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. DSM – 5

SCID-I, psikiyatri hastaları veya psikopatoloji için değerlendirmeye tabi tutulan hasta olmayan topluluk denekleri ile kullanım için klinisyen tarafından yönetilen, yarı yapılandırılmış bir görüşmedir. SCID-I, klinisyen tarafından uygulanan görüşmelerin en kullanıcı dostu olanıdır ve mevcut DSM'ye göre tanı koymaktadır. Ana gövdesi, Mood Episodları ve Mood Disorders Differential dahil olmak üzere dokuz tanı modülünden oluşmaktadır. Tanılar görüşme sırasında görüşmeci tarafından yapılmakta olup; ayrı bir puanlama algoritması veya programı gerekmemektedir. İdeal SCID-I görüşmecisi, yeterli klinik deneyime ve psikopatoloji ve psikiyatrik tanı bilgisine sahip, görüşme kılavuzu olmadan tanı görüşmesi yapacak kişi olarak tanımlanmaktadır (96). Türk toplumunda uyarılma ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (97).

Bu çalışmada SCID-I testi ile katılımcıların AKB olan grup ve sağlıklı kontrol grubu olarak ayrılmaları sağlanmıştır.

3.3.2. Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği (ABŞÖ)

Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği, 1983 yılında Stockwell ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (SADQ-The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire) (98). Türkçe'ye ise Akyel ve arkadaşları tarafından 2018 yılında kazandırılmıştır (99).

ABŞÖ; alkol bağımlılığının şiddetini ölçmek için geliştirilmiş, kendi kendine uygulanan bir ankettir. Bu ölçek, aşırı alkol tüketiminin fiziksel yoksunluk belirtileri, afektif yoksunluk belirtileri, yoksunluktan kurtulma içiciliği, alkol tüketiminin miktarı ve sıklığı ve yoksunluk belirtilerinin başlangıcı olmak üzere 5 tematik bölüme ayrılmıştır (99).

Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeğinden alınabilecek puanlar 0 ila 60 arasında değişmektedir. Toplam puanın 16'nın altında olması hafif bir fiziksel bağımlılık, 16-30 puan arasında olması "orta düzeyde" alkol bağımlılığı, 31 puan ve üzerinde olması ise "ciddi" alkol bağımlılığı olarak değerlendirilmektedir (100).

DSM-5 de "Alkol Bağımlılığı" yerine "Alkol Kullanım Bozukluğu" kullanılmaktadır. ABŞÖ ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği ise DSM-5 e göre yapılmıştır. Ancak Ölçek "Alkol Bağımlılığı" terimini kullandığı için, çalışmamızda ölçek ile ilişkili alanlarda "Alkol bağımlılığı" harici alanlarda ise "Alkol Kullanım Bozukluğu" kullanılacaktır.

3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği, anksiyete belirtilerini listeleyen 21 maddelik bir öz bildirim anketidir. Katılımcıdan, geçen hafta içinde her bir semptomun kendisini ne kadar rahatsız ettiğini derecelendirmesi istenmektedir. Semptomlar, "hiç" (0) ile "ciddi" (3) arasında değişen dört puanlık bir ölçekte derecelendirilmektedir. Bu ölçek yüksek bir iç tutarlılığa ($\alpha = .92$) ve yüksek test-tekrar test güvenilirliğine ($r = .75$) sahiptir (101).

Beck Anksiyete Ölçeği; anksiyete ve depresyonu olan bireylerde davranışsal, duygusal ve fizyolojik semptomları ayırt etmek için tasarlanmıştır. Bu amaca ulaşmak için yazarlar, anksiyetenin fizyolojik ve bilişsel belirtilerine özgü ve depresyon belirtilerinden bağımsız maddeler eklemiştir (101). Beck Anksiyete Ölçeği, öz bildirim yoluyla kaygının şiddetini ölçmek için yaygın olarak kullanılmaktadır (102).

Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği o kişinin yaşadığı anksiyete düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Ülkemizdeki ölçek geçerlilik ve

güvenilirlik çalışmasıysa Ulusoy ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (103).

3.3.4. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, depresif psikiyatrik hastalarda sıklıkla ve depresif olmayan psikiyatrik hastalarda nadiren meydana gelen tutum ve semptomların klinik gözlemlerinden geliştirilmiştir (104). Toplamda 21 madde içeren ölçekte puanlar ve önem derecesine göre 0-3 arasında derecelendirilmiştir. Anket genellikle kendi kendine uygulanmaktadır ancak başlangıçta eğitimli görüşmeciler tarafından uygulanmak üzere tasarlanmıştır (105). Kendi kendine uygulama 5-10 dakika sürmektedir. 0'dan (semptom yok) 3'e (şiddetli semptomlar) kadar 4 puanlık bir ölçekte 21 madde içermektedir. Anksiyete belirtileri değerlendirilmemektedir ancak DSM-IV majör depresyon kriterlerini yansıtan afektif, bilişsel, somatik ve vejetatif belirtiler ele alınmaktadır. Puanlama, 21 ögenin tümü için alınan puanlar üst üste eklenerek elde edilmektedir. Minimum puan 0 ve maksimum puan 63'tür. Yüksek puanlar daha fazla semptom şiddetini göstermektedir (106).

Beck Depresyon Ölçeğinden alanın puan toplamının yüksek olması depresyon şiddetini göstermektedir. Beck ve arkadaşları 26 tarafından 1961 yılında geliştirilen ölçek yaygın olarak kullanılmaktadır (104). Ayrıca ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasıysa Hisli tarafından gerçekleştirilmiştir (107).

3.3.5. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20)

Toronto Aleksitimi Ölçeğinin geliştirilmesi, aleksitimi ölçmek için etkili bir yol sağladığı ve klinik gruplar arasında karşılaştırma yapılabilmesine olanak tanıdığı için bu alana ilginin artmasıyla sonuçlanmıştır (108). Toronto Aleksitimi Ölçeği, katılımcıların ifadelerine katılma düzeylerini beş puanlık bir Likert ölçeğinde derecelendirdiği, toplam puanın yanı sıra duyguları tanıma zorluğunu, duyguları ifade etme zorluğunu ve dışa vuruk düşüncüyü ölçmek için tasarlanmış alt ölçek puanlarını veren kısa bir öz bildirim ölçüsüdür (108).

Bu ölçek ilk olarak Bagby ve arkadaşları tarafından 1985'te aleksitimi tanımlamak amacıyla geçerli ve güvenilir bir kendini değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiştir. Daha sonra 1994'te revize edilmiş ve günümüzde kullanılmakta olan

20 maddelik hali oluşturulmuştur. Böylece ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği arttırılmıştır (108). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasıysa Güleç ve arkadaşları tarafından 2001 yılında gerçekleştirilmiştir (109). Ölçek 20 maddeden oluşmakta olup 3 alt ölçeği bulunmaktadır. İlk alt ölçek 1, 3, 6, 7, 9, 13 ve 14. soruları içermekte olup 7 maddeden oluşmaktadır ve duyguları tanıma zorluğu alt ölçeği olarak isimlendirilmektedir. İkinci alt ölçek 2, 4 (ters), 11, 12, 17. sorularını içermektedir ve duygularını ifade etme zorluğu alt ölçeği olarak isimlendirilmektedir. Üçüncü alt ölçek ise 5 (ters), 8, 10(ters), 15, 16, 18 (ters), 19 (ters), 20. soruları içermekte olup 8 maddeden oluşmaktadır ve dışa vuruk düşünce alt ölçeği olarak isimlendirilmektedir (109).

TAS-20’de yer alan sorular 5 puanlık bir likert ölçeği tipindedir. Ölçekte “1= hiçbir zaman, 5= her zaman” olarak kodlanmaktadır. Ölçekten alınan puan, her soruya verilen (ters sorular dikkate alınarak) yanıtların toplamından elde edilmektedir. Testin asıl versiyonunda 61 üstü aleksitimi, 52-60 muhtemel aleksitimi olarak kabul edilmekte 51 ve altı aleksitimi değil olarak kabul edilmektedir. Türkçe versiyonunda ise 51 ve üzerinde puan alınması aleksitimi olarak kabul edilmekte olup 59 puan ve üzeri ise kesin aleksitimi olarak belirlenmiştir (109).

3.3.6. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, McGahuey ve arkadaşları tarafından geliştirilen likert tipi bir ölçektir (110). Türkçe uyarlanması ise Soykan tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkiye’deki geçerlik güvenirlik çalışmasında, ölçek iç tutarlılığının ve güvenirliğinin 0.89-0.90 Cronbach α değerleri ile yüksek, cinsel disfonksiyonu ayırt etmede geçerli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (111).

ACYÖ’nün kadınlar ve erkekler için ayrı formları bulunmaktadır. Katılımcılar tarafından doldurulabilmektedir ve yorumlanması için özel bir eğitime ihtiyaç bulunmamaktadır. Altılı likert tipte beş maddeden oluşan ölçeğin puan aralığı 5-30’dur. Toplam puanın yüksekliği cinsel disfonksiyona işaret etmektedir. Soykan’ın çalışmasında ölçek puanının 11 ve üzerinde olması cinsel disfonksiyon için kesme noktası olarak kabul edilmiştir (111).

3.3.7. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, 1986 yılında Golombok ve Rust tarafından kişilerin cinsel fonksiyonunu değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Kadınlar ve erkeklere uygulanmak üzere iki ayrı formu mevcut olan ölçeğin her iki formu da 28 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte 7 boyut vardır. Kadın ve erkek formlarında kaçınma, dokunma, iletişim, doyum ve ilişki sıklığı alt boyutları ortaktır. Bu alt boyutlar dışında kalan kadınlar için vaginismus ve anorgazmi, erkekler için ise empotans ve erken boşalma alt boyutları bulunmaktadır. Bunun yanında formlarda bu alt boyutların haricinde cinsel ilişki niteliği ile alakalı 4 madde de bulunmaktadır (112).

Ölçek maddelerinin puanlaması beşli Likert tipinde olmakta; “hiçbir zaman, nadiren, bazen, çoğunlukla, her zaman” seçenekleri bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde toplam puanın yanı sıra alt boyutların puanları da kullanılmaktadır. Ölçekten yüksek puan alınması cinsel işlev bozulmasını göstermektedir. Bu ham puanların daha sonra 1 ile 9 arasında bulunan standart puanlara dönüştürülmesi de mümkündür (113).

Rust ve Golombok tarafından 1986’da GRCDÖ’nin güvenilirliği ortaya konmuştur (113). Ayrıca yine Golombok ve Rust’un 1988’de yürüttükleri bir diğer araştırmada ölçeğin özellikle cinsel belirtilerin şiddetinin belirlenmesi amacıyla kullanılması uygun bir ölçme aracı olduğu gösterilmiştir (112). Tuğrul ve arkadaşları, 1993’te yayımlanan çalışmalarında Türkiye’de de GRCDÖ’nin geçerliğini ve güvenilirliğini göstermişlerdir. Ölçeğin alt boyutlarından elde edilen cronbach alfa sayısı kadınlar için 0,51 ile 0,88 arasında iken, erkekler için 0,63 ile 0,91 arasında değişmektedir (114). Erkeklerde GRCDÖ sorularına göre alt boyutlara bakılacak olursa; sıklık alt boyutu 1. ve 17. sorulardan, iletişim alt boyutu 2. ve 19. sorulardan, kaçınma alt boyutu 7, 14, 22. ve 28. sorulardan, dokunma alt boyutu 6. 12. 20. ve 25. sorulardan, doyum alt boyutu 5, 11, 15. ve 21. sorulardan, empotans alt boyutu 3, 10, 16. ve 23. sorulardan, erken boşalma boyutu 4, 13, 24. ve 27. sorulardan, nitelik alt boyutu 8, 18, 19. ve 26. sorulardan oluşmaktadır (113).

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından ölçeklerin katılımcılara birebir uygulanması yoluyla toplanmıştır. Uygulanan ölçeklerin yanı sıra katılımcıların yaşları,

cinsiyetleri, eğitim durumları, daha önce AKB için aldıkları tedaviler, meslekleri, ek kronik ve sistemik hastalıklarının olup olmadığı da not edilmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 24.0 paket programından yararlanılmıştır. Veriler kategorik olduğunda karşılaştırmalar ki kare testi ile, veriler sürekli olduğunda ise sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı önce Kolmogrov-Smirnoff testi ile analiz edilmiş, daha sonra sürekli değişkenlerin normal dağılması halinde istatistiki karşılaştırmalar Student T testi ile yapılmıştır. Normal dağılmadığında ise Mann Whitney U testi uygulanmıştır. ANOVA testi uygulandığında farkın hangi gruplar arasında olduğunu gözlemlemek için post-hoc analizlerinden Tukey testi ile devam edilmiştir. Normal dağılmayan veriler için ise Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. İstatistiksel analizler sonucunda $p < 0,05$ olması anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya 52 AKB olan birey ve 52 sağlıklı kontrol olmak üzere toplamda 104 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinden kategorik olan değişkenler için ki kare testi ile analiz gerçekleştirilmiş ve analiz sonuçlarına Tablo 4.1.'de yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların gruplara göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		Sağlıklı Kontrol Grubu n (%)	AKB Grup n (%)	p X ²
Gelir düzeyi	Üst (8000 TL üzeri)	22 (42,3)	17 (32,7)	0,151 6,721
	Orta (4000-8000 TL)	24 (46,2)	26 (50,0)	
	Alt (4000 TL altı)	6 (11,5)	9 (17,3)	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş	10 (19,2)	13 (25,0)	0,017 10,247
	Evli	40 (76,9)	27 (51,9)	
	Boşanmış/eşi ölmüş	2 (3,8)	12 (23,0)	
Eğitim durumu				0,024 11,240
	Okuryazar	1 (1,9)	5 (9,6)	
	İlköğretim	11 (21,2)	20 (38,5)	
	Lise	19 (36,5)	19 (36,5)	
	Yüksekokul	21 (40,4)	8 (15,4)	
Meslek	Memur/asker	12 (23,1)	3 (5,8)	0,019 11,785
	İşçi	21 (40,4)	19 (36,5)	
	Emekli	4 (7,7)	7 (13,5)	
	Düzenli Çalışmıyor	15 (28,9)	23 (44,2)	
Aile Yapısı	Çekirdek aile	44 (84,6)	40 (76,9)	0,003 13,968
	Kalabalık aile	7 (13,5)	2 (3,8)	
	Diğer	1 (1,9)	10 (19,2)	
Yetiştigi Yer	Köy/kasaba	11 (21,1)	6 (11,5)	0,152 6,703
	İlçe merkezi	13 (25,0)	17 (32,7)	
	İl merkezi	28 (53,8)	25 (48,1)	

	Yurt dışı	0	4 (7,7)	
Yaşadığı	Köy/kasaba	6 (11,5)	4 (7,7)	0,084
Yer	İlçe merkezi	7 (13,5)	14 (26,9)	6,648
	İl merkezi	39 (75,0)	31 (59,6)	
	Yurt dışı	0	3 (5,8)	

Tablo 4.1.'de görüldüğü gibi üst gelir düzeyine sahip olanlar sağlıklı kontrol grubunun %47,3'ünü oluştururken, AKB olan grubun %32,7'sini oluşturmaktadır. Gruplar arasında gelir düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmamıştır. Medeni duruma bakıldığında ise evli olan katılımcıların sağlıklı kontrol grubunun %76,9'unu, AKB olan grubun %51,9'unu oluşturduğu görülmektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup, evli katılımcılar sağlıklı kontrol grubunda AKB olan gruba göre anlamlı farkla daha fazladır ($p=0,017$). Katılımcıların eğitim durumları değerlendirildiğinde her iki grupta da okur yazar olmayan katılımcının bulunmadığı, ayrıca eğitim durumu yüksek okul olanların sağlıklı kontrol grubunun %40,4'ünü, AKB olan grubun ise %15,4'ünü oluşturduğu görülmektedir. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olup, yüksek okul mezunu katılımcılar sağlıklı kontrol grubunda AKB olan gruba göre anlamlı farkla daha fazladır ($p=0,024$).

Mesleği memur veya asker olan katılımcıların sağlıklı kontrol grubunun %23,1'ini, AKB olan grubun ise %5,8'ini oluşturduğu; aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu; dolayısıyla memur/asker olan katılımcıların sağlıklı kontrol grubunda, AKB olan gruba göre anlamlı farkla yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,019$).

Aile yapısı değerlendirilirken Fisher's-exact testten yararlanılmış ve çekirdek aile yapısına sahip olanların sağlıklı kontrol grubunun %84,6'sını, AKB olan grubun ise %76,9'unu oluşturduğu aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu; yani çekirdek aile yapısına sahip katılımcıların sağlıklı kontrol grubunda, AKB olan gruba göre anlamlı farkla daha fazla olduğu görülmüştür ($p=0,003$).

Katılımcıların yaşadığı yere bakıldığında şehir merkezinde yaşayanların sağlıklı kontrol grubunun %75'ini, AKB olan grubun ise %59,6'sını oluşturduğu

görülmüştür. Yetiştigi yere bakıldığında ise şehir merkezinde yetişenlerin sağlıklı kontrol grubunun %53,8'ini, AKB olan grubun %48,1'ini oluşturduğu görülmüştür. Yaşadığı yer ve yetiştigi yer değişkenlerinin iki grup arasında istatistiksel olarak farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.2.'de katılımcıların yaş ortalamalarına ve iki grubun yaş ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplarda t testi analizi sonucuna yer verilmiştir. Buna göre sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması $41,90 \pm 7,66$ iken AKB olan grubun yaş ortalaması $41,37 \pm 11,21$ 'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,270$).

Tablo 4.2. Katılımcıların Yaş Ortalamaları

	Grup	N	Ortalama	SD	p	t
Yaş	Sağlıklı kontrol grubu	52	41,90	7,66	0,776	0,286
	AKB grup	52	41,37	11,21		

Tablo 4.3.'te AKB grubundaki katılımcıların alkol kullanımı ile ilgili bilgilerinin dağılımına yer verilmiştir. Bu sorular yalnızca AKB grubundaki bireylere yöneltilmiştir.

Tablo 4.3. AKB gruptaki bireylerin alkol kullanımları ile ilgili sorulara yanıtlarının dağılımı

		AKB Grup
		n (%)
Değişkenler		
Alkol başlama yaşı	<15 yaş	12 (23,1)
	15-23 yaş	34 (65,4)
	≥24 yaş	6 (11,5)
Alkol kullanımına başlama nedeni	Merak	13 (25,0)
	Ergenlik sorunları	1 (1,9)
	Özenti	7 (13,5)
	Çevreden etkilenme	18 (34,6)
	Stres	4 (7,7)
	Diğer	9 (17,3)
Alkol kullanım miktarında zamanla değişim	Değişmedi	9 (17,3)
	Azaldı	6 (11,5)
	Arttı	37 (71,1)
Alkolü bırakmayı düşündünüz mü?	Hayır	7 (13,5)
	Evet	45 (86,5)
Ailede alkol kullanan var mı?	Yok	41 (78,8)
	Var	11 (21,2)

Tablo 4.3.'ten de anlaşıldığı gibi AKB grubundaki katılımcıların %23,1'inin alkol kullanmaya başlama yaşı 15'in altındadır. Ayrıca %25'i alkol kullanımına başlama nedeninin merak olduğunu, %34,6'sı ise başlama nedeninin çevreden etkilenme olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %17,3'ünün alkol kullanım miktarında zamanla değişim gözlenmemiş olup %71,1'inin alkol kullanım miktarı zamanla artmıştır. Bununla birlikte %86,5'i alkol kullanmayı bırakmayı

düşündüğünü belirtmiştir. AKB grubundaki kişilerin %21,2'sinin ailesinde de alkol kullananlar mevcuttur.

Tablo 4.4. AKB olan gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeğine göre dağılımı

Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği	Hafif	Orta	Ağır
	M=8.29±4.73	M=23.82±4.39	M=39.29±8.27
N	14	17	21
%	26.9	32.7	40.4

Tablo 4.4 te; AKB olan gruptaki bireylerin %26.9 u hafif düzeyde alkol bağımlılığı, %32.7 si orta düzeyde alkol bağımlılığı ve %40ı ağır düzeyde alkol bağımlılığı olarak dağılmıştır.

Tablo 4.5.'te her iki gruptaki katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile grupların puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 4.5. Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplarda t testi sonuçları

	AKB Grup	Sağlıklı	t	p
	Ortalama±SS	Kontrol		
		Grubu		
		Ortalama±SS		
Beck Anksiyete	22,02±16,07	4,06±4,07	-7,812	<0,001
Ölçeği				
Beck Depresyon	23,81±14,88	4,56±3,34	-9,096	<0,001
Ölçeği				

Tablo 4.5.'te görüldüğü gibi AKB olan grubun Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması 22,02±16,07 iken sağlıklı kontrol grubunun puan ortalaması 4,06±4,07'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Beck Anksiyete Ölçeğinden alınan puan ortalamalarının yüksekliği anksiyete düzeyinin yüksekliğine işaret ettiği için AKB olan grubun anksiyete düzeyinin sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca AKB olan grubun Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 23,81±14,88 iken, sağlıklı kontrol grubunun puan ortalaması 4,56±3,34'tür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puan ortalamalarının yüksekliği depresyon düzeyinin yüksekliğine işaret ettiği için AKB olan grubun depresyon düzeyinin sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 4.6.'da her iki gruptaki katılımcıların Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları ile grupların puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 4.6. Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt alanlarından alınan puanların karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplarda t testi sonuçları

	AKB Grup	Sağlıklı	t	p
	Ortalama±SS	Kontrol		
		Grubu		
		Ortalama±SS		
Toronto	59,73±10,86	45,46±7,60	-7,762	<0,001
Aleksitimi				
Ölçeği (Toplam)				
DTG Alt Alanı	20,92±6,85	11,87±3,83	-8,314	<0,001
DSDG Alt Alanı	14,96±3,57	11,50±3,29	-5,140	<0,001
DDD Alt Alanı	23,85±3,91	22,10±4,10	-2,226	0,028

Tablo 4.6.'da görüldüğü gibi AKB grubundaki bireylerin Toronto Aleksitimi Ölçeği puan ortalaması 59,73±10,86 iken, sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin puan ortalaması 59,73±10,86'dır. AKB olan grubun, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu; yani aleksitimi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Toronto Aleksitimi Ölçeğinin DTG alt alanına bakıldığında AKB grubunun puan ortalamasının 20,92±6,85 olduğu, sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasının ise 11,87±3,83 olduğu görülmüştür. AKB olan grup, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek puan ortalamasına sahiptir; yani daha fazla duygu tanıma güçlüğüne sahip olduğu söylenebilir ($p<0,001$).

Toronto Aleksitimi Ölçeğinin DSDG alt alanına bakıldığında AKB grubunun puan ortalamasının 14,96±3,57 olduğu, sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasının ise 11,50±3,29 olduğu görülmüştür. AKB grubu, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek puan ortalamasına

sahiptir; yani daha fazla duygularını ifade etme zorluğu yaşadığı söylenebilir ($p<0,001$).

Toronto Aleksitimi Ölçeğinin DDD alt alanına bakıldığında AKB grubunun puan ortalamasının $23,85\pm3,91$ olduğu, sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasının ise $22,10\pm4,10$ olduğu görülmüştür. AKB grubu, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek puan ortalamasına sahiptir; yani daha fazla dışa vuruk düşünce güçlüğüne sahip olduğu söylenebilir ($p=0,028$).

Tablo 4.7.'de her iki gruptaki katılımcıların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile grupların puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 4.7. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplarda t testi sonuçları

	AKB Grup	Sağlıklı	t	p
	Ortalama$\pm$SS	Kontrol Grubu		
		Ortalama$\pm$SS		
Arizona	13,94 $\pm$ 3,97	11,44 $\pm$ 3,09	-3,577	0,001
Cinsel				
Yaşantılar				
Ölçeği				
Toplam				
Puanı				

Tablo 4.7.'de görüldüğü gibi AKB grubundaki bireylerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puan ortalaması $13,94\pm3,97$ iken, sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin puan ortalaması $11,44\pm3,09$ 'dur. Yani AKB olan grubun, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu; dolayısıyla cinsel fonksiyon düzeyinin daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0,001$).

Tablo 4.8.'de her iki gruptaki katılımcıların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları ile grupların puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Verilerin normal dağılıp dağılmadığının görülmesi amacıyla Kolmogorov Smirnov testi yapılmış ve normal dağılıma uymadığı görülmüştür. Bu nedenle analiz Mann Whitney U testi ile gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.8. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılmasına yönelik bağımsız gruplarda t testi sonuçları

	AKB Grup	Sağlıklı Kontrol	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Toplam)	29,88±15,72	21,35±8,99	0,017
Empotans Alt Alanı	5,10±3,29	3,29±2,09	0,005
Erken Boşalma Alt Alanı	5,69±3,37	3,77±2,21	0,004
Dokunma Alt Alanı	3,04±2,80	2,44±2,28	0,321
Kaçınma Alt Alanı	3,08±3,08	1,77±2,13	0,027
Doyum Alt Alanı	6,19±3,26	4,31±2,78	0,001
Sıklık Alt Alanı	3,69±2,08	2,81±1,50	0,020
İletişim Alt Alanı	3,10±2,49	2,96±1,98	0,987

Tablo 4.8.'de görüldüğü gibi AKB grubundaki bireylerin Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puan ortalaması 29,88±15,72 iken, sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin puan ortalaması 21,35±8,99'dur. Yani AKB olan grubun,

sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu; dolayısıyla cinsel işlev bozukluğu düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,017$).

Empotans ($p=0,005$), erken boşalma ($p=0,004$), kaçınma ($p=0,027$), doyum ($p=0,001$) ve sıklık ($p=0,020$) alt alanlarında da AKB olan grubun, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Dokunma ($p=0,321$) ve iletişim ($p=0,987$) alt alanları puan ortalamalarına bakıldığında ise gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir.

Tablo 4.9.'da AKB grubundaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği ve alt alanlarından aldıkları puan ortalamalarına yer verilmiştir. Bu ölçek yalnızca AKB grubundaki katılımcılara uygulanmıştır.

Tablo 4.9. AKB gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği ve alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları

	AKB Grup Puan Ortalaması	SS	En düşük-En yüksek
Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği (Toplam)	25,88	14,10	0-58
Fiziksek Yoksunluk Belirtileri	4,58	2,99	0-12
Afektif Yoksunluk Belirtileri	4,12	3,63	0-12
Yoksunluktan Kurtulma İçiciliği	5,63	3,85	0-12
Alkol Tüketiminin Miktarı ve Sıklığı	5,50	2,86	0-12
Yoksunluk Belirtilerinin Başlangıcı	6,06	3,44	1-12

Tablo 4.9.'da görüldüğü gibi AKB gruptaki katılımcıların Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği puan ortalaması $25,88 \pm 14,10$ iken, fiziksel yoksunluk belirtileri alt alanı puan ortalaması $4,58 \pm 2,99$, afektif yoksunluk belirtileri alt alanı puan ortalaması $4,12 \pm 3,63$, yoksunluktan kurtulma içiciliği alt alanı puan ortalaması $5,63 \pm 3,85$, alkol tüketiminin miktarı ve sıklığı alt alanı puan ortalaması $5,50 \pm 2,86$, yoksunluk belirtilerinin başlangıcı alt alanı puan ortalaması $6,06 \pm 3,44$ 'tür.

Tablo 4.10.'da AKB grubundaki bireylerin alkol bağımlılığı şiddetlerine göre Toronto Aleksitimi Ölçeği puan ortalamalarının incelenmesine yer verilmiştir. Bunun için öncelikle Alkol Bağımlılığı Ölçeği puanları hafif-orta-şiddetli alkol

bağımlılığı olmak üzere üç kategoriye ayrılmıştır. Üçlü kategorik değişken ile sürekli değişkenin ilişkisi incelenirken verilerin normal dağılması nedeniyle ANOVA testinden yararlanılmıştır. Anlamlı sonuç elde edildiğinde post-hoc analizlerinden Tukey testi ile devam edilmiş ve anlamlı farkın nereden kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 4.10. AKB gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddetlerine göre Toronto Aleksitimi Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Hafif	Orta	Şiddetli	F	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Toronto Aleksitimi Ölçeği (Toplam)	54,71±10,32	59,18±9,74	63,52±11,07	3,017	0,048
DTG Alt Alanı	17,93±7,72	20,12±6,43	23,57±5,81	5,524	0,046
DSDG Alt Alanı	14,07±3,51	14,71±3,40	15,76±3,72	1,007	0,373
DDD Alt Alanı	22,71±2,26	24,35±4,88	24,19±3,91	0,803	0,454

Tablo 4.10.'da görüldüğü gibi alkol bağımlılığı şiddetine göre Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanı ($p=0,048$) ile DTG alt alanı ($p=0,046$) puanı ilişkisi istatistiksel olarak anlamlıdır. Anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak amacıyla Tukey testi yapılmıştır. Hafif düzeyde alkol bağımlısı olan grubun şiddetli düzeyde alkol bağımlısı olan gruba göre Toronto Aleksitimi Ölçeğinden ($p=0,003$) ve DTG alt alanından ($p=0,005$) istatistiksel olarak anlamlı farkla daha düşük puan aldığı; yani duyguları tanımada güçlük düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 4.11.'de AKB grubundaki bireylerin alkol bağımlılığı şiddetlerine göre Beck Anksiyete, Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesine yer verilmiştir. Üçlü kategorik değişken olan alkol bağımlılığı

şiddeti ile (hafif-orta-şiddetli) sürekli değişkenlerin ilişkisi incelenirken verilerin normal dağılması nedeniyle ANOVA testinden yararlanılmıştır. Anlamlı sonuç elde edildiğinde post-hoc analizlerinden Tukey testi ile devam edilmiş ve anlamlı farkın nereden kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 4.11. AKB gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddetlerine göre Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Hafif	Orta	Şiddetli	F	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Beck Anksiyete Ölçeği	8,36±7,83	21,12±12,51	31,86±16,14	13,409	<0,001
Beck Depresyon Ölçeği	11,29±9,58	26,24±13,20	30,19±14,44	9,466	<0,001

Tablo 4.11.'de görüldüğü gibi Beck Anksiyete Ölçeği ($p<0,001$) ve Beck Depresyon Ölçeği ($p<0,001$) puan ortalamaları ile alkol bağımlılığı şiddeti arasında anlamlı ilişki vardır. Anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak amacıyla Tukey testi yapılmıştır. Hafif düzeyde alkol bağımlısı olan grubun orta düzeyde alkol bağımlısı olan gruba göre Beck Anksiyete Ölçeğinden ($p=0,007$) ve Beck Depresyon Ölçeğinden ($p=0,004$) istatistiksel olarak anlamlı farkla daha düşük puan aldığı görülmüştür. Ayrıca hafif düzeyde alkol bağımlısı olan grubun şiddetli düzeyde alkol bağımlısı olan gruba göre Beck Anksiyete Ölçeğinden ($p<0,001$) ve Beck Depresyon Ölçeğinden ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı farkla daha düşük puan aldığı; yani anksiyete ve depresyon düzeylerinin anlamlı farkla daha düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 4.12. AKB olan gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddetlerine göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Hafif	Orta	Şiddetli	F	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği					
	12,29±3,19	14,00±3,55	15,00±3,52	2,038	0,141

Tablo 4.12.'de görüldüğü gibi alkol bağımlılığı şiddetine göre Arizona Cinsel yaşantılar ölçeğinde anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 4.13.'de AKB grubundaki bireylerin alkol bağımlılığı şiddetlerine göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve alt alanları puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesine yer verilmiştir. Üçlü kategorik değişken olan alkol bağımlılığı şiddeti ile (hafif-orta-şiddetli) sürekli değişkenlerin ilişkisi incelenirken verilerin normal dağılmaması nedeniyle Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır.

Tablo 4.13. AKB gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddetlerine göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Hafif	Orta	Şiddetli	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Toplam)	23,50±10,20	35,35±17,36	29,71±16,36	0,160
Empotans Alt Alanı	3,64±2,62	5,65±3,29	5,62±3,52	0,156
Erken Boşalma Alt Alanı	4,86±2,85	6,53±2,83	5,57±4,02	0,356
Dokunma Alt Alanı	2,14±1,99	3,65±3,23	3,14±2,85	0,369
Kaçınma Alt Alanı	1,93±2,58	4,35±3,65	2,81±2,62	0,110
Doyum Alt Alanı	5,00±2,28	7,12±3,72	6,24±3,30	0,202
Sıklık Alt Alanı	3,79±1,80	3,76±2,30	3,57±2,15	0,913
İletişim Alt Alanı	2,14±1,46	4,29±2,56	2,76±2,68	0,059

Tablo 4.13.'de görüldüğü gibi Golombok-Rust Ölçeği toplam puanı ve alt alanları puan ortalamaları ile bireylerin alkol bağımlılığı şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.14.'de ise AKB olan gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun değerlendirilmesine yönelik Spearman korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Normal dağılmayan verilerin bulunması nedeniyle korelasyon değerlendirilirken Spearman korelasyon analizi tercih edilmiştir. Tablo 4.11.'ten farklı olarak alkol bağımlılığı şiddeti üç grup halinde incelenmemiş ve doğrudan Alkol Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları ile analiz gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.14. AKB olan gruptaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği puanları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği	Spearman p	1								
2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	Spearman p	0,389 0,004	1							
3. Golombok-Rust Ö.	Spearman p	0,255 0,048	0,556 0,000	1						
4. Empotans	Spearman p	0,367 0,007	0,691 0,000	0,826 0,000	1					
5. Erken Boşalma	Spearman p	0,135 0,340	0,206 0,001	0,747 0,000	0,461 0,000	1				
6. Dokunma	Spearman p	0,237 0,091	0,310 0,025	0,710 0,000	0,540 0,000	0,402 0,003	1			
7. Kaçınma	Spearman p	0,199 0,157	0,529 0,000	0,808 0,000	0,741 0,000	0,474 0,000	0,494 0,000	1		
8. Doyum	Spearman p	0,203 0,150	0,494 0,000	0,771 0,000	0,579 0,000	0,514 0,000	0,482 0,003	0,509 0,000	1	
9. Sıklık	Spearman p	0,016 0,910	0,410 0,003	0,740 0,000	0,548 0,000	0,528 0,000	0,385 0,000	0,562 0,000	0,512 0,000	1
10. İletişim	Pearson p	0,149 0,293	0,325 0,019	0,784 0,000	0,532 0,000	0,604 0,000	0,536 0,000	0,550 0,000	0,495 0,000	0,599 0,000

Tablo 4.14.'de de görüldüğü gibi Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği arasında pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon olduğu, bunun yanında ölçeğin alt boyutları olan empotans alt alanıyla da Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür. Yani alkol bağımlılığı şiddeti arttıkça Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanının ve empotans alt alanından alınan puanın da arttığı söylenebilir.

Yine Tablo 4.14.'te görüldüğü gibi Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği toplam puanı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı

bir korelasyon vardır. Yani alkol bağımlılığın şiddeti arttıkça Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanının da arttığı; dolayısıyla cinsel disfonksiyon düzeyinin arttığı söylenebilir.

Tablo 4.15.'te AKB olan gruptaki bireylerin alkol kullanmaya başlama yaşına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yer verilmiştir. Öncelikle alkol kullanmaya başlama yaşı kategorik değişken haline getirilmiştir (14 yaş altı, 15-23 yaş arası, 23 yaş üzeri). Başlama yaşı kategorik değişkeni ile sürekli değişkenlerin analizi yapılırken verilerin normal dağılımı test edildikten sonra ANOVA testi kullanılmıştır.

Tablo 4.15. AKB olan gruptaki bireylerin alkol kullanmaya başlama yaşına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	<15 yaş	15-23 yaş	≥24 yaş	F	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	15,08±4,12	13,59±3,86	13,67±4,63	0,634	0,535
Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği (toplam)	31,83±12,17	24,32±13,84	22,83±18,01	1,440	0,247
Fiziksek Yoksunluk Belirtileri	6,08±3,31	4,24±2,89	3,50±2,16	2,223	0,119
Afektif Yoksunluk Belirtileri	5,17±3,68	3,68±3,46	4,50±4,93	0,775	0,466
Yoksunluktan Kurtulma İçiciliği	7,00±3,51	5,38±3,75	4,33±4,96	1,175	0,317
Alkol Tüketiminin Miktarı ve Sıklığı	5,83±1,99	5,32±2,96	5,83±4,07	0,180	0,836
Yoksunluk Belirtilerinin Başlangıcı	7,75±3,07	5,71±3,94	4,67±3,07	2,217	0,120

Tablo 4.15.'ten de anlaşıldığı gibi AKB olan gruptaki katılımcıların alkol kullanmaya başlama yaşı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 4.16.'da ise alkol kullanmaya başlama yaşına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve alt alanları puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yer verilmiştir. Başlama yaşı kategorik değişkeni ile sürekli değişkenlerin analizi yapılırken verilerin normal dağılımı test edildikten sonra, normal dağılıma uymayan veriler için nonparametric bir test olan Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 4.16. AKB olan gruptaki bireylerin alkol kullanmaya başlama yaşına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	<15 yaş Ort±SS	15-23 yaş Ort±SS	≥24 yaş Ort±SS	p
Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Toplam)	36,08±13,78	27,68±15,99	30,00±17,08	0,244
Empotans Alt Alanı	6,17±3,18	4,79±3,36	4,67±3,14	0,381
Erken Boşalma Alt Alanı	7,25±3,67	5,21±3,17	5,33±3,44	0,189
Dokunma Alt Alanı	3,25±2,41	2,74±2,83	4,33±3,386	0,290
Kaçınma Alt Alanı	4,33±3,55	2,71±2,78	2,67±3,67	0,269
Doyum Alt Alanı	6,83±3,09	5,91±3,33	6,50±3,50	0,713
Sıklık Alt Alanı	4,33±1,49	3,44±2,32	3,83±1,47	0,365
İletişim Alt Alanı	3,92±2,42	2,88±2,56	2,67±2,16	0,360

Tablo 4.16.'dan da anlaşıldığı gibi Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve alt alanları puanları ile alkole başlama yaşı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır.

Tablo 4.17.'de AKB olan gruptaki bireylerin Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt alanları puanları ile Golombok-Rust Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun incelenmesine yönelik Spearman Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir. Yani aleksitimi düzeyleri bu kez kategorik değişken haline getirilmemiş doğrudan Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanı sürekli bir değişken olarak analize dahil edilmiştir.

Tablo 4.17. AKB olan gruptaki bireylerin Toronto Aleksitimi Ölçeği puanları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi

		1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	Spearman	1					
	p						
2. Golombok-Rust Ö.	Spearman	0,556	1				
	p	0,000					
3. Toronto Aleksitimi Ö.	Spearman	0,232	0,246	1			
	p	0,097	0,078				
4. DTG	Spearman	0,223	0,243	0,891	1		
	p	0,111	0,082	0,000			
5. DSDG	Spearman	0,127	0,167	0,839	0,723	1	
	p	0,370	0,236	0,000	0,000		
6. DDD	Spearman	0,138	0,105	0,448	0,062	0,150	1
	p	0,329	0,459	0,001	0,664	0,289	

Tablo 4.17.'de de görüldüğü gibi AKB grubundaki katılımcıların Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt alanları puanı ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanı arasında ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.18.'de AKB grubundaki bireylerin Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği puanları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun değerlendirilmesine yönelik Spearman korelasyon testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 4.18. AKB grubundaki bireylerin Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi

		1.	2.	3.	4.
1. Beck Depresyon Ölçeği	Spearman p	1			
2. Beck Anksiyete Ölçeği	Spearman p	0,728 0,000	1		
3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	Spearman P	0,421 0,015	0,319 0,021	1	
4. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği	Spearman p	0,335 0,015	0,387 0,005	0,556 0,000	1

Tablo 4.18.'den de anlaşıldığı gibi AKB grubundaki bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanı ile Golombok-Rust Ölçeği toplam puanı ($p=0,015$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon bulunmaktadır. Yani AKB olan bireylerin depresyon düzeyleri arttıkça Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanlarının arttığı söylenebilir. Ayrıca AKB grubundaki bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyona rastlanmıştır ($p=0,015$).

Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile Golombok-Rust Ölçeği toplam puanı ($p=0,005$) arasında ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı ($p=0,021$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon bulunmaktadır. Yani AKB olan bireylerin anksiyete düzeyleri arttıkça cinsel disfonksiyon düzeylerinin de arttığı söylenebilir.

Tablo 4.19.'da Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği Alt Alanları, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun incelenmesine yönelik yapılan Spearman korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 4.19. AKB Grubundaki bireylerin Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği ve alt alanları puanları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	Spearman	1						
	p							
2. Golombok-Rust Ö.	Spearman	0,556	1					
	p	0,000						
3. Alkol Bağımlılığı Şiddeti toplam	Spearman	0,389	0,255	1				
	p	0,004	0,048					
4. Fizyolojik yoksunluk belirtileri	Spearman	0,348	0,312	0,864	1			
	p	0,011	0,025	0,000				
5. Afektif yoksunluk belirtileri	Spearman	0,324	0,373	0,770	0,642	1		
	p	0,019	0,007	0,000	0,000			
6. Yoksunluktan kurtulma içiciliği	Spearman	0,265	0,057	0,899	0,714	0,554	1	
	p	0,058	0,689	0,000	0,000	0,001		
7. Alkol tüketiminin miktarı ve sıklığı	Spearman	0,414	0,124	0,805	0,538	0,534	0,727	1
	p	0,002	0,381	0,000	0,001	0,001	0,000	
8. Yoksunluk belirtilerinin başlama hızı	Spearman	0,307	0,211	0,854	0,741	0,472	0,750	0,617
	p	0,027	0,133	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tablo 4.19.'da görüldüğü gibi Alkol bağımlılığı şiddeti ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanı ($p=0,048$) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanı ($p=0,004$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon bulunmaktadır. Dolayısıyla AKB olan bireylerin alkol bağımlılığı şiddeti arttıkça cinsel disfonksiyon düzeylerinin de arttığı söylenebilir.

Ayrıca Fizyolojik yoksunluk belirtileri ($p=0,011$), afektif yoksunluk belirtileri ($p=0,019$) ve alkol tüketiminin miktarı ve sıklığı ($p=0,002$) ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardır. Bununla birlikte fizyolojik yoksunluk belirtileri ($p=0,025$), Afektif yoksunluk belirtileri ($p=0,007$) ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon bulunmaktadır. Yani AKB olan bireylerin fizyolojik yoksunluk belirtileri ve afektif yoksunluk belirtileri arttıkça cinsel disfonksiyon düzeylerinin de arttığı söylenebilir.

Tablo 4.20.'de sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin Toronto Aleksitimi Ölçeği puanları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı arasındaki korelasyonu değerlendirmeye yönelik Pearson korelasyon analizi testi sonuçlarına yer verilmiştir. Sağlıklı kontrol grubunda Golombok-Rust Ölçeği değerleri normal dağılıma uymaktadır. Bu nedenle parametric testler kullanılmıştır.

Tablo 4.20. Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin Toronto Aleksitimi Ölçeği puanları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi

		1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	Pearson p	1					
2. Golombok-Rust Ö.	Pearson p	0,336 0,015	1				
3. Toronto Aleksitimi Ö.	Pearson p	0,340 0,014	0,366 0,008	1			
4. DTG	Pearson p	0,215 0,126	0,275 0,048	0,691 0,000	1		
5. DSDG	Pearson p	0,411 0,002	0,324 0,019	0,778 0,000	0,504 0,000	1	
6. DDD	Pearson p	0,100 0,481	0,161 0,256	0,583 0,000	-0,059 0,678	0,168 0,235	1

Tablo 4.20.'den de anlaşıldığı gibi sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin Toronto Aleksitimi Ölçeği puanı ile Golombok-Rust Ölçeği puanı ($p=0,008$) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon mevcuttur. Yani sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin aleksitimi düzeyi arttıkça cinsel disfonksiyon düzeyinin arttığı söylenebilir. Ayrıca DSDG alt alanı ($p=0,019$) ve DTG alt alanı ($p=0,048$) puanı ile Golombok-Rust Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon olduğu görülmüştür. Yani sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin duyguları ifade etme güçlüğü düzeyi arttıkça cinsel disfonksiyon düzeylerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bunun yanında sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin Toronto Aleksitimi Ölçeği puanı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı ($p=0,014$) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır. Yani sağlıklı kontrol grubundaki

bireylerin aleksitimi düzeyi arttıkça Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanının arttığı söylenebilir. Bununla birlikte sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin DSDG ($p=0,002$) alt alanı puanı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon olduğu görülmüştür. Yani sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin duyguları ifade etme güçlüğü düzeyi arttıkça cinsel disfonksiyon düzeylerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.21.'de sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun incelenmesine yönelik Pearson korelasyon testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 4.21. Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi

		1.	2.	3.	4.	5.
1. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	Pearson p	1				
2. Golombok-Rust Ö.	Pearson p	0,336 0,015	1			
3. Toronto Aleksitimi Ö.	Pearson p	0,340 0,014	0,366 0,008	1		
4. Beck Anksiyete Ölçeği	Pearson p	-0,028 0,841	0,105 0,457	0,107 0,449	1	
5. Beck Depresyon Ölçeği	Pearson p	0,290 0,037	0,359 0,009	0,309 0,026	0,368 0,045	1

Tablo 4.21.'den de anlaşıldığı gibi sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanı ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanı ($p=0,009$) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı ($p=0,037$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Yani sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin depresyon düzeyi arttıkça Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puanlarının da arttığı, dolayısıyla cinsel disfonksiyon düzeyinin arttığı söylenebilir.

Toronto Aleksitimi Ölçeği puanı ile Beck Depresyon Ölçeği arasında da anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardır ($p=0,026$). Bununla birlikte Toronto Aleksitimi Ölçeği puanı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ($p=0,014$) ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ($p=0,008$) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon olduğu gözlenmiş olup sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin aleksitimi düzeyleri arttıkça cinsel disfonksiyon düzeylerinin de arttığı söylenebilir.

Tablo 4.22.'de AKB grubundaki bireylerin Golombock Rust Ölçeği puanına etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik yapılan Çoklu Lineer Regresyon Analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Kolineer karakterleri sebebi ile bu analize Beck Depresyon Ölçeği dahil edilmemiştir.

Tablo 4.22. AKB olan Grubun (Depresyon hariç) Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puanına etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik Çoklu Lineer Regresyon Analizi

	Standartlaştırılmış β	%95 Ga		t	p
		Alt	Üst		
Toronto Aleksitimi Ölçeği	0.126	-0.262	0.663	0.872	0.388
Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği	-0.083	-0.543	0.339	-0.464	0.644
Yaş	0.269	0.012	0.818	2.074	0.044
Beck Anksiyete Ölçeği	0.403	0.033	0.835	2.176	0.035

R^2_{adj} :0,168; F:3.578

Buna göre bağımsız değişken olan Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanı ve yaş değerleri, bağımlı değişken olan Golombock Rust Cinsel Yaşantılar puan ortalamasını anlamlı olarak yordamamaktadır. Sonuçlar şu şekildedir;

- Yaşta bir puanlık artış Golombock Rust Ölçeğinde 0.26 katlık artışa sebep olmaktadır
- Anksiyete düzeyindeki bir puanlık artışın Golombok Rust Ölçeği puanında 0,4 puanlık artışa yol açtığı görülmektedir.

Tablo 4.23.'de AKB grubundaki bireylerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanına etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik yapılan Çoklu Lineer Regresyon Analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Depresyon ve anksiyetenin kolineer bir karakter göstermesi sebebi ile regresyon analizinde tablolarda bu değişkenler ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Tablo 4.23. AKB Grubun (Anksiyete hariç) Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanına etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik Çoklu Lineer Regresyon Analizi

	Standartlaştırılmış β	%95 Ga		t	p
		Alt	Üst		
Toronto Aleksitimi Ölçeği	0.181	- 0.055	0.188	1.095	0.279
Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği	0.376	0.010	0.202	2.225	0.031
Yaş	0.180	- 0.031	0.159	1.351	0.183
Beck Depresyon Ölçeği	-0.107	- 0.135	0.078	-0.540	0.592

R²_{adj}:0,133; F:2.952

Buna göre bağımsız değişken olan Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği'nde 1 puanlık artış Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanında 0,37 puanlık artışa yol açtığı görülmektedir.

Tablo 4.24.'te sağlıklı grubundaki bireylerin Golombok Rust Ölçeği puanına etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik yapılan Çoklu Lineer Regresyon Analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Depresyon ve anksiyetenin kolineer bir karakter göstermesi sebebi ile regresyon analizinde tablolarda bu değişkenler ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Tablo 4.24. Sağlıklı Kontrol Grubunun (Depresyon hariç) Golombock Rust Ölçeği puanına etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik Çoklu Lineer Regresyon Analizi

	Standartlaştırılmış β	%95 Ga		t	p
		Alt	Üst		
Toronto Aleksitimi Ölçeği	0.314	0.056	0.734	2.340	0.023
Yaş	0.184	- 0.105	0.564	1.381	0.174
Beck Anksiyete Ölçeği	0.084	- 0.433	0.828	0.630	0.532

$R^2_{adj}:0,102; F:2.938$

Buna göre;

- Bağımsız değişken olan Toronto Aleksitimi Ölçeği puanı, bağımlı değişkeni yani Golombock Rust Ölçeği puanını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır. Toronto Aleksitimi Ölçeği'nde 1 puanlık artış, Golombock Rust Ölçeğinde 0.31 kat puan artışına yol açmaktadır.

Tablo 4.25.'de sağlıklı grubundaki bireylerin Golombok Rust Ölçeği puanına etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik yapılan Çoklu Lineer Regresyon Analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Kolineer karakterleri sebebi ile bu analize Beck Anksiyete Ölçeği dahil edilmemiştir.

Tablo 4.25. Sağlıklı Kontrol Grubunun (Anksiyete hariç) Golombock Rust Ölçeği puanına etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik Çoklu Lineer Regresyon Analizi

	Standartlaştırılmış β	%95 Ga		t	p
		Alt	Üst		
Toronto Aleksitimi Ölçeği	0.209	- 0.068	0.594	1.597	0.117
Yaş	0.206	- 0.056	0.569	1.653	0.105
Beck Depresyon Ölçeği	0.362	0.286	1.786	2.777	0.008

$R^2_{adj}:0,220; F:5.800$

Tablo 4.25 de görüldüğü gibi, Beck Depresyon Ölçeği'nde 1 puanlık artış Golombock Rust Cinsel Yaşantılar Ölçeğinde 0.36 puanlık artışa yol açmaktadır.

Tablo 4.26.'da sağlıklı grubundaki bireylerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanına etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik yapılan Çoklu Lineer Regresyon Analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Depresyon ve anksiyetenin kolineer bir karakter göstermesi sebebi ile regresyon analizinde tablolarda bu değişkenler ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Tablo 4.26. Sağlıklı Kontrol Grubunun (Anksiyete hariç) Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanına etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik Çoklu Lineer Regresyon Analizi

	Standartlaştırılmış β	%95 Ga		t	p
		Alt	Üst		
Toronto Aleksitimi Ölçeği	0.284	0.001	0.230	2.029	0.048
Yaş	-0.064	-0.134	0.082	-0.479	0.634
Beck Depresyon Ölçeği	0.200	-0.075	0.445	1.433	0.158

R^2_{adj} :0,105; F:2.933

Tablo 4.26.'de görüldüğü gibi, Toronto Aleksitimi Ölçeğinde 1 puanlık artış Arizona Cinsel yaşantılar ölçeğinde 0.28 puanlık artışa neden olmaktadır.

5. TARTIŞMA

Literatürde AKB'nin cinsel işlev etkisi üzerinde yapılmış çalışmalar bulunmaktadır ve kullanılan alkolün cinsel işlevi doz bağımlı bozduğu bilinmektedir (118,119).

AKB olan hastalarda, anksiyete ve depresyon ko-morbid durumlardır ve birlikte görülme insidansı yüksektir. AKB'nin tedavisi tamamlandığında anksiyete ve depresyon belirtilerinin önemli ölçüde gerilediği gösterilmiştir (120). Yine cinsel doyum ve cinsel işlev AKB olan hastalarda alkol bağımlılığının şiddeti ile doğru orantılı bozulabilen ve kişiler arası ilişkiler üzerinde etkisi olan bir alandır. Bu alandaki bozulma AKB'yi artıracak bir döngüyü tetiklemektedir. Bu sebeple motivasyonel görüşmelerde cinselliğinde AKB tedavisi içinde işlenmesi cinsel fonksiyonda ve hayat kalitesinde iyileşmeye neden olacaktır (121).

Bu başlıkların birbiri ile olan ilişkisi parça parça olarak incelenmiş olsa da çalışmamız AKB olan erkek hastalarda depresyon anksiyete ve aleksitiminin cinsel işlev ve doyum üzerine olan etkisini ve sağlıklı gönüllülerle kıyaslanmasını multifaktöriyel olarak inceleyen, bilinen ilk çalışmadır. Ayrıca ülkemizde bu konuda yapılan ilk çalışma olması sebebi ile literatüre önemli katkılar sağlayacaktır.

Bu çalışma kapsamında aşağıdaki hipotezler test edilmiştir:

- 1- AKB olan erkek hastaların anksiyete düzeyleri, sağlıklı kontrollere göre yüksektir.
- 2- AKB olan erkek hastalarda, sağlıklı kontrollere kıyasla aleksitimik kişilik özellikleri daha sık görülür.
- 3- AKB olan erkek hastaların sağlıklı kontrollere göre cinsel işlevinde bozulma ve cinsel doyumunda azalma görülür.
- 4- AKB olan erkek hastalarda depresif belirtiler, sağlıklı kontrollere göre daha yüksektir.

- 5- Depresyon düzeyi arttıkça her iki grup için cinsel işlev ve doyum negatif ilişkilidir.
- 6- Anksiyete düzeyi arttıkça her iki grup için cinsel işlev ve doyum negatif ilişkilidir.
- 7- Aleksitimi düzeyi arttıkça her iki grup için cinsel işlev ve doyum negatif ilişkilidir.
- 8- AKB olan erkek hastalarda alkol bağımlılığı şiddeti arttıkça depresyon düzeyi bununla paralel biçimde artar.
- 9- AKB olan erkek hastalarda alkol bağımlılığı şiddeti arttıkça anksiyete düzeyi bununla paralel biçimde artar.
- 10- AKB olan erkek hastalarda alkol bağımlılığı şiddeti arttıkça aleksitimi düzeyi bununla paralel biçimde artar.
- 11- AKB olan erkek hastalarda alkol bağımlılığı şiddeti arttıkça cinsel işlev ve doyumunu bununla paralel biçimde bozulur.
- 12- AKB olan erkek hastalarda anksiyete düzeyi arttıkça cinsel işlev ve doyumunu bununla paralel biçimde bozulur
- 13- AKB olan erkek hastalarda depresyon düzeyi arttıkça cinsel işlev ve doyumunu bununla paralel biçimde bozulur
- 14- AKB olan erkek hastalarda aleksitimi düzeyi arttıkça cinsel işlev ve doyumunu bununla paralel biçimde bozulur

AKB olan erkek hastalarda depresyonun, anksiyete düzeyinin, aleksitiminin, cinsel işlev bozukluğu ve cinsel doyum üzerine olan etkisi ve sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılmasının amaçlandığı bu çalışmaya 52 AKB, 52 sağlıklı kontrol olmak üzere toplamda 104 kişi dahil edilmiştir. Öncelikle DSM-5 e göre bireylerin AKB olup olmadıkları belirlenmiştir. Araştırma verileri toplanırken sosyodemografik veri formu yanında Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği uygulanmıştır. Elde edilen veriler AKB olan grup ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklılık olup

olmaması açısından değerlendirilmesinin yanında AKB grubundaki ve sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin depresyon, anksiyete ve aleksitimi düzeylerinin cinsel işlev bozukluğuna ve cinsel doyum üzerine etkisi de incelenmiştir. Çalışmaya dahil edilen katılımcılar arasında boşanmış/dul bireyler bulunmaktadır. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği uygulanması nedeniyle medeni durumuna bakılmaksızın aktif cinsel hayatı devam eden bireyler çalışmaya alınmıştır.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında hem AKB olan grup hem de sağlıklı gruptaki bireylerin en fazla “orta gelir düzeyi”ne sahip olduğu görülmüştür. Sağlıklı kontrol grubunun %76,9’u, AKB olan grubun %51,9’u evlidir. Sağlıklı kontrol grubunun %40,4 ü yüksek okul mezunu iken, AKB olan grupta bu oran %15,4’tür. Thomas S.N ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada AKB olan hastaların evlilik oranlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu ve takiplerinde evlenme ihtimallerinin daha düşük olduğunu göstermiştir. Crum M.R ve arkadaşlarının yaptığı diğer çalışmada AKB olan hastaların mevcut eğitimlerini bırakma oranlarının bağımlı olmayanlara göre daha fazla olduğunu göstermiş ve eğitim ile ilişkili hedeflerini karşılayamayan şahısların AKB geliştirme ihtimallerinin daha fazla olabileceğini söylemiştir. Çalışmamızda AKB olanların evlilik oranlarının ve eğitim düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre daha düşük olması literatürde yapılan kesitsel çalışmalarla paralellik göstermektedir (122,123).

Yaşadığı yere bakıldığında her iki grubunda en büyük oranda yaşadığı yerin il merkezi, yetiştiği yerin de yine en büyük oranda şehir merkezi olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi, yaşadığı yer ve yetiştiği yer değişkenlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı anlaşılmıştır. Sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması 41,90, AKB olan grubun yaş ortalaması 41,37 olup sonuçlar benzerdir ve literatür ile uyumludur. Prabhakaran ve arkadaşları tarafından yürütülen, AKB ile cinsel işlev bozukluğunun ilişkisinin araştırıldığı kesitsel bir çalışmada da katılımcıların yaklaşık yarısının 41-50 yaş aralığında olduğu görülmüştür (77). Arackal ve Benegal'in yaptığı çalışmada (81) ortalama yaş 37 iken, Saha'nın yaptığı çalışmada ortalama yaş 39 olarak bildirilmiştir (80).

Mesleği memur ya da asker olan katılımcıların istatistiksel olarak anlamlı farkla sağlıklı kontrol grubunda (%23,1), AKB grubundan (%5,8) daha fazla olduğu

sonucuna ulaşılmıştır. Düzenli alışmayan hastalar AKB olan grupta (%44,2) iken sağlıklı kontrol grubunda bu oran (%28,9) dur. Finch ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, Meksikalı AKB olan işçilerin daha fazla iş ile ilişkili problemler oluşturduğu ve iş bağlılıklarının daha az olduğunu göstermiştir (126). French ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada ise alkol kullanımının işverenler ile kişilerarası problemler yarattığını, işsizlik oranlarını artırdığını göstermiştir (125). Çalışmamızda bulunan AKB olan grupta düzenli işi olma oranlarının sağlıklı gruptakilere göre daha az olması bu mekanizmalardan kaynaklanmış olabilir.

AKB grubundaki katılımcıların %23,1'inin alkol kullanmaya 15 yaşın altında, %65,4   15-23 yaşında başlamış ve yaş ortalaması 18.57 olarak raporlanmıştır. Yılmaz ve arkadaşları tarafından  niversite öğrencileri arasında gerçekleştirilen bir çalışmada erkeklerin ilk alkol kullanma yaşları ortaması 15,92 bulunmuştur (115). Benzer şekilde Oğuz ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların %71'inin alkole 15-19 yaşları arasında başladığı belirtilmiştir (116).  z ve Alkeveli'nin çalışmasında ise alkole ilk başlanan dönemin lise dönemi olduğu belirtilmiştir (117). Prabhakaran ve arkadaşlarının 2018 yılında benzer bir konuda yürüttükleri çalışmada, katılımcıların %80'inin alkol kullanmaya ergenlik döneminde başladıkları belirtilmiş olup bu bulgular çalışmamızla paralellik göstermiştir (77). Bir başka çalışmada 24 yaşından sonra başlanan alkol kullanımında bağımlılık riskinin daha düşük olduğu, 19 yaşından daha küçük yaşlarda başlamanın AKB ihtimalini artırdığını göstermiştir (129). Çalışmamız literatür ile uyumludur.

AKB olan gruptaki katılımcıların %25'i alkol kullanımına başlama nedeninin merak olduğunu, %34,6'si ise başlama nedeninin çevreden etkilenme olduğunu bildirmiştir. Bir çalışmada ise  niversite  ğrencilerinin alkol ve madde kullanımları değerlendirilmiş olup alkole başlama nedenleri arasında en sık karşılaşılan nedenin “eğlenmek” olduğu ikinci sırada “can sıkıntısı”, üçüncü sırada ise “arkadaş çevresinden etkilenme” geldiği g r lm ştur (115). Koca ve Oğuzöncül tarafından 2015 yılında gerçekleştirilen bir çalışmanın sonucuna göre alkole başlama nedeninin %46 oranında ailevi sorunlar, %40 oranında okul sorunları, %33 oranında da merak olduğu bildirilmiştir (118).

AKB olan grubun Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması $22,02 \pm 16,07$ iken sağlıklı kontrol grubunun puan ortalaması $4,06 \pm 4,07$ 'dir. Bir gözden geçirmede alkol kullanım bozukluklarının anksiyete ile ko-morbid durumlar olduğu, sebebi hakkında halen uzlaşılamamış olsa da 3 ana başlıkta incelendiğini (self medikasyon, maddenin sebep olduğu anksiyete ve genel faktör modeli) bildirmiştir (131). Çalışmamızda daha önce hiç anksiyete ile ilişkili tedavi başvurusu olmayan ve daha önce hiç ilaç kullanmamış hastaların Beck Anksiyete ölçeğinden ortalama: “Orta Şiddete Anksiyete” olarak raporlanması dikkati çekmektedir. McCaul ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde daha önceden anksiyete için tedavi başvurusu olmayan ve DSM ye göre Alkol kullanım bozukluğu kriterlerini karşılayan hastalar dahil edilmiş ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır, ancak hastalarda hafif düzeyde anksiyete (Ortalama Beck Anksiyete Ölçeği skoru = 19) ile uyumlu sonuçlar raporlamıştır (132). Çalışmamız literatür ile uyumlu olup anksiyete seviyeleri literatürden hafif yüksek olarak raporlanmıştır. Beck Anksiyete skorlarımızın literatürden hafif yüksek çıkması hastane başvurusu olan ve yatan hastalara tedavi başvuru anında bu anketlerin uygulanmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Ayrıca AKB olan grubun Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $23,81 \pm 14,88$ iken, sağlıklı kontrol grubunun puan ortalaması $4,56 \pm 3,34$ 'tür. AKB olan grubun depresyon düzeyinin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür. Davidson tarafından yapılan bir çalışmada, örneklemelerinde bulunan AKB olan hastaların %67'sinde major depresyon tespit edildiği kaydedilmiştir. Alver tarafından 2019 yılında üniversite öğrencilerinin AKB düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmanın sonucunda katılımcıların alkol kullanma miktarları ile Beck Depresyon Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve AKB olan bireylerin depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuş olup bulgularımız literatür ile paraleldir (142). Yine, çalışmamızda daha önce hiç depresyon ile ilişkili tedavi başvurusu olmayan ve daha önce hiç ilaç kullanmamış AKB olan hastaların Beck Depresyon ölçeğinden ortalama: “Orta Şiddete Depresyon” olarak raporlanması dikkati çekmektedir.

Yakın tarihli bir gözden geçirmede, duygudurum bozukluklarının alkolizmin öncüleri olduğu karşılıklı ilişki gösterilmiştir (119). Watts'a göre, duygudurum

bozukluğu olan çoğu kişi, zevk ve disinhibisyon arayışında veya depresyonun bilişsel, duygusal ve davranışsal semptomlarını azaltmak için alkolü kötüye kullanmaktadır. Bununla birlikte alkol kötüye kullanımının neden olduğu zehirlenme durumu; dürtüsellığı ve üzüntüyü artırabilmekte, böylece duygudurum bozukluğu semptomlarını kötüleştirebilmektedir (120).

AKB grubundaki bireylerin Toronto Aleksitimi Ölçeği puan ortalaması $59,73 \pm 10,86$ iken, sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin puan ortalaması $45,46 \pm 7,60$ 'dır. Ölçeğin DTG, DSDG ve DDD alt alanlarından da AKB grubundaki bireylerin anlamlı farkla daha yüksek puan aldıkları anlaşılmıştır. AKB olan grubun aleksitimi düzeyinin, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür. 355 AKB hastası alan ve Toronto Aleksitimi Ölçeği kullanan bir çalışmada, toronto aleksitimi ölçeği ortalama skoru $54,39 \pm 11,80$ olarak raporlanmış, aynı ölçeği kullanan ve 380 kişi ile yapılan bir diğer çalışmada ortalama skor $55 \pm 12,04$ olarak gösterilmiş olup bulgular çalışmamızla paraleldir (147).

AKB grubundaki bireylerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puan ortalaması $13,94 \pm 3,97$ iken, sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin puan ortalaması $11,44 \pm 3,09$ 'dur. Yani AKB grubunda cinsel fonksiyon düzeyinin, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha düşük olduğu görülmüştür. Litrell ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da benzer şekilde AKB olan bireylerde Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği uygulanmıştır. Çalışma sonucunda ise AKB ile cinsel işlev bozukluğu ilişkili bulunmuştur (121).

AKB grubundaki bireylerin Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puan ortalaması $29,88 \pm 15,72$ iken sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin puan ortalaması $21,35 \pm 8,99$ 'dur. Ölçekten alınan puanların yüksekliği cinsel işlev bozukluğunun fazlalığını işaret etmektedir. Yani AKB olan grubun cinsel fonksiyon düzeyinin, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca Empotans, erken boşalma, kaçınma, doyum ve sıklık alt alanlarında da AKB olan grubun cinsel işlev bozukluğu düzeyinin, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Van Thiel ve Lester, AKB olan bireylerin %61'inin cinsel işlev bozukluğu bildirdiğini, en yaygın erektil disfonksiyon ve ardından cinsel istek

azalması yaşandığını belirtmiştir (122). Erektile disfonksiyon ve cinsel istek azalmasının sıklıkla bir arada görüldüğü de farklı bir çalışmada bildirilmiştir (123). Vijayasenana, alkolizm tedavisi için yatırılan 97 erkek hastanın %71'inin hastaneye başvurmadan önce 12 aydan fazla bir süre boyunca cinsel işlev bozukluğu yaşadığını saptamıştır. Belirtilen rahatsızlıklar cinsel istekte azalma (%58), boşalma yetersizliği (%22), erektile iktidarsızlık (%16) ve erken boşalma (%4) olmuştur ve bulgular çalışmamızla paraleldir (124).

Çalışmamızda alkol bağımlılığı şiddeti arttıkça, aleksitimi skorlarının da yükseldiği görülmüştür. Hafif şiddette alkol bağımlısı hastaların aleksitimi ölçeği ortalaması $54,71 \pm 10,32$, orta şiddette alkol bağımlısı hastaların aleksitimi ölçeği ortalaması $59,18 \pm 9,74$, ağır şiddette alkol bağımlısı hastaların aleksitimi ölçeği ortalaması ise $63,52 \pm 11,07$ olarak bulunmuştur. Duygu tanımada güçlük alt ölçeği de alkol bağımlılığı şiddeti ile anlamlı olarak artış göstermiştir. Obeid ve arkadaşlarının depresyon, anksiyete ve aleksitimi ile AKB ilişkisini araştırdıkları benzer bir çalışmanın sonucunda; yüksek aleksitimi, yüksek stres, yüksek fiziksel ve zihinsel iş yorgunluğu gibi psikolojik zorlukların daha yüksek alkol bağımlılık düzeyi riski ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Daha yüksek bir aleksitimi puanı, daha yüksek bir alkol bağımlılığı riski ile ilişkilendirilmiştir (125). Bu çalışmanın bulguları, alkol yoksunluğunun ve stresin kendini daha yüksek oranda bildirmesinin, duyguları tanıma güçlüğünde ve ifade etmedeki zorluklarla ilişkili olduğu önceki bir çalışmanın bulgularını desteklemektedir (126). Bir başka çalışmada aleksitimik kişilik özelliklerine sahip bireylerin sempatik aktivitelerinin sağlıklı bireylere göre daha yüksek bulunduğunu, bunun stres miktarını artırabileceğini ve bu sebeple bu kişilerin alkolün inhibituar etkinliğinden faydalanarak stres düzeyini azalttıklarını söylemiştir (152).

Bağımlılık şiddetine göre depresyon ve anksiyete düzeyleri değerlendirildiğinde, hafif düzeyde alkol bağımlısı olan grubun orta düzeyde alkol bağımlısı olan gruba göre anksiyete ve depresyon düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı farkla daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca hafif düzeyde alkol bağımlısı olan grubun şiddetli düzeyde alkol bağımlısı olan gruba göre anksiyete ve depresyon düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı farkla daha düşük olduğu görülmüştür. Rogers ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada alkol bağımlılığının şiddeti arttıkça depresyon ve anksiyete şiddetlerinde arttığını göstermişlerdir.

Iranpour ve arkadaşları tarafından alkol; nörotransmitterleri etkileyerek bireylerin ruh halini, düşüncelerini, duygularını ve eylemlerini etkileyen bir depresan olarak tanımlanmıştır. Alkol alımı geçici olarak stresten kurtulmaya ve rahatlamaya yol açabilse de, uzun süreli tüketimi şiddetli depresyon ve anksiyete bozuklukları dahil olmak üzere majör zihinsel bozuklukların görülme sıklığını artırmaktadır (5). Boden ve arkadaşlarının yaptığı bir gözden geçirmede alkol alım miktarı arttıkça depresyon seviyelerinin de arttığını göstermişlerdir. Yine Boden ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada ko-morbid olarak görülen bu iki bozucuğun hangisinin hangisine neden olduğunu araştırmışlar ve AKB veya depresyonun birinin varlığının diğerinin var olma ihtimalini iki kat artırdıklarını bulmuşlardır. Bu durum çalışmamızla paralel olup, AKB olan kişilerde yüksek anksiyete ve depresyon seviyelerinin sağlıklı kontrollere göre belirgin bir şekilde yüksek olması ile gösterilmiştir (153).

Çalışma sonucunda Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği arasında pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon olduğu, bunun yanında ölçeğin alt boyutları olan empotans alt alanıyla da Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür. Yani alkol bağımlılığı şiddeti arttıkça Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanının ve empotans alt alanından alınan puanların da arttığı söylenebilir. Bununla birlikte alkol bağımlılığın şiddeti arttıkça Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanının da arttığı bulunmuştur. Çalışmamızda yapılan regresyon analizinde AKB olan grupta Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeğinde bir puanlık artış, Arizona Cinsel yaşantılar Ölçeğinde 0.37 puanlık artışa neden olmaktadır. Bu bulgulara bakılarak alkol bağımlılığı şiddeti arttıkça cinsel disfonksiyon düzeyinin de arttığı söylenebilir. Bu bulgular literatür ile uyumludur. Çalışmamızla yaş ortalaması da benzer olan (39.14 ± 6.6) Prabhakaran ve arkadaşları 2018 yılında yaptığı bir çalışmada AKB nin cinsel disfonksiyonla ilişkisini araştırmıştır. ABSÖ kullanılan bu çalışmada, alkol bağımlılığı düzeyi ile cinsel disfonksiyon gelişmesi arasında anlamlı bir korelasyon bulduklarını bildirmişlerdir (51). Bu sonucun çalışmamızın sonucu ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Güney Hindistan'da yapılan bir araştırma, günde tüketilen alkol miktarının gelecekte ortaya çıkması muhtemel cinsel şikayetlerin sayısı için önemli bir tahmin edici olduğunu ortaya koymuştur (127). Lee ve arkadaşları ise Çinli

erkeklerde AKB'nin erektil disfonksiyonla ilişkisini araştırmış, sonuç olarak AKB şiddetinin artmasının cinsel disfonksiyon gelişme riskini arttırdığını bildirmişlerdir (128). Bhainsora ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği puanları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon olduğu bildirilmiş olup sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermiştir (121).

Çalışmamızda alkole başlama yaşı ile Arizona Cinsel yaşantılar Ölçeği skorları arasında ve Golombok-Rust skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bununla birlikte çalışmamızda yapılan regresyon analizi sonucu AKB olan grupta yaşta bir puanlık artış Golombock Rust Ölçeğinde 0.26 katlık artışa neden olmaktadır. Saha ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada AKB'de miktar kadar, alkol kullanım süresinin de cinsel fonksiyon üzerinde etkili olduğunu göstermişlerdir (84). Fakat Arackal Benegal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada alkole başlama yaşının, kullanım süresinin, aile öyküsünün, kullanılan alkol tipinin cinsel fonksiyon üzerinde etkisi olmadığını söylemişlerdir (85). Yaş açısından bu bulgular çalışmamızla paralellik gösterse de, hastaların alkol kullanma sürelerinin çalışmamızda incelenmemesi bu konuda yorum yapmamızı engellemiş ve çalışmamız açısından bir kısıtlılık doğurmuştur.

AKB grubundaki katılımcıların Toronto Aleksitimi Ölçeği puanı ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanı arasında ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Ancak erken boşalma ve iletişim alt alanları ile Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon olduğu görülmüştür. Yani bireylerin aleksitimi düzeyi arttıkça erken boşalma ve iletişim alt alanı puanlarının arttığı söylenebilir. Literatürde aleksitimi ve cinsel fonksiyon ilişkisi; aleksitimi ve AKB ilişkisi incelenmiş olsa da çalışmamız AKB'de, aleksitimi düzeyi ve cinsel fonksiyon üzerine yapılmış multifaktöriyel bilinen ilk çalışmadır. Madioni ve Mammana çalışmamızla benzer şekilde katılımcılara Toronto Aleksitimi Ölçeğini uygulamış ve cinsel işlev bozukluğu ile olan ilişkisini araştırmışlardır. Çalışma sonucunda hipoaktif cinsel istek ile aleksitimi varlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ifade etmişlerdir (129). Michetti ve arkadaşlarının farklı bir çalışmasında ise aleksitimi varlığı ve cinsel fonksiyon bozukluklarından erken boşalma arasındaki ilişki gösterilmiştir (130).

Çalışmamızda alkol bağımlılığı şiddeti arttıkça aleksitimi düzeylerinin arttığı gösterilmiş olsa da, AKB olan grupta aleksitimi düzeyindeki artışın cinsel fonksiyon ile korele olmadığı görülmüştür. Bu sonucun doğruluğunu göstermek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır, çıkan sonuç çalışmamızın kısıtlı bir popülasyonda yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

Literatürde AKB, cinsel fonksiyon ve depresyon ilişkisi parça parça incelenmiş olsa da; çalışmamız AKB olan erkek hastalarda depresyon düzeyi ile cinsel fonksiyonun ne derece etkilendiğini gösteren bilinen ilk multifaktöriyel çalışmadır. Çalışma verileri değerlendirildiğinde AKB olan bireylerin depresyon düzeyleri arttıkça Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanı, empotans, erken boşalma, dokunma, kaçınma ve iletişim alt alanı toplam puanlarının arttığı sonucu elde edilmiştir. Yine Beck Depresyon Ölçeği puanları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyona rastlanmıştır. Chokka ve Hankey tarafından 2018 yılında yürütülen bir çalışmanın sonucunda ise depresyon ve cinsel işlevin çift yönlü bir ilişki içerisinde olduğu, depresif belirtilerinin kadınlarda ve erkeklerde cinsel işlev bozukluğuna yol açabileceği, özellikle AKB gibi faktörlerin erkeklerde görülen erektil disfonksiyon gibi cinsel işlev bozukluklarının görülme sıklığını arttıracakı belirtilmiştir (131).

Literatürde AKB, cinsel fonksiyon ve anksiyete ilişkisi parça parça incelenmiş olsa da, çalışmamız AKB olan erkek hastalarda anksiyete düzeyi ile cinsel fonksiyonun ne derece etkilendiğini gösteren bilinen ilk multifaktöriyel çalışmadır. AKB olan gruptaki hastaların Beck Anksiyete Ölçeği ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği arasındaki korelasyon analizi incelendiğinde; AKB olan grupta anksiyete düzeyi ile Golombock Rust ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği arasında pozitif yönlü korelasyon görülmüştür. Yapılan regresyon analizinde ise anksiyete düzeyindeki bir puanlık artışın Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinde 0,4 puanlık artışa yol açtığı görülmektedir. Anksiyete bozuklukları ve arzu ile ilişkili bozukluklar literatürde netleştirilmemiştir. Kaplan panik bozukluğa sahip hastaların %25 inde cinsel kaçınma olduğunu bildirmiştir. Anksiyete ayrıca cinsel uyarılma ile de ilişkilidir. Birçok stresörlerle tetiklenebilen anksiyete; sempatik tonu artırarak, kişinin dikkatini erotik uyarandan ayırabilir ve cinsel uyarılmayı bozabilir

Sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların aleksitimi düzeyi arttıkça Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanı ve empotans alt alanı puanının arttığı görülmüştür. Bunun yanında sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin aleksitimi düzeyi arttıkça Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanının arttığı da gözlenen sonuçlar arasındadır. Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin aleksitimi düzeyindeki bir puanlık artışın Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puanında 0,31 puanlık; Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanında ise 0,28 puanlık artışa yol açtığı görülmüştür. Ayrıca Michetti ve arkadaşları tarafından erkek bireylerde cinsel disfonksiyon ile psikiyatrik bozuklukların ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmanın sonucunda aleksitimi ile erektil disfonksiyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiş olup sonuçlar çalışmamız ile paraleldir (16).

Diğer taraftan sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin depresyon düzeyi arttıkça Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve doyum alt alanı puanları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanının da arttığı gözlenmiştir. Çalışmamızda yapılan regresyon analizinde Beck Depresyon Ölçeğindeki bir puanlık artış Golombok Rust Cinsel yaşantılar ölçeğinde 0.36 katlık artışa neden olmaktadır. Cinsel disfonksiyonun, bağımsız olarak olumsuz sonuçlarla ilişkili olmasına rağmen genellikle depresif ve anksiyete bozuklukları gibi duygusal bozukluklarla iç içe olduğu bilinmektedir. Angst'ın yaptığı kohort bir çalışmada depresyondaki hastaların sağlıklı kontrollerden çok daha yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu görüldüğünü bildirmiştir. Sağlıklı kontrollerin %26 sında cinsel işlev bozukluğu, tedavi edilmemiş depresyondaki hastalarda %45, tedavi edilmiş depresyondaki hastalarda ise bu oranı %63 olarak bulmuş olup sonuçlar literatür ile paraleldir. Bir başka çalışmada cinsel disfonksiyon ve emosyonel bozukluk eş tanısının daha yüksek intihar eğilimi ve artan hastalık şiddeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (132). Bu nedenle cinsel disfonksiyon ve psikopatoloji arasındaki ilişki hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Ayrıca cinsel disfonksiyon, üzüntü, kaygı, öfke ve suçluluğun genel bir boyutu olan içselleştirme bozukluklarını karakterize eden yüksek düzeyde olumsuz etkiyi paylaşmaktadır. Wiegel ve arkadaşları cinsel disfonksiyonun genellikle geçici veya tekrarlayan olumsuz duygulanımla ilişkili olduğunu bildirmiştir (133).

Buna karşın sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar

Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Kaplan panik bozuklukta cinsel disfonksiyon oranını %75 olarak bildirmiştir. Figueira ve arkadaşlarının yaptığı retrospektif bir çalışmada cinsel kaçınma bozukluğunun anksiyete ile ilişkili bozukluklardan çok daha sık olduğunu söylemişlerdir. Bir başka çalışmada ise erektil disfonksiyonun anksiyete ile ilişkili bozukluklarda daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur. Cinsel işlev bozuklukları anksiyete bozuklukları alt başlıklarında çalışılmış olup bir başka çalışmada sosyal fobi ile cinsel istek ve doyum incelendiğinde prematür ejakülasyonu %47 gibi yüksek bir oranda saptamıştır (163,164). Çalışmamızda anksiyete ölçeği puanları ile Golombok Rust ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği arasında korelasyon bulunamamasının sebebi insidental olarak anksiyete ile ilişkili semptomları az olan sağlıklı kontrollerin çalışmaya dahil edilmiş olmasından ve kısıtlı bir popülasyonda bu çalışmanın gerçekleştirilmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Daha önceden hastane başvurusu olmayan ve anksiyete ilişkili bozukluktan muzdarip hastalar ile ilişkili daha geniş bir çalışma yapılması ve bu çalışmada cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi bu konuyu aydınlatacaktır.

Alkol kullanım bozukluğu dünya çapında en yaygın madde kullanım bozukluğudur ve 100 milyon kişiyi etkilediği tahmin edilmektedir (134). Araştırmaların depresyon, anksiyete, sosyal anksiyete, stres, duyguları ifade etmede zorluk gibi yaygın ruhsal bozuklukları olan hastaların alkol kullanım bozukluğu riskinin daha yüksek olduğunu gösterdiği dikkati çekmektedir. Alkol kullanım bozukluğu, bir kaçınma duygusu ve stresi hafifletmek için bir başa çıkma stratejisi olarak düşünülmektedir. Ailede alkol kullanım bozukluğu riski, stresle başa çıkmak için düşük sosyal ve kişisel kaynaklar ve alkol etkilerine ilişkin olumlu beklentiler, bireysel alkol kullanım bozukluğuna yatkınlıkla ilişkili tutulmaktadır. Ayrıca alkol ve aleksitimi yüksek oranda ilişkilidir çünkü aleksitimik bireyler halka açık etkinliklerde kendilerini rahat hissetmemekte ve kişilerarası davranışları geliştirmek için alkolü kötüye kullanmaktadırlar (125).

Bu çalışmanın verileri değerlendirildiğinde AKB olan bireyler; sağlıklı kontrol grubuna göre depresyon, anksiyete, aleksitimi ve cinsel işlev bozukluğu düzeyinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bunun yanında aleksitimi düzeyinin artmasıyla sağlıklı kontrol grubunun cinsel işlev

bozukluğunun arttığı ancak bu ilişkinin AKB olan grupta gözlenmediği söylenebilir.

Depresyon düzeyinin artması hem AKB olan grubun hem de sağlıklı kontrol grubunun cinsel işlev bozukluğu düzeyinin artması ile ilişkilidir. Anksiyete düzeyinin artması AKB olan grupta cinsel işlev bozukluğunu arttırırken, sağlıklı kontrol grubunda anksiyete ile cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki bulunamamıştır. Çalışmamız AKB olan erkek hastalarda depresyon anksiyete ve aleksitiminin cinsel işlev ve doyum üzerine olan etkisini ve sağlıklı gönüllülerle kıyaslanmasını multifaktöriyel olarak inceleyen ve alkol bağımlılığı şiddeti ile inceleyen bilinen ilk çalışmadır. Ülkemizde bu konuda yapılan ilk çalışma olması sebebi ile literatüre önemli katkılar sağlayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

AKB olan erkek hastalarda depresyonun, anksiyete düzeyinin, aleksitiminin, cinsel işlev bozukluğu ve cinsel doyum üzerine olan etkisi ve sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılmasının amaçlandığı bu çalışmaya 52 AKB olan birey, 52 de sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Yapılan analizlerde depresyon, anksiyete, aleksitimi, cinsel işlev bozukluğu ve cinsel doyum açısından AKB olan grup ile sağlıklı kontrol grubu arasındaki fark araştırılmıştır. Bununla birlikte alkol bağımlılığı şiddeti ile AKB grubundaki bireylerin depresyon, anksiyete, aleksitimi, cinsel işlev bozukluğu ve cinsel doyum arasında ilişki olup olmadığı değerlendirilmiştir. Son olarak da depresyon, anksiyete ve aleksitiminin cinsel işlev bozukluğu ile cinsel doyuma etkisi olup olmadığı hem AKB olan grup hem de sağlık kontrol grubu için araştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- AKB grubundaki katılımcıların %23,1'inin alkol kullanmaya başlama yaşı 15'in altındadır.
- AKB olan gruptaki katılımcıların %25'i alkol kullanımına başlama nedeninin merak olduğunu, %34,6'sı ise başlama nedeninin çevreden etkilenme olduğunu bildirmiştir.
- AKB olan grubun hem depresyon hem de anksiyete düzeyinin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür.
- AKB olan grubun aleksitimi düzeyinin, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Hafif düzeyde alkol bağımlısı olan grubun şiddetli düzeyde alkol bağımlısı olan gruba göre Toronto Aleksitimi Ölçeğinden ve DTG alt alanından istatistiksel olarak anlamlı farkla daha düşük puan aldığı görülmüştür.
- Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanına göre AKB grubunda cinsel disfonksiyon düzeyinin, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puanına göre AKB olan grubun cinsel işlev bozukluğunun, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür.

- Hafif düzeyde alkol bağımlısı olan grubun orta ve şiddetli düzeyde alkol bağımlısı olan gruba göre anksiyete ve depresyon düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı farkla daha düşük olduğu görülmüştür.
- Alkol bağımlılığı şiddeti arttıkça Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanının, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanının ve empotans alt alanından alınan puanların da arttığı görülmüştür.
- Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin aleksitimi düzeyi arttıkça Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanı ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanının arttığı görülmüştür.
- AKB olan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyleri arttıkça Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanlarının arttığı bulunmuştur.
- AKB olan grupta yaşta bir puanlık artış Golombock Rust Ölçeğinde 0.26 katlık artışa, anksiyete düzeyinde bir puanlık artış ise Golombock Rust Ölçeğinde 0.4 katlık artışa neden olmaktadır.
- AKB olan grupta Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeğinde bir puanlık artış Arizona Cinsel yaşantılar Ölçeğinde 0.37 puanlık artışa neden olmaktadır.
- Sağlıklı kontrol grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeğinde bir puanlık artış, Golombok Rust Ölçeğinde 0.31 katlık artışa, Beck depresyon Ölçeğindeki bir puanlık artış ise 0.36 katlık artışa neden olmaktadır.
- Sağlıklı kontrol grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeğindeki bir puanlık artış Arizona Cinsel Yaşantılar ölçeğinde 0.28 puanlık artışa neden olmaktadır.

Depresif ve kaygılı ruh hali, aleksitimi, alkol kullanımı ve diğer madde kullanımı, cinsel risk davranışının önemli belirleyicileridir. Özellikle AKB olan bireylere uyarlanmış etkili önleme stratejileri geliştirmek ve hedeflemek için bu koşullara yol açan psikososyal ve bağlamsal faktörler hakkında bilgiye ihtiyaç vardır. Bu doğrultuda, çalışma sonuçlarının literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmanın öne çıkan bulguları arasında AKB olan gruptaki bireylerin depresyon, anksiyete ve aleksitimi düzeylerinin sağlıklı kontrol grubundaki bireylere göre yüksek olması yer almaktadır. Yine AKB olan grubun cinsel disfonksiyon düzeyinin sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek olması ve

bağımlılık şiddeti arttıkça cinsel disfonksiyon düzeyinin artması dikkat çekmektedir. Bununla birlikte AKB olan bireylerin anksiyete, depresyon ve aleksitimi düzeyi arttıkça cinsel disfonksiyon düzeyinin artması çalışmanın öne çıkan sonuçlarındandır.

6.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle çalışma, klinik tabanlı popülasyonun küçük bir örnekleminde yürütülmüştür ve bu nedenle bulgular diğer popülasyon gruplarına genellenemez. Çalışmaya yalnızca erkek katılımcıların dahil edilmesi nedeniyle sonuçlar kadınları kapsamamaktadır. Araştırmanın tek bir şehirde uygulanmış olması sosyodemografik veriler açısından sınırlılık oluşturmuş olabilir. Uygulan ölçekler ve anket soruları kişisel yanıtlara dayanmaktadır. Özellikle cinsel doyum ve cinsel işlev bozukluğu gibi kişilerin cevap vermekte çekineceği konular üzerinde sorular içeren ölçekler uygulanmış olması, alınan yanıtların doğruluğu açısından bir kısıtlılık oluşturmuş olabilir. Çalışmamızın kesitsel olması da AKB üzerine etkili olan değişkenlerin (anksiyete, depresyon gibi) AKB'den önce olup olmadığı yönünde yorum yapmamızı engellemektedir, bu noktada hastaların tedavi sonrasındaki değişimi gösteren çalışmalar faydalı olabilir. Ayrıca alkol yoksunluğu anksiyete belirtileri ile örtüşebileceğinden anksiyete skorlarının beklenenden yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir. Çalışmamız AKB olan erkeklerde anksiyete, depresyon seviyelerinin cinsel fonksiyon üzerine olan etkisini çalışmış ancak depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı almış hastalar ile cinsel fonksiyonları kıyaslamamıştır. Depresyon ve anksiyete tanısı üzerine AKB bindiğinde cinsel fonksiyonun nasıl etkilendiğini gösteren ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

6.2. Öneriler

Klinik uygulamalar açısından önerilere bakıldığında bir birey cinsel işlev bozukluğu ile poliklinik başvurusu yaptığında, kapsamlı bir alkol ve uyuşturucu kullanımı/istismarı/bağımlılığı öyküsü alınmalıdır. Bu durum tersi için de geçerlidir. AKB cinsel doyum ve cinsel işlevi bozabilmekte ve kişiler arası problemlere yol açabilmektedir. Bu sebeple motivasyonel görüşmelerde cinsel öykünün alınması hayat kalitesi ve tedavi cevabı için önemli olacaktır. Sınırlı bir

evrende gerçekleştirilen çalışmaların tüm topluma genellenmesi güçtür. Bu nedenle konu ile ilgili daha geniş bir evrende yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamız sağlıklı kontrol grubu ile AKB olan grubu karşılaştırmış olması açısından literatüre önemli bir katkı sağlayacaktır. Bu çalışmanın sonuçları ışığında depresyon, anksiyete ve aleksitimi gibi psikiyatrik durumların hem AKB olan bireylerde hem de genel popülasyonda cinsel disfonksiyon ve cinsel doyum üzerine ne gibi etkileri olduğu yeni çalışmalar ile incelenmelidir.



7. KAYNAKLAR

1. Müller M, Ajdacic-Gross V, Vetrella Ab, Preisig M, Castelao E, Lasserre A, Vandeleur C. Subtypes Of Alcohol Use Disorder In The General Population: A Latent Class Analysis. *Psychiatry Research*. 2020; 285, 112712.
2. Sacks JJ, Gonzales KR, Bouchery EE, Tomedi LE, Brewer, RD. 2010 national and state costs of excessive alcohol consumption. *Am. J. Prev. Med.* 2015; 49, 73–79.
3. World Health Organization, Global Status Report on Alcohol and Health 2018 (2018) ve Available from: www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/.
4. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *Lancet*. 2018; 392, 987–988.
5. Iranpour A, Nakhaee N. A review of alcohol-related harms: a recent update. *Addiction & health*; 2019, 11(2), 129.
6. Jannini EA. The Interface of Systems Medicine and Sexual Medicine for Facing Non-Communicable Diseases in a Gender-Dependent Manner. *Sex Med Rev*. 2017; 5:349–64.
7. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend*. 2015; 156:1–13.
8. Moss HB. The impact of alcohol on society: a brief overview. *Soc Work Public Health*. 2013; 28:175–7.
9. Bn AK, Dr P. Sexual dysfunction in women with alcohol dependence syndrome: a study from India. *Asian J Psychiatr*. 2017; 28, 9–14.
10. Simons JS, Simons RM, Maisto SA, Hahn AM, Walters KJ. Daily associations between alcohol and sexual behavior in young adults. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2018; 26:36–48.
11. Rokach A. The effect of psychological conditions on sexuality: a review. *Psychopharmacology*. 2019; 29, 259-266.
12. 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; 33(6):539-48.
13. McHugh RK, Weiss RD. Alcohol use disorder and depressive disorders. *Alcohol research: current reviews*. 2019; 40(1).
14. Conner KR, Gamble SA, Bagge CL, et al. Substance-induced depression and independent depression in proximal risk for suicidal behavior. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014; 75(4):567–572.
15. Farris SG, Epstein EE, McCrady BS, et al. Do co-morbid anxiety disorders predict drinking outcomes in women with alcohol use disorders? *Alcohol Alcohol*. 2012; 47(2):143–148.
16. Michetti PM, Rossi R, Bonanno D, Tiesi A, Simonelli C. Male sexuality and regulation of emotions: a study on the association between alexithymia and erectile dysfunction (ED). *International journal of impotence research*. 2006; 18(2), 170.
17. Brody S. Alexithymia is inversely associated with women's frequency of vaginal intercourse. *Arch Sexual Behav*. 2003; 73–77., 32:.

18. Evren C, Kose S, Sayar K, Ozcelik B, Borckardt JP, Elhai JD, Cloninger CR. Alexithymia and temperament and character model of personality in alcohol-dependent Turkish men. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*. 2008; 62, 371–378.
19. Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addictive Behaviour*. 2009; 34, 237–245.
20. Lyvers M, Hasking P, Albrecht B, Thorberg FA. Alexithymia and alcohol: The roles of punishment sensitivity and drinking motives. *Addiction Research and Theory*. 2012; 20, 348–357.
21. Shishido H, Gaher RM, Simons JS. I don't know how I feel, therefore I act: Alexithymia, urgency, and alcohol problems. *Addictive Behaviour*. 2013; 38, 2014–2017.
22. Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M, Connor JP, Feeney GF. Alexithymia, craving and attachment in a heavy drinking population. *Addictive Behaviour*. 2011; 36, 427–430.
23. Matošić A, Marušić S, Vidrih B, Kovak-Mufić A, Čičin-Šain L. Neurobiological bases of alcohol addiction. *Acta Clinica Croatica*. 2016; 55(1), 134-150.
24. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (American Psychiatric Publishing, ed. 5, 2013).
25. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health, 2016.
26. Tuithof M, Ten Have M, van den Brink W, Vollebergh W, de Graaf R. Treatment seeking for alcohol use disorders: Treatment gap or adequate self-selection? *Eur. Addict. Res*. 2016; 22, 277–285.
27. Lesch KP. Alcohol dependence and gene X environment interaction in emotion regulation: is serotonin the link? *Eur J Pharmacol*. 2005; 113-24, 526.
28. Cloninger CR, Bohman M, Sigvardson S. Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38(8):861-8.
29. Rachdaoui N, Sarkar DK. Effects of alcohol on the endocrine system. *Endocrinology and Metabolism Clinics*. 2013; 42(3), 593-615.
30. Harper C, Matsumoto I. Ethanol and brain damage. *Curr Opin Pharmacol*. 2005; 5(1):73-8.
31. Ross S, Peselow E. The neurobiology of addictive disorders. *Clin Neuropharmacol*. 2009; 32(5):269-76.
32. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3, 760–773.
33. Potkonjak J, Ivančić I, Zdunić D, Karlović D, Matošić A. Alcoholic and his family. *Alcoholism*. 2006; 42:23-33.
34. Jellinek EM. *The Disease Concept of Alcoholism*. New Brunswick: Hillhouse; 1960.
35. Cloninger CR, Bohman M, Sigvardson S. Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry*. 1981; 38(8):861-8.
36. Bardach AE. A systematic review of mathematical models. *BMC Public Health*. 2019; 19, 1378.
37. Fernández-Solà J. Cardiovascular risks and benefits of moderate and heavy alcohol consumption. *Nat Rev Cardiol*, 2015; 12, 576–87,

38. Taylor B, Irving HM, Baliunas D, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S. Alcohol and hypertension: gender differences in dose response relationships determined through systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2009; 104, 1981–90.
39. Roerecke M, Kaczorowski J, Tobe SW, Gmel G, Hasan OSM, Rehm J. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017; 2, e108–e120.
40. Di Castelnuovo A, Costanzo S, Bagnardi V, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano G. Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Arch Intern Med* 2006; 166, 2437–45.
41. George A, Figueredo VM. Alcohol and arrhythmias: a comprehensive review. *J Cardiovasc Med*. 2010; 11, 221–8.
42. Mirijello A, Tarli C, Vassallo GA, Sestito L, Antonelli M, d'Angelo C. Alcoholic cardiomyopathy: what is known and what is not known. *Eur J Intern Med*. 2017; 1–5., 43:.
43. Rachdaoui N, Sarkar DK. Effects of alcohol on the endocrine system. *Endocrinology and Metabolism Clinics*. 2013; 42(3), 593-615.
44. Liappas I, Piperi C, Malitas PN, et al. Interrelationship of hepatic function, thyroid activity and mood status in alcohol-dependent individuals. *In Vivo*. 2006; 20:293–300.
45. Zhang P, Bagby GJ, Happel KI, et al. Alcohol abuse, immunosuppression, and pulmonary infection. *Curr. Drug Abuse Rev*. 2008; 1:56–67.
46. Lau AH, Szabo G, Thomson AW. Antigen-presenting cells under the influence of alcohol. *Trends Immunol*. 2009; 30:13–22.
47. Sarkar DK, Murugan S, Zhang C, et al. Regulation of cancer progression by β -endorphin neuron. *Cancer Res*. 2012; 72:836–840.
48. Okaru AO, Lachenmeier DW. Margin of exposure analyses and overall toxic effects of alcohol with special consideration of carcinogenicity. *Nutrients*. 2021; 13(11), 3785.
49. Boffetta P, Hashibe M. Alcohol and cancer. *The lancet oncology*. 2006; 7(2), 149-156.
50. Rehm J, Soerjomataram I, Ferreira-Borges C, Shield KD. Does alcohol use affect cancer risk?. *Current nutrition reports*. 2019; 8(3), 222-229.
51. Connor J. Alcohol consumption as a cause of cancer. *Addiction*. 2017; 112(2):222–8.
52. Ghadigaonkar DS, Murthy P. Sexual dysfunction in persons with substance use disorders. *Journal of Psychosexual Health*. 2019; 1(2), 117-121.
53. Markos AR. Alcohol and sexual behaviour. *Int J STD AIDS*. 2005; 16(2):123-127.
54. Prabhakaran DK, Nisha A, Varghese PJ. Prevalence and correlates of sexual dysfunction in male patients with alcohol dependence syndrome: A cross-sectional study. *Indian J Psychiatry*. 2018; 60(1):71–7.
55. Scott-Sheldon LA, Carey KB, Cunningham K, Johnson BT, Carey MP. Alcohol use predicts sexual decision-making: a systematic review and meta-analysis of the experimental literature. *AIDS Behav*. 2016; 1:19–39.
56. Anil Kumar, Shalini M, Sanjay Raj, Prasannakumar DR. Sexual dysfunction in women with alcohol dependence syndrome: A study from India. *Asian J Psychiatr*. 2017; 28:9–14.
57. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis GD, et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health*. 2010; 7(4):1392–431.

58. Sheynin J, Moustafa AA, Beck KD, Servatius RJ, Casbolt PA, Haber P, et al. Exaggerated acquisition and resistance to extinction of avoidance behavior in treated heroin-dependent men. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2016; 77 (3), 386–39.
59. Boschloo L, Vogelzangs N, Van Den Brink W, Smit JH, Beekman ATF, Penninx BWJH. The role of negative emotionality and impulsivity in depressive/anxiety disorders and alcohol dependence. *Psychological Medicine*, 2013; 43 (6), 1241–1253.
60. McCaul ME, Hutton HE, Stephens MAC, Xu X, Wand GS. Anxiety, anxiety sensitivity, and perceived stress as predictors of recent drinking, alcohol craving, and social stress response in heavy drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2017; 41 (4), 836–845.
61. Votaw VR, Witkiewitz K, Valeri L, Bogunovic O, McHugh RK. Nonmedical prescription sedative/tranquilizer use in alcohol and opioid use disorders. *Addict. Behav.* 2019; 88, 48–55.
62. Mirijello A, D'Angelo C, Ferrulli A, Vassallo G, Antonelli M, Caputo F, Leggio L, Gasbarrini A, Addolorato G. Identification and management of alcohol withdrawal syndrome. *Drugs*. 2015; 75, 353–365.
63. Maisel NC, Blodgett JC, Wilbourne PL, Humphreys K, Finney JW. Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: When are these medications most helpful? *Addiction*. 2013; 108, 275–293.
64. Kranzler HR, Soyka M. Diagnosis and pharmacotherapy of alcohol use disorder: A review. *JAMA*. 2018; 320, 815–824.
65. de Laat B, Goldberg A, Shi J, Tetrault JM, Nabulsi N, Zheng MQ, Krishnan-Sarin S. The kappa opioid receptor is associated with naltrexone-induced reduction of drinking and craving. *Biological psychiatry*. 2019; 86(11), 864-871.
66. Kazemi DM, Borsari B, Levine MJ, Li S, Lamberson KA, Matta LA. A systematic review of the mHealth interventions to prevent alcohol and substance abuse. *J. Health Commun*. 2017; 22, 413–432.
67. Verrastro V, Saladino V, Petrucci F, Eleuteri S. Medical and health care professionals' sexuality education: State of the art and recommendations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(7), 2186.
68. Dyer K, Das Nair R. Why don't health care professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. *J. Sex. Med*. 2013; 10, 2658–2670.
69. Krassioukov A, Elliott S. Neural control and physiology of sexual function: effect of spinal cord injury. *Topics in spinal cord injury rehabilitation*. 2017; 23(1), 1-10.
70. Clement P, Giuliano F. Physiology and pharmacology of ejaculation. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2016; 18: 25(119 suppl 3).
71. Courtois F, Charvier K, Vezina JG, et al. Assessing and conceptualizing orgasm after a spinal cord injury. *BJU Int*. 2011; 108(10):1624–1633.
72. Lawrance K, Byers ES. Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Personal Relationships*. 1995; 2, 267-285.
73. Scott VC, Sandberg JG, Harper JM, Miller RB. The impact of depressive symptoms and health on sexual satisfaction for older couples: Implications for clinicians. *Contemporary Family Therapy*. 2012; 34, 376-390.

74. Henderson AW, Lehavot K, Simoni JM. Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*. 2009; 38, 50-65.
75. Higgins JA, Trussell J, Moore NB, Davidson JK. Virginity lost, satisfaction gained? Physiological and psychological sexual satisfaction at heterosexual debut. *Journal of Sex Research*. 2010; 47, 384-394.
76. 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; 101(8):1005-1011.
77. Rao TS, Darshan MS, Tandon A. An epidemiological study of sexual disorders in South Indian rural population. *Indian J Psychiatry*. 2015; 57(2):150.
78. Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol*. 2010; 57:804-14.
79. Moreira ED, Jr, Kim SC, Glasser D, Gingell C. Sexual activity, prevalence of sexual problems and associated help-seeking patterns in men and women aged 40–80 years in Korea: data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours (GSSAB) *J Sex Med*. 2006; 3:201-11.
80. Ho CC, Singam P, Hong GE, Zainuddin ZM. Male sexual dysfunction in Asia. *Asian journal of andrology*. 2011; 13(4), 537.
81. Prabhakaran DK, Nisha A, Varghese PJ. Prevalence and correlates of sexual dysfunction in male patients with alcohol dependence syndrome: A cross-sectional study. *Indian journal of psychiatry*. 2018; 60(1), 71.
82. Heinz A, Rommelspacher H, Gräf KJ, Kürten I, Otto M, Baumgartner A, et al. Hypothalamic-pituitary-gonadal axis, prolactin, and cortisol in alcoholics during withdrawal and after three weeks of abstinence: Comparison with healthy control subjects. *Psychiatry Res*. 1995; 56:81-95.
83. Fernandes A, De Sousa A. Alcohol dependence and sexual dysfunction: A clinical review. *Paripex Indian J Res*. 2014; 3:187-90.
84. Saha A. Prevalence of sexual dysfunction in cases of alcohol dependence syndrome. *Int J Adv Med*. 2015; 2:110-9.
85. Arackal BS, Benegal V. Prevalence of sexual dysfunction in male subjects with alcohol dependence. *Indian J Psychiatry*. 2007; 49:109-12.
86. Aswal S, Verma KK, Mathur A, Singh H, Jain L, Kapur T. Study of psychiatric morbidity and psychosexual dysfunctions in patients of alcohol dependence. *Delhi Psychiatry J*. 2012; 15:379-84.
87. Tehrani FR, Farahmand M, Simbar M, Afzali HM. Factors associated with sexual dysfunction ve a population based study in Iranian reproductive age women. *Archives of Iranian medicine*. 2014; 17(10).
88. Sansone A, Mollaioli D, Ciocca G, Limoncin E, Colonnello E, Jannini EA. Sexual Dysfunction in Men and Women with Diabetes: A Reflection of their Complications?. *Current diabetes reviews*. 2022; 18(1), 1-8.
89. Maiorino MI, Bellastella G, Giugliano D, Esposito K. From inflammation to sexual dysfunctions: a journey through diabetes, obesity, and metabolic syndrome. *Journal of Endocrinological Investigation*. 2018; 41(11), 1249-1258.
90. Petersen M, Kristensen E, Giraldi L, Giraldi A. Sexual dysfunction and mental health in patients with multiple sclerosis and epilepsy. *BMC neurology*. 2020; 20(1), 1-9.

91. Cho JW, Duffy JF. Sleep, sleep disorders, and sexual dysfunction. *The world journal of men's health*. 2019; 37(3), 261-275.
92. Lara LAS, Scalco SCP, Troncon JK, Lopes GP. A model for the management of female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017; 39:184-94.
93. Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: Conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29: 573–585.
94. Frohlich P, Meston CM. Sexual functioning and selfreported depressive symptoms among college women. *Journal of Sex Research*. 2002; 39: 321–325.
95. Jeong JY, Lee SK, Kang YW, et al. Relationship between ED and depression among middle-aged and elderly men in Korea: Hallym aging study. *International Journal of Impotence Research*. 2011; 23: 227–234.
96. Mezones -Holguin E, Crdova -Marcelo W, Lau-Chu- Fon F, et al. Association between sexual function and depression in sexually active, mid-aged, Peruvian women. *Climacteric*. 2011; 14: 654–660.
97. Moel J, Buttner M, O'Hara M, et al. Sexual function in the postpartum period: Effects of maternal depression and interpersonal psychotherapy treatment. *Official Journal of the Section on Women's Health of the World Psychiatric Association*. 2010; 13: 495–5.
98. Kaya B, Unal S, Ozenli Y, et al. Anxiety, depression and sexual dysfunction in women with chronic pelvic pain. *Sexual and Relationship Therapy*. 2006; 21: 187–196.
99. Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: Conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29: 573–585.
100. Kashdan T, Adams L, Savostyanova A, et al. Effects of social anxiety and depressive symptoms on the frequency and quality of sexual activity: A daily process approach. *Behaviour Research and Therapy*. 2011; 49: 352–360.
101. Bozman AW, Beck JG. Covariation of sexual desire and sexual arousal: the effects of anger and anxiety. *Arch Sex Behav*. 1991; 20(1):47-60.
102. Lindholm T, Lehtinen V, Hyypä MT, Puukka P. Alexithymic features in relation to the dexamethasone suppression test in a Finnish population sample. *Am J Psychiatry*. 1990; 147(9):1216-9.
103. Sünbül EA, Gökçeimam PŞ, Üstündağ M, Taştekin N, Domaç FM, Güleç H. Evaluation of Alexithymia, Anger and Temperament Features in Insomnia Patients with Sexual Dysfunction. *Duzce Medical Journal*. 2021; 23(2), 211-217.
104. Ghogare AS, Patil PS, Vankar GK. A case series of study of childhood psychological trauma and alexithymia among persons with alcohol dependence syndrome attending inpatient de-addiction facility from central rural India. *Ann Indian Psychiatry* 2021; 5(2):1.
105. De Rick A, Vanheule S. The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addict Behav*. 2006; 31:1265-70.
106. de Timary P, Luts A, Hers D, Luminet O. Absolute and relative stability of alexithymia in alcoholic inpatients undergoing alcohol withdrawal: Relationship to depression and anxiety. *Psychiatry Res*. 2008; 157:105-13.
107. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I). SCID-I (versión clínica)*. Masson S. A. Barcelona (Spain). 1999.

- 108.Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon. Ankara: Hekimler yayın birliği; 1999.
- 109.Stockwell T, Murphy D, Hodgson R. The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire: Its Use, Reliability and Validity. *British Journal of Addiction*. 1983; 145-155, 78.
- 110.Akyel B, Aldemir E, Altıntoprak AE. Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği: Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2018; 29(3), 202-208.
- 111.Stockwell T, Sitharthan T, Mcgrath D, Lang E. The Measurement of Alcohol Dependence and Impaired Control in Community Samples. *Addiction*. 1994; 167-174., 89:.
- 112.Beck AT, Steer RA Manual for the Beck Anxiety Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1990.
- 113.Osman A, Kopper BA, Barrios FX, Osman JR, Wade T. The Beck Anxiety Inventory: reexamination of factor structure and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*. 1997; 53, 7-14.
- 114.Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cognit Psychother*. 1996; 12:163-172.
- 115.Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4:561-571.
- 116.Beck AT Steer RA Garbin MG . Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988; 8:77-100.
- 117.Beck AT, Steer RA, Brown GK . BDI-II: Beck Depression Inventory Manual. 2nd edn. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
- 118.Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlik ve güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*; 1988; 6:118-122.
- 119.O farell, O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HS, Birchler GR. Sexual satisfaction and dysfunction in marriages of male alcoholics: comparison with nonalcoholic maritally conflicted and nonconflicted couples. *J Stud Alcohol*. 1997 Jan;58(1):91-9. doi: 10.15288/jsa.1997.58.91. PMID: 8979217.
- 120.Ponizovsky AM. Clinical and psychosocial factors associated with quality of life in alcohol-dependent men with erectile dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 2008; 5(10), 2347-2358.
- 121.Gallagher C, Radmall Z, O'Gara C, Burke T. Anxiety and depression among patients with alcohol dependence: co-morbid or substance-related problems? *Ir J Psychol Med*. 2018 Jun;35(2):121-126. doi: 10.1017/ipm.2017.25. PMID: 30115196.
- 122.Sucharita, Mandal S, Godi SM, Spoorthy M. Sexual Dysfunction and Satisfaction in Males With Alcohol Dependence: A Clinic-Based Study From Central India. *Cureus*. 2021; 27;13(8):e17492. doi: 10.7759/cureus.17492. PMID: 34595072; PMCID: PMC8465868.
- 123.Thomas NS, Kuo SI, Aliev F, McCutcheon VV, Meyers JM, Chan G, Hesselbrock V, Kamarajan C, Kinreich S, Kramer JR, Kuperman S, Lai D, Plawecki MH, Porjesz B, Schuckit MA, Dick DM, Bucholz KK, Salvatore JE. Alcohol use disorder, psychiatric comorbidities, marriage and divorce in a high-risk sample. *Psychol Addict Behav*. 2022; 36(4):364-374.
- 124.Crum RM, Helzer JE, Anthony JC. Level of education and alcohol abuse and dependence in adulthood: a further inquiry. *Am J Public Health*. 1993; 83(6):830-7. doi: 10.2105/ajph.83.6.830. PMID: 8498620; PMCID: PMC1694736.

125. French MT, Maclean JC, Sindelar JL, Fang H. The morning after: alcohol misuse and employment problems. *Appl Econ*. 2011;43(21):2705-2720. doi: 10.1080/00036840903357421. PMID: 22162875; PMCID: PMC3234116.
126. Finch BK, Catalano RC, Novaco RW, Vega WA. Employment frustration and alcohol abuse/dependence among labor migrants in California. *J Immigr Health*. 2003;5(4):181-6. doi: 10.1023/a:1026119226083. PMID: 14574069.
127. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*. 1994; 38(1), 23-32.
128. Güleç H, Köse S, Güleç MY, Çitak S, Evren C, Borckardt J, Sayar K. Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2009; 19(3), 214.
129. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006 Jul;160(7):739-46. doi: 10.1001/archpedi.160.7.739. PMID: 16818840.
130. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther*. 2000; 26(1):25-40.
131. Smith JP, Randall CL. Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Res*. 2012;34(4):414-31.
132. McCaul ME, Hutton HE, Stephens MA, Xu X, Wand GS. Anxiety, Anxiety Sensitivity, and Perceived Stress as Predictors of Recent Drinking, Alcohol Craving, and Social Stress Response in Heavy Drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2017;41(4):836-845.
133. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impot Res*. 2004; 16(6):531-534.
134. Rust J, Golombok S, Collier J. Marital problems and sexual dysfunction: How are they related? *Br J Psychiatry*. 1988; 152:629-31.
135. Rust J, Golombok S. dysfunction, The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual ve Archives of Sexual Behavior April 1986; 15, (2), 157–165.
136. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*. 1993; 4(2), 83-88.
137. Saha A. Prevalence of sexual dysfunction in cases of alcohol dependence syndrome. *Int J Adv Med*. 2015; 2:110–9.
138. Yılmaz G, Serkan İ, Aktuğ ZB. Üniversite öğrencilerinin sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanma durumları. *Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2020; 2(2), 73-80.
139. Oğuz S, Genç A, Tazel A. Üniversite Öğrencilerinin Alkol Kullanma ve Alkolün Kalp Sağlığı Üzerindeki Etkisini Bilme Durumu. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*. 2015; 1(2), 65-76.
140. Öz B, Alkevi A. Öğrencilerin Madde Kullanımı ve Bağımlılığında Etkili Olan Faktörlere Bakışının Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi: Çukurova Üniversitesi Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2018; 39, 29-43.
141. Koca B, Oğzuöncül AF. İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara, Alkol, Madde Kullanımı, Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler ve Aileden Aldıkları Sosyal Desteğin Etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi*. 2015; 4(2), 4-13.

142. Alver E. Üniversite Öğrencilerinin Alkol İstismarının Depresyon Düzeyleri İle İlişkisi Üzerine Bir İnceleme. *Journal of Academic Value Studies*, 2019; 5, (4), 623-638.
143. Littrell J. Understanding and treating alcoholism: volume I: an empirically based Clinician's handbook for the treatment of alcoholism: volume ii: biological, psychological, and social aspects of alcohol consumption and Abuse: Psychology Press; 2014.
144. Archie S, Kazemi AZ, Akhtar-Danesh N. Concurrent binge drinking and depression among Canadian youth: prevalence, patterns, and suicidality. *Alcohol*. 2012; 46(2):165–72.
145. Watts M. Understanding the coexistence of alcohol misuse and depression. *Br J Nurs*. 2008; 17(11):696–9.
146. Obeid S, Akel M, Haddad C, Fares K, Sacre H, Salameh P, Hallit S. Factors associated with alcohol use disorder: the role of depression, anxiety, stress, alexithymia and work fatigue-a population study in Lebanon. *BMC public health*. 2020; 20(1), 1-11.
147. Thorberg FA, Young RM, Hasking P, Lyvers M, Connor JP, London ED, Huang YL, Feeney GFX. Alexithymia and Alcohol Dependence: The Roles of Negative Mood and Alcohol Craving. *Subst Use Misuse*. 2019;54(14):2380-2386.
148. Bhainsora RS, Patil PS, Ghogare AS, Vankar GK. A cross-sectional study of prevalence and types of sexual dysfunction among married male patients with alcohol dependence syndrome attending tertiary healthcare center from Central Rural India. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021; 10.
149. Van Thiel DH, Lester R. The effect of chronic alcohol abuse on sexual function. *th Clin Endocrinol Metab*. 1979; 8:499–510.
150. Gumus B, Yigitoglu MR, Lekili M, Vyanik BS, Muezzinoglu T, Buyuksu C. Effect of long term alcohol abuse on male sexual function and serum gonadal hormone levels. *Int Urol Nephrol*. 1998; 30:755–9.
151. Vijayaseenan ME. Alcohol and sex. *N Z Med J*. 1981; 93:18–20.
152. Martin JB. Martin and R.O. Pihl, *Psychother. Psychosom*, 45; 1986; 66.
153. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction*, 2011; 106(5), 906-914.
154. Chew KK, Bremner A, Stuckey B, Earle C, Jamrozik K. Alcohol consumption and male erectile dysfunction: an unfounded reputation for risk? *J Sex Med*. 2009; 6:1386–94.
155. Arackal BS, Benegal V. Prevalence of sexual dysfunction in male subjects with alcohol dependence. *Indian J Psychiatry*. 2007; 49:109–12.
156. Lee AC, Ho LM, Yip AW, Fan S, Lam TH. The effect of alcohol drinking on erectile dysfunction in Chinese men. *Int J Impot Res*. 2010; 22:272–8.
157. Madioni F, Mammana LA. Toronto Alexithymia Scale in outpatients with sexual disorders. *Psychopathology*. 2001; 34(2):95-8.
158. Michetti PM, Rossi R, Bonanno D, De Dominicis C, Iori F, Simonelli C. Dysregulation of emotions and premature ejaculation (PE): alexithymia in 100 outpatients. *J Sex Med*. 2007; 4(5):1462-7.
159. Thakurta RG, Singh OP, Bhattacharya A. Nature of sexual dysfunctions in major depressive disorder and its impact on quality of life. *Indian J Psychol Med* 2012; 365–370., 34:.
160. Chokka PR, Hankey JR. Assessment and management of sexual dysfunction in the context of depression. *Therapeutic advances in psychopharmacology*. 2018; 8(1), 13-23.

161. Rajkumar RP, Kumaran AK. Depression and anxiety in men with sexual dysfunction: a retrospective study. *Compr Psychiatry*. 2015; 60:114-8.
162. Wiegel M, Scepkowski LA, Barlow DH. Cognitiveaffective processes in sexual arousal and sexual dysfunction. In: Janssen E, editor. *The psychophysiology of sex*. Bloomington: Indiana University Press. 2007; 143-65.
163. Figueira I, Possidente E, Marques C, Hayes K. Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. *Arch Sex Behav*. 2001;30: 369-376.
164. Blumentals WA, Gomez-Caminero A, Brown RR, et al. A case-control study of erectile dysfunction among men diagnosed with panic disorder. *Int J Impot Res*. 2004; 16:299-302.
165. Grant BF, Chou SP, Saha TD, et al. Prevalence of 12-month alcohol use, high-risk drinking, and DSM-IV alcohol use disorder in the United States, 2001–2002 to 2012–2013: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA Psychiat*. 2017;74(9):911–23.



8. EKLER

EK 1 Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Adı Soyadı :

Tarih :

Doğum Yeri-Yılı :

Adres :

Telefon :

Medeni durum: (1) Hiç evlenmemiş (2) Evli (3) Eşi ölmüş (4) Boşanmış/Ayrı yaşıyor

Eğitim: (1) Okur-yazar değil (2) Okur-yazar (3) İlköğretim (1-8 yıl) (4) Lise (9-11 yıl) (5) Yüksekokul (12-üstü yıl)

Aile tipi: (1) Çekirdek (2) Geniş (3) Diğer

Meslek: (1) Memur/Asker (2) İşçi (3) Emekli (4) Çalışmıyor

Sosyoekonomik düzey: (1) Üst (8000Tl Üzeri) (2) Orta (4000-8000Tl arası) (3) Alt (4000Tl altı)

Yetiştigi yer: (1) Köy/Kasaba (2) İlçe merkezi (3) İl merkezi (4) Yurt dışı

Yaşadığı yer: (1) Köy/Kasaba (2) İlçe merkezi (3) İl merkezi (4) Yurt dışı

Tıbbi öykü:

Psikiyatrik Öykü

Özgeçmiş : (1) Yok (2) Var..... Özgeçmiş : (1) Yok (2) Var.....

Soygeçmiş : (1) Yok (2) Var..... Soygeçmiş : (1) Yok (2) Var.....

Kullanılan maddeler:

Kullanılan ilaçlar :

ALKOL KULLANIMINI SORGULAYIN

Alkol başlama yaşı:

Alkol başlama nedeni(Sadece birini seçiniz):

(1) Merak (2) Ergenlik sorunları (3) Özentisi (4) Çevreden etkilenme (5) Stres (6) Diğer

Zamana göre alkol içme miktarındaki değişiklikler:

(1) Değişmedi (2) Azaldı (3) Arttı

Haftada kaç gün alkol kullanıyorsunuz?:

Önceden alkolü bırakmayı düşündünüz mü?

(1) Hayır (2) Evet

Ailede düzenli alkol alan var mı?

(1) Hayır (2) Evet

Alkol kullanımı ile ilgili genetik yatkınlık var mı?

(1) Hayır (2) Evet

EK-2 Alkol Bağımlılığı Şiddeti Ölçeği

Lütfen alkol alımınız hakkındaki aşağıdaki tüm soruları sizin için en uygun yanıtı daire içine alarak cevaplayın.

Ağır içtiğiniz o dönem boyunca

1. Alkol aldığım günün ertesinde, terlemiş olarak uyanırdım.

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

2. Alkol aldığım günün ertesinde, sabah hissettiğim ilk şey ellerimin titremesi olurdu.

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

3. Alkol aldığım günün ertesinde, sabah alkol almazsam bütün vücudum şiddetle titrerdi.

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

4. Alkol aldığım günün ertesinde, terden sıırıslık olmuş vaziyette uyanırdım.

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

5. Alkol aldığım günün ertesinde, sabah uyanmaktan korkardım.

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

6. Alkol aldığım günün ertesinde, uyandıktan hemen sonra insanlarla bir araya gelmekten korkardım.

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

7. Alkol aldığım günün ertesinde, uyandıgımda kendimi çaresizliğin sınırında hissederdim.

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

8. Alkol aldığım günün ertesinde, uyandıgımda çok korkmuş hissederdim.

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

9. Alkol aldığım günün ertesinde, sabah alkollü bir içecek içmek isterdim.

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

10. Alkol aldığım günün ertesinde, mümkün olduğunca kısa sürede birkaç alkollü içkiyi ardı ardına içerdim.

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

11. Alkol aldığım günün ertesinde, titremelerden kurtulmak için sabahları daha fazla alkol alırdım.

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

12. Alkol aldığım günün ertesinde, sabah uyandığımda alkollü bir içki almak için çok güçlü bir ihtiyaç duyardım.

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

13. Bir günde bir şişe alkollü içkinin (rakı, cin, viski vb.) dörtte birinden (çeyreğinden) fazlasını içtim (1 şişe şarap ya da 7 şişe bira).

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

14. Bir günde bir şişe alkollü içkinin (rakı, cin, viski vb.) yarısından fazlasını içtim (2 şişe şarap ya da 15 şişe bira).

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

15. Bir günde bir şişe alkollü içkiden (rakı, cin, viski vb.) fazlasını içtim (4 şişe şarap ya da 30 şişe bira).

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

16. Bir günde iki şişe alkollü içkiden (rakı, cin, viski vb.) fazlasını içtim (8 şişe şarap ya da 60 bira).

Neredeyse Hiçbir Zaman () Bazen () Sıklıkla () Hemen Hemen Her Zaman ()

Aşağıdaki durumları zihninizde canlandırın:

1. Birkaç haftadır hiç alkol almamışsınız.

2. Bunun ardından 2 gün boyunca yoğun bir şekilde içtiniz.

Yoğun olarak içtiğiniz o iki günün ardından, ertesi sabah kendinizi nasıl hissedersiniz?

17. Terlemeye başladım.

Hiç () Hafif () Orta Derecede () Oldukça Fazla ()

18. Ellerim titrerdi.

Hiç () Hafif () Orta Derecede () Oldukça Fazla ()

19. Vücudum titrerdi.

Hiç () Hafif () Orta Derecede () Oldukça Fazla ()

20. İçmek için yoğun bir isteğim olurdu.

Hiç () Hafif () Orta Derecede () Oldukça Fazla

EK-3 Beck Anksiyete Ölçeği

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-4 Beck Depresyon Ölçeği

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seксе ilim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toronto Aleksitimi Ölçeği - 20

The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını ilgili kısmı işaretleyerek belirleyiniz.

		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyular oluyor.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlemeyi yeğlerim.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Bedenimdeki duyular çoğu kez kafamı karıştırır.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	☐	☐	☐	☐	☐
10	İnsanların duygularını tanıması zorunludur.	☐	☐	☐	☐	☐
11	İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.	☐	☐	☐	☐	☐
12	İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.	☐	☐	☐	☐	☐
13	İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.	☐	☐	☐	☐	☐
15	İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	☐	☐	☐	☐	☐
16	Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.	☐	☐	☐	☐	☐
17	İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	☐	☐	☐	☐	☐
18	Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
19	Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	☐	☐	☐	☐	☐
20	Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	☐	☐	☐	☐	☐

EK-6 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu

Lütfen her maddede, bugün de dahil, geçen haftaki durumunuzu işaretleyin.

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz
2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyanılırsınız (tahrik olursunuz)?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor
3. Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve sertliğini sürdürür mü?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz
4. Ne kadar kolay boşalırsınız?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam
5. Boşalmanız tatmin edici midir?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

EK-7 Golombok-Rust Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Cinsel yönden kolay uyanılır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz erken olduğunu düşünürseniz, boşalmayı geciktirebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tekdüze (monoton) buluyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
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 olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını sorarmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
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. Önsevişme (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. İsteddiğiniz kadar sık cinsel ilişkide bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Cinsel birleşme sırasında, cinsel organınızın sertliğini kaybettiği olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Cinsel organınız, eşinizin cinsel organına girer girmez istemeden boşaldığınız olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyarmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Cinsel organınız eşinizin cinsel organına girmek üzereyken, istemeden boşaldığınız olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐