

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ENDOKRİNOLOJİ VE OBEZİTE
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN MORBİD
OBEZİTE HASTALARININ CİNSEL İŞLEV
BOZUKLUKLARI AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Bülent YAPRAK
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN**

MALATYA-2016

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TEŞEKKÜRLER	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
KISALTMALAR VE SİMGELER	vii
TABLOLARIN VE ŞEKİLLERİN LİSTESİ	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Obezite.....	2
2.1.1. Obezite Ölçüm protokolleri.....	4
2.1.1.1. <i>Vücut yağının doğrudan yöntemlerle saptanması</i>	4
2.1.2. Obezite Prevalansı.....	7
2.1.3. Obezitede Patogenez.....	10
2.1.4. Obezite Sınıflandırması.....	12
2.1.4.1. <i>Yağ dokusunun dağılımı ve anatomik özelliklerine göre obezite</i>	12
2.1.4.2. <i>Yağ dağılımının durumuna göre obezite</i>	12
2.1.4.3. <i>Obezitenin başlama yaşına göre</i>	13
2.1.5. Obezite Nedenleri.....	13
2.1.6. Tıbbi Tedavi.....	21
2.1.7. Cerrahi Tedavi.....	21
2.1.8. Diyet Tedavisi.....	21
2.1.9. Aktivite.....	21
2.1.10. Psikiyatrik Tedavi.....	22
2.2. Cinsellik ve Tarihçesi.....	22
2.2.1. Cinsel Organların Sinirsel İletimi.....	25
2.2.1.1. <i>Cinsel istek</i>	26
2.2.2. Kadın ve Erkek Cinselliği Arasındaki Farklar.....	27
2.2.2.1. <i>Cinsellikte lineer model</i>	28
2.3. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları.....	34

2.3.1. Cinsel İstekte Azalma (Hipoaktif Cinsel İstek) Bozukluğu (HCİ)	34
2.3.1.1. Sınıflandırma/tanı	34
2.3.1.2. Prevalans	35
2.3.1.3. Etiyoloji.....	36
2.3.2. Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu (KCUB)	37
2.3.2.1. Sınıflandırma/tanı	37
2.3.2.2. Prevalans	38
2.3.2.3. Etiyoloji.....	38
2.3.3. Kadında Orgazm Bozukluğu (KOB)	38
2.3.3.1. Sınıflandırma/tanı	38
2.3.3.2. Prevalans	39
2.3.4. Vajinismus	39
2.3.4.1. Sınıflandırma/tanı	39
2.3.4.2. Prevalans	40
2.4. Erkek Cinsel Fonksiyon Bozuklukları	41
2.4.1. Erkekte Düşük Cinsel İstek Bozukluğu (Cinsel İstekte Azalma- Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu).....	41
2.4.1.1. Genel bilgiler	41
2.4.1.2. Prevalans	41
2.4.2. Erektile disfonksiyon	42
2.4.2.1. Sınıflandırma/tanı	42
2.4.2.2. Prevalans	42
2.4.2.3. Erektile disfonksiyon epidemiyolojisi	43
2.4.2.4. Erektile disfonksiyon risk faktörleri ve devam ettiren faktörler	43
2.4.2.5. Erektile işlevler üzerine negatif etkisi olan ilaçlar	44
2.4.2.6. Erektile disfonksiyon için risk faktörleri ve artıran faktörler.....	45
2.4.2.7. Sınıflandırma/tanı	46
2.4.2.8. Erken boşalma prevalansı	47
2.4.3. Erken Boşalmanın Sebepleri.....	48
2.4.3.1. Psikolojik sebepler	48
2.4.3.2. Kişilik özellikleri	48
2.4.3.3. Kognitif sebepler	48
2.4.3.4. Afektif sebepler	50

2.4.3.5. Erektile disfonksiyonda psikopatoloji.....	52
2.4.3.6. Partner ve ilişki kalitesi etkisi.....	52
2.4.3.7. Yaşam şartlarıyla ilgili faktörler	55
2.4.4. Erken Boşalma Prevalansı	55
2.4.5. Erken Boşalmanın Etiyolojisi:	56
2.4.6. Risk Faktörleri	56
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	59
3.1.Örneklem seçimi	59
3.1.1. Morbid Obezite Grubu.....	59
3.2. Veri Toplama Araçları	60
3.2.1. Kişisel Bilgi Formu.....	60
3.2.2. İstatistiksel Analiz.....	60
3.2.3. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği	61
3.2.4. Beck Depresyon Envanteri	61
3.2.5. Beck Anksiyete Envanteri	63
4. BULGULAR.....	66
5. TARTIŞMA.....	71
6. KAYNAKLAR	75

TEŞEKKÜRLER

Tez sürecinde olduğu kadar hayatımın birçok alanında bana yardımcı olan ve erdemli davranışı amaç edinmemi sağlayan değerli tez hocam Prof. Dr. İbrahim Şahin'e, samimiyeti, ince ruhu ve tatlı dili ile beni motive eden değerli hocam Prof. Dr. Murat Aladağ'a, bilgisi ve tecrübesi ile yanımda olan değerli hocam Prof. Dr. Hülya Taskapan'a, beni daha iyiye yönlendirmesi ve dostluğu ile yanımda olan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Yılmaz Bilgiç'e, samimiyeti ile yanımda olan değerli hocam Prof. Dr. Murat Harputluoğlu'na, mesleki disiplini ve bilgisiyle örnek aldığım Prof. Dr. Emin Tamer Elkıran 'a ve tezimin istatistik aşamasında yardımını esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Saim Yoloğlu'na, tecrübesi ve bilgisi ile hiçbir zaman desteğini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Lale Gönenir Erbay 'a, İnönü Üniversitesindeki hocalarıma ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesindeki Hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca asistanlığım süresince beraber çalıştığım asistan arkadaşlarıma, hemşire ve sağlık personeli arkadaşlarıma ve en önemlisi iyileşirken öğreten hastalarıma teşekkür ederim.

Beni yaptığım ve yapacağım her şeyde yüreklendiren canım anneme, babama, kardeşlerime ve varlığı ile içimi ısıtan oğlum Asil Doruk'a teşekkür ederim.

ÖZET

Endokrinoloji ve Obezite polikliniğine başvuran Morbid Obezite hastalarının cinsel işlev bozuklukları açısından değerlendirilmesi

Bu tez çalışmasının amacı endokrinoloji polikliniğine başvuran morbid obez hastalarda cinsel işlev bozukluğu sıklığını incelemektir. Çalışmanın örneklemini BMI>40 kg/m² olan 78 morbid obez hasta ve 68 normal kilolu birey oluşturdu. Verilerin elde edilmesinde katılımcılara uygulanan sosyodemografik bilgi formu, Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği, Golombok Rust cinsel doyum ölçeği kullanıldı. . Nicel verilere ilişkin değişkenler Shapiro Wilk normallik testi ile test edildi. Normallik testinin sonucuna göre grupların karşılaştırılması unpaired t testi, Mann Whitney U testi ve Pearson Ki-Kare Analizi ile yapıldı ve p<0.05 anlamlı olarak kabul edildi.

Obez kadın ve erkeklerde cinsel işlev bozukluğu sıklığı daha yüksek oranda saptanmıştır. Golombok Rust alt ölçek skorları açısından incelendiğinde bayanlarda doyum ve orgazm bozukluğu ölçeklerinde fark saptanmasına rağmen diğer ölçek skorlarında normal kilolu bireylere göre anlamlı fark saptanmıştır. Obez erkeklerde Golombok Rust alt ölçek skorları incelendiğinde sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, empotans, erken boşalma dahil tüm alt ölçek skorlarında normal kilolu bireylere göre anlamlı bozulma saptanmıştır. Ayrıca obez bireylerde normal kilolu bireylere göre anksiyete ve depresyon skorlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, obez kadın ve erkeklerde cinsel işlev bozukluğu sıklığı çok daha yüksek oranda görülmektedir. Bundan dolayı morbid obez bireylerin cinsel fonksiyonlar açısından da değerlendirilmesi gerekmektedir. Obezite tedavisinin olası cinsel işlev bozukluğu tedavisini de içerecek şekilde düzenlenmesinin, başarı oranını arttıracaklarını ve hastaların yaşam kaliteleri yükselteceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: morbid obezite, anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, Golombock Rust Cinsel Doyum Ölçeği

ABSTRACT

The Evaluation of Sexual Dysfunction in Morbid Obesity Patients Admitted to the Endocrinology and Obesity Clinics

The purpose of this study is to investigate sexual dysfunction rates in morbidly obese patients who are the applicants of endocrinology clinic. The sample of the study constitutes 78 morbidly obese patients and 68 normal-weight individuals who have BMI>40 kg/m². In the acquisition of data, sociodemographic information form, Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory and Golombock Rust Inventory of Sexual Satisfaction Scale were used. Variables related to the quantitative data were tested by the Shapiro Wilk normality test. The comparison of groups according to the results of the normality test was performed with unpaired t test, Mann-Whitney U test, Pearson's Chi-Square Test and p<0.05 was considered significant.

The incidence of sexual dysfunction in obese men and women were found at a higher rate. In terms of Golombock Rust subscale scores although significant differences in satisfaction and orgasm disorder in women were observed, there was significant difference compared to normal-weight individuals at other scale scores. When obese men were examined in terms of Golombock Rust subscale scores, at all scales including frequency, communication, satisfaction, avoidance, touching, impotence, premature ejaculation, a significant impairment was detected compared to normal weight individuals. It was also found that higher levels of anxiety and depression scores were observed in obese individuals than normal weight individuals.

In conclusion, the incidence of sexual dysfunction in obese males and females is observed at a much higher rate. Therefore, it is necessary that morbid obese individuals are also evaluated in terms of sexual functions. We think that the arrangement of treating the obesity with including the possible treatment of sexual dysfunction would increase the success rate and the quality of life in the patients.

Keywords: morbid obesity, anxiety, depression, sexual disfunction, Golombock Rust Inventory of Sexual Satisfaction Scale

KISALTMALAR VE SİMGELER

BKİ	: Beden Kütle İndeksi
DSÖ(WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü
MONICA	: Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve EğilimlerinÇokuluslu İzlenmesi Çalışması
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
CDC	: Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi
NHANES	: ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon EpidemiyolojisiAraştırması
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
BIA	: Bio Impadance Analiz
BAÖ	: Beden Algısı Ölçeği
PCS	: Fiziksel Bileşen Özeti
MCS	: Ruhsal Bileşen Özeti
SF-36	:Yaşam Kalitesi Ölçeği
GRCDÖ	: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği

TABLoların ve Şekİllerİn LİSTESİ

Tablo 2.1. Yetişkin bireyler için BKİ sınıflandırması	3
Tablo 2.2. Yetişkin bireylerde aşırı kiloya bağlı metabolik sendrom oluşma riskini gösteren bel çevresi ölçümleri	6
Tablo 2.3. TC Sağlık bakanlığı en son 2015 verilerine göre obezitenin bölgesel dağılımı	10
Tablo 2.4. Açlık ve tokluk merkezini etkileyen faktörler	11
Tablo 2.5. Kadınlarda Cinsel İstekte azalma sebepleri	36
Tablo 2.6. kadınlarda Düşük Cinsel İsteğe Yol açan İlaçlar	37
Tablo 2.7. Erektıl disfonksiyon epidemiyolojisi	43
Tablo 2.8. Cinsel Fonksiyonları normal 491 erkeğin İELS dağılımları	47
Tablo 2.9. Cinsel Fonksiyonları normal 491 erkeğin İELS dağılımları	56
Tablo 4.1. Hasta ve kontrol grubu arasında sosyodemografik verilerin karşılaştırılması	67
Tablo 4.2: Hasta ve kontrol grubunda GRCDÖ alt ölçek ve toplam ham puan ortalamalarının karşılaştırılması	68
Tablo 4.3: Bayanlarda Hasta ve Kontrol grubu arasındaki GRCDÖ Karşılaştırılması	69
Tablo 4.4: Erkeklerde Hasta ve Kontrol grubu arasındaki GRCDÖ Karşılaştırılması	69
Şekil 2.1. Beden kitle indeksi eşit olan iki farklı insanın vücut yağ oranları	2
Şekil 2.2. Vücut Yağının doğrudan yöntemlerle saptanmasına yarayan cihaz	5
Şekil 2.3. Obezite Tipleri	7
Şekil 2.4. TURDEP-I'den TURDEP-II'ye yaş grubu ve cinsiyete göre obezitenin değişimi	9
Şekil 2.5. Erişkin yaştaki Türk Toplumunda BKİ değişimi.....	9
Şekil 2.6. Basson'un Cinsel Yanıt Döngüsü	32

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Latince’de “obezus” sözcüğünden türetilmiş olan obezite sözcüğü; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "Sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağbirikmesi" olarak tanımlanan birçok nedene dayalı bir hastalıktır (1). Obezite vücutta fazla miktarda yağ birikmesidir(2). Şişmanlık kadim zamanlardan yakın zamanlara kadar bir zenginlik ve sağlık simgesi olup, eski anadolu uygarlıklarında ana tanrıça Kibele heykelinin obez bir kadını temsil ettiğini bilmekteyiz. Obezlere karşı bu bakış açısına neden olan durumu antropologlar kıtlık ve yokluk süreçlerinde sağ çıkanların obezlerden oluşmasına bağlamaktadır(3). Tıbbın gelişmesi ile obezitenin yol açtığı komplikasyonları daha net bir şekilde görmekteyiz. Hipokrat (M.Ö 460-370)‘ da ‘fazla kilolulardaki ani, ölüm zayıflara nispeten daha sık görülmektedir’ demişti (4). Günümüzde engellenebilir mortalite ve morbititenin sigaradan sonra ikinci sık nedenidir. Dünya Sağlık örgütü (DSO) 1998 Deklarasyonu’nda modernizasyon ve ekonomik büyümenin, standartlarda artışa ve sedanter yaşam biçimine yol açarak obeziteyi global bir epidemi haline getirdiği, 2002 yılında ise 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak kalacağı bildirilmiştir. Obezitenin ve obeziteye bağlı komplikasyonların maliyeti güngeçtikçe artmaktadır. ABD de 1989 yılında zayıflamak hedefiyle 30 milyar dolar, 1995 yılında 70 milyar dolar, 2000 yılındaki obezitenin total ekonomik yükü ise 117 milyar dolardır (5). Obezitenin bu denli yaygın olmasında hatalı diet ve beslenme önerileride etkili olmuştur. Ortalama vücut ağırlığına sahip erkeklerde vücuttaki yağ oranı %15-20, kadınlarda ise %25-30 arasındadır(6) .

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada morbid obez bireylerin, obez olmayanlara göre anksiyete depresyon oranlarının fazla olacağı, cinsel işlev bozukluğunun daha fazla olacağı varsayımının araştırılması amaçlanmıştır. Anksiyete ve depresyon ölçeği olarak, Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılmış olup, cinsel fonksiyon bozukluğu için Golombok Rust cinsel Doyum Ölçeği uygulanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

Obezite, genetik, çevresel ve psikolojik etkileşimleri olan, birçok tıbbi problemi beraberinde getiren, erken ölümlere neden olan, ciddi ve tedavi edilmesi gereken multifaktöriyel bir hastalıktır(7,8).

Çeşitli yağ dokusu havuzlarını ölçmedeki teknikler büyük değişkenlik gösterir. yağ dokuyu ölçmede en sağlam sonuçları veren teknik, visceral ve abdominal subkütanöz depoların toplam hacmini ve kitlesini hesaplamak için abdomenin çoklu kesitlerle incelenmesidir(9). Bu karmaşık tekniklerin yanısıra klinikte kullanımı daha pratik, daha ucuz ve daha basit ölçüm yöntemleri de bulunmaktadır.

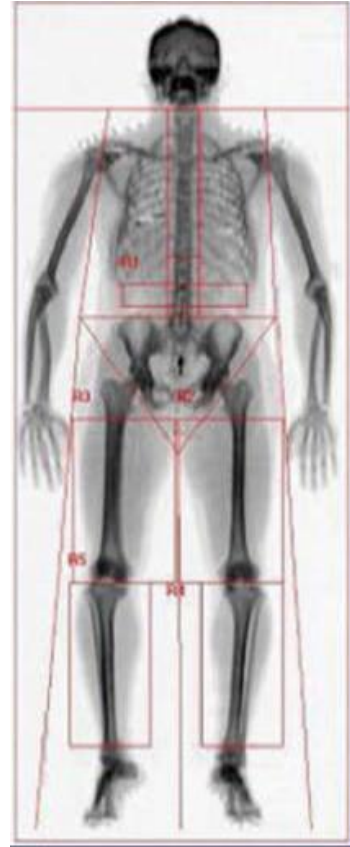
Vücut kitle indeksi (VKİ), bel çevresi ve bel/kalça çevresi oranı (BKO). DSO'a göre obezite tanımı

$$BKİ = \text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy (m}^2\text{)}$$

BMI=30.0



BMI=30.0



Şekil 2.1. Beden kitle indeksi eşit olan iki farklı insanın vücut yağ oranları (10)

Şekilde beden kitle indeksi eşit olan iki farklı insanın vücut yağ oranları görülmektedir

Bazı kas kitlesi fazla olan sporcularda ve yaygın vücut ödemi olan kişilerde BMI hesabı yanlış yüksek sonuçlara neden olabilir. Aynı BMI olan kişiler arasında kadınların yağ miktarı erkeklerin yağ miktarından, yaşlıların yağ miktarı genç erişkinlerden ve sarı ırkın yağ miktarı beyazlardan farklıdır (10).

Kişilerde kilo kaybı ya da alımını tek bir faktör tanımlamamakta, yeme ile ilgili tutum ve davranış, yeme bozukluğu semptomlarının mevcudiyeti beden bölgelerinden hoşnutsuzluk seviyeleri ve psikopatolojik tutumları nedeniyle daha dezavantajlı olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar beden imajının sadece yeme bozukluğu hastalarında değil obez bireylerde de bozulmaya başladığını (kilo artışına bağlı olarak) ve bu bireylerin beden bölgelerinden hoşnutsuzluk duyduğunu göstermektedir (11). Vücut yağyuzdesini tanımlamak kolay olmadığı için obezite, aşırı yağdan daha çok aşırı kilo olarak adlandırılmaktadır.

Tablo 2.1. Yetişkin bireyler için BKİ sınıflandırması (12)

Sınıflandırma	BKİ (kg/m³) Kesişim Değeri
Zayıf	<18.50
Şiddetli/Çok Zayıf	<16.00
Orta Zayıf	16.00-16.99
Hafif Zayıf	17.00-18.49
Normal	18.50-24.99
Hafif Şişman	≥25.00
Pre-obez (fazla kilolu)	25.00-29.99
Şişman (Obez)	≥30.00
I. Derece	30.00-34.99
II. Derece	35.00-39.99
III. Derece (morbid)	≥40.00

* DSÖ'nün BKİSınıflaması, 2013.

Erişkin erkeklerde vücut ağırlığının yaklaşık olarak %15-20'sini, kadınlarda ise %25-30'unu yağ dokusu şekillendirir.

$$VYO=1.2 (BKİ) + 0.23 (YAŞ) -10.8 (CİNSİYET)-5.4$$

(Cinsiyet erkek için 1, kadın için 0) Erkeklerde yağ miktarı %25, kadınlarda ise %30'un üzerinde olması hali obezite olarak ifade edilir(12).

Psikanalitik görüşe uygun şişmanlık, kişilik bozukluklarının birçoğuna refakateden semptomlar kompleksidir. Psikiyatrik tanı ne olursa olsun obezite altta yatan dürtü bozukluğunun bir semptomudur (13)

Obezite günümüzde tüm nedenlere bağlı morbidite ve mortaliteyi arttıran bir durumdur. Obezite, Avrupa kıtasında her yıl 1 milyondan fazla ölümün ve hasta olarak geçirilen 12 milyon yaşam yılının sorumlusudur (14). Fazla kilolu olmanın yol açtığı sağlık sorunları/risk faktörleri insülin direnci – hiperinsülinemi, tip 2 diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, hiperlipidemi, metabolik sendrom, safra kesesi bozuklukları, bazı kanserlerde artış (kadınlarda safra kesesi, endometriyum, yumurtalık ve meme kanserleri, astım, solunum yetmezliği, gebelikte istenmeyen durumlar, menstruasyon düzensizlikleri, aşırı tüylenme, ameliyat komplikasyon oranlarının artması, ruhsal sorunlar: anoreksiya nervroza, bulimia nervroza, binge eating (tıkınırcasına yeme sendromu), gece yeme sendromu veya bir şeyi daha fazla yiyerek psikolojik doyum sağlamaya çalışma, sosyal uyumsuzluklar olarak söylenebilir (14, 15,16).

2.1.1. Obezite Ölçüm protokolleri

Vücuttaki yağ oranının saptanmasında kullanılan doğrudan ve dolaylı yöntemler vardır.

2.1.1.1. Vücut yağının doğrudan yöntemlerle saptanması

Vücut yağ düzeyinin doğrudan ölçümüne imkân sağlayan protokoller bilimsel araştırmalar dışında yaygın olarak klinik yürürlüğe sokulmamıştır. Şişmanlık sıkça görülen bir sorun olduğundan değerlendirmede kullanılan protokolün ucuz, emin, kolay tekrarlanabilen olması idealdir.

Vücuttaki yağın doğrudan ölçülmesinde aşağıdaki protokollerle yapılır (17).

1. Sualtı tartımı ile vücut dansitesinin hesaplanması
2. Toplam vücut suyunun izotop dilusyonu ile saptanması

3. Toplam vücut potasyumunun ölçülmesi
4. Nöron aktivasyonu tekniği
5. Vücudun biyoelektriksel iletkenliğinin saptanması
6. Manyetik rezonans görüntüleme
7. Dual enerji x-ray absorpsiyonunun değerlendirilmesi
8. Ultrasonografi tekniği



Şekil 2.2. Vücut Yağının doğrudan yöntemlerle saptanmasına yarayan cihaz

Aşağıda değinilen protokoller vücuttaki yağ miktarını belirlemede hem klinik hem de bilimsel açıdan en yaygın olarak kullanılan yöntemlerdir

1- Beden Kitle İndeksi'nin (BKİ) belirlenmesi: Vücuttaki yağ oranını ölçmede en yaygın kullanılan yöntem, kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boyun karesine bölünmesi ile elde edilen BKİ'dir.

Epidemiyolojik incelemelerde ve klinik araştırmalarda kullanımı pratik olması nedeniyle BKİ tercih edilmektedir. Buna göre BKİ kilogram cinsinden vücut ağırlığı metre cinsinden boyun karesine bölünmesiyle ($BKİ = \frac{\text{vücut ağırlığı [kg]}}{\text{boy [m]}^2}$). Dünya sağlık örgütünün belirlediği BKİ'ye göre sınıflandırma sistemi Tablo 1.1'de gösterilmiştir (18)

2- Bel/Kalça Orantısı ve Bel Çevresi Kalınlığı ölçümü: Son yıllarda vücuttaki toplam yağ miktarından daha çok yağın vücutta hangi bölgelerde bulunduğu ile ilgili araştırmalar devam etmektedir. Vücutta bulunan yağın bölgesel dağılımı kronik hastalıkların görülmesi ve hastalıkların morbidite(hastalığa yakalanan kişilerin sayısı) ve mortalite (hastalık nedeniyle ölüm) oranları ile bağdaştırılmıştır (19). Bel/kalça orantısı ve bel çevresi ölçümleri android (elma-erkek tip) ve jinoid (armut kadın tip) şişmanlığı tariflemektedir. DSÖ'ye göre bel/kalça orantısında bel çevresi ölçümü, iç organlar ve karın bölgesi yağ dokusunu yansıtmaktadır. Bu orantı kadınlarda 0.85'den, erkeklerde ise 1.0'den büyük değerlerde olmamalıdır (18). Bel çevresi ölçümü ise abdominal yağ dağılımı ve sağlığın bozulmasında önemli bir gösterge olarak kullanılmaktadır. Han, Leer, Seidell ve Lean (1995), sadece bel çevresinin ölçümüne dayanan ve abdominal yağ dokusu niceliği açısından risk taşıyan hastaların seçiminde iki kriter tanımlamışlardır: uyarı sınırı (action level I, alerting zone) ve eylem sınırı (action level II, action zone). Buna göre bel çevresi kadınlarda 88 cm ve üzerinde, erkeklerde ise 102 cm ve üzerinde olduğunda koroner kalp hastalığı ve metabolik komplikasyonlar için önemli ölçüde risk artışlarına yol açmaktadır (20).

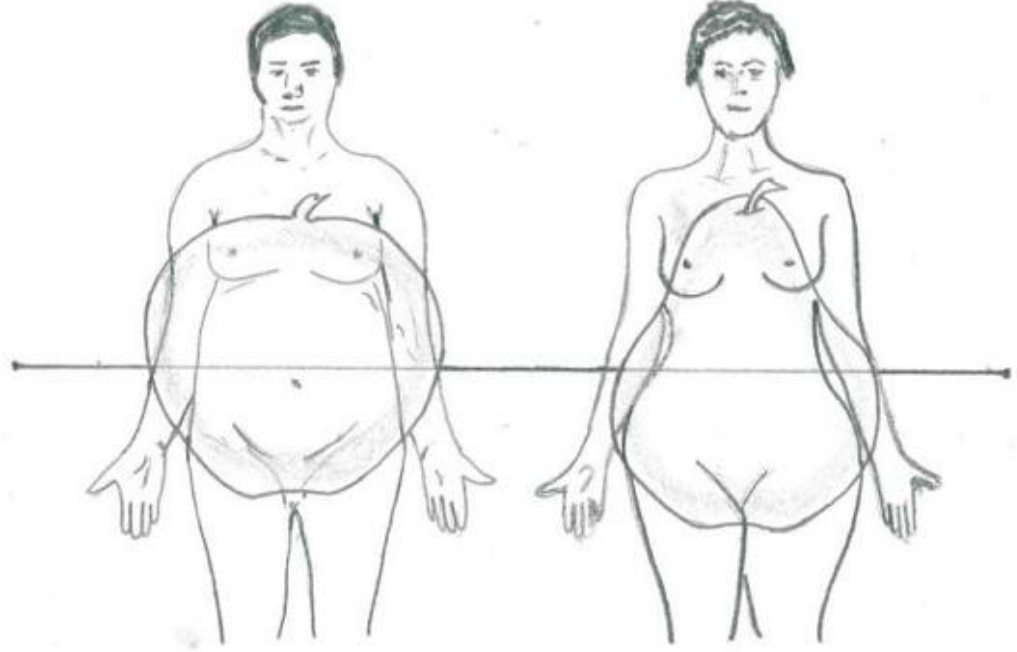
Bel çevre oranı BKİ'den bağılı olmaksızın koroner kalp hastalığı ve tip 2 diyabet sonucu oluşan mortalite ile de ilişkilidir (21).

Tablo 2.2. Yetişkin bireylerde aşırı kiloya bağlı metabolik sendrom oluşma riskini gösteren bel çevresi ölçümleri

Uyarı Sınırı	(=BKİ >25)	Eylem Sınırı (=BKİ >30)
Erkek	≥94	≥102
Kadın	≥80	≥88

Fazla kilolu kişilerde vücuttaki toplam yağ miktarı genetik olarak erkek ve kadında değişiklik göstermektedir. İlk olarak 1947 yılında Fransız araştırmacı Jean Vague obeziteyi android (erkek tipi) ve jinoid (kadın tipi) olarak iki gruba ayırmıştır.

Android tip obezitede yağ dokusu başlıca abdominaller-karın bölgesi-iç organların etrafında ve cilt altında, jinoid tip şişmanlıkta ise basen-kalça bölgelerinde, bacaklarda ve cilt altında birirmektedir. Android tip şişmanlığa 'Elma Tip', jinoid tip şişmanlığa ise 'Armut Tip' şişmanlık da denilmektedir (Şekil 2.3).



Şekil 2.3. Obezite Tipleri (22, 23)

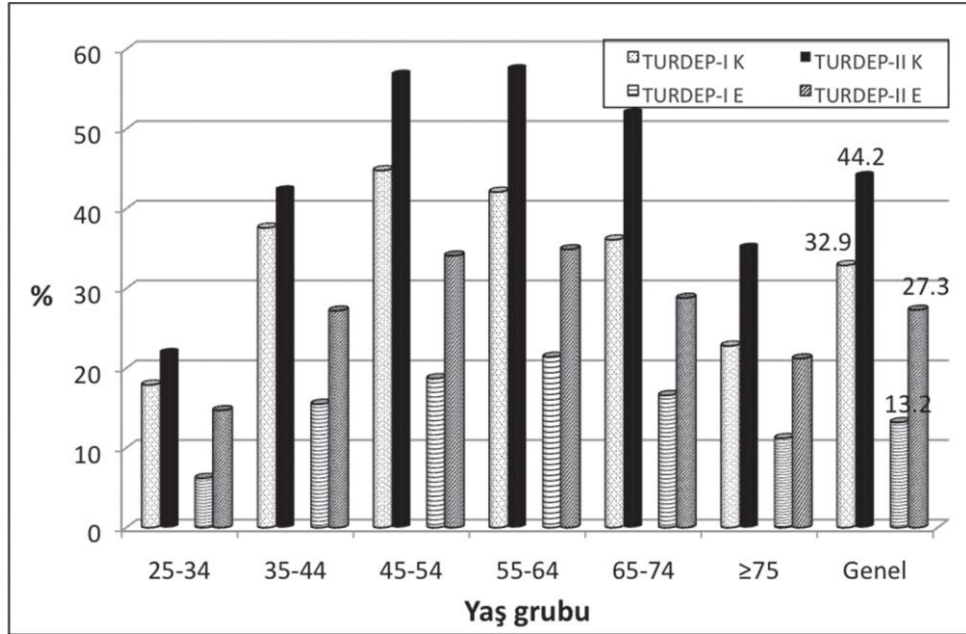
Android tip obezite erkeklerde daha sık gözükürken, kalp damar hastalıkları, diabet gibi birçok sağlık sorunlarına sebep olmaktadır. Jinoid tip obezite ise kadınlarda daha sık görülmekle birlikte ve dolaşım bozukluğu, polikistik over sendromu gibi hastalıklara neden olabilmektedir (18).

2.1.2. Obezite Prevalansı

Şişmanlık dünya genelinde sık görülebilen bir sağlık problemidir ve bir epidemi haline gelmektedir. Prevalans (hastalık yükü) belirli bir zaman diliminde incelenen toplumdaki toplam hasta sayısını yansıtmaktadır ve toplam popülasyona oran olarak . DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı bölgesinde yapılmış 12 yıl süren MONICA (Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çokuluslu İzlenmesi) araştırmasında obezitenin prevalansında 10 yılda %10-30 oranında bir artış olduğu bildirilmektedir. Obezitenin en sık görüldüğü Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yürütülen NHANES (ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması) çalışmasına göre, 2003-2004 yıllarında obezite (Beden Kütle İndeksi=BKİ $\geq$ 30) prevalansı erkeklerde %31,1, kadınlarda %33,2, 2005-2006 yıllarında ise erkeklerde %33,3, kadınlarda %35,3 olarak bildirilmiştir.

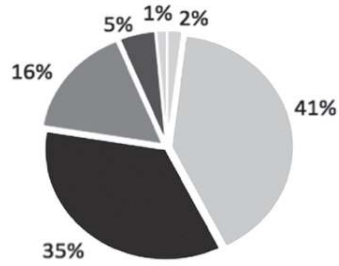
Avrupa’da erişkinler üzerinde yürütülen çeşitli çalışmalara göre fazla kilolu olma prevalansı, kadınlarda %28-78, erkeklerde %32-79; obezite prevalansı kadınlarda %7-36 , erkeklerde %5-23 arasındadır.

Türkiye’de de obezite prevalansı gelişmiş batılı ülkelerden daha düşük oranda değildir, özellikle kadınlarda %30 gibi yüksek oranlarda bulunmaktadır. Toplam 24.788 bireyin tarandığı Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-I (TURDEP-I) değerlendirildiğinde şişmanlık prevalansı, erkeklerde %13, kadınlarda %30, genelde ise %22,3 oranında bulunmuştur. Yaş dağılımına göre incelendiğinde prevalansın 30’lu yaşlarda artış gösterdiği, 45-65 yaşları arasında pik noktaya ulaştığı görülmüştür. Obezite prevalansı kentsel bölgelerde %23,8 iken kırsal bölgelerde %19,6 olarak bulunmuştur. Ülke genelinde yapılan çalışmada doğu bölgelerinde daha az obeziteye rastlanmıştır. Santral obezite (bel çevresi kadında >88cm, erkekte >102 cm) prevalansı erkeklerde %17, kadınlarda %49, genel toplumda %35 oranında tespit edilmiştir. TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışmasında Türk yetişkin toplumunda 1998’de %22,3 olan obezite prevalansı oranının %40 artarak 2010’da %31,2’ye kadar yükseldiği görülmüştür. Kadınlarda obezite prevalansı oranı %44, erkeklerde ise bu oran %27 olarak bulunmuş ve son 12 yılda obezite prevalansının erkeklerde %107, kadınlarda ise %34 arttığı belirlenmiştir. Türkiyede 5 yılda bir tekrar yapılan 15-49 yaş grubu erişkin kadınların çalışma kapsamına alındığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre obezitenin kadın nüfusta giderek arttığı görülmektedir. Bu araştırma sonuçlarına göre 15-49 yaş grubu kadınlarda fazla kiloluluk ($BKİ=25-29,9 \text{ kg/m}^2$) prevalansı 1998, 2003 ve 2008 yılında sırasıyla %33,4, %34,2 ve %34,4, obezite ($BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$) prevalansı ise %18,8, %22,7 ve %23,9 oranlarında saptanmıştır. Görüldüğü gibi kadınlarda obezite görülme sıklığında son 10 yılda %5,1 artış saptanmıştır. Türkiye cumhuriyeti sağlık Bakanlığınca yapılan Türkiyede Beslenme ve Sağlık Araştırması (24) sonuçlarına göre obezite görülme sıklığı; 19 yaş ve üzerindeki bireylerde %30,3 iken bu oran erkeklerde %20,5 ve kadınlarda %41,0 olarak bulunmuş ayrıca fazla kilolu olma oranı ise %34,6 olarak tespit edilmiştir (20). DSO 2008 verilerine göre 400 milyon obez 1,4 milyar fazla kilolu, 2015 DSO verilerine göre 700 milyon obez 2,3 milyar fazla kilolu birey mevcuttur.

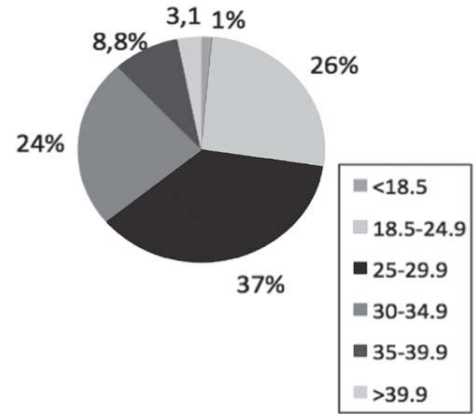


Şekil 2.4. TURDEP-I'den TURDEP-II'ye yaş grubu ve cinsiyete göre obezitenin değişimi

A. TURDEP-I (1997-1998) BKİ dağılımı



B. TURDEP-II (2010) BKİ dağılımı



Şekil 2.5. Erişkin yaştaki Türk Toplumunda BKİ değişimi.

Tablo 2.3.TC Sağlık bakanlığı en son 2015 verilerine göre obezitenin bölgesel dağılımı

İstanbul	33,0	Orta Anadolu	32,9
Batı Marmara	30,7	Batı Karadeniz	31,3
Doğu Marmara	30,6	Doğu Karadeniz	33,1
Ege	28,0	Kuzey Anadolu	23,5
Akdeniz	30,1	Ortadoğu Anadolu	20,5
Batı Anadolu	33,0	Güneydoğu Anadolu	22,9

2.1.3.Obezitede Patogenez

Beden ağırlığı çoğu insanda stabil seyreder; çünkü enerji alışverişi dengesi nedeniyle enerji alımı ve tüketimi uzun süreler boyunca birbirini karşılar. Bu homeostatik sistem vücudu kilo kaybına karşı korur. Santral sinir sistemindeki vücut enerjide polarının durumu adipozite ile ilişkili hormonlar olan leptin, insülin ve ghrelin gibi gastrointestinal peptid hormonlar tarafından sağlanmaktadır. Enerji dengesinden sorumlu santral sinir sistemi merkezlerinin en önemlilerinden biri hipotalamustur.

Enerji dengesinde rol oynayan hipotalamus dışındaki diğer organlar göz, burun, dil, gastrointestinal sistem, endokrin bezler, kas dokusu, yağ dokusu ve beyin dokusudur. Bu dokuların herbirinde oluşan genetik ve çevresel bozulmalar obeziteye yol açar (25).

Obezitede kullanılan uzun süreli ölçütler; leptin ve insülinle sağlanır. Vücut yağ dokusu tarafından oluşturulur. Kan Dolaşımındaki bu belirteçler ayrıca yemeğe başlama ve sonlandırmayı belirleyen kısa süreli molekülleride düzenler.

Açlık ve toklukla ilgili kısa dönem bilgi; Kolesistokinin, ghrelin ve Peptit YY3-36 gibi gastrointestinal sistem hormonları ve mide bağırsak sisteminde mekanik deformasyon, makronutrisyon dengesi, PH, tonisite gibi durumları ileten vagal nöronlarla düzenlenir.

Nöronal hormonlar ve belirteçler; hipotalamusun özel bölgeleri, beyin çekirdekleri ve nöral ağ enerji homeostazisini düzenlemede görev alırlar ve leptin gibi beyindeki nöropeptid ve nörotransmitterleri ayarlayan periferik sinyaller tarafından düzenlenmektedir.

Yağ ve karbonhidratlar; Karbonhidrat metabolizması ve depolanmasının yakın ayarlanması vardır ancak yağda yoktur.

Ağırlık dengesi; aşırı yemek hem serbest yağ kitlesini hemde yağ kitlesinin

Artışına yol açar. Serbest yağ kitlesi ve plazma insulin seviyesi istirahat enerji metabolizmasının en önemli belirleyicilerindendir.

İnsülin direncinde rol aldığı bilinen gen defektleri;

- Anormal beta hücre ürünleri (Hatalı insülin veya proinsülin yapımı)
- Hekzokinaz (Glikokinaz) gen defektleri
- İnsülin reseptör kompleksini kodlayan genlerde polimorfizm
- Glikoz taşıyıcılarına ait moleküler biyolojik hatalar
- Glikojen sentetaz geni mutasyonu
- Glukagon reseptör geni mutasyonu
- Lipid metabolizması bozukluğu ve obezite ile ilgili gen hataları
- Mitokondriyal DNA hastalıkları

Tablo 2.4. Açlık ve tokluk merkezini etkileyen faktörler (26)

Yemeyi arttıran, açlık duygusu oluşturan (oroksejenik) faktörler	
SANTRAL	PERİFERİK
Nöropeptid Y Büyüme hormonu salıverici hormon β endorfin Agouti-related peptid Galanin	Mide • Ghrelin Gonadlar • Progesteron
Yemeyi azaltan, tokluk duygusu oluşturan (anoroksejenik) faktörler	
SANTRAL	PERİFERİK
Kortikotropin salıverici hormon (CRH) Melanosit stimule edici hormon Serotonin Noradrenalin Dopamin	Gastrointestinal sistem • Kolesistokin (CCK) • Glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1) • Pankreatik polipeptit Yağ dokusu • Leptin, adiposin, satiesin, obestatin Östrojen (gonad)

2.1.4. Obezite Sınıflandırması

Obezite;

1. Yağ hücresinin yapısına
2. Yağ dağılımına
3. Obezitenin başlama yaşına
4. Etiyolojide rol oynayan faktörlere göre birkaç farklı şekilde sınıflandırılabilir.

2.1.4.1. Yağ dokusunun dağılımı ve anatomik özelliklerine göre obezite

Aşırı enerji alımı ve çeşitli endojen faktörlerin varlığında adipositler önce preadiposithaline geçer, sonrada çoğalırlar(hiperplazi). Olgun adipositler enerji fazlasınabüyüme(hipertrofi) ile cevap verirler.

a. Hiperselüler Obezite

Yağ hücrelerinin sayısal olarak artışı ile seyreden obezitedir. Çocukluk çağındaki obezitetipidir. Nadiren erişkin dönemde de ortaya çıkabilir (27).

b. Hipertrofik obezite

Adipoz doku hücrelerinin büyüklüğündeki artma ile karakterizedir. Yetişkinlik döneminde ve gebeliktebaşlayan obezite bu tiptedir(27).

Hipertrofik obezite, genel olarak santral tipte obezite ile birlikte görülmekte iken; hiperplastikobezite ise periferik obezite ile birlikte seyretmektedir (27).

2.1.4.2. Yağ dağılımının durumuna göre obezite

a. Android tip obezite (erkek tipi, abdominal tip, santral tip, elma tipi, visceral tip): Hipertrofik yağ hücrelerinden artışından meydana gelmekte olup, karın ve göğüste yağ dokusu birikimi olmaktadır. Bel/kalçaoranı erkekte 0,95' in, kadında ise 0.80' in üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır (28).

b. Gynoid tip obezite (kadın tipi, gluteal tip, periferik tip, armut tipi, femoral tip): Yağdokusu, kalça ve uylukta toplanmıştır. Hiperplastik adipoz dokusu hücrelerinden kaynaklanmaktadır (28)

Yağ dağılımına göre obezite; abdominal obezitenin, erişkinlerde insülin direnci, kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, kolorektal kanser ve serebrovasküler olay gelişimi açısından risk faktörüdür (29,30,31,32)

2.1.4.3. Obezitenin başlama yaşına göre

- a. Çocukluk yaş grubunda başlayan obezite
- b. Erişkin dönemde başlayan obezite.

Fizyolojik olarak vücutta adipoz dokunun hızlı arttığı dönemlerde obezite daha sıklıkla görülmektedir. Bu dönemler, yaşamın ilk 5 yılı, 5-6 yaş arası ve adölesan dönemleridir (33). Fizyolojik olarak adipoz dokudaki artışın bir anlamı vardır. Bu dönemlerde insan vücudunda büyük değişiklikler meydana gelmektedir. Süt çocukluğu dönemi sonunda yürümenin başlaması ile artan hareketlilik için gerekli kalori ihtiyacı, adölesan dönemde ise hızlı büyüme nedeni ile gereken enerji ihtiyacı yağ dokusundaki artış ile doğa tarafından dengelenmiştir. Ancak bu dönemde oluşan yağ hücreleri sonradan kaybolmazlar (33). Çocukluk çağındaki obezite; erişkin obezitesi için son derece önemli bir risk faktörünü oluşturmaktadır (34).

2.1.5. Obezite Nedenleri

Günümüzde obezitenin en önemli nedeni kalorisiz yüksek gıdalar ve durağan yaşamdır. Alınan enerji harcanan enerji miktarından fazla ise fazlası yağ şeklinde depolanır (25).

Nedenlerine göre obezite iki ana başlık altında ele alınabilir.

- 1-Basit obezite (ekzojen obezite)
- 2- Endojen obezite (sekonder obezite)

Basit obezite (ekzojen obezite):

Bu tipteki obezitede, altta yatan herhangi bir organik problem bulunmamaktadır. Dengesiz beslenmeye bağlı olarak gelişir. Şişman çocuklarda ve adölesanların büyük bir kısmında, ekzojen obezite mevcuttur. Ekzojen obezite, alınan enerji ve kullanılan enerji arasındaki homeostazis de bozulma sonucu meydana gelmiş olsa da bu tip obezite oluşmasında farklı etiyolojik faktörlerin etkilerinden bahsedilmektedir (33,35,36,37).

Bu etiyolojik faktörleri şu şekilde sıralanabilir:

Obezitede Genetik faktörler: Son zamanlarda yapılan araştırmalarda, obezitenin oluşumundagenetik faktörlerin etkili olduğu, şişman ebeveynlerin çocuklarının obezolmayanlara göre daha fazla risk altında olduğunu bildirmektedir (38).

Primer Obeziteye yatkınlık sağlayan genler;

- db geni
- Fat (yağ) geni (4q21)
- Tubby (tub) geni (11p15)
- Agoutti geni (20q11.2)
- Diyabet-obezite geni (1p31)
- Obezite (Ob) geni (7q31.3): gen ürünü leptin.

Ebeveynlerincelendiğinde; anne-babası şişman olan çocuğun obez olma riski %80, anne ya da babadan biri şişman ise %40, anne-babası şişman olmayanlarda ise %2 olarakbelirtilmiştir (33). Yapılan çalışmalarda ailesinde obezite hikayesi bulunan çocuk ve Genç erişkinlerde obezite görülme durumu anlamlı olarak yüksek saptanmış ancak genetik olarak obeziteye yatkın çocuklarda obezitenin ortaya çıkmasında çevreselfaktörlerin etkisi de vurgulanmıştır (38,39,40,41).

İkizler üzerinde yapılan çalışmalar da obezitenin ortaya çıkmasında genetik yatkınlık olduğudüşüncesini desteklemektedir. Tek yumurta ikizlerinde, ikizlerin biri obez ise diğerininde obez olması olasılığı çift yumurta ikizlerine göre daha yüksektir (35, 38).Beden kitle indeksi yüksekoranda kalıtılabilir bir özellik olarak bilinmektedir. BMI i kontrol eden genetik yapıyı gösteren çalışmalar yapılmakta, farklı toplumlara ait obezite ile ilişkili gen lokuslarıbildirilmektedir. POMC ve 3q27 lokuslarının obezite fenotipleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Toplumlarda obezite aday/direnç genlerinin farklılıklarını belirlemeye yönelikçalışmalar yapılmaktadır (42,43,44).

Şişmanlık fenotipinin en fazla %30-50 oranındakalıtımla geçebileceği, vücut yağ oranına etkili majör faktörlerden enerji alımı vetüketimine genetik temellerin etki ettiği ve diyet değişikliklerine verilen cevabingenetik faktörlerle belirlendiği belirtilse de, obezitede görülen prevalans artışınıgenetik nedenlere bağlamak zordur. Çünkü dünyada var olan genetik havuzu göreceliolarak sabit durumdadır (45,46).

Yaş: Obezite tüm yaş gruplarında olabilmektedir. Fizyolojik olarak vücut yağ oranının hızla arttığıdönemlerde obeziteyedaha sık rastlanmaktadır. Bu dönemler,

yaşamın ilk 5 yılı, 5-6yaş arası ve genç erişkinlik dönemidir. Yağ oranındaki artış bu dönemlerde insanvücudundaki büyük değişikliklere özgüdür. Süt çocukluğu dönemi sonundayürümenin başlaması ile artan hareket için ve genç erişkinlik dönemde hızlı büyüme için gerekli enerji ihtiyacı yağ dokusundaki artış sayesinde karşılanmaktadır (33,38,47).

Ergenlik döneminden itibaren yağ hücre sayısında artma meydana gelmez, sadece yağ hücresinin büyüklüğü değişebilir. Bu nedenle çocukluk döneminde başlayan, yağ hücrelerinin sayıca çok artması ile oluşan obezite hiperplastik tip obezite, genç erişkin yaşta başlayan yağ hücrelerinin çoğalmadan hipertrofisi ile oluşan obezite hipertrofik tip obezite olarak adlandırılmaktadır (48,49).

Bebeklik döneminde başlayan obezitenin yaş ilerledikçe kendiliğinden düzelmesi mümkünken, çocukluk ve adolesan dönemde oluşan obezitenin erişkin dönemde devam etme olasılığı yüksektir (35).

Cinsiyet: Obezite her iki cinsten de görülür ancak kadınlarda görülme oranı daha yüksektir. Genç erişkin dönemde, kızlarda yağ dokusu, erkeklere oranla daha çok artış gösterir (37).

Bursa’da yapılan bir çalışma sonucunda kızlarda yaş arttıkça fazla kilolu olma prevalansının yükseldiği saptanmıştır (50).

Obezite, kızlarda genç erişkinlik dönemde erken menarşla beraber görülmektedir. Ayrıca hamilelik ve laktasyon dönemlerinde alınan kiloların verilememesi, gebelik ve menopoz dönemlerinde hormon dengesinde meydana gelen değişiklikler kadınlarda obezite görülme oranını arttırmaktadır (51). Buna karşın kız ve erkek cinsiyet arasındaki farkların araştırıldığı birçok çalışmayı değerlendiren 2008 yılında yapılan bir çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (52).

Beslenme Alışkanlıkları: Obezitenin gelişiminde etkili olan en önemli sorun, aşırı ve hızlı yeme davranışıdır. Yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şekli, ilerleyen yıllarda da beslenme alışkanlığını belirler. Kalori açısından zengin besinlere erken başlanması ve bu besinlerden aşırı miktarlarda vermek, çocuklarda obezitenin gelişimine neden olmaktadır. genç erişkin dönemdeki bireyler obeziteye neden olabilecek sağlıklı beslenme alışkanlıkları da edinmektedirler (38,53).

Lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğün atlayan öğrencilerde obezite görülme oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise obez olan bireylerin daha çok öğün atladıkları belirlenmiştir (54).

Fiziksel Aktivite: Yetersiz fiziksel aktivite ve durağan yaşam biçimi çocuklukve genç erişkin dönemde obezitenin oluşumunu arttıran nedenlerden biridir (33,35). Genç erişkinlik döneminde aktiviteyi azaltan en önemli nedenlerden biri de uzun süretelevizyon izlemektir. Televizyon izleme süresince yüksek kalorili yiyeceklerin tüketilmesi obezitenin artmasına neden olmaktadır. Günlük televizyon izleme süresi ile şişmanlık arasında doğru orantı bulunmuştur (55,56), Öztora ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada günde 4 saatten fazla televizyonizleyen çocuklarda obezite görülme oranı anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.

Ayrıca bilgisayar kullanımı, sınavlara hazırlık için oturularak uzun saatler ile okula servis ile gitme çocuk ve adölesanlarda fiziksel aktivitenin azalmasına ve obezitenin artmasına neden olmaktadır (55)

Sosyo-ekonomik ve Kültürel Düzey: şişmanlık, gelişmiş ülkelerde düşük sosyoekonomik düzeydeki insanlarda, gelişmekte olan ülkelerde ise sosyoekonomik düzeyi yüksek insanlarda daha sık görülmektedir. Ülkemizde obezite, daha sıklıkla yüksek ve orta sosyoekonomik seviyedeki insanlarda görülmektedir.

Anne, babanın eğitim düzeyi ve meslek sahibi olmaları ile obezite arasında ilişki olduğu görülmekte olup, ortam ve koşullar göz önüne alındığında, zor yaşam koşullarında ve kötü bir ortamda büyüyen çocuklarda obezite görülme oranı daha yüksektir (35,56).

Psikolojik Etkiler: Obezite ve psikolojik faktörler arasında bir ilişki olduğukabul edilmektedir. Aile ortamının huzursuz olması, yaşanan olumsuz ilişkiler, çocuğun anne ya da babadan ayrı olması çocuğun ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumda okul başarısında düşme, arkadaş edinmede zorluk, sosyalfaalietlere katılmama gibi davranış sorunları gelişebilmektedir. Bu ve buna benzer durumlar bireyi aktivitesinin azalmasına neden olarak aşırı yeme davranışının gelişimine ve obezitenin oluşumuna neden olmaktadır (35,47,56).

Ayrıca genç erişkinlik dönemde bulunan şişman çocuklarda ortaya çıkan psikolojik sorunlar da obezitenin artışına sebep olmaktadır (38).

Sekonder obezite nedenleri ve özellikleri

Genetik obezite;

- Laurence-Moon Biedl sendromu: Mental gerilik, retinitis pigmentoza, polidaktili, hipogonadotropikhipogonadizm ve progresif generalize obezite.

- Prader-Willi sendromu: Boy kısalığı, mental gerilik, hipogonadotropik hipogonadizm, hipotoni, kucukel ve ayaklar, balık ağız, hiperfaji ve progresif generalize obezite.
- Alstrom sendromu: Retinis pigmentozaya bağlı korluk, norosensoriyel sağırılık, gonadal yetersizlik, insulin direncinin eşlik ettiği diyabet, govdesel obezite, boy kısalığı, kucuk el ve ayaklar, tabanduşukluğu, diş gelişiminde bozukluk, akantozis nigrikans, bobrek yetersizliği, karaciğer hastalığı, tekrarlayan akciğer infeksiyonları ve kardiyomiyopati.
- Cohen sendromu: Mikrosefali, yuz anomalileri, mental gerilik, boy kısalığı, govdesel obezite, hipogonadizm, hipotoni ve kucuk (dar) el ve ayaklar.
- Carpenter sendromu: Gelişme geriliği, erkek hipogonadizmi, polidaktili, sindaktili, akrocefali, govdesel ve gluteal obezite.
- Albright'ın herediter distrofisi
- Konjenital makrozomiya adipozitas
- Familial hipoglisemi sendromu
- Rotmund sendromu
- Hiperostoz frontalis interna'ya eşlik eden obezite

I. Hipotalamik obezite

- Adipoza-genital distrofi (Frohlich sendromu): Diabetes insipidus, gorme bozukluğu, mental gerilik, obezite, hipogonadotropik hipogonadizm
- Kleine-Levin sendromu
- Tokluk merkezi (ventromediyal hipotalamus)'nin harabiyeti: tumor, travma veya inflamasyon

II. Endokrin hastalıklara eşlik eden obezite

- Cushing sendromu
- Hipotiroidi
- İnsulinoma
- PKOS
- Erkek hipogonadizmi
- GH eksikliği veya direnci (hipotalamo-hipofizer cücelik)
- Turner sendromu

- Kraniyofaringiyoma ve hipotalamusu tutan diğer hastalıklar
- Hipofiz yetmezliği

III. İlaçlara ve hormonal nedenlere bağlı kilo artışı

- Antipsikotikler/noroleptikler
- Antidepresanlar (trisiklik, monoaminoksidaz inhibitorleri, paroksetin ve mirtazapin)
- Antiepileptikler (valproat, gabapentin, karbamazepin)
- Lityum
- Fenotiyazinler
- Steroid hormonlar: kortikosteroidler, progestasyonal steroidler, hormonal kontraseptifler)
- Antidiyabetikler: insulin, sulfonilureler ve tiyazolidinedionlar
- Nonsteroid antinflamatuar ilaçlar ve kalsiyum kanal blokerleri, α ve β -adrenerjik reseptör blokerleri(vucut yağı artmaz, periferik ödeme neden olabilirler)

Obezitede risk faktörleri

Obezitenin Komplikasyonları: adipoz doku endokrin bez gibi davranmaktadır.

Bu hücreler salgıladıkları 80'e yakın adipokinlerle (TNF, IL6, leptin, adiponektin, anjiyotensinojen, rezistin vs.) obez kişilerde hem komplikasyonlara zemin hazırlarlar hem de obezitenin devamına ve artışına katkıda bulunurlar. Obezitenin tetiklediği komplikasyonlar şöyle sıralanabilir.

Obezite ile ilişkili sağlık riskleri ve tıbbi komplikasyonlar;

Kardiyovasküler

Koroner arter hastalığı

Miyokard infarktusu

Konjestif kalp yetersizliği ve kor pulmonale

Ani ölüm

Serebrovasküler olaylar (inme vb.)

Hipertansiyon

Sol ventrikul hipertrofisi

Varisler, derin ven trombozu ve pulmoner tromboemboli

Metabolik

İnsulin direnci

Tip 2 Diyabet

Dislipidemi

Metabolik sendrom

Kolesterol safra taşları

Hiperürisemi, gut

Düşük dereceli inflamasyon

Kanser

Özefagus, ince barsak, kolon, rektum, karaciğer, safra kesesi, pankreas, bobaek, lösemi, multipl

miyelom ve lenfoma

Erkek: prostat

Kadın: meme, over, endometriyum ve serviks

Hormonal

PKOS, Mens bozuklukları, Hiperandrojenizm

Akantozis nigrikans

İnfertilite

Seks hormon bağlayıcı globulin düzeyinde azalma

Ostrojenlerde azalma

Erkeklerde testosteron düzeyinde azalma

Buyume hormonunda azalma

Prolaktin cevabında azalma

Kortizol yapımında artma

Romatolojik

Osteoartrit (ozellikle diz ve kalcalarda)

Tuzak noropatileri (karpal tunel sendromu)

İmmobilite

Pulmoner

Fonksiyonel reziduel kapasite, ekspiratuvar rezerv volum ve total akciğer kapasitesinde azalma

Residuel volum ve diffuzyon kapasitesinde artma

Erkeklerde maksimum ekspiratuvar akış hızında azalma

OSAS, obezite-hipoventilasyon sendromu (Pickwickian sendromu) ve astım

Gastrointestinal

Safra kesesi hastalığı (kolelitiyaz)

NAFLD veya NASH

Gastroözefagiyal reflü hastalığı

Herni

Üriner

Üriner stres inkontinensi

Obezite ile ilişkili glomerulopati

Çeşitli

İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon, demans

Proteinuri, nefrotik sendrom

Cilt infeksiyonları, selulit, intertrigo, karbunkul

Lenfodem, bacaklarda staz hiperpigmentasyonu, akantozis
nigrikans/papillomatoz cilt lezyonları(skin tags)

Anestezi komplikasyonları

Periodontal hastalık

Psikolojik ve sosyal sonuçlar

Özgüvende azalma, anksiyete ve depresyon

Sosyal damgalanma, sosyal yaşamdan uzaklaşma ve işsizlik

Beden imaj bozukluğu- Tam bir fizik muayene

- Obezite tipinin belirlenmesi (boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve bel çevresiölçümü)

- İmkân olan yerlerde vücut yağ oranının ölçümü

Laboratuvar:

- Glukoz ölçümü (plazma glukozu)

- Total kolesterol, HDL, LDL kolesterol ve Trigliserid

- ALT ve Kreatinin ölçümü

- TSH, FT3, FT4 ölçümleri

- Gerekirse eşlik eden hastalıklar için ileri tetkik istenir (Örn.: Kortizol vs).

2.1.6. Tıbbi Tedavi

Obezite tedavisi, yaşam boyu sürecek yeterli ve dengeli beslenme, artmış fiziksel aktivite ve davranış tedavilerini içeren bir kombinasyon tedavisidir. Temelde obezitenin tedavisi amacıyla başlangıçta ilaç tedavisi önerilmez. Ancak seçilmiş vakalarda ($BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$ olan yüksek risk grubundaki hastalar) geçici bir süre için ilaç tedavisi (endokrinoloji uzmanı tarafından) uygulanabilir (25).

2.1.7. Cerrahi Tedavi

Besin alımı ve emiliminin azaltılmasına yönelik cerrahi işlemlerdir. Morbid obezitesi olan $BMI > 40$ olan hastalarda düşünülmelidir (57). Yaşam süresini kısaltan $BKİ > 40 \text{ kg/m}^2$ olan seçilmiş vakalarda bariyatrik cerrahi bir seçenek olabilir. Bariyatrik cerrahiye; endokrinolog, obezite cerrahisiyle ilgilenen cerrah, psikiyatrist, gastroenterolog ve kardiyologun bulunduğu bir konseyde karar verilmelidir. Bölgesel yağ alma v.b cerrahilerin obezite tedavisinde yeri yoktur (25).

Bireyin zayıflamaya yönelik davranış değişiklikleri olmadığı sürece yeniden bu bölgelerde yağ birikimi olduğu belirtilmektedir (57).

2.1.8. Diyet Tedavisi

Normal beslenme şekli, Yemek zamanları ve ara öğün zamanları düzenlenir.

Aile birlikte yemek yemesi önerilir.

Yağlı yemekler, karbonhidrat kısıtlanır.

Tahıllar, sebzeler ve meyvelerin oranı artırılır,

Ekmek alımı sınırlanır, günde bir kez haşlanmış patates, pirinç veya makarna gibi işlenmemiş ürün önerilir.

Yüksek kalorili içecekler kısıtlanır.

Düşük enerjili margarinler, yoğurtlar, peynirlerin tüketilmesi önerilir (57).

2.1.9. Aktivite

Aktivite kas hacmini artırır, yağ miktarını azaltır ve net beden ağırlığında azalmaya neden olur. Düzenli egzersizin iştah azaltıcı etkileri de bilinmektedir. Kalori tüketimini artırır, bazal metabolizmayı hızlandırır. Ayrıca insulin duyarlılığı, HDL/LDL kolesterol oranını artırır (57).

2.1.10. Psikiyatrik Tedavi

Psikiyatrik tedavinin, obezitenin rutin tedavi programına alınmasının gerekliliğine olan inanç giderek artmaktadır. Çünkü diğer tedavi programlarında başarı sağlansa bile uzun vadede sonuçlar umut kırıcıdır. Obezitenin psikiyatrik tedavisi, kilokaybını sağlayan ve sağlanan kilo kaybının korunmasını belirleyen yaklaşımlar şeklinde tasarlanmıştır. 1960'lerden bu yana uygulanmakta olan davranışçı terapilerin içeriğinde; yeme eylemi sırasında kendini izleme, yeme ve egzersizle ilgili spesifik davranışsal hedefler koyma, beslenme üzerine dersler; hem yaşam tarzı aktivitesini hem de planlı egzersizi artırma üzerine vurgu yapma, uyaran kontrol tekniklerinin kullanımı, sorun çözme eğitimi mevcuttur (57).

Davranışçı terapi, nüks önlemede başarı oranının düşük olması nedeniyle son yıllarda yerini, tedaviye bilişsel faktörlerin de eklenmesiyle oluşan bilişsel davranışçı terapiye bırakmıştır. Bilişsel davranışçı terapi, obeziteyi başlatan ve devam ettiren süreçlerin bilişsel kavramsallaştırılması ve kalıcı değişim için gerektiği düşünülen, varsayılan devam ettirici bilişsel ve davranışsal mekanizmaları değiştirmek için tasarlanmıştır. İki safhadan oluşmaktadır. Birinci safhada terapötik amaç sadece kilo kaybı değil, aynı zamanda kişisel olarak dikkat çeken diğer alanlarda (örneğin görünüşünü iyileştirme arzusu, kendine güven ve öz saygıyı artırma arzusu, ilişkilerin kalitesi, fiziksel zindelik ve daha aktif olma, sağlığını iyileştirme), bilişsel ve davranışsal değişime erişmek, tedavi sürecinde oluşan değişimleri fark etmek, onlara değer vermek ve değiştirilemeyecek şeyleri (örneğin beden oranlarını) kabul etmeyi öğrenmektir. Bu safhanın önemli bir özelliği, kilo kaybının önündeki engelleri ve beden algısı endişelerini ele almaktır. Kişinin kilo hedeflerini gerçekçi bir biçimde değerlendirmesi de hedeflenir. İkinci safhada amaç, hastaların etkili kilo kontrolü için gereken davranışsal becerileri ve bilişsel yanıtları edinmelerine ve sonra bunları uygulamalarına yardım etmektir. Bu safhada terapötik amaç kilonun sabit tutulması ve onu korumak için becerilerin edinilmesidir (58).

2.2. Cinsellik ve Tarihçesi

Cinsellik, insan yaşamının olağan bir parçası ve temel insan gereksinimlerinden birisidir. İlk çağ hekimlerinden Hipokrat (M.Ö. 460-375) hastalıkların doğaüstü güçlerle açıklanmasını kabul etmemiş, histeri olgularını, kadının döl yatağının erkek tohumu ile ıslanmamasına bağlı olarak, kanın bedenin başka bölümlerine hücum etmesi

sonucu gelişen Hysteri “ olarak açıklamıştır.günümüzde Adını uterustan alan „Hysteri“ bundan sonra „ ruhsal nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel bir mesele“ olarak değerlendirilmiş ve bu konunun çözümü için evlilik önerilmiştir.Hipokrat, kadının sağlıklı olabilmesi açısından cinselliği yaşaması gerekliliğini söylemiştir. Tıp literatüründe, klitorisi ilk olarak Hipokrat sınıflandırmış ve cinsel uyarılmanın odak noktasını oluşturduğunu söylemiştir (59).

Hristiyanlık ile cinselliğe farklı bir bakış kazandırılmıştır. incil“deinsanın manevi gücünü yükseltmek için cinsel perhiz yapılması gerektiğine inanılmaktadır. Hristiyanlıkta cinsellik, „şeytandan gelen ter kirlenmesi“ olarak tanımlanmaktadır ve ruh temizliğine kavuşabilmenin sadece cinsel perhizle kazanıldığı düşünülmektedir (60).

İslamiyet diğer dinlerden farklı olarak, cinselliği sadece üremeye yönelik etkinlik olarak değil, haz ve yaşam sevinci kaynağı olarak kabul etmiştir.Çiftler arasında gerçekleştirilen cinsellik, kaçınılması gerekli,haram ya daŞeytan işi olarak düşünülmemektedir. islamiyet“te cinsel ilişkiye başlama ve gerçekleştirme rolü erkeklere verilmiştir. Erkek ve kadın arasındakarşılıklı haz alma gerekliliği istenen ve öğütlenen bir eylemdir(60).

Dünya Cinsel Sağlık Birliği (61) cinselliği her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçası olarak tanımlar ve cinsiyet, cinsel kimlik, cinsel rol, cinsel yönelim, erotizm, haz, yakınlık ve üreme kavramlarını içerdiğini bildirir. DSÖ (2011) cinsel sağlık durumunu “cinsel açıdan fiziksel, psikososyal ve sosyo-kültürel tam olarak iyi olma durumu ve bunun devamlılığı” olarak tanımlar. Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel olarak değil; duygusal, düşünsel ve sosyal entegrasyonunu sağlayan, karakter oluşumunu, iletişim ve sevginin paylaşımını iyi yönde zenginleştiren sağlıklılık halidir. seksüalite biyolojik, psikolojik, kişilerarası ve davranışsal boyutları olan çok boyutlu karmaşık bir ifadedir ve yaşa, cinsiyete, kişisel yaklaşımlara, örf ve adetlere binaen her birey tarafından farklı şekillerde tanımlanabilir (62). İnsan cinselliği ile ilgili ilk yaygın inceleme Kinsey ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır. Bu inceleme 1938 ile 1952 yılları arasındaki, insanın cinsel davranış biçimleri ile ilgili istatistiklerin derlenmesinden oluşmaktadır. Kinsey ve arkadaşlarının çalışmalarını takiben William Howell Masters ve Virginia Eshelman Johnson 1966 yılında —İnsanda Cinsel Davranış adlı kitapta yayınlanan bir çalışma ise bugün bile insan cinsel fizyolojisi ile ilgili bilgilerimizin temelini oluşturmaktadır. Masters ve Johnson, insan cinselliğini ilk kez laboratuvar ortamında incelemiş, yüzlerce gönüllü kadın ve erkek denek üzerinde

sürdürdükleri çalışmalarında, deneklerin cinsel uyarılara verdikleri yanıtları doğrudan gözleyerek ve nesnel ölçüm yöntemlerini kullanarak cinsel tepki sürecinin bütün evrelerini kaydetmişlerdir (63).

Cinsellik; aynı zamanda tarihin her döneminde en gizli kalan olgulardan da biri olmuştur. Her kişinin cinsel hisleri, tutumları ve inançları vardır. Ama cinsellikte her insanın deneyimleri tektir. Çünkü herkes farklıdır. İnsan cinselliğinin birçok boyutu vardır. Cinsellik, fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel görüşlerden oluşur (64). İnsan cinselliğinin fizyolojik yanı, cinsel gelişim anatomisi, cinsel istek ve cinsel fonksiyondur. Psikolojik açıdan , duygular, düşünceler, kişilik, kadın ve erkek olarak kendi değerlerin, cinsel kimlik ve benlik kavramını içermektedir. Cinselliğin sosyal açısı, aile ve yakın çevrenin değer sistemleridir. Kültürel çerçevede, toplumun değer sistemleri, din ve etik vardır (65).

Cinsel fonksiyonda fizyolojik parametreler olan, kan basıncı, kalp hızı, solunum, derinin durumu ve pupilanın cevabı gibi ölçümlerle yapılan çalışmalar sınırlıdır. Fizyolojik fonksiyon, daha çok sekonder cinsel davranışlar, cinsel organların fiziksel değerlendirilmesi, doğurganlığın değerlendirilmesi, endokrin çalışmalarının içerdiği psikofizyolojik bir değerlendirmeyi içermektedir (65).

Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin (World Association for Sexual Health) Cinsel Haklar Bildirgesinde; cinsellik her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Cinselliğin tam olarak gelişimi temas, mahremiyet, duygusal ifade, zevk, şefkat, aşk gibi temel insan ihtiyaçlarının doyumuna bağlıdır. Cinsellik birey ile sosyal yapılar arasındaki etkileşim aracılığıyla oluşur. Cinselliğin tam gelişimi bireysel, kişilerarası ve toplumsal mutluluk/iyilik için temel gerekliliklerden biridir. Cinsel haklar özgürlüğe, onura ve her bir insanoğlunun eşitliğine dayalı evrensel insan haklarıdır. Sağlık ana insan haklarından biri olduğuna göre cinsel sağlık da temel bir insan hakkı olmalıdır şeklinde ifade edilmiştir (66). Cinsel alandaki çalışmalar 20. Yüzyılla birlikte hızlanmıştır. 20. yüzyılın ilk yarısında Freud “Cinsellik Üzerine Üç Deneme” kitabında, ilk defa libido kavramından bahsetmektedir.

Kadın cinsel sağlığındaki gelişmeler erkek cinsel sağlığındaki gelişmeleri geriden takip etmektedir. Buna rağmen yapılan birçok epidemiyolojik çalışma kadın cinsel problem ve şikayetlerinin erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir (67).

2.2.1. Cinsel Organların Sinirsel İletimi

Cinsel organlar primer olarak otonomik sinir sistemi tarafından innerve edilmektedir. Penisdeki sertleşme nörofizyolojik iki yolakla gerçekleşmektedir. İlki refleks olarak oluşan ereksiyonlar parasempatik bileşenler olan pelvik splanknik sinirler (S2,S3,S4) yoluyla meydana gelmektedir. Psikolojik olan uyarımları ise sempatik torakolumbar yolaklar taşımaktadır. Parasempatik yolakların genitallere kan akışını arttırması ile klitoral büyüme ve vajinal ıslanma gerçekleşmektedir. Ejakülasyonun oluşumunda ise sempatik yolaklar önemli bir role sahiptir. Kadında, vajina, üretra ve uterusda düz kasların kasılmasına sempatik sinir sistemi neden olmaktadır.

Cinsel fonksiyonlarda nöronal ve hormonal mekanizma: Cinselliğin merkezi beyindir. Sanıldığı gibi aksine en önemli cinsel organ penis ya da vajina değil, beyindir. Merkezi sinir sisteminin çok sayıda bölgesi işin içinde olmakla birlikte, cinsel işlevlerden sorumlu beyin alanları esas olarak limbik sistem ve hipotalamustur.

Özellikle anterior hipotalamik medyal preoptik çekirdeğin erkek, posterior hipotalamik ventromedial çekirdeğin ise kadın cinsel davranışlarını yöneten merkezler olduğu düşünülmektedir (68). Çok sayıda hormon, nörotransmitter sistemi ve peptid cinsel işlevlerini düzenlenmesinde rol oynamaktadır (68).

Cinsel istek, esas olarak mezolimbik dopaminerjik yolağın aracılık ettiği dopaminerjik bir fenomendir (69). Cinsel istek, dürtü, fantezi ve motivasyonun oluşmasında dopamin bilinen en önemli nörotransmitterdir. Bu nedenle, aktif bir cinsel yaşam için iyi çalışan bir dopaminerjik sistem yaşamsaldır. Cinsel istekten sorumlu bir hormon varsa bu da testosterondur. Yapılan çalışmalar, testosteronun sanıldığı gibi aksine, yalnızca erkekler için değil, aynı zamanda kadınlar için de çok önemli olduğunu ortaya koymuştur. Testosteronun, her iki cinsin de cinsel isteğinden sorumlu olduğu düşünülmektedir (68).

Prolaktinin ise, cinsel isteği olumsuz etkilediği gerek laktasyon dönemindeki kadınlardan, gerek hiperprolaktinemi yapan bütün durumlarda cinsel isteksizliğin oluşmasından, gerekse yapılan çalışmalardan ortaya konmuştur (69).

Kolinerjik sistem ve asetilkolinin uyarılmadan sorumlu olan nörotransmitter sistem olduğu düşünülmektedir. Periferik uyarılma aşaması olan bu aşamada, bilindiği gibi erkekte ereksiyon, kadında ise lubrikasyon ve kabarma oluşmaktadır. Hem asetilkolinin hem de nitrik oksit (NO) bu süreçlerde kilit rol oynadığı artık bilinmektedir. Buradan hareketle erektil disfonksiyonun (ED) tedavisinde

bir ııraılımtır. Başta sildenafil olmak üzere çeşitli fosfodiesteraz inhibitörleri, NO'nun yıkımını engelleyerek ereksiyonu kolaylaştırıcı bir etki oluşturmaktadır (69).

Orgazmın inen spinal noradrenerjik lifler ve genital bölgenin noradrenerjiksempatik innervasyonu orgazm ve ejakülasyonu kolaylaştırıcı bir etki oluştururken, inen serotonerjik lifler ve genel olarak serotonin orgazmı zorlaştırır ya da inhibe eder(68,69,71).

2.2.1.1.Cinsel istek

Psikolojik ve kişilerarası faktörlerin, cinselliği neden ve nasıl yaşadığımız, cinsel problemlerin etyolojisine ve devam ettiricileri üzerinde önemli rolleri bulunmaktadır. Cinsel sağlık veya işlev bozukluğu için önemli olan belirleyiciler; kişinin ailesinde sevginin ve duyguların nasıl dışa vurulduğu; o kişinin büyürken cinsel bir travmaya maruz kalıp kalmadığı; cinsellikle ilgili dini, kültürel ve toplumsal mesajlar; medyanın, kişilerin inançları ve davranışları üzerindeki etkisi olarak sayılabilir. Cinsel problemlere yol açan sebepler; bireysel yatkınlık, kişilik, psikiyatrik ve tıbbi rahatsızlıklara karşı yapısal/biyolojik duyarlılık ve ayrıca yakın bir ilişki sürdürme ve sağlama becerisinden yoksun olmaktır (72). Son yıllarda yapılan çalışmalarda, erkek ve kadının cinsel isteklerinin farklı olabileceği ve tetiklenebilen veya yanıt veren cinsel isteğin kadınlarda daha yaygın olduğu gösterilmiştir (73). Kadınlardaki cinsel istek ve uyarılmanın farklı iki basamak olmasından ziyade birbiriyle örtüşen kavramlar olduğu hipotezi DSM 5' te nozolojik kategorilerde değişim yapılması fikrini tetiklemitir (74). Böylece "Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu" olarak tek bir kategori oluşturulmuştur. Ancak erkek cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırmasında cinsel istek ve uyarılma ayrımı devam etmektedir. Aslında DSM 5 kadın ve erkek cinselliğinin farklı olabileceğini kabul ederek, kadın ve erkekte cinsel yanıt döngülerinin önceki varsayımlardaki gibi lineer ve analog olmayabileceğini kabul etmektedir. Yeni modellerde, zihin ve bedenin verdiği cinsel yanıtın, kompleks ve değişken olabileceği, subjektif uyarılmanın cinsel istekten önce gelebileceği belirtilmektedir (75).

İnsan cinselliği komplekstir ve birçok farklı şekilde harekete geçirilebilir. İnsanların cinsellik yaşama sebeplerinin, üremek, zevk hissetmek ve cinsel gerilimi azaltmak olduğu varsayılmaktadır Meston ve Buss'un yaptığı bir araştırmada ise bu sebeplerin sayıca daha fazla ve psikolojik olarak daha kompleks olduğu belirlenmiştir (76). Cinsellik, prestij, statü ve saygınlığın da içinde olduğu geniş bir sosyal ve kültürel

bağlamda yaşanmaktadır (77). Meston ve Buss, cinsel birliktelik yaşama sebepleriyle ilgili bu güne kadar yapılmış en kapsayıcı araştırmada 237 farklı motivasyon göstermişlerdir. Bu sebepler, dünyevi sebeplerden, alturistik, intikamcı ve ruhsal sebeplere kadar değişmektedir. Bunların içinde en çok cazibe, zevk, duygusal yakınlık, aşk, romantizm, sevgi, uyarılma, mutlu etme isteği, macera, heyecan, deneyim, bağlantıda olma, kutlama, merak ve fırsat belirlenmiştir (76).

Bütün bu teorik bilgiler tek bir sonuca işaret etmektedir. İnsanların cinsellik yaşama nedenleri sınıflandırmacıların tanımladıklarından çok daha fazla sayıdadır ve psikolojik olarak daha karmaşıktır.

2.2.2. Kadın ve Erkek Cinselliği Arasındaki Farklar

Evrime dayalı teorilere göre, erkeklerde cinsel çeşitlilik isteği , cinsel birleşme fırsatları (77), potansiyel eşin fiziksel görünüşü (78)daha motive ediciyken; sevgiyi göstermek veya psikolojik bağlanmayı güçlendirmek gibi duygusal faktörler kadınlar için daha önemli sebeplerdir (77).

Basson, kadınların cinsel ilişkiye, duygusal yakınlık, bağlanma, sorumluluk, aşk, sevgi, kabul, tolerans ve yakınlık gibi yan sebeplerden de girebileceğini belirtmiştir (78). Kadınlar partnerleriyle yakınlığı artırmaya çalışmanın yanı sıra, kendi iyilik hallerini ve cinsel olarak arzulandıklarını hissetmek için de cinsellik yaşayabilmektedirler (79). Carvalheira ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, kolay bir şekilde uyarılan kadınların %15.5'i sadece cinsel istek duydukları zaman cinsellik yaşadıklarını belirtirken, %30.7'si ise tipik olarak veya çoğu zaman uyarılmaya başladıkları zaman istek duymaya başladıklarını belirtmektedirler (80). Uzun süreli ilişki içinde olan kadınlarda (%42), kısa süredir ilişki içinde olan kadınlara (%22.4) göre cinsellik, cinsel istek olmadan daha fazla yaşanmaktadır. Hamann yaptığı fMRI çalışmalarında, bu teoriye, erkeklerdeki görsel cinsel uyarıya karşı ortaya çıkan amigdala ve hipotalamus yanıtlarının kadınlara göre daha fazla olduğunu göstererek nörofizyolojik destek sağlamıştır (81) .

Erkeklerde cinsel istek ve biyopsikososyal belirleyicileri hakkında yapılan çalışmalarda, erkeklerdeki cinsel isteğin en iyi belirleyicisinin kognitif faktörler (kültürel değerlere bağlı cinsel inançlar ve cinsellik sırasındaki otomatik düşünceler) olduğu gösterilmiştir (82). Özellikle, cinselliğe karşı kısıtlayıcı tutumlar şeklindeki inançların, ereksiyon ile ilgili endişelerin ve cinsel bağlamda erotik düşüncelerin

yokluğunun azalmış cinsel istek üzerine belirgin bir etkisinin olduğu gösterilmiştir. Uzun ilişki süresi de aynı zamanda düşük cinsel istek için bir prediktördür. Yaşın cinsel istek açısından belirgin bir etkisi görülmemiştir; sadece indirekt olarak cinsel aktiviteye karşı kısıtlanmış tutumlarında rolü bulunmaktadır. Sanılanın aksine, tıbbi faktörlerin cinsel istek üzerine direkt bir etkisi gösterilememiştir ve tıbbi sorunların varlığıyla direkt bağlantısı olan ereksiyonun, kaygı yoluyla (cinsellik sırasındaki otomatik düşünceler) etki ettiği düşünülmektedir. Bütün belirleyicilerin göreceli katılımı kontrol edildikten sonra, psikopatoloji, evlilik uyumu ve duygusal değişkenlerin, hiçbirinin direkt veya indirekt olarak cinsel istek üzerine bir etkisi gösterilmemiştir (82).

2.2.2.1.Cinsellikte lineer model

Masters ve Johnson: 4 Basamaklı Modeli

Masters ve Johnson tarafından 1966 yılında ilk ortaya atılan cinsel işlev modelidir (83). Yazarlar insan cinsel yanıtının fizyolojisini sistematik olarak çalışan ilk araştırmacılarıdır. 4 basamaklı lineer bir model önermişlerdir:

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

Uyarılma Evresi: Uyarılma ilk evredir. Cinselliğe başlangıç partnerle duygusal yakınlık, kadının kendini ve partnerini cazibeli hissetmesi ile ilişkilidir. Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte ereksiyonun, kadında ise lubrikasyonun ortaya çıkması ile birlikte bedende yaygın vazokonjesyon ve miyotoni ile karakterizedir. Herhangi bir psikolojik veya fizyolojik uyarı sonucu ortaya çıkabilir. Kişiye uygun düşen, yeterli süre ve yoğunlukta devam eden cinsel uyarı karşısında uyarılma evresi çok kısa sürebileceği gibi, uygun gelmeyen cinsel uyarı durumunda ya da cinsel uyarı aralıklarla sürdürülmüşse uzayabilir ya da kaybolabilir. Birkaç dakikadan birkaç saate kadar sürebilir Masters ve Johnson'a göre uyarılma evresi ile dördüncü evre olan çözülme evresi, insandaki cinsel tepki sürecinde en çok yer kaplayan bölümlerdir (84,85,86,87,88,89).

Uyarılma biyolojik ve psikolojik süreçlerden etkilenmektedir. Uyarılmayı etkileyen biyolojik faktörler, yorgunluk, depresyon, seks hormonlarında düşüklük,

hiperprolaktinemi, hipotroidizmdir. Psikolojik faktörler ise, günlük yaşamın kısıtlanması, negatif bir sonucun oluşma korkusu (disparoni, partnerde cinsel disfonksiyon), istenmeyen gebeliğe karşı önlem alınmaması, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü, cinsellikle ilgili utanma duygularıdır. istek ve uyarılma birbirini karşılıklı etkilemektedir. Bu da orgazma ulaşmayı sağlar. Başlangıçta istek olmasa bile kadın uyarılmaya başladıkça istekliliği artmaktadır (87).

Uyarılma evresindeki değişimler: Uyarılma evresi sinir, damar, kas ve hormon sistemlerini yani tüm bedeni etkileyen değişikliklere neden olur. Genellikle cinsel uyarıdan 10-30 sn sonra cinsel cevabın ilk belirtisi olan vajinal lubrikasyon ortaya çıkar. Vajinanın girişten itibaren 1/3 kısmı çok duyarlıdır. Geri kalan kısmı ise derin sinir reseptörlerine bası uygulanması ile uyarılabilir. Son araştırmalar vajinanın ön duvarının daha fazla duyarlı olduğunu göstermiştir (84,85,90).

Uyarılma evresinde ciltte karın ve boğazdan başlayıp daha sonra göğüslere yayılan bir kızarıklık başlar, meme başları dikleşir, areola koyulaşır, venler belirginleşir ve göğüsler %25 genişler. Tüm vücutta miyotoni oluşur. Klitoriste hafif bir konjesyon ve buna bağlı klitoral gövdede hafif bir büyüme olur. Normalde 7-8 cm uzunluğunda ve 2cm çapında ve duvarları birbirine yapışık olan vagina büyüyerek 9-11 cm uzunluğa ve özellikle iç üçte ikilik bölümünde 5-6 cm çapına varan genişliğe ulaşır. Genital bölgede oluşan vazokonjesiyon sonucunda, vajina duvarlarında oluşan transüda, koitus sırasında vajina duvarların kayganlığını sağlar. Uterus pelvis içinde yükselmeye başlar. Nabız ve kan basıncı artar (84,88,89,91).

Plato Evresi: Cinsel heyecanın artmasıyla birlikte birey plato fazına girer. Bu evrede haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar devam eder. Plato evresi, uyarılmanın kişinin orgazma geçmesini sağlayacak noktaya kadar ilerlemesi ve vazokonjesiyonun maksimal noktaya ulaşması ile karakterizedir. Bu fazın süresi birkaç dakikadan 15-20 dakikaya kadar değişebilir memelerdeki büyüme maksimal noktaya ulaşmıştır. Labium minörlerde pemmeden kırmızıya doğru renk değişikliği oluşur. Klitorisin bütün gövde ve başı büzülerek çekilir. Vajinanın dış 1/3'lük bölümünde ileri derecede vazokonjesiyon oluşur. Uterus pelvis içinde yükselmeye devam eder. Yine bu evrede genital bölgedeki vazokonjesiyona ek olarak sistemik vazokonjesiyon belirtileri de gözlenir. Epigastriumdan başlayan makülopapüler tipteki kızarıklıklar, daha sonra memeye, giderek kollar, kalça ve sırtta doğru yayılır (sex flush). Bu olay kadınların %70-75'inde,

erkeklerin ise yaklaşık %25'inde görülmektedir. Ayrıca plato evresinin sonlarına doğru belirginleşen miyotoni, hiperventilasyon, taşikardi, kan basıncında artış ve dış genital sfinkter ile gluteal bölge kaslarında kasılmalar görülür (85,88,89,91)

Orgazm evresi: Evreler arasında süre açısından en kısa ancak duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir. Uyarılma ve plato dönemlerinde parasempatik sistem etkisi ile oluşan vasokonjestif yanıtlar hakimken, orgazmı sempatik sinir sistemi ile oluşan miyotonik yanıtlar ön plandadır. Bu evre perine ve vajina etrafındaki kaslarla vazokonjesyon sonucu büyüyen kasların ritmik kasılmaları ile karakterizedir. Bu kasılmalar normal olarak 0.8 sn aralıklarla 3-5 kez, en çok da 10-15 kez olur. Orgazm 3-60 saniye sürer ve kadın erkekten farklı olarak bir cinsel birleşmede birden fazla kez orgazm olabilir. Orgazm esnasında çoğu kadın uterus kontraksiyonlarını da hissedebilir (84,85,86,88,89,90,91,92).

İlk 3- 4 kontraksiyon daha güçlü ve sıktır, daha sonra giderek sıklığı ve gücü azalır. Plato evresini sonuna doğru oluşan makülopapüler tipteki kızarıklıklar, miyotoni, hiperventilasyon, taşikardi ve kan basıncında artma gibi sistemik belirtiler orgazm evresi boyunca devam eder. Özellikle bu evrede kan basıncı ve kalp hızı en yüksek seviyeye ulaşır (88,89).

Orgazm Tipleri: Masters ve Johnson'a göre sadece klitoris stimülasyonu ile oluşan tek tip orgazm mevcuttur. Buna karşılık Kinsey, Singer, Fesher ve Fox gibi araştırmacılara göre kadınlarda en azından iki tip orgazm vardır (84,90).

Vulvar (klitoral, mastürbatuar) orgazm: Klitoris uyarısına dayanır, oluşması daha kolay olup, vajinal kontraksiyon ile karakterizedir. Klitoral uyarılma en fazla kadının üstte olduğu pozisyonda gerçekleşir ve orgazma ulaşmayı kolaylaştırır (84,90).

Vajinal (uterin, koital) orgazm: Belirgin emosyonel reaksiyon ile karakterizedir ve vajinal kontraksiyon şart değildir. Vajinal orgazm için derin penetrasyon ve refrakter periyod gerekir, vajinal uyarılma yüksek derecede haz verdiği halde, orgazmik refleksi başlatmada katkısı azdır (84,90).

Kadın orgazmının ortaya çıkmasında uyarılma dereceleri değişkendir. Sadece bireyler arasındaki farklar değil, aynı zamanda aynı kadında farklı durumlarda değişir. Tam uyarılmış ve heyecanlanmış bir kadın, sevdiği bir eş ile birkaç koital hamle ile orgazma ulaşabilirken, eğer istekli değilse daha uzun klitoral uyarılmaya gereksinim duyabilir. Bazı kadınlar herhangi bir cinsel uyarı ile orgazm olurken, diğerleri yoğun ve

uzun klitoral uyarılma gerektirir. Kadının iyi uyarıldığında orgazma ulaşması daha kolay olmasına karşın, uyarılma düzeyi ile orgazm bazen birbirinden bağımsız olabilir (90)

Çözülme Evresi: Son evredir, orgazm sonrası aniden başlar. Orgazmı ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda platoyu takiben genital bölge ve bedenin tümünde önceki evrelerde oluşan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına, ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmemesine göre değişir. Tamamen uyarılma öncesine dönüş yaklaşık otuz dakikayı bulmaktadır. Orgazm olmadığında bu süre iki-altı saate çıkabilmektedir (85,88,91,92).

Kan basıncı, kalp hızı ve solunum hızı hızla normale döner. Kadınlar çözülme evresinin herhangi bir aşamasında uygun bir uyararla yeniden uyarıldıklarında yeni bir orgazm evresine girme potansiyeline sahiptirler. Erkekler ise, istisnalar dışında; süresi kişiden kişiye ve kişinin hangi yaş diliminde olduğuna göre değişen bir çözülme evresine zorunlu olarak girerler ve bu dönem sona erene kadar uygun cinsel uyarı olsa bile yeniden ereksiyon sağlayabilmeleri ve yeniden orgazm evresine girmeleri fizyolojik olarak olanaksızdır (84,85,86,88,89).

Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmediğine göre değişir. Bu dört evre bugünkü bilgilerimiz ışığında da geçerli kabul edilmektedir. Ancak, cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması ile ayırıcı tanı ve tedavi açısından asıl önemli olan evreler ise —uyarılma ve —orgazm evreleridir. —Plato evresi, esas olarak fizyolojik açıdan —uyarılma evresinin bir bölümü olarak kabul edilmektedir.

Basson' un modeli aşağıda ki Şekil 1.1'de gösterilmiştir.

Sonuç olarak bu yeni model, kadındaki uyarılma ve istek arasında karşılıklı ilişkiyi göstermekte ve uyarılmadan önceki spontan istek önceliğine ve orgazm olma gerekliliğine son vermektedir (95). Bu modelin kısıtlılıkları ise, kadının cinsel istek için çoğu zaman bir alıcı veya doğası gereği her koşulda cinsel bir uyarıya yanıt verecek şeklinde algılandığı takdirde, cinsel anlamda pasif ve güvensiz olduğu gibi kalıpları ortaya çıkarabilmesidir. Dahası bu model daha çok yakınlık üzerine kurulu olduğundan dolayı, cinsel istekleri ve uyarılmaları yakınlık ile bağlantılı olmayan kadınların hariç tutulmasını gerektirebilir. Basson'un modeli subjektif ve kişilerarası faktörleri kapsayarak ve de kadının cinsel deneyiminin lineer olmayan doğasını kabul ederek, kadında cinsel yanıtı yeni ve daha geniş bir bakış açısı katmaktadır.

Psikiyatrik tanımlar için kullanılan DSM (Ruhsal Hastalıkların Tanımsal ve İstatistiksel Başvuru Kitabı) ve ICD (Dünya Sağlık Örgütü Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması) gibi başvuru klavuzlarında ruhsal hastalıklar belirti kümelerine göre tanımlanmıştır.

Cinsel İşlev Bozuklukları'nın bugüne kadar yapılmış sınıflandırma ölçütleri yeterli klinik ve epidemiyolojik araştırma verileri ile desteklenememiştir. Tanı ölçütleri DSM 5' e kadar daha çok uzman görüşü üzerine temellenmiş; ampirik çalışmalardan gelen kanıtlarla yeterince desteklenmemiştir. DSM 5 CİB tanı ölçütlerinde belirsiz ifadelerden uzak durmaya çalışmış ve daha ölçülebilir ve somut tanımlamalar getirmeye gayret etmiştir. DSM 5 tanı ölçütleri, "homojen" gruplar belirlemek ve bu homojenite içine girmeyen kişileri "bozukluk" kapsamında değerlendirmemek amacıyla tanımlamada özgül süre ve şiddet ölçütleri kullanmıştır. Şu ana kadar yapılmış tüm DSM sınıflandırma sistemlerinde kadın ve erkek cinselliğinin aynı çizgisel (lineer) cinsel yanıt döngüsünden geçtiği varsayılmış ve sınıflandırma bu çizgisel döngü üzerinden yapılmıştır. DSM 5 önemli bir kavram değişikliği yaparak farklı cinsiyetlerin cinsel yanıtlarının mutlaka benzer olmayabileceğini vurgulamış ve böylelikle CİB'in tanısal sistemine yeni bir boyut getirerek kadın ve erkek cinsel işlev bozukluklarını ayrı ele almıştır. Ayrıca kadın cinsel istek bozukluğu ile kadın cinsel uyarılma bozukluğu tanımlarını birleştirmiş ve "kadın cinsel istek ve uyarılma bozukluğu" biçiminde tek bir kategori içinde tanımlanmıştır (96).

DSM IV TR' de Cinsel Bozukluklar Cinsel İstekte Azalma (Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu), Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu, Erkeklerde Erektile Bozukluk, Kadında Orgazm Bozukluğu, Erkeklerde Orgazm Bozukluğu, Prematür Ejakülasyon,

Disparoni,Vajinismus, Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu şeklinde sınıflanırken, DSM 5'te Cinsel İşlev Bozuklukları Geç Boşalma, Sertleşme Bozukluğu, Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu, Erken Boşalma, Kadında Orgazm Bozukluğu, Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu, Cinsel OrganlardaPelviste Ağrı/İçeri Girme Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu başlıkları altında sunulmaktadır.

2.3. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

2.3.1. Cinsel İstekte Azalma (Hipoaktif Cinsel İstek) Bozukluğu (HCİ)

2.3.1.1.Sınıflandırma/tanı

Cinsel İstekte Azalma (Hipoaktif Cinsel İstek) Bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri aşağıda sıralanmıştır (97).

Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması (ya da hiç olmaması). Klinisyen, kişinin yaşı ve yaşam koşulları gibi cinsel işlevselliğini etkileyen etkenleri göz önünde bulundurarak cinsel isteğin azaldığı ya da hiç olmadığı yargısına varır.Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.

Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz(başka bir Cinsel İşlev Bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM 5'ile birlikte yapılan en büyük değişikliklerden biri kadındaki hipoaktif cinsel istek ile uyarılma bozukluğunun birleştirilmesi olmuştur. Bu birleşmenin en büyük sebeplerinden biri, yapılan çalışmalardan ve yeni kavramsallaştırmalardan çıkan kadın cinsel isteğiyle, uyarılmanın her zaman lineer olmadığı görüşüdür. Bu süreç cinsel uyarılmanın ve cinsellik dışı sebeplerin de kadında cinsel isteğini tetikleyebileceği şeklinde kavramsallaştırılmıştır. Çoğu zaman cinsel istek ve uyarılmanın birbiriyle örtüşen ve birbirini tetikleyebilen süreçler olduğu gösterilmektedir. Ayrıca 6 ay süresince var olması ve kişiler arasında bir probleme yol açması kriteri yerine ise kişide bir sıkıntıya yol açması, her cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda) olması gibi daha net tanı kriterleri getirilmiş olması bu bozukluk için de geçerlidir (96).

2.3.1.2.Prevalans

Yapılan prevalans çalışmalarında 20-29 yaş arası Avrupalı kadınların %11'inin cinsel isteği azalmışken, bu oran 60-70 yaş grubunda %53'e çıkmaktadır (Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. Journal of Sexual Medicine 2006 Mar; 3(2): 212-22.). Yaşla birlikte ise yaşanan sıkıntı düzeyi azalmaktadır, 20-29 yaş arası kadınların %65'i sıkıntı yaşarken bu oran 60-70 yaş arası kadınlarda %22'ye düşmektedir. HCl'nin genel popülasyondaki prevalansı Avrupa için %6-13 iken Amerika için %12-19'dur (98).

Menapozun etkileri göz önünde bulundurulacak olursa, Avrupa'da yapılan bir çalışmada, ameliyat ile menapoza giren kadınlarda, menopoz öncesi veya doğal yollarla menapoza giren kadınlara göre neredeyse iki kat daha fazla HCl görülmektedir (99).

Yapılan birkaç çalışma ise HCl'nin yaşam kalitesi ve cinsel ilişki üzerine negatif etkisi olduğunu göstermektedir. Avrupa temelli bir çalışmada, HCl'si olan kadınlar cinsel ilişkileri ve partneriyle ilgili daha sıklıkla negatif duygulanım ve düşük tatmin bildirmektedirler (98). Yaşla birlikte cinsel isteğin azalma ihtimali artsa da yarattığı sıkıntı azalmaktadır. Yapılan bir başka çalışma HCl'si olan kadınlarda belirgin bir biçimde kognitif fonksiyonlarda, canlılıkta ve sosyal işlevsellikte azalma olduğu gösterilmiştir. Ayrıca HCl'si olan kadınların diyabet, kronik sırt ağrısı gibi kronik hastalığı olan kişilerin yaşam kalitesine benzer yaşam kaliteleri olduğu gösterilmiştir (100).

2.3.1.3.Etiyoloji

Tablo 2.5. Kadınlarda Cinsel İstekte azalma sebepleri

Organik	└ Endokrin hastalıklar └ Sistemik hastalıklar	Hiperprolaktinemi Hipogonadizm Hipotroidizm Kronik böbrek yetmezliği Kronik karaciğer hastalığı Hematolojik hastalıklar HIV
Intrapsişik	└ Psikiyatrik └ İşle alakalı problemler └ Çiftle alakalı problemler └ Uzun ilişki süreleri	Depresyon Anksiyete Psikoz
İlişkisel	└ Eşle libido azalması └ Eşle orgazma ulaşmakta güçlük └ Eşle cinsel işlevleri bozan kronik hastalık └ Uzun ilişki süresi >6 yıl	
İlaçlar	└ Serotonerjik aktivitesi olan antidepresanlar	SSRI'lar
└ Antipsikotikler		Trisiklik antidepresanlar MAO inhibitörleri Tipikler
└ Androjen üretimini veya etkisini önleyen ilaçlar		Atipikler Streoid veya nonstreoid anti-androjenler
Diğer		Anabolik streoidler GnRh analogları 5-alfa reduktaz inhibitörleri Antiepileptikler Lityum Klonidin Rezerpin

Tablo 2.6. kadınlarda Düşük Cinsel İsteğe Yol açan İlaçlar

Psikotropolar	Antipsikotikler, barbituratlar, benzodiazepinler, lityum, SSRI'lar, TCA, MaO inhibitörleri
Kardiyovasküler ve antihipertansif ilaçlar	Antilipid ilaçları, beta blokerler, klonidin, digoksin, spironolakton, metildopa
Hormonlara etki eden ilaçlar	Danazol, GnRh agonistleri, antiandrojenler, tamoksifen, aromataz inhibitörleri, GnRh analogları
Antikolinerjikler	
Diğer	H2 reseptör blokerleri, indometazin, ketokanazol, fenitoin sodyum, kemateropatik ilaçlar

Kombine oral kontraseptifler

Psikolojik sebepler

- Cinsel kötüye kullanım ve travma veya aşağılayıcı bir deneyim yaşamak
- Stres ve yorgunluk
- Cinsel ipuçlarına dikkati odaklamakta güçlük, dikkatin kolay dağılması
- Panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk gibi anksiyete bozuklukları
- Depresyon Kişilik özellikleri: düşük/kırılgan benlik saygısı, histrionik kişilik özellikleri
- Beden algısıyla ilgili problemler

2.3.2. Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu (KCUB)

2.3.2.1.Sınıflandırma/tanı

Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri aşağıda sıralanmıştır (97)

Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma-kabarma tepkisini sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene dek bunu

sürdürememe.

Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.

Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir Cinsel İşlev Bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM 5'te kadında hipoaktif cinsel istek ile birleştirilmiştir, detaylar bir önceki bölümde mevcuttur.

2.3.2.2.Prevalans

Bancroft'un 2003 yılında yaptığı çalışmada uyarılma bozukluğu yaşananların oranı %12.2 iken lubrikasyon sorunu olan kadınların oranı %31.2'dir (102). Dunn 1998'de yaptığı çalışmada ise uyarılmaları bozulmuş kadınların oranı %17'iken, lubrikasyonları bozulmuş kadınların oranı %28 olarak bulunmuştur (103).

2.3.2.3.Etyoloji

KCUB aynı zaman bazı tıbbi hastalıklarda bağlantılı olarak ortaya çıkabilmektedir. Otonom sinir sistemini etkileyen nörolojik durumlar, diyabetik nöropati, damarsal komplikasyonlar, cerrahi müdahaleler, radyasyon, tekralayıcı üriner sistem enfeksiyonları, tekrarlayıcı vajinal enfeksiyonlar gibi sebepler KCUB'ye yol açabilmektedir (104,105).

2.3.3. Kadında Orgazm Bozukluğu (KOB)

2.3.3.1.Sınıflandırma/tanı

Kadınlarda Orgazm Bozukluğunun DSM-IV-TR tanı ölçütleri aşağıda sıralanmıştır (97).

Olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi ya da hiç olmaması. Kadınlar, orgazmı tetikleyen uyarının türü ya da yoğunluğu açısından büyük bir değişkenlik gösterirler. Kadında orgazm bozukluğu tanısı, kadının yaşı, cinsel deneyimi ve aldığı cinsel uyarıların yeterliliği açısından baktığında klinisyenin kadının orgazm olma yetisinin beklenenden

daha az olduğu yargısına varması temeline dayanmalıdır.

Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur.

Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir Cinsel İşlev Bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM 5 ile birlikte daha net zaman ve sıklık kriterleri eklenmiştir, bunun yanı sıra DSM 5'in DSM IV TR'de olan "olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra" kısmı çıkartılmıştır; bunun sebebinin, orgazmdan önce bir uyarılmanın olmamasıyla orgazm olmanın güçlüğü ve normal cinsel uyarılmayı tanımlamaktaki problemlerden kaynaklanabileceğı düşünülmektedir (96).

2.3.3.2.Prevalans

Kadının orgazm tanımının belirsiz olması, klinisyenler için bu tanıyı koymayı zorlaştırmaktadır. Halen, serebral mekanizma tam olarak anlaşılmış değildir ve çoğu tanım subjektif ve gözlemlenen fiziksel değişiklikler üzerinden yapılmaktadır.

Kadında orgazm bozukluğunun biri baskın olan birçok sebepten kaynaklandığı düşünülmektedir. Etyolojisinde biyofizyolojik ve psikolojik faktörler etkilidir ve bunlar da çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Amerika' da yapılan bir çalışmada orgazm problemlerinin ikinci en sık cinsel problem olduğu ve kadınların %24'ünün birkaç yıldan fazla süredir orgazm olmadıklarını göstermiştir (106). Yine Amerika' yapılan ve 30000 kadını içeren bir başka çalışmada ise orgazmın prevalansı %21 olarak gösterilmiştir (107). Tahmini olarak görülme sıklığı tüm popülasyonda %16 ve %39 arasında değişirken, klinik örneklerde ise %16 ile 48 arasında değişmektedir (108,109).

2.3.4. Vajinismus

2.3.4.1.Sınıflandırma/tanı

Vajinismusun DSM-IV-TR tanı ölçütleri aşağıda sıralanmıştır (97);

A. Vajinanın dış 1/3'lük kısmındaki kaslarda koitusu engelleyecek biçimde tekrarlayan ya da sürekli istem dışı spazmın varlığı

B. Bu bozukluk belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorlanmaya

sebepler olur

C. Bu bozukluk başka bir Eksen 1 bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (ör: somatizasyon bozukluğu) ve sadece genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM IV TR’de disparenü ve vajinismus, cinsel ağrı bozuklukları altında sınıflandırılıp, ayrı bozukluklar oldukları kabul edilmekteydi. Ancak süperfisyal disparenü ile vajinismusu ayırt eden ampirik ve klinik bir kanıt olmadığı için DSM 5 ile birlikte vajinismus, disparenü tanısıyla birleştirilerek, Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu ismini almıştır. Aynı zamanda DSM IV TR’deki sadece kasılmaya atıfta bulunulan tanımdan vazgeçilerek, ağrı ve ağrı korkusuna yer verilmiştir. Diğer bozukluklar için geçerli olan, süre kriteri mevcut iken ve sıklık kriteri bu bozuklukta mevcut değildir (96).

2.3.4.2.Prevalans

Vajinismusun prevalans verileri değişkendir. Bazı yazarlar, vajinismusun diğer cinsel işlev bozukluklarına göre nadir bir bozukluk olduğunu belirtse de (110,111) diğer yazarlar vajinismusun yaygın bir kadın cinsel işlev bozukluğu olduğunu söylemektedirler (112).

Genel toplumdaki prevalansı tam olarak bilinmese de Batı ülkelerinde klinik prevalansının %5-17 arasında değiştiği bildirilmektedir (113).

Türkiye’de ise vajinismusun klinik popülasyonda %43-73 arasında olduğu ve kadın cinsel CİB içinde ilk sırada yer aldığı bildirilmektedir (114,115). Türkiye’de genel popülasyonda yapılan tek çalışmada sıklık %15.3 olarak bildirilmiştir (116).

2.4. Erkek Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

2.4.1. Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu (Cinsel İstekte Azalma- Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu)

2.4.1.1.Genel bilgiler

Cinsel istek, kişilerin cinsel aktiviteyi araması ve aktiviteyle meşgul olması için gerekli motivasyonu sağlamaktadır (117,118).

Cinsel istek, içsel bilişsel işlemlerin (düşünceler, imajlar, fanteziler), nörofizyolojik mekanizmaların (merkezi uyarılabilirlik) ve affektif bileşenlerin pozitif etkileşimi sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (119,120,121).

Cinsel istek, ilişki durumu, psikolojik adaptasyon, bilişsel faktörler ve biyolojik belirleyicilere bağlıyken, DSM 5 tanımına göre işlev bozukluğu belirtilerinin olması ve bu belirtilere bunun bir problem olduğu algısının eşlik etmesi tanı koymak için yeterli görülmüştür.

Düşük cinsel istek, diğer cinsel işlev bozuklukları gibi düzgün tanımlanmamış veya yanlış tanı konulmuş ve çoğu zaman başka bir cinsel işlev bozukluğu gibi düşünülp tedavi edilmiştir (122).

2.4.1.2.Prevalans

DSM 5' e göre 18-24 yaş arası erkeklerin %6'sının ve 66-74 yaş arası erkeklerin %41'i cinsel istek problemi yaşarken, 16-44 yaş arası erkeklerin sadece ufak bir grubunda (%1,8) altı ay veya daha fazla devam eden bir cinsel istek azlığı mevcuttur (74).

2004 yılında Amerika'da yaşları 57-85 arasında 1455 erkeği içeren araştırmada, erkeklerin %28'i cinsel isteklerinin eksik olduğunu belirtirken, bu erkeklerin %65'i bu durumdan rahatsızdır (123).

374 erkekle yapılan çok merkezli bir çalışmada DSM kriterlerine göre erkeklerin %30'u düşük cinsel istek bozukluğu tanı kriterlerini karşılamıştır. (124).

Bir başka çalışma ise DCİB'in erkeklerde %1 ile %20 arasında olduğunu ve bunun yaşa, ülkeye ve değerlendirme metoduna göre değiştiğini belirtmektedir (125). Depresyon, erektil disfonksiyon ve psikolojik faktörleri araştıran bir çok çalışmada değerlendirilmiştir. Ampirik çalışmalar, artmış depresif belirtilerin düzeyi ile erektil

disfonksiyon arasında bağlantı göstermektedir (Araujo A, et al. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the Massachusetts male aging study. Psychosomatic Medicine-1998; 60: 458-465). Anksiyete bozuklukları'nın da erektile disfonksiyon ile bağlantısı mevcuttur. Klinik uygulamada erektile disfonksiyonu olan bazı hastalarda komorbid olarak anksiyete bozukluğu da bulunmaktadır. Bir çok vakada hangisinin primer rahatsızlık olduğu net değildir (126).

2.4.2. Erektile disfonksiyon

2.4.2.1.Sınıflandırma/tanı

Erektile Bozukluk DSM-IV-TR tanı ölçütleri aşağıda sıralanmıştır (97):

Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, yeterli bir ereksiyon sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene dek bunu sürdürememe. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur. Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz(başka bir Cinsel İşlev Bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM 5'ile birlikte ismi erektile bozukluktan sertleşme bozukluğuna çevrilmiştir. Her cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda) yaşanıyor olması, en az 6 ay boyunca devam ediyor olması ve sertlik düzeyinde belirgin azalma kriterleri eklenmiştir. Sertlik düzeyinde azalma kriterinin ilaç endüstrisinin baskısıyla eklenmiş olabileceği düşünülmektedir. Çünkü, cinsel ilişkinin doğal seyrinde ereksiyon düzeylerinde artmalar ve azalmalar olabilmektedir. Bu kriterin eklenmesi, erkeklerin sertliklerini gözlemlemesine, deneyimsiz hekimlerin bu kriter üzerinden yola çıkarak hastaya ilaç başlamalarını ve ilaç endüstrisinin ereksiyonu kolaylaştıran ilaçların kullanımını teşvik etmesine yol açarak gereksiz ilaç kullanımını artırabileceği düşünülmektedir (96).

2.4.2.2.Prevalans

Bütün cinsel işlev bozuklukları içinde sertleşme bozukluğu hakkında en çok araştırma yapılmış olanıdır. Preklinik ve klinik çalışmaların sonucu olarak ereksiyonun fizyolojisi iyi düzeyde anlaşılmıştır. Buna bağlı olarak kanıta bağlı tedaviler de

gelişmektedir. Sertleşme bozukluğu 50 yaş üstü erkeklerde daha sık görülse de, yakın zamanda yapılan bir çalışmada tedavi için yardım arayan her dört hastadan birinin 40 yaş altı olduğunu göstermektedir (127). Sertleşme Bozukluğu, erken boşalma ile birlikte en sık görülen erkek cinsel işlev bozukluğudur. Sertleşme bozukluğunun prevalansı net bir şekilde yaşla ilişkili olup 5. dekattan sonra hızlı bir artış göstermektedir.

2.4.2.3.Eretil disfonksiyon epidemiyolojisi

Tablo 2.7. Eretil disfonksiyon epidemiyolojisi (128)

Yazar	Ülke	N (Tüm)	Yaş aralığı				
			30-39	40-49	50-59	60-69	70-80
Braun 2000	Almanya	4,489	%2.3	%9.5	%15.7	%34.4	%53.4
Chew 2000	Avustralya	1,240	%8.4	%13.1	%33.5	%51.5	%69.2
Koskimaki 2000	Finlandiya	2,178	NA	NA	%67	%76	%83
Rosen 2004	Uluslararası	27,839	%11	%15	%22	%30	%37
De Boer 2004	Hollanda	2,117	%5.6	%13.7	%23.7	%40	%41.9
Ponholzer 2005	Avusturya	2,869	NA	%28.9	%37.5	NA	%71.2

2.4.2.4.Eretil disfonksiyon risk faktörleri ve devam ettiren faktörler

20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren sertleşme bozukluğunun vasküler, nöral, hücresel ve endokrinolojik fizyolojisi ve patofizyolojisi hakkındaki bilgilerimizde büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu ilerlemeler sertleşme problemlerinin patofizyolojisinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olmuştur. Psikolojik faktörlerin ereksiyon üzerine önemli bir etkisi olduğu ancak bunun nöral ve organizasyonel seviyede nasıl olduğu hala bilinmemektedir. Bu yüzden ereksiyonu sağlayan santral mekanizmalar üzerine daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Hormonal sistemde (hipofiz bezi, testisler, tiroid), sinir sistemi (santral ve periferik), arteriyel sistem ve vasküler endotel ve de yapısal bileşenlerde (tunica albuginea, düz kas hücreleri) herhangi bir soruna yol açacak bir durum potansiyel olarak ereksiyon sürecine etkisi olabilir.

Buna ek olarak iatrojenik invazif veya konservatif (ilaçlar) müdahaleler de bu süreçte probleme yol açabilirler (127,128).

2.4.2.5.Eretil işlevler üzerine negatif etkisi olan ilaçlar

1. Nöroleptikler

Butirofenonlar: Haloperidol, benperidol, pimozid, fluspirilen, trifluoperidol

Fenotiazinler: Klorpromazin, levopromazin, perazin, triflupromazin, perphenazin, thioridazine

Tioksantenler: Flupentiksöl, Klopentiksöl

Atipik Nöroleptikler: Klozapin, sulprid

2. Antidepresanlar (Trisiklikler)

İmipramin, desipramin, klomipramin, amitriptilin, nortriptilin

3. Opioidler/Opioid peptitler

Morfin, pethidin, diamorfin (eroin), tilidin, piritramid, pentazosin, buprenorfin, tramadol, nalbuphin, meptazinol

4. Antiemetikler

Metoklopramid, bromoprid, domperidon, sisaprid

5. Antihipertansifler

Rezerpin, alfa-metildopa, propranolol, tiazid diüretikleri, klonidin

6. Antihistaminikler

Simetidin, ranitidin, famotidin, nizatidin, roksatidin

7. Hormonlar

Estrojenler, TRH, antiandrojenler (129).

2.4.2.6. Erektile disfonksiyon için risk faktörleri ve artıran faktörler

Psikojenik Faktörler

Çocukluk/adolesan dönemdeki psikoseksüel gelişim

Cinsel yönelim problemleri

Partner problemleri

Hayat şekli ve genel sağlık durumları

Devamlı stres faktörleri (özel/iş hayatı); artmış sempatik aktivite ve epinefrin/norepinefrin düzeyleri

Sendanter hayat şekli

Nikotin

Alkol kötüye kullanımı

Madde bağımlılığı

Kardiyovasküler risk faktörleri

Hipertansiyon

Dislipidemi

Koroner arter hastalığı

Periferik arteriyel oklüzif hastalık (129).

Tip 1-2 diyabet

Hormonal Faktörler

Hipogonadizm (primer/sekonder)

Hiperprolaktinoma

Tiroid problemleri (hipo-hipertiroidizm)

Diğer (adrenal problemler)

Iatrojenik

İlaça bağlı

Postoperatif

Postradyasyonel

Medikal Sebepler

Böbrek yetmezliği

Hepatik yetmezlik
Dislipidemi
Solunum hastalıkları (kronik obstruktif akciğer hastalığı, uyku apnesi)
Nörolojik rahatsızlıklar
Penil/Kavernözal sebepler
Kavernozal myopati ve fibrozis (venöz kaçak)
Peyroni hastalığı
Penil fraktür
Pelvic fraktür, perineal travma, spinal kord veya serebral travma
Prematür ejakülasyon (erken boşalma) (129).

2.4.2.7. Sınıflandırma/tanı

Prematür Ejakülasyon (Erken Boşalma) Bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri aşağıda sıralanmıştır (97):

Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, çok az bir cinsel uyarılma ile ve kişinin istemesinden önce, vajinaya girme öncesi, girer girmez ya da hemen sonra ejakülasyonun olması. Klinisyen, yaş, cinsel eş ya da durumun yeni olması ve son zamanlardaki cinsel etkinliğin sıklığı gibi uyarılma evresinin süresini etkileyen etkenleri göz önünde bulundurmalıdır.

Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.

Prematür ejakülasyon sadece bir maddenin (örn. Opiyatların bırakılması) doğrudan etkilerine bağlı değildir.

DSM IV TR' deki sürekli, yineleyici, girer girmez, hemen önce, gibi belirsiz, yoruma açık, ölçümü zor kriterler yerine DSM 5'ile Prematür Ejakülasyon (Erken Boşalma) ölçütlerine 6 ay süresince var olması; kişiler arasında bir probleme yol açması kriteri yerine ise kişide bir sıkıntıya yol açması, her cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda) olması, eşli cinsel etkinlik sırasında, sürekli ya da yineleyici olarak, vajinaya girdikten sonra yaklaşık bir dakika içinde ve kişinin isteğinden önce boşalma örüntüsü gibi daha net kriterler eklenmiştir (96).

2.4.2.8. Erken boşalma prevalansı

60 yaş altı erkeklerde %15-25 arası değişen prevalansı ile erken boşalma en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur. Bazı erkekler ejakülasyon süreleri 5-10 dakika sürse dahi, erken boşalmadan şikayet edebilmektedirler; bazıları ise boşalma süreleri 1-2 dakika dahi olsa bunu normal kabul edebilmektedirler (96).

EB üzerine olan epidemiyolojik çalışmalar, tamamiyle EB için anketlerde yapılan tanıma bağlıdır. Bazı çalışmalar direk DSM tanımlarını sorgularken, bazıları ise, kontrol duygusunun yokluğunu ve de sıkıntıya yol açıp açmadığını sorgulamaktadır.

İntravajinal ejakülasyon latens süresi (IELS) bir kronometre ile ölçülmektedir, yapılan çalışmalar sonucunda, kanıta dayalı, boşalma süresi için ölçülebilen bir tanım kullanılmaya başlanmıştır. DSM- 5' te tanı ölçütlerine bu operasyonel tanım katılmıştır ve bu tanım "eşli cinsel etkinlik sırasında, sürekli ya da yineleyici olarak, vajinaya girdikten sonra yaklaşık bir dakika içinde ve kişinin isteğinden önce boşalma örüntüsü" şeklindedir.

Tablo 2.8. Cinsel Fonksiyonları normal 491 erkeğin IELS dağılımları (130)

Ülke	N	Ortalama IELS	Minimum IELS	Maksimum IELS
Hollanda	90	5.1 dakika	0.5 dakika	33 dakika
İspanya	82	5.8 dakika	2.3 dakika	15.3 dakika
Türkiye	130	3.7 dakika	0.9 dakika	30.4 dakika
İngiltere	119	7.6 dakika	1.7 dakika	42.3 dakika
Amerika	70	7.0 dakika	0.7 dakika	44.1 dakika
18-30yaş	152	6.5 dakika	0.9 dakika	33.9 dakika
31-50yaş	225	5.4 dakika	1.1 dakika	42.2 dakika
>51yaş	114	4.3 dakika	0.5 dakika	44.1 dakika

IELS, erken boşalmanın ana klinik özelliğiyle yakından ilişkilidir. Ejakülasyon üzerine kontrol -hissi, EB için anahtar bir özelliktir ve IELS ile yakından ilişkilidir ve de erken boşalmanın diğer belirtilerini ve sonuçlarını tetikleyebilmektedir (131).

2.4.3. Erken Boşalmanın Sebepleri

2.4.3.1. Psikolojik sebepler

Psikolojik faktörler, sertleşme probleminin hazırlayıcısı, tetikleyicisi veya devam ettiricisi olabilir. Hazırlayıcı faktörler, kişinin sertleşme bozukluğunun başlamasına hassas hale gelmesine sebep olur ve birçok hazırlayıcı faktörün aynı zamanda rahatsızlığı devam ettirici rolü mevcuttur. Tetikleyici faktörler, hastalığın neden belirli bir durum veya zamanda ortaya çıktığını açıklar. Devam ettiren faktörler ise sorunun halen neden devam ettiğini gösterir. Devam ettirici faktörlerden bazıları performans anksiyetesi ve artmış sempatik aktivitedir.

2.4.3.2. Kişilik özellikleri

Kişilik boyutu ve erkek cinsel işlevleri arasındaki bağlantı henüz sistematik olarak çalışılmamıştır. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, sertleşme bozukluğu olan ve olmayan bireyler karşılaştırıldığında, sertleşme problemi olan kişilerde diğerlerine göre artmış düzeyde “nörotisizm” bulunmuştur. Yapılan regresyon analizinde nörotisizm cinsel işlevi gösteren en iyi prediktör olarak gösterilmiştir. Kişilik özellikleri ve sertleşme bozukluğu arasında net bir bağlantı kurulamamakla birlikte, bu tip kişilik özelliklerinin kişiyi ereksiyon ile ilgili bir sorun yaşamasına yatkın hale getirdiği düşünülmektedir (132). Bu kişilerin, negatif bir cinsel deneyimle karşılaştıklarında (sporadik ereksiyon kaybı), yetersizlikle ilgili daha yoğun negatif affekt ve kognisyon deneyimleyerek, dikkatlerinin erotik uyarandan uzaklaşması sonucu ereksiyon problemi yaşadıkları düşünülmektedir.

2.4.3.3. Kognitif sebepler

Barlow’un yaptığı çalışmalar erektil disfonksiyonda kognitif faktörlerin etkisinin anlaşılması açısından önemli bir katkı sağlamıştır. Burada cinsel inançlar, cinsel şemalar, cinsellik sırasındaki otomatik düşünceler ve dikkat odağının etkileşimi incelenmiştir. Bu faktörler erektil disfonksiyonun başlangıcı ve devamında önemli bir role sahiptir.

Cinsel inançlar/mitler: Cinsel mitler, cinsel olaylar değerlendirilirken cinsellikle ilgili kurallar koyan düşünceler ve inançlardır. Eretil disfonksiyona sahip erkeklerin cinsel mitlere cinsel olarak işlevsel olan bir erkeğe göre belirgin şekilde daha fazla

inandığı gösterilmiştir. Zilbergeld'e göre erektil disfonksiyona sahip erkeklerde "erkekler her zaman cinsellik ister ve her zaman hazır olmalıdırlar, "gerçek bir adam cinsel olarak hazır olmalıdır", "cinselliğin merkezinde sert bir penis ve onunla ne yapabileceğimiz vardır", "cinsellik eşittir birleşme" gibi mitler bulunmaktadır (133). Daha yeni bir çalışmada ise kontrol grubu ile erektil disfonksiyon grubunun cinsel inançları karşılaştırıldığında, erektil disfonksiyona sahip kişilerin "Latin Maço" tipindeki inançlarının ("erkekler kadınları tatmin edecek, yoğun cinsel aktiviteyi, hızlı ve yeterli bir ereksiyonu sağlayacak bir kapasitede olmalıdır") belirgin olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca bu erkeklerde, kadının cinsel tatminiyle ilgili olarak ("kadının birleşmeyle eşzamanlı orgazm olması gerekir, kadının cinsel isteklerinin tatmini zorunludur") ve cinsel başarısızlıkla ilgili katastrofize edici düşüncelerin belirgin olarak daha fazla olduğu görülmüştür (134).

Cinsel şemalar: Kişinin kendi cinsel durumuyla ilgili geçmiş deneyimlerinden getirdiği altta yatan değiştirilmesi güç inançlardır. Bu inançlar şu anki cinsel deneyimi etkilediği gibi, gelecekteki cinsel davranışlar için de bir yol gösterici olarak işlemektedir. Bu şemaların cinsel işlev bozukluğu aşamalarında önemli bir role sahip olduğu düşünülmektedir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada erektil disfonksiyonu olan erkeklerin bağımlılık/yetersizlik gibi erken maladaptif şemalara sahip oldukları ve hipotetik bir cinsel başarısızlık durumu sonrası daha sık olarak farklılık ("ben farklıyım"), yetersizlik ("ben yetersizim") ve özellikle beceriksizlik ("ben beceriksizim") şemalarının daha sık ortaya çıktığı gösterilmiştir (132).

Cinsellik sırasındaki otomatik düşünceler: Şemalar sonucunda, cinsellikle ilgili durumlarda ortaya çıktıkları şeklinde kavramsallaştırılmıştır. Genelde, erektil disfonksiyonu olan erkeklerin cinsellik sırasında negatif otomatik düşünceleri olduğu gösterilmiştir. Carey' in 1993 yılında yaptığı bir çalışmada, erektil disfonksiyonu olan erkeklerin cinsellik sırasında ereksiyonun devamıyla ilgili olarak "ereksiyona ulaşamıyorum", "ereksiyonumu devam ettiremeyeceğim" ve partnerin düşünceleri hakkında ise; "o bundan zevk almıyor", olası başarısızlık karşısında ise "benim hakkımda ne düşünecek" gibi otomatik düşünceleri olduğunu gözlemiştir (135). Bir başka çalışmada ise erektil disfonksiyonu olan erkekler, erotik düşüncelerde belirgin olarak daha düşük skora sahip iken, performansla ilgili negatif düşünceler ve başarısızlık beklentisiyle ilgili düşüncelerde belirgin olarak daha yüksek skorlar göstermişlerdir (136).

Dikkat: Çevredeki bir duruma özellikle odaklanırken, diğer kısımları göz ardı

etmemizi sağlayan kognitif işlemdir. Dikkat aynı zamanda işlemsel kaynakların paylaşılması olarak da görülmektedir (137). Araştırmalar, dikkat süreçlerinin cinsel uyarılma üzerine olan ilişkisini net bir şekilde göstermektedir (138). Sağlıklı gönüllülerle yapılan çalışmalarda, cinsel uyarılar üzerine odaklanan dikkatin cinsel uyarılmayı artırdığı, dikkatin başka yöne çekilmesinin ise (içsel veya dışsal bir uyarılmayla olabilir) uyarılmayı azalttığı görülmüştür. Ancak, sağlıklı ve seksüel disfonksiyonu olan bireylerde dikkatin başka yöne çekilmesinin farklı etkilerini inceleyen çalışmalar ilginç sonuçlar göstermektedir. Devamlı olarak erotik olmayan uyarı ile dikkati çelinen bireylerden sadece herhangi bir cinsel işlev sorunu olmayan bireyler azalmış eretil yanıt göstermiştir. Hatta bazı disfonksiyonel erkeklerde erektile yanıtta bir artış gözlemlenmiştir. Bunun sebebi paradoksal olarak, zaten dikkati dağınıklığı deneyimleyen bir kişiye, deneysel olarak bir dikkat dağıtıcı eklemenin belirgin ek bir engel teşkil etmemesi olarak yorumlanmıştır (139). Daha güncel bir çalışmada ise, nötral dikkat çelicilerin (rastgele sayılara uğraşması yönünde komut verilmesi) genital uyarılma üzerine negatif bir etkisi olduğu, subjektif uyarılma üzerine ise, disfonksiyonel ve fonksiyonel erkeklerde etkisi olmadığı gösterilmemiştir (140). Seks ile bağlantısız bir dikkat çelicinin cinsel uyarılma sırasında bulunmasının cinsel olarak sağlıklı bireyler ve erektile disfonksiyonu olan erkekler arasında farklı bir yanıt oluşturmadığının görülmesi, nötral uyarıların cinsel olarak disfonksiyonel olma süreci üzerinde önemli bir etkisi olmadığını düşündürmektedir. Bununla birlikte, cinsellikle ilgili (nötral olmayan) dikkat çelicilerin, normal cinsel işlevleri olan ve cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerin, genital ve subjektif yanıtlarında farklı sonuçlara yol açtığı da gösterilmiştir(140).

Sonuç olarak cinsel işlev sorununu devam ettirenin işlevsiz bir şekilde dikkatin odaklanması olduğu düşünülmektedir.

2.4.3.4. Afektif sebepler

Bir çok çalışma, erektile disfonksiyonu olan erkeklerin cinsel durumlara daha fazla negatif ve daha az pozitif afektif yanıt verdiklerini göstermektedir. Yakın zamanlı bir çalışmada, cinsel olarak işlevsel olan ve işlev bozukluğu olan erkeklerin partnerleriyle yaşadıkları cinsellik sırasındaki afektif yanıtları karşılaştırılmıştır. Bireyler, partnerli cinsel aktiviteye yanıtı tanımlayan 28 ayrı afektif tanımlama üzerinden seçimler yapmışlardır. Neredeyse 28 afektif yanıt ölçütünün hepsinde farklılık bulunmuştur. Çalışmaya katılan tüm erkeklerin bir ürolojik rahatsızlığı olmasına rağmen, cinsel işlev

bozukluğu olan erkeklerin daha çok negatif duyguları seçerken, cinsel işlev sorunu olmayan bireyler pozitif duyguları seçmiştir (141). Bir başka çalışmaya göre ise erektil disfonksiyonu olan erkekler olmayanlarla karşılaştırıldığında, belirgin olarak daha fazla üzüntü, hayal kırıklığı ve korku hissederken daha az zevk ve tatmin hissetmektedirler (142.). Aynı zamanda ,erektil disfonksiyonu olan erkekler partnerli cinsellik durumlarına daha fazla negatif duygu ile yanıt vermektedirler. Bu negatif yanıt cinsellikle ilgili talepkar düşünceler ve başarısızlık beklentisiyle bağlantılı bulunmuştur. Yine bu çalışmada problemi olan erkeklerin erotik düşüncelere verdiği duygusal yanıt, cinsel problemi olmayan erkeklerinki kadar pozitif olduğu görülmüştür (142). Ayrıca, erektil disfonksiyonu olan erkeklerde cinsellik sırasında ortaya çıkan negatif duyguların oluşumuna, o erkek için cinselliğin ne kadar önemli olduğu ve de partnerinin cinselliğe verdiği önem algısının güçlü bir şekilde etki ettiği görülmüştür (141).

Performans anksiyetesi,erektil disfonksiyonu tetikleyen veya devam ettiren faktörlerdendir. Klinik uygulamalarda, performans anksiyetesinin hem durumun tanımlanmasında hem de tedavide erektil disfonksiyonu olan bireyde önemli bir rolü vardır. Performans anksiyetesi, cinsellik sırasında kognitif, afektif, davranışsal ve fizyolojik yanıtları içeren süreçlerin etkileşiminden oluşmaktadır. Aynı zamanda performans kaygısı, kişinin ereksiyon kapasitesi veya yetersizliğiyle asosiyel olmuş herhangi bir cinsel uyarıcı (cinselliğe davet edilme, cinsel bir görüntü görme, çok seksi bulunan bir eş, ilişki sırasında ereksiyonun azalması gibi) ile tetiklenebilir. Eğer cinsellik içeren durum performans beklentisini ve başarısızlık beklentisiyle ilgili negatif otomatik düşünceleri tetiklerse, negatif duygular hissedilecektir (142).

Bu negatif duygular, dikkati cinsel zevk veren uyarandan çekilerek ve aşırı sempatik uyarılma yaratarak, penil düz kas hücrelerinin kasılmasına yol açarak ereksiyonun oluşmasını engeller (143,144.145). Ereksiyon temel olarak parasempatik sinir sisteminin uyarılmasıyla ortaya çıkmaktadır; performans anksiyetesiyle sempatik sinir sistemini aşırı uyarılmaktadır ve cinsellik için gerekli olan ereksiyonun oluşmasına imkan tanımamaktadır. Ayrıca devamlı olarak ereksiyonu oluşturmada başarısız olan kişilerde cinsel uyarı “de-erotize” olabilmekte ve bu durumda cinsel uyarılmanın azalmasıyla sonuçlanmaktadır (146).

2.4.3.5. Erektıl disfonksiyonda psikopatoloji

Depresyon, erektıl disfonksiyon ve psikolojik faktörleri araştıran bir çok çalışmada değerlendirilmiştir. Ampirik çalışmalar, artmış depresif belirtilerin düzeyi ile erektıl disfonksiyon arasında bağlantı göstermektedir (147). Buna ek olarak, daha önce belirtildiği üzere antidepresan kullanımı da erektıl disfonksiyona yol açmaktadır. Henüz erektıl disfonksiyonun mu depresyona yol açtığı, yoksa erektıl disfonksiyonun depresyonun sadece bir semptomu mu olduğu net değildir. 8 yıl süren bir çalışmada başlangıçtaki depresif semptomların sonra ortaya çıkacak olan erektıl disfonksiyonu tahmin edemediği görülmüştür. Bu doğrultuda, depresyonun erektıl fonksiyonun nedeninden ziyade sonucu olabileceği düşünülmüştür (147).

Anksiyete bozuklukları'nın da erektıl disfonksiyon ile bağlantısı mevcuttur. Klinik uygulamada erektıl disfonksiyonu olan bazı hastalarda komorbid olarak anksiyete bozukluğu da bulunmaktadır. Bir çok vakada hangisinin primer rahatsızlık olduğu net değildir.

Diğer taraftan, psikiyatrik rahatsızlığı olan bir çok vakada erektıl disfonksiyon kalıcı bir rahatsızlık olarak görülebilir. Bazı çalışmalar erektıl disfonksiyonu olan erkeklerde anksiyete bozukluğu prevalansının %2.5 ile %37 arasında olduğunu göstermiştir (126,148). Ancak bu çalışmalar tek tip bir anksiyete bozukluğuyla erektıl disfonksiyonun arasındaki bağlantıyı gösterememişlerdir. Başka bir çalışmada ise, iş ve ilişki problemleriyle ilgili anksiyeteye erektıl disfonksiyon arasındaki bağlantı vurgulanmıştır (118). Bunlara ek olarak, uyarılma bozukluğu olan kişilerde anksiyete belirtilerinin varlığı tedaviye düşük yanıtla bağlantılı bulunmuştur (149).

2.4.3.6. Partner ve ilişki kalitesi etkisi

İlişki kalitesi, erektıl disfonksiyonun başlangıcını ve devamını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Erektıl disfonksiyon yaşayan erkekler aynı zamanda ilişkilerinde tatmin olmadıklarını da belirtmektedirler (150). İlişki dinamikleri aynı zamanda cinsel kaçınmanın, uyarılma güçlüklerinin (güç savaşı, güven problemleri, rol anlaşmazlıkları, yakınlık problemleri) oluşmasını kolaylaştırarak, cinsel işlevde bozukluğa yol açmaktadır (151). Aynı zamanda ilişkinin yarattığı distres de cinsel işlevbozukluğunun en sık görülen sekellerinden biridir. Cinsel yetersizlikle baş etme şekli, güven kaybına, ilişkideki yakınlığın azalmasına ve eşlerden birinin veya her ikisinin de cinsel tatmini evlilik dışında

aramasına yol açabilir. Klinik gözlemlere göre, güçlü, birbirlerine bağlı ve destekleyici ilişkisi olan çiftler çoğu zaman, çok ağır bir sorunla karşılaşsalar dahi etkin bir baş etme stratejisi geliştirmektedirler. Buna karşın, çözülmemiş evlilik anlaşmazlarına sahip, birbirine daha az bağlı olan çiftler ise en iyi medikal, cerrahi veya psikolojik müdahaleden bile çok az yarar sağlamakta veya hiç yarar sağlayamamaktadır. Seks terapisinin bilinen gerçeklerinden biri, daha iyi bir ereksiyonun nadir olarak çökmekte olan bir ilişki için çözüm olmasıdır (151). Bazı çiftler için erektil disfonksiyon, konuşulamayan ancak her iki partner tarafından da ortaklaşa kabul edilen ve cinselliğe denge getiren bir durum olabilir. Bu durum, erektil disfonksiyonun yakınlığı düzenleyerek veya evlilikteki problemler için bir suçlama yapabilmeyi kolaylaştırarak ilişki içindeki bir fonksiyonu olduğunu göstermektedir (152). Aynı zamanda çiftin cinsel ilişkinin mekanik veya sıkıcı hale gelmesi gibi cinsellikleriyle ilgili tatminsizlikleriyle de yüzleşmekten kaçınmalarına yardımcı olmaktadır. Bu tip bir dinamik işin içinde olduğu zaman, çift tedaviyi sabote etmek için her zaman bir yol bulacak veya tedavi başarısını minimize edeceklerdir (153).

Fiziksel mesafelenme, çoğu zaman erektil disfonksiyonun bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır, ve bir diğer önemli devam ettirici faktördür. Bir çok çift aşamalı bir şekilde ereksiyon veya birleştirme gerektirmese bile her türlü cinsel aktiviteden uzaklaşmaya başlamaktadır. Riley' nin yaptığı bir çalışmada, erektil disfonksiyon için tedavi arayan erkeklerin son 30 ayda eşli bir cinsel aktivitede (öpüşme, okşama, oral seks yapma veya alma, el ile uyarma) bulunmadıklarını göstermiştir (153). Duygusal yakınlığın bu şekilde yok olması, cinsel isteğin her iki eş içinde azalmasına ve ilişkideki mevcut mesafeyi veya anlaşmazlığı artırmaktadır.

Partnerde cinsel işlev bozukluğu varlığı, ise erektil disfonksiyonu için risk faktörüdür. Bazı vakalarda bu durum erektil disfonksiyondan önce olup, erektil disfonksiyonun oluşumunu tetikleyebilmektedir. Erektil disfonksiyonu olan erkeklerin eşleriyle ilgili bir çalışmada, organik sebepli olmayan erektil disfonksiyonun başlangıcına bakıldığında, bu erkeklerin eşlerinde organik nedenli erektil disfonksiyona sahip erkeklerin eşlerine göre daha sık vajinismus ve disparenü görülmektedir. Bu çalışma aynı zamanda organik sebepli olmayan erektil disfonksiyona olan erkeklerle organik sebepli erektil disfonksiyonu olan erkeklere göre daha yüksek düzeyde ilişki problemleri olduğunu göstermektedir (154).

Diğer vakalarda ise eşteki cinsel disfonksiyon erektil disfonksiyonun başlangıcından sonra ortaya çıkmış olup, erektil disfonksiyonun devamına sebep

olabilmekte ve tedaviyi güçleştirmektedir. Yapılan ilk çalışmaların birinde, erektil disfonksiyonu olan erkeklerin eşlerinin %62'si bir cinsel zorluk belirtmiştir. Ancak, sadece %8 vakada kadındaki cinsel işlev bozukluğu erektil disfonksiyonun başlangıcından öncedir. Bunlardan yola çıkarak, bu durum erektil disfonksiyona sebep olmaktansa devam etmesine daha fazla yol açmaktadır denebilir (155.). Daha yakın zamanlı bir başka çalışma ise, erektil disfonksiyonun, kadın partnerlerde düşük cinsel istek ve düşük cinsel tatmin gibi negatif etkileri olduğunu göstermektedir (156). Partnerdeki düşük cinsel ilgi, partnerin yeteri kadar penil uyararan vermemesinden dolayı, erektil disfonksiyona sebep olabilir. Başka bir çalışmada ise, menapozal durum, partnerin cinselliği engelleyici tıbbi hastalıkları ve azalmış cinsel istek ve orgazm gibi eş özelliklerinin belirgin ve de bağımsız olarak erkekteki erektil disfonksiyonun düzeyiyle ilişkili bulunmuştur (118).

Partnerin kişilik özellikleri, hem sebep, hem de devam ettirici faktör olabilir. Kadının, kendine güveni ve arzulandığını hissetmesi erkeğin ereksiyonuna yüklediği anlama bağımlı ise bu durum da erektil disfonksiyonun devamı için negatif bir faktördür. Kendilik değerlerini, erkeklerin cinsel olarak verdiği yanıtla ölçen kadınlar, erkeğin cinsel işlev sorununa, korku, öfke ve kıskançlıkla yanıt vermektedirler, bu durumda problemin devamına yol açan faktörlerden biridir (157).

Partnerin tedavi stratejilerini onaylamaması, erektil disfonksiyonu devam ettiren önemli faktörlerden biridir. Bir çok çalışma eşin tedaviye katılımın çok önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir (158). Bazı çalışmalar, erektil disfonksiyon için kullanılan ilaçların bırakılmasındaki sebeplerin eş kaynaklı olduğunu göstermektedir. Yüksek bırakma oranlarının sebepleri, uzun aradan sonra cinselliğin eski haline dönmesine partnerin duygusal olarak hazır olmaması, olası yan etki korkusu, planlı cinsel aktivitenin kabul edilemeyişi ve cinsel istek azlığı olarak sıralanabilir (159). Yapılan prospektif bir çalışmada, etkili oral tedaviyi bırakma sebepleri içinde, %45 oranla cinsellik için zamanın olmaması veya isteğin olmaması, %23 vakada ise partnerin cinsel isteğini kaybetmesi bulunmaktadır (160). Klinik gözlemlerde ise kadınların erkeklerdeki erektil disfonksiyonu kendi cinsel çekiciliklerine bir saldırı ve eşlerinin kendilerini arzulamadıklarına bir işaret olarak yorumladıkları gözlemlenmektedir. Bu sebepten dolayı bazı kadınlar ilaç almaya karşı olabilmektedirler.

2.4.3.7. Yaşam şartlarıyla ilgili faktörler

Finansal problemler, işsizlik, çocuk bakımından oluşan yorgunluk, hasta anne babaya, eş veya çocuğa bakım verme gibi günlük stresörleri kapsamaktadır. Aynı zamanda eşin farklı bir günlük vardiyada çalışması veya yeterince mahremiyete sahip olmamak gibi çevresel faktörleri de içermektedir (112). Ancak erkekler, bu sorunları erektil fonksiyon için ne kadar önemli olduklarının farkında olmamaktadırlar; ne olursa olsun, iyi bir ereksiyona sahip olmaları gerektiğine inanmaktadırlar.

2.4.4. Erken Boşalma Prevalansı

60 yaş altı erkeklerde %15-25 arası değişen prevelansı ile erken boşalma en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur. Bazı erkekler ejakülasyon süreleri 5-10 dakika sürse dahi, erken boşalmadan şikayet edebilmektedirler; bazıları ise boşalma süreleri 1-2 dakika dahi olsa bunu normal kabul edebilmektedirler. Bu tip durumları göz önünde bulundurarak, operasyonel bir bakış açısıyla daha net tanımlar ve özellikler kullanarak psödoerken boşalma ile gerçek erken boşalmayı birbirinden ayırmak için daha net bir tanım gerekmektedir. DSM 5 ile birlikte çok kısa, hemen, devamlı, minimal gibi belirsiz tanımlamalardan daha operasyonel ve kanıta dayalı tanımlara geçilmiştir. Geçmişte erken boşalmanın net bir tanımı olmadığı için, yapılan çalışmalarda farklı süreler erken boşalma olarak kabul edilmiş ve bu sebeple de geniş bir erken boşalma prevalansı ortaya çıkmıştır (96).

EB üzerine olan epidemiyolojik çalışmalar, tamamiyle EB için anketlerde yapılan tanıma bağlıdır. Bazı çalışmalar direk DSM tanımlarını sorgularken, bazıları ise, kontrol duygusunun yokluğunu ve de sıkıntıya yol açıp açmadığını sorgulamaktadır.

Intravajinal ejakülasyon latens süresi (IELS) bir kronometre ile ölçülmektedir, yapılan çalışmalar sonucunda, kanıta dayalı, boşalma süresi için ölçülebilen bir tanım kullanılmaya başlanmıştır. DSM- 5' te tanı ölçütlerine bu operasyonel tanım katılmıştır ve bu tanım "eşli cinsel etkinlik sırasında, sürekli ya da yineleyici olarak, vajinaya girdikten sonra yaklaşık bir dakika içinde ve kişinin isteğinden önce boşalma örüntüsü" şeklindedir.

Tablo 2.9. Cinsel Fonksiyonları normal 491 erkeğin IELS dağılımları (161)

Ülke	N	Ortalama IELS	Minimum IELS	Maksimum IELS
Hollanda	90	5.1 dakika	0.5 dakika	33 dakika
İspanya	82	5.8 dakika	2.3 dakika	15.3 dakika
Türkiye	130	3.7 dakika	0.9 dakika	30.4 dakika
İngiltere	119	7.6 dakika	1.7 dakika	42.3 dakika
Amerika	70	7.0 dakika	0.7 dakika	44.1 dakika
18-30yaş	152	6.5 dakika	0.9 dakika	33.9 dakika
31-50yaş	225	5.4 dakika	1.1 dakika	42.2 dakika
>51yaş	114	4.3 dakika	0.5 dakika	44.1 dakika

IELS, erken boşalmanın ana klinik özelliğiyle yakından ilişkilidir. Ejakülasyon üzerine kontrol -hissi, EB için anahtar bir özelliktir ve IELS ile yakından ilişkilidir ve de erken boşalmanın diğer belirtilerini ve sonuçlarını tetikleyebilmektedir (131).

2.4.5. Erken Boşalmanın Etiyolojisi:

Uzun yıllar boyunca erken boşalma psiko-seksüel kaynaklı olarak düşünülmüştür ve hayat boyu ile sonradan ortaya çıkan EB arasında bir fark olmadığı belirtilmiştir. Son 20 yıldaki klinik çalışmalar, EB için risk faktörleri ve etiyolojisi hakkındaki bilgilerimizi artırmıştır.

2.4.6. Risk Faktörleri

Eretil Disfonksiyon: Literatüre bakıldığında, edinsel EB olan kişilerde sertleşme sorunununda görülmesine sık rastlanmaktadır, 755 vakalık bir çalışmada erken boşalması olan kişilerin (%28,4'ü) %9.3'nün ağır ve %21.4 orta düzey erektile disfonksiyonu vardır (162). 4997 kişiyle yapılan Asya-Pasifik çalışmasında ise yaşları 16-65 arası değişen 814 EB olan kişinin %34'nün aynı zamanda erektile disfonksiyonu vardır (163). Cinsel birleşme sırasında sertleşmelerinin güçsüzleşmeye başladığını fark eden birçok erkek, ereksiyon kaybolmadan ejakülasyonu sağlayama çalışmaktadırlar, bu da birleşmenin erken sonlanmasına yol açmaktadır. Hafif veya Orta-Ağır düzeyde erektile disfonksiyonu ortaya çıkmaya başlayan erkekler, birleşmeyi tamamlamak için ejakülasyonu daha erken sağlamaya çalışmaktadırlar. Böylelikle erektile disfonksiyonun yanısıra EB'ile de yüz yüze gelmektedirler.

Penil anomaliler: Hayatboyu EB olan 137 erkek'in dahil olduğu bir çalışmada bu erkeklerin %43'nün frenulumları kısa bulunmuştur ve lokal anestezi eşliğinde frenulotomi yapıldığında, IELS 1,65 dakikadan 4.11 dakikaya yükseldiği gözlemlenmiştir (164). Uluslararası bir çalışmada ise sünnetli veya sünnetsiz olmanın IELS üzerine bir etkisi olmadığı gösterilmiştir (130).

Prostat hastalıkları: Bazı alışmalar, kronik prostatit veya kronik pelvik ağrı sendromu olanlarda prevalans oranları %26 ile %77 arasında değişmektedir (165).

Psikolojik faktörler: EB hakkında bir çok psikolojik açıklama yapılmıştır ancak bu açıklamaların bir çoğu kanıta dayalı olmayıp sadece teori düzeyinde kalmaktadır. 20. yüzyılın ilk 20 yılında psikoanalitik teoride EB içsel çatışmalara bağlı bir nöroz olarak görölmekteydi. 1943 yılında ise Bernhard Schapiro, EB'nin bir psikosomatik bozukluk olduğunu savunmuştur (166). Daha sonra 1970'lerde Masters ve Johnson EB'nin etyolojisini öğrenilmiş bir davranış olarak belirtmişlerdir (110). Kaplan ise duyumsal farklılığın düşük olmasının EB'nin etyolosinde rol oynadığını belirtmiştir (167).

Kişilik Özellikleri: EB erkeklerin daha şevkatli, toleranslı, diğerlerine karşı daha yardımsever ve aynı zamanda genel popölasyona göre daha materyalistik olduğunu göstermiştir (168). Bir başka çalışmada ise EB'si olan erkeklerde kontrollere göre daha fazla aleksitimiye rastlanmıştır (169).

Kognitif ve Afektif Faktörler: Disfonksiyonel düşünceler ve inançlar cinsel işlev bozukluklarıyla yakından ilgilidir, ancak bu alanda çok fazla çalışma mevcut değildir (170). EB'si olan erkeklerle kontrol grubunun cinsel ilişki sırasındaki düşünceleri karşılaştırıldığında belirgin bazı farklar bulunmuştur (171). EB erkeklerin, boşalmayı kontrol etmekle ilgili, başarısızlık beklentisi, ereksiyonu koruma ve partner tatminiyle ilgili düşüncelerle meşgul olduğu görölmüştür. Yine bu çalışmada erkekler %17'den daha azının dikkatinin kendi cinsel tatmini üzerinde olduğu görölmüştür. Buna karşın cinsel işlevleri normal olan bireyler, daha çok kendi cinsel uyarılma ve tatminleriyle, partner tatminleri veya cinsel fantezilerle ilgili pozitif düşüncelerle meşguldür. Bir başka çalışma ise EB'ya erkeklerin gösterdiği duygusal yanıtlar normal popölasyonla karşılaştırıldığında, utanç/suçluluk ve gerginlik gibi yüksek düzeyde negatif affektle karakterize olduğunu göstermiştir (172).

Anksiyete: Daha sık olarak tetikleyici olmaksansa EB'nin etyolojisinde devam ettirici bir faktör olarak yer almaktadır ve hayatboyu EB'den ziyade edinilmiş EB için daha fazla önem taşımaktadır. Cinsel performansa dayalı anksiyete sempatik tonusu

artırarak, erektil disfonksiyon ve erken boşalmaya sebep olabilmektedir (173.174). Anksiyeteye ilgili diğer bir mekanizma ise kişinin dikkatini dağıtarak uyarılma düzeyini fark etmesini güçleştirerek, uyarılmayı ve ejakülasyonu kontrol etmesini zorlaştırmaktadır (175). Literatürdeki bazı çalışmalar, yaygın anksiyete bozukluğunun, sosyal anksiyetenin ve cinsel anksiyetenin (171) EB ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

İlişkisel Faktörler: Erken boşalma hem kişisel hem de ilişkisel tatmini etkilemektedir (176). Bu durum, EB'yi artıran veya devam ettiren bir faktör olarak tedavide göz önünde bulundurulmalıdır. Bazı çalışmalar EB'si olan erkeklerin normal kontrollere göre daha az yakınlık hissettiklerini göstermiştir(177,178). Bir başka çalışmada ise erkeğin tatminsizliği ve sıkıntısı kadının tatminsizliğine ve sıkıntısına verdiği anlamla güçlü bir şekilde bağlantılı bulunmuştur (179). Ancak araştırma aynı zamanda erkeklerin, eşlerinin tatminsizlik ve sıkıntı durumunu gözlerinde fazla büyüttüklerini göstermiştir. Eşin tatminsizliği veya sıkıntısının ilişki süresiyle ve erkeğin ejakülasyon üzerindeki kontrolüyle bağlantılı olmadığı gösterilmiştir. Eşin tatminsizliği ve sıkıntısı erkeğin tatminsizliği ve sıkıntısıyla bağlantılı olduğu belirtilmiştir. Çiftlerin bu konudaki tatminsizliğinin önemli bir bölümü erkeğin durumun etkisiyle ilgili yaptığı yanlış tahminlerden ortaya çıkmaktadır (179).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Örneklem seçimi

3.1.1. Morbid Obezite Grubu

Bu çalışmaya Kasım 2014- Ağustos 2015 tarihleri arasında, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi endokrinoloji Polikliniğinde takip ve tedavi gören, 18-65 yaş arası, Diabetes Mellitus olmayan, major bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan (Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Mental Retardasyon, Alkol-Madde Bağımlılığı) BMI>40 olan kadın ve erkek hastalar alındı. Hastalar poliklinik kontrolüne geldiklerinde veya diğer polikliniklerden ilk başvuru için yönlendirildiklerinde yüz yüze görüşülerek araştırma hakkında sözel bilgi verildi. Çalışmaya katılmak isteyenlere aydınlatılmış onam formu verilerek, yazılı olarak onay veren hastalar araştırmaya alındı. Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile poliklinik şartlarında, ortalama 45-60 dakikalık zaman içinde yapıldı. Hastalara önce sosyodemografik veri formu Beck anksiyete, Beck depresyon ile ilgili ve psikiyatrik bilgilerin alındığı görüşme formu uygulandı. Ardından, hastalara cinsel doyumu değerlendirmek için Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri uygulandı

Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri

Anlamli iletişim kuramayacak düzeyde kognitif yetersizlik

Demans, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluğu olanlar. Araştırmaya katılmaya engel teşkil edebilecek ciddi tıbbi durumlar.

Kontrol Grubu:

Kontrol grubu, İnönü Üniversitesi Turgut özal Tıp Merkezi Endokrinoloji polikliniğine başvuran ve herhangi bir cilt rahatsızlığı olmayan, 18-65 yaş arası, major bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan (Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Mental Retardasyon, Alkol-Madde Bağımlılığı) kadın ve erkeklerdir. DM olmayan kişilere çalışmayla ilgili bilgiler verildi ve katılmaya gönüllü olanlara araştırma hakkında daha detaylı sözel bilgi verildi. Çalışmaya katılmak isteyenlere aydınlatılmış onam formu verilerek, yazılı olarak onay veren kişiler araştırmaya alındı. Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile poliklinik şartlarında, ortalama 45-

60 dakikalık süreler içinde yapıldı. Sosyodemografik ve psikiyatrik bilgilerin alındığı görüşme formu uygulandı. Ardından, Beck anksiyete, Beck depresyon ölçeği, cinsel doyumu değerlendirmek için Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri uygulandı.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada sosyodemografik, cinsel yaşam ve ilgili özellikleri değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanmış yarı yapılandırılmış kişisel bilgi formu, cinsel doyumu değerlendirmek için Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek için Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, kadınların cinsel işlevlerini değerlendirmek için Golombok -Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), erkeklerin cinsel işlevlerini değerlendirmek için Golombok -Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) için yüzyüze görüşme methoduyla uygulanmıştır.

3.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu'nda araştırma grubuna alınan endokrinoloji polikliniğimize başvuran BMI >40 kg/m² olan morbid obez bireylerin ve kontrol grubunu oluşturan BMI <35 olan kontrol grubunun demografik özellikleri ile ilgili sorulara yer verilmiştir. Formda 15 madde bulunmaktadır. Bu maddeler; cinsiyet, medeni durum, meslek, öğrenim düzeyi, ailede bulunan çocuk sayısı, herhangi bir fiziksel veya psikiyatrik tanı tedavi alıp almadıkları, herhangi psikolojik danışma yardımı alıp almadığı, alkol, sigara ve bunların dışında herhangi bir madde kullanıp kullanmadığı gibi değişkenlerle ilgili maddeler de yer almaktadır.

3.2.2. İstatistiksel Analiz

Araştırma verilerimizin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS for Windows Vversion 17.0 yazılımı kullanıldı. Nicel verilerin tanımlanmasında Aritmetik Ortalama (ort)± standart sapma (ss), nitel verilerde ise sayı (n) ve yüzde (%) kullanıldı. Nicel verilere ilişkin değişkenler Shapiro Wilk normallik testi ile test edildi. Normallik testinin sonucuna göre grupların karşılaştırılması unpaired t testi, Mann Whitney U testi ve Pearson Ki-Kare Analizi ile yapıldı. P<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.2.3. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

Rust ve Golombok (1983) tarafından geliştirilen Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmeye yönelik bir ölçme aracıdır (180).

Sürekli bir eşi olan heteroseksüel bireylere ya da çiftlere uygulanmaktadır. Elde edilen toplam puan cinsel işlevlerin niteliği ile ilgili genel bir fikir vermekte, altboyut puanları ise ilişkinin çeşitli yönleri ile ilgili daha detaylı bilgiler ortaya koymaktadır. Özellikle bazı alt boyut puanlarından tanı koyabilmek için yararlanılabilmektedir. Ölçek, ayrıca yapılan cinsel terapinin etkinliğinin ölçülebilmesi ya da çeşitli sosyal, psikolojik, medikal veya farmakolojik müdahalelerin cinsellik üzerindeki etkilerinin araştırılması amacıyla da kullanılabilmektedir.

Maddelerin yanıtlandırılması beşli likert tipi bir ölçek üzerinde yapılmaktadır ve "hiçbir zaman-0 puan", "nadiren-1 puan", "bazen-2 puan", "çoğunlukla-3 puan", "her zaman-4 puan" seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin yorumlanmasında tutarlılık için olumsuz yapıdaki sorular tersine kodlanmıştır. Ölçeğinde değerlendirilmesinde hem ölçek toplam puanı, hem de alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilmektedir. Yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Elde edilen ham puanlar daha sonra 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara (5 kesme noktasıdır) dönüştürülebilmekte, 5 puan ve üzerinde olan puanlar cinsel ilişkinin veya işlevlerin bozulması olarak tanımlandığından 5 puan ve üzerinde puan alan katılımcılar "sorunlu grup", 5 puan altında olanlar "sorunsuz grup" olarak adlandırılmıştır. Kadın ve erkekler için ayrı ayrı ya da çiftler için ortak bir profil çizilebilmektedir. Ölçeğin standardizasyon çalışması Tuğrul ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı erkeklerde .83, kadınlarda .94 olarak hesaplanmıştır. Bu örneklemden elde edilen verilere göre tüm alt boyutlar için Cronbach alfa değerlerinin kadın formunda .59 ile .88 arasında, erkek formunda ise .42 ile .85 arasında değiştiği bulunmuştur (180).

3.2.4. Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri, depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak değerlendirmektir. Beck Depresyon

Envanteri kendini değerlendirme ölçeği olup grup olarak uygulanabilmektedir. Onbeş yaşın üzerinde ergen ve yetişkinlere uygulanabilir. Uygulamaya yönelik herhangi bir zaman sınırlaması yoktur. Yaklaşık 10–15 dakikada yanıtlanabilir. Beck Depresyon Envanteri'nin kapsamı 21 belirti kategorisini içermektedir Bunlar: duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içedönüklük, karasızlık, bedensel imge, çalışılabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel dürtü kaybından oluşmaktadır. Bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay bir ölçektir. Formda 21 belirti kategorisinin her birinde dört seçenek bulunmaktadır. Uygulama günü de dahil olmak üzere, geçirilen son bir hafta içinde, kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenmektedir. Her madde 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Bu puanların toplanmasıyla, depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir (181).

Beck ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirilen (181) Beck Depression Inventory (BDI), Hisli (1988–1989) tarafından Türkiye'ye uyarlanmıştır. Beck Depresyon Envanteri'nin (BDE) Türkçe ve İngilizce formları, her iki dili de iyi bilen 58 kız öğrenciye uygulanmıştır. Yirmisekiz kişilik bir gruba testin önce Türkçe, bir hafta sonra da İngilizce formu verilmiştir. Diğer 30 kişilik gruba bu işlemin tersi yapılmıştır. İki form arasındaki korelasyon katsayıları 0.81 ve 0.73 olarak bulunmuş, Türkçe formun, İngilizce formu ile iyi bir uyuma içinde olduğuna karar verilmiştir (181)

Beck Depresyon Envanteri'nin Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışmaları: Hisli'nin (182) yaptığı Beck Depresyon Envanteri'nin güvenirlilik çalışmasında 259 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada iki yarım test güvenirlilik katsayısı 0.74 olarak hesaplanmıştır. Hisli'nin (1989) yaptığı Beck Depresyon Envanter'inin geçerlik çalışmasında, psikiyatrik bir örnekleme MMPI-D Skalası ile envanter puanları arasındaki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı 0.63 olarak hesaplanmıştır. Üniversite öğrencilerinden oluşan örnekleme ise MMPI-D Skalası ile envanter puanları arasındaki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı 0.50 olarak hesaplanmıştır. Hisli'nin (1989) 1399 orta öğretim öğrencisi ile yaptığı bir

çalışmada ise MMPI-D skalası ile korelasyonun 0.47, STAI-T ile korelasyonun da 0.55 olduğu görülmüştür. Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyonun ise 0.74 olduğu bulunmuştur. Ayrıca Hisli'nin (1992) 575 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı bir araştırmada da BDE'nin, "Etkisiz Başa Çıkma Ölçeği" ile korelasyonu 0.50, "Etkili Başa Çıkma" ile korelasyonu ise 0.30 olarak bulunmuştur. Ayrıca bu iki ölçeğin faktör alt ölçekleri ile BDE arasında -0.15 ile 0.44 arasında değişen korelasyonlar saptanmıştır (181)

Hisli'nin (1989) yaptığı Beck Depresyon Envanteri'nin yapı geçerliliği çalışmasında, BDE'nin üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir faktör analizi 39 çalışmasında toplam grup üzerinde ortak varyansın % 58'ini açıklayan altı faktör elde edilmiştir. Ancak bu faktörlerden dört tanesi yorumlanabilmiştir. Bu faktörler sırayla, "umutsuzluk" (1, 2, 4, 9, 11, 12, 13, 15 ve 17. maddeler); "kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları" (3, ve 7. maddeler), "bedensel kaygılar" (14 ve 20. maddeler) ve "suçluluk duyguları" (5, 6, 8 ve 13. maddeler) olarak isimlendirilmiştir. Bu ilk faktör analizinden sonra orta öğretim ve üniversite öğrencileri ile BDE kullanılarak yapılan çeşitli araştırmaların örneklemi üzerinden yapılan üç ayrı faktör analizinde (N=1512, N=573, N=1055) ortaya dört boyutlu bir yapı çıkmıştır. Bunlar, "performansta bozulma" (17, 11, 13, 15, 4, 12, 10), "kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları" (1, 2, 7, 9, 14, 3), "somatik rahatsızlıklar" (16, 21, 18, 19, 20) ve "suçluluk duygularıdır" (6, 8, 5) (181).

Hisli'nin poliklinik hastalarıyla yaptığı geçerlik güvenirlik çalışmasında Beck Depresyon Envanteri'nin kesme noktaları da incelenmiş, 17 ve üstündeki BDE puanlarının, tedavi gerektirebilecek depresyonu % 90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (182). Bu bulgunun literatürle de tutarlı olduğu belirtilmektedir. Bu kesme noktaları alınarak yapılan bir çalışmada (182), BDI puanı 21 ve üstünde olan ikinci kuşak Almanya'dan dönüş yapan öğrencilerin, "yerli akranlarından" istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştıkları görülmüştür. Ayrıca, Şahin, Ulusoy ve Şahin'in (1993) 70 psikiyatrik hasta ve 189 üniversite öğrencisini karşılaştırdıkları araştırmada da BDE'nin bu iki grubu anlamlı olarak ayırt ettiği görülmüştür (181).

3.2.5. Beck Anksiyete Envanteri

Beck Anksiyete Envanteri, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesinde kullanılmaktadır. Beck Anksiyete Envanteri kendini değerlendirme

ölçeği olup grup olarak uygulanabilmektedir. Ergen ve yetişkinlere uygulanmakta ve zaman sınırlaması da bulunmamaktadır. Ölçek 21 maddeden oluşmuş, maddeleri 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Beck Anksiyete Envanteri soru kağıdından oluşmakta ve yanıtlar soru kağıdı üzerinde 40 işaretlenmektedir. Bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay bir ölçektir. Formda 21 maddenin her birisi için “Hiç”, “Hafif derecede”, Orta derecede” ve “Ciddi derecede” seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi gerekmektedir. Uygulama günü de dahil olmak üzere geçirilen son bir hafta içinde kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenmektedir. Her madde 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Bu puanların toplanmasıyla, anksiyete puanı elde edilmektedir. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63’tür. Toplam puanın yüksek oluşu, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir (181)

Beck, Epstein, Brown ve Steer (1988) tarafından 1988 yılında geliştirilen (181) Beck Anksiyete Envanteri’nin (BAE) Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1996) tarafından Türkçe’ye uyarlaması yapılmıştır. Ölçeğin orijinal formu üç psikolog tarafından ayrı ayrı çevrilmiş, daha sonra ise yine bu üç psikolog ve İngiliz Dili ve Edebiyatında görev yapmakta olan, her iki dili de çok iyi bilen bir elemanın da katılımı ile ters çevirme işlemi yapılmıştır. Sonuçta orijinal maddeleri en iyi temsil ettiği düşünülen ifadeler seçilerek, Türkçe formu oluşturulmuştur.

Beck Anksiyete Envanterinin Güvenirliği ve Geçerliği: Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1996) tarafından yapılan Beck Anksiyete Envanteri’nin güvenirlik çalışmasında toplam 177 psikiyatrik hastadan oluşan bir örneklem üzerinde çalışılmış ve ölçeğin Cronbach Alfa İç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. Araştırmada ayrıca, madde-toplam puan korelasyon katsayılarının ise 0.45 ile 0.72 arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı $r = 0.57$ olarak hesaplanmıştır. Beck Anksiyete Envanteri’nin geçerlik çalışmasına yönelik yapılan araştırmada ise ölçeğin (ölçüt bağımlı geçerlik) Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyonu 0.41, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile 0.34, Beck Depresyon Envanteri ile 0.46, Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-S) ile 0.45 ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-T) ile 0.53 olarak bulunmuştur. Araştırmada ayrıca, Beck Anksiyete Envanteri’nin yapı geçerliği çalışmasında ise ölçeğin anksiyeteli grubu diğer tanı gruplarından (depresyon, karışık ve kontrol 41 gruplarından) anlamlı olarak ayırt edebildiği belirtilmektedir. Uygulanan faktör analizi sonucunda ölçeğin "sübjektif anksiyete" (1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15,

16, 17 ve 19. maddeler) ve "somatik belirtiler" (2, 3, 6, 12, 13, 18, 20 ve 21. maddeler) olmak üzere iki faktörden oluştuğu saptanmıştır (181).

4. BULGULAR

Çalışmaya BMI'i 40 kg/m^2 ve üzerinde olan evli ya da sürekli bir cinsel partnere sahip toplam 98 morbid obezite hastası dahil edildi. 10 hasta DM, 5 hasta DM+HT, 5 hasta ise diğer sistemik hastalık ve ilaç kullanımı nedeni ile değerlendirilmeye alınmadı. Geriye kalan 78 hastanın %57.7'si (n=45) kadın, %42.3'ü (n=33) ise erkeklerden oluşmaktadır. Hastaların BMI ortalaması 45.25 ± 5.33 idi. Yaş ortalaması ise 37.80 ± 8.53 olarak saptandı.

27'si (%34.6) ilkokul mezunu, 10'u (%12.8) ortaokul mezunu, 19'u (%24.4) lise mezunu, 22'si (%28.2) üniversite ya da yüksek lisans mezunu idi. 45 hasta (%57.7) aktif olarak bir işte çalışıyor iken, 33 hasta (%42.3) çalışmıyordu.

Hasta grubu ile karşılaştırılmak üzere sağlıklı, BMI'leri 35 kg/m^2 ve altı olan 28'i kadın (%41.2), 40'ı erkek (%58.8), toplam 68 gönüllü çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların hepsi evli ya da sürekli bir cinsel partnere sahipti. Yaş ortalamaları 35.60 ± 5.93 idi. Hasta ve kontrol grubu arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0.070$). Kontrol grubunda 1 kişi (%1.5) ilkokul mezunu, 8 kişi (%11.8) ortaokul mezunu, 39 kişi (%57.4) lise mezunu ve 20 kişi (%29.4) üniversite ya da yüksek lisans mezunu idi. 52'si çalışıyor (%76.5), 16'sı ise (%23.5) çalışmıyordu.

Hasta grubunun Beck Depresyon Ölçek puanları ortalaması 12.6538 ± 8.77 iken, Beck Anksiyete Ölçek puanları ortalaması 13.56 ± 10.84 idi. Kontrol grubunun, Beck depresyon ölçek puanları ortalaması 6.26 ± 3.88 , Beck anksiyete ölçek puanları ortalaması ise 8.91 ± 7.75 idi ve iki grup arasında Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (sırasıyla; $p=0.00$, $p=0.012$).

Tablo 4.1. Hasta ve kontrol grubu arasında sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Sosyodemografik veriler	Hasta grubu n=78	Kontrol grubu n=68	P
Cinsiyet (kadın/erkek)	(33/45)	(35/33)	0.046
Yaş (ort ±ss)	37.80±8.53	35.60±5.93	0.076
Eğitim			
İlkokul	n=27 (%34.6)	n=1 (%1.5)	
Ortaokul	n=10 (%12.8)	n=8 (%11.8)	
Lise	n=19 (%24.4)	n=39 (%57.4)	
Üniversite	n=22 (%28.2)	n=20 (%29.4)	0.0001
İş			
Çalışıyor	n=45 (%57.7)	n=52 (%76.5)	
Çalışmıyor	n=33 (%42.3)	n=16 (%23.5)	0.017
Beck depresyon ölçek puanları ortalaması	12.6538±8.77	6.26±3.88	0.001
Beck anksiyete ölçek puanları ortalaması	13.56±10.84	8.91±7.75	0.012

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nden (GRCDÖ) elde edilen ham puanların standart punlara dönüştürülmesiyle hastalarda cinsel ilişki sıklığı, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma alt boyutlarında sorun yaşayanların oranları hesaplanmıştır. Ayrıca erkek grubunda erken boşalma ve sertleşme güçlüğü, kadınlarda vajinismus ve anorgazmi oranları ayrı olarak değerlendirilmiştir. Hasta ve kontrol grubunda GRCDÖ alt ölçek ve toplam ham puan ortalamaları karşılaştırıldığı analizlerde, hastalarda cinsel işlevlerin vajinismus dışındaki diğer alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bozulma olduğu saptanmıştır (tablo 2). Vajinismus puanlarında ise hasta ve kontrol grubunda ki kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.77)

Alt ölçek ham puanlarında 5 ve üstü puanlar o alandaki bozulmayı göstermektedir. Bu açıdan incelendiğinde hasta grubunda özellikle “doyum” alanında ki

bozulmanın (alt ölçek puanı=6.08±3.15) 26/33=% 78.7 olduğu belirgin olduğu göze çarpmaktadır. Erkeklerde “doyum” dışında “erken boşalmada” da (alt ölçek puanı=6.69±3.26) 23/33=% 69.6 oranında belirgin sorun olduğu gözlenmiştir. Hasta grubunda ki kadınların ise “doyum” alanı dışında “anorgazmi” alanında sorun yaşadıkları (alt ölçek puanı=5.84±3.08) görülmektedir.

Tablo 4.2: Hasta ve kontrol grubunda GRCDÖ alt ölçek ve toplam ham puan ortalamalarının karşılaştırılması

Golombok Rust cinsel doyum ölçeği parametreleri	Hasta grubu Ort.±Ss n=78	Kontrol grubu Ort.±Ss n=68	P
Sıklık	3.93±1.95	2.20±1.88	0.0001
İletişim	3.75±2.21	2.36±2.19	0.0001
Doyum	6.08±3.15	3.52±2.97	0.0001
Kaçınma	3.56±3.13	1.51±2.20	0.0001
Dokunma	3.79±3.31	2.35±2.73	0.0001
GRCDÖ toplam	36.92±15.12	21.86±16.73	0.0001

Golombok Rust cinsel doyum ölçeğinde kadınlara özgü parametreler

Golombok Rust cinsel doyum ölçeği parametreleri	Hasta grubu Ort.±Ss n=45	Kontrol grubu Ort.±Ss n=28	P
Vajinismus	4.68±2.26	4.89±3.63	0.77
Anorgazmi	5.84±3.08	3.82±3.49	0.004

Golombok Rust cinsel doyum ölçeğinde erkeklere özgü parametreler

Golombok Rust cinsel doyum ölçeği parametreleri	Hasta grubu Ort.±Ss n=33	Kontrol grubu Ort.±Ss n=40	P
Erken boşalma	6.69±3.26	2.77±2.00	0.0001
Sertleşme güçlüğü	4.66±2.23	2.17±1.87	0.0001

Kadın morbid obez hastaların Golombok Rust cinsel doyum ölçeği alt ölçeklerine göre sıklık %35.5, iletişim %37.7, doyum %68, kaçınma %44.4, dokunma %44.4, vajinismus %48.8, orgazm bozukluğu % 64.4, oranında bozulma saptanmıştır.

Erkek morbid obez hastaların Golombok Rust cinsel doyum ölçeği alt ölçeklerine göre erkeklerde sıklık %36.3, iletişim 27.2, doyum %78.7, kaçınma %24.2, dokunma %27.2, empotans % 54.5, erken boşalma % 69.6 oranlarında bozulma saptanmıştır.

Tablo 4.3: Bayanlarda Hasta ve Kontrol grubu arasındaki GRCDÖ Karşılaştırılması

Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeğinde Alt Ölçekler	Ölçek değerlendirme	Hasta sayısı ve yüzdesi (n=45)	Kontrol grubu ve yüzdesi (n=28)	P
Sıklık	<5 5≤	29 (%64.4) 16 (%35.6)	22 (%78.5) 6 (%21.5)	0.201
Doyum	<5 5≤	14 (%31.1) 31 (%68.9)	16 (%57.1) 12 (%42.9)	0.028
İletişim	<5 5≤	28 (%62.2) 17 (%37.8)	18 (%64.2) 10 (%35.8)	0.859
Kaçınma	<5 5≤	25 (%35.5) 20 (%44.5)	21 (%75.0) 7 (%25.0)	0.094
Dokunma	<5 5≤	25 (%55.5) 20 (%44.5)	18 (%64.2) 10 (%35.8)	0.461
Vajinismus	<5 5≤	23 (%51.1) 22 (%48.9)	11 (%39.2) 17 (%60.8)	0.325
Orgazm bozukluğu	<5 5≤	16 (%35.5) 29 (%64.5)	18 (%64.2) 10 (%35.8)	0.017

Tablo 4.4: Erkeklerde Hasta ve Kontrol grubu arasındaki GRCDÖ Karşılaştırılması

Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeğinde Alt Ölçekler	Ölçek değerlendirme	Hasta sayısı ve yüzdesi (n=45)	Kontrol grubu sayısı ve yüzdesi (n=40)	P
Sıklık	<5 5≤	21 (%63.6) 12 (%36.4)	40 (%100) 0 (% 0)	0.0001
Doyum	<5 5≤	7 (%21.2) 26 (%78.8)	21 (%52.5) 19 (%47.5)	0.006
İletişim	<5 5≤	24 (%72.7) 9 (%26.3)	38 (% 95) 2 (% 5)	0.008
Kaçınma	<5 5≤	25 (%75.7) 8 (%24.3)	40 (%100) 0 (% 0)	0.001
Dokunma	<5 5≤	24 (%72.7) 9 (%26.3)	39 (% 97.5) 1 (% 2.5)	0.002
Empotans	<5 5≤	15 (%45.4) 18 (%54.6)	37 (% 92.5) 3 (% 7.5)	0.0001
Erken boşalma	<5 5≤	10 (%30.3) 23 (%69.7)	34 (% 85) 6 (% 15)	0.0001

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada; morbid obez bireylerin, obez olmayanlara göre daha fazla cinsel işlev bozukluğuna sahip olabileceği hipotezinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamızın ana bulgusu morbid obez bireylerde, sağlıklı kontrol grubuna göre GRCDÖ toplam skor ve vajinismus dışındaki tüm alt skorlarda daha fazla bozulma saptanmasıdır. Ayrıca GRCDÖ ile birlikte uygulanan beck anksiyete ve beck depresyon skorlarında da morbid obez bireylerde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yükseklik olduğu görülmüştür.

Çalışmalar, obezitenin yaygınlığının bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek arttığını göstermektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığınca yapılan Türkiyede Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA- 2010) sonuçlarına göre obezite görülme sıklığı; 19 yaş ve üzerindeki bireylerde %30.3 iken bu oran erkeklerde %20.5 ve kadınlarda %41.0 olarak bulunmuş ayrıca fazla kilolu olma oranı ise %34,6 olarak tespit edilmiştir (183). DSO 2008 verilerine göre 400 milyon obez 1.4 milyar fazla kilolu, 2015 DSO verilerine göre 700 milyon obez 2.3 milyar fazla kilolu birey mevcuttur.

Obezite ruhsal ve fiziksel olmak üzere pek çok sağlık sorununa yol açmaktadır. Obez bireylerin yaşamlarının gerek sağlık sorunları gerekse sosyal açıdan pek çok zorluk nedeniyle kısıtlandığı görülmektedir. Seksüel disfonksiyon yanı sıra psikolojik stres, depresyon ve buna bağlı olarak bireyin sağlık durumunu ve yaşam kalitesini etkileyen kompleks bir durumdur (184, 185).

Obeziteye sekonder cinsel disfonksiyonun oluşum mekanizması multifaktöryeldir. Morbid obezitede cinsel disfonksiyonla açıkça ilişkili yüksek komorbidite oranları vardır. Morbid obez bireylerde sık rastlananDM, HT gibi metabolik hastalıkların (186); depresyon, ankiyete gibi ruhsal hastalıkların ve kullanılan ilaçların seksüel fonksiyonlar üzerine etkisi bilinmektedir. Ayrıca benlik saygısı ve beden algısı gibi etmenler cinsel ilişkinin başlamasını ve sakınmanın davranışsal yönelimini etkilemektedir(187). Çalışmamızda metabolik hastalıkların, ilaç kullanımının ve psikiyatrik hastalık varlığının dışlanmış olması çalışmamızın güçlü yönünü oluşturmaktadır.

Çalışma sonuçlarında saptanan hasta grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek Beck Anksiyete ve Beck Depresyon oranlarına sahip olması morbid obez

bireylerde beklenen bir bulgudur. Daha önceki çalışmalarda, Yeshambel ve arkadaşları, benzer biçimde obezitenin ruhsal durumda bozulmaya yol açtığı ve anksiyete ve depresyon skorlarını arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır (188). Bizim çalışmamızda saptanan bu yükseklik, hasta grubunun daha fazla depresif belirti ve anksiyete yaşadığını göstermekle beraber, bu durum tanı alacak düzeyde değildir. Çünkü çalışmamızda hasta grubuna dahil edilecek olan katılımcılarla, bir psikiyatri uzmanı tarafından DSM-5'e göre görüşülmüş ve psikiyatrik hastalık tanısı alanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

Cinselliğin insan yaşamındaki yeri yadsınamaz. Hem erkekte hem de kadında hayat kalitesi üzerinde önemli etkilere sahip olduğu söylenebilir. Erkeklerde erektil disfonksiyonun hayat kalitesi üzerine etkisi pek çok yayında kanıtlanarak gösterilmiştir. Kadınlarda ise cinselliğin hayat kalitesi üstündeki etkisini gösteren çalışma sayısı azdır. Japonya'da yapılan bir çalışmada 30-69 yaş arasındaki 2095 hastada seksüel disfonksiyon oranları saptanmış ve seksüel disfonksiyonun hayat kalitesini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Ayrıca cinsel yaşamın hayat kalitesi üzerindeki etkisinin kadının yaşı arttıkça azaldığını raporlanmıştır (189).

Esposito'nun 2007 yılında yaptığı bir çalışmada seksüel disfonksiyonu olan (FSFI skorları 23'ün altında olan) 52 hasta seksüel disfonksiyonu olmayan (FSFI skorları 23'ün üstünde olan) 66 kişilik kontrol grubu ile obezite açısından karşılaştırılmıştır. FSFI skorlarının BMI ile doğrudan ilişkili olduğunu ve kilolu olan hastalarda FSFI skorlarının anlamlı olarak düşük olduğunu gösterilmiştir (190). Ayrıca seksüel disfonksiyonla obezitenin ilişkisini gösteren başka bir çalışmada 40 morbid obez kadın hastaya laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass (LRYGB) operasyonu yapılmış. Elde edilen kilo kaybından sonra da seksüel fonksiyonları sorgulanarak FSFI skorlarında anlamlı iyileşme saptanmıştır (191).

Uygulanan cinsel yaşam ölçeği bileşenleri açısından obez kadınların cinsel istek, orgazm kolaylığı, orgazm tatminliği alt gruplarında kontrol grubuna göredaha fazla bozulma olduğu saptanmıştır. Hasta kadınların cinsel yakınmalarının (%63.6), kontrol grubundaki kadınlara göre (%50.0) daha fazla olduğu görülmüştür. Goitein ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise obez erkeklerde kontrol grubuna göre seksüel parametrelerin cinsel istek, ereksiyon, ejakulasyon, cinsel doyumda azalma olduğu bulunmuştur. Obez kadınlarda ise kontrol grubuna göre cinsel istek, uyarılma, kayganlık, orgazm, cinsel doyumda azalma anlamlı bulunmuştur.

Yaş gruplarına göre bakıldığında cinsel disfonksiyon açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Hasta ve kontrol grubu arasındaki cinsel disfonksiyon puanlarındaki farklılığa sosyodemografik veriler açıklık getirememektedir. Bizim çalışmamızda da sosyodemografik değişkenler açısından hasta ve kontrol grubunun eşleşmiş olmasına dikkat edilmiştir.

Çalışmamızda Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nde (GRCDÖ) hastalarda cinsel ilişki sıklığı, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma sorun yaşayanların oranları hesaplanmıştır. Ayrıca erkek grubunda erken boşalma ve sertleşme güçlüğü, kadınlarda vajinismus ve anorgazmi oranları ayrı olarak değerlendirilmiştir. Hasta ve kontrol grubunda GRCDÖ karşılaştırıldığı analizlerde, hastalarda cinsel işlevlerin hem toplam hem de vajinismus dışındaki diğer alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bozulma olduğu saptanmıştır. Vajinismus puanlarında ise hasta ve kontrol grubunda ki kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.77$). Hasta grubunda özellikle “doyum” alanında ki bozulmanın belirgin olduğu göze çarpmaktadır. Erkeklerde “doyum” dışında “erken boşalmada” da belirgin sorun olduğu gözlenmiştir. Hasta grubunda ki kadınların ise “doyum” alanı dışında “anorgazmi” alanında sorun yaşadıkları görülmektedir.

Görüldüğü gibi bizim çalışmamızın sonucu ile literatür sonuçları ve ayrıca literatür sonuçları kendi aralarında karşılaştırıldığında, sonuçlar arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar kullanılan ölçeklerden, sosyodemografik verilerdeki farklılıklardan, komorbid hastalıkların dışlanmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Komorbid hastalıkların ve sosyodemografik özelliklerin cinsel yaşamı etkileyen önemli iki ayrı faktör olduğu hesaba katılacak olursa, bizim çalışmamızı diğer çalışmalardan ayıran en önemli özellik komorbid hastalıkların dışlanması ve sosyodemografik açıdan hasta ile kontrol grubunun karşılaştırılmış olmasıdır. Bizim sonuçlarımız, morbid obezitede görülen cinsel fonksiyon bozukluğunun sadece eşlik eden komorbid hastalıklara seconder ortaya çıkmadığını göstermektedir. Tek başına obezite komorbiditeden bağımsız olarak sexual disfonksiyona yol açmaktadır. Bu durumun nedenlerinin aydınlatılması için başka çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç olarak, morbid obez bireylerin cinsel fonksiyonlar açısından da değerlendirilmesi ve bu değerlendirmede mutlaka cinsel fonksiyon bozukluğunun alt grupları ile sorgulanması gerekmektedir. Obezite tedavisinin olası cinsel disfonksiyon

tedavisini de içerecek şekilde düzenlenmesinin, başarı oranının artacağı ve hastaların yaşam kalitelerin yükseleceğini düşünmekteyiz.

6. KAYNAKLAR

1. Kazma E. Üniversite Öğrencileri Arasında Obezite Prevalansı ve Oluşum Nedenlerinin Saptanması. İstanbul Aydın Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Gıda Mühendisliği Bölümü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
2. Bouchard C, Bray GA, Hubbard VS: Basic and clinical aspect of regional fat distribution. Am J Clin Nutr 1990 ; 152 : 946-950, 1990.
3. World Health organisation Obesity, preventing and managing the global epidemic . technical report 894, WHO, Geneva, 2000, s:256.
4. Despres JP: Obesity and lipid metabolism. Relevance of body fat distribution . Current Opinion Lipidol 1992 ; 2 :5-15.
5. Despres JP :lipoprotein metabolism in visseral obesity. int J obes Relat Metab Disord 1991 ; 15:45-52.
6. Gurney JM, Jelliffe DB: Arm anthropometry in nutritional assesment. Nomogram for rapid calculation muscle circumference and cross sectional muscle fat areas. Am J Clin Nutr 1973;26:913-920.
7. Klein S., Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF, American Society for Nutrition; NAASO, The Obesity Society. Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society. Am J Clin Nutr 2004;82:923-34.
8. Söderlund, A., Fischer, A. ve Johansson, T. (2009). Physical activity, diet and behaviour modification in the treatment of overweight and obese adults: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 129(3), 132-142.
9. Lau DC, Douketis JD, Morison KM, et al. Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. 2006 Canadian Clinical Practice Guidelines on the Management and prevention of obesity in Adults and Children [Summary]. CMAJ 2007;176:S1-S13.
10. Nishikawa N , Kurabayashi T , Tomita Met al . : Use of the abdominal wall fat index determined ultrasonographically for assessing the risk of post-operative pulmonary embolism. Int J Gynecol Obstet 2000; 68 : 241-247.

11. Sarwer, D. B., Thompson. J. K. Cosmetic surgery and cosmetic medical treatments. In (Ed.), Handbook of eating disorders and obesity.2003, (pp. 718–737). Hoboken, NJ: Wiley.
12. Gurney JM, Jelliffe DB: Arm anthropometry in nutritional assessment.Nomogram for rapid calculation muscle circumference and cross sectional muscle fat areas.Am J Clin Nutr 1973;26:913-920.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>)
13. Wilson CP. Personality Structure and Psychoanalytic Treatment of Obesity. Ed:Wilson CP, Hogan CC, Mintz I, Psychodynamic Technique in the Treatment of the Eating Disorders. Northvale, New Jersey, London. 1992:81-95.
14. World Health Organization. Growth Reference Data for 5-19 years. WHO Reference 2007. http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html. (Erişim: 17.01.2016).
15. Tüzün M, Obezite Tanım, Sıklık, Tanı, Sınıflandırma, Tipleri, Dereceleri ve Komplikasyonları. (Ed.Yılmaz C) Obezite, s. 1-20 Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, 1995
16. Arslan M, Başkal N, Çorakçı A ve ark. Ulusal Obezite Rehberi, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayını, 1999.
17. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton TB, Yogman MW, ed(s). Affective Development in Infancy, Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. Westport CT: Ablex. 1986: 95-124.
18. Köksal, E.Küçükdönmez, Ö. “Şişmanlığı Saptamada Güncel Yaklaşımlar”, **Yetişkinlerde AğırlıkYönetimi**, Ed. Ayşe Baysal ve Murat Baş, Türkiye Diyetisyenler Derneği, İstanbul, 2008, s. 35-70.;
19. Pı-Sunyer, The obesity epidemic: pathophysiology and consequences of obesity. Obes Res. 1993;10:97S–104S.
20. James PT, Leach R, Kalamara E, Shayeghi M. The worldwide obesity epidemic. Obes Res Nov 2001; 9: 228-33.
21. Parmaksız T. “İleri Yaştaki Hastalarda Koroner Stent Uygulamasının Kısa ve Uzun Dönem Sonuçları” Ulusal İç Hastalıkları Kongresi P 182, Antalya 2007.
22. İslamoğlu Y, Koplay M, Sunay Sadık, Açıkkel M. Obezite ve metabolik sendrom. Tıp Araştırmaları Dergisi 2008; 6(3): 168-174.

23. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002; 106: 3143–3421.
24. TBSA, eslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu, 2010, ISBN : 978-975-590-483-2.
25. Birnbaum GE, Orr I, Mikulincer M, et. al. When marriage breaks up – does attachment style contribute to coping and mental health? *Journal of Social and Personal Relationships* 1997; 14: 643–654.
26. Jason C.G. Halford and Joanne A. Harrold, *Neuropharmacology of Human Appetite Expression, Developmental disabilities research reviews* 14: 2008, 158 – 164.
27. Ersoy R, Çakır B, Obezite, *Turkish Medical Journal* 2007, 1:107-116.
28. Bray GA. Clinical evaluation of the overveight patient. *Up To Date* 2000;31-41.
29. The importance of treating cardiometabolic risk factors in patients with type 2 diabetes, *Diabetes Vasc Dis Res* 2008;5:9-14.
30. Obesity and colon and rectalcancer risk: a meta-analysis of prospective studies, *Am J Clin Nutr* 2007; 86: 556-65.
31. Cardiac adiposity and global cardiometabolic risk, *Circ J* 2009;73:27-34.
32. Waist circumference and waist to hip ratio as predictors of cardiovascular events; *European Heart Journal* 2007;28:850-856.
33. Günöz, H. "Çocuk ve Adölesanlarda Obezite", *Aktüel Tıp Dergisi*, 6(2):2001, 58-59-60-61.
34. Chan YL, Leung SS, Lam WW, Peng XH, Metreweli C. Body fat estimation in children by magnetic resonance imaging, bioelectrical impedance, skinfold and body mass index: a pilot study. *J Pediatr Child Health* 199, Feb; 34: 22-8.
35. Öztora S. İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2006;2:11-14.
36. Maffeis C. Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. *Eur J Pediatr*. 2000;159(1):35-44.

37. Rudolph AM, Kamei KR, Overby JK. Yurdakök, M.(Çvr.Ed.) Rudolph's Fundamentals of Pediatrics.Öncü Basımevi, Ankara. 2003 s:12-71
38. Parlak A, Çetinkaya S. Çocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2(5): 27-33.
39. Şimşek F, Ulukol B, Berberoğlu M, Gülnar SB ve ark. Ankara'da bir ilköğretimokulu ve lisede obezite sıklığı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2005; 58:163-166.
40. Coşansu G, Demirezen E, Erdoğan S. Adölesanlarda Obezite Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Hemşirelik Formu 2005;Temmuz-Ağustos: 2-5.
41. Tola HT, Akyol P, Eren E, Dünder N ve ark. Isparta'daki çocuk ve adölesanlarda obezite sıklığı ve obeziteyi etkileyen faktörler. Çocuk Dergisi 2007;7:100-104.
42. Comuzzie AG, Hixson JE, Almasy L, Mitchell BD, et al. A major quantitative trait locus determining serum leptin levels and fat mass is located on human chromosome 2. Nat Genet 1997;15(3):273-6.
43. Kissebah AH, Sonnenberg GE, Myklebust J, Goldstein M, et al. Quantitative trait loci on chromosomes 3 and 17 influence phenotypes of the metabolic syndrome. Proc Natl Acad Sci USA 2000;97(26): 14478-83.
44. Duman B, Kayhan FE, Sesal C. Obezite genetiği. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(2): 520-525.
45. Perusse L, Bouchard C. Role of genetic factors in childhood obesity and insusceptibility to dietary variations. Ann Med 1999;31(1):19-25
46. Davies PSW. Childhood obesity. In: Clinical Obesity, 1 ed. Oxford: Blackwell Science Limited, 1998: 292-310.
47. Gümüşler A. Rize ili Çayeli ilçesindeki lise öğrencilerinde obezite sıklığı ve beslenme alışkanlıkları. Karadeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon 2006.
48. Ergün A. Yağ hücresi ve salgı ürünlerinin fonksiyonları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2006; 56(3):179-188.
49. Tüzün M, Kabalak T, Yılmaz C, Yılmaz R, Hamulu F, Çoker M, Darcan S, Özgen G, Çetinkalp S, Aksakal EÇ, Donduran S. Obezite ve Tedavisi, Yılmaz C.(Ed.),Mart Matbaacılık, İzmir. 1999 :22-23-185.

50. Akış N, Pala K, İrgil E, Aydın N, ve ark. Bursa ili Orhangazi ilçesi 6 merkez ilköğretim okulunda 6-14 yaş grubu öğrencilerde kilo fazlalığı ve obezite. *Uludağ Tıp Fakültesi Dergisi* 2003;29(3): 17-20.
51. Erbaş Ü. Orta yaş obez bayanlara yönelik kalistenik egzersizlerin fiziksel ve fizyolojik etkileri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2007.
52. Sweeting H. Measurement and definitions of obesity in childhood and adolescence: a field guide for the uninitiated. *Nutrition Journal* 2007;6:32.
53. Coşansu G, Demirezen E, Erdoğan S. Adölesanlarda Obezite Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *Hemşirelik Formu* 2005;Temmuz-Ağustos: 2-5.
54. Turan T, Ceylan SS, Çetinkaya B, Altundağ S. Meslek Lisesi Öğrencilerinin Obezite Durumlarının ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi 2006.www.millipediatri.org.tr/bildiriler/HP-17.htm erişim tarihi:09.10.2009.
55. Köksal G, Özel HG. Çocuk ve ergenlik döneminde obezite. *Klasmat matbaacılık* 2008. s:8-28.
56. Babaoğlu K, Hatun S. Çocukluk Çağında Obesite. *STED*, 2002;11:8-10.
57. Zeanah CH, Boris NW, Larrie JA. Infant development and developmantal risk: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 165-178.
58. Soysal AŞ, Ergenekon E, Eroğlu D. Bebekleri tanı açısından yüksek-standart risk altında olan annelerin duygudurumlarının kısa süreli yardım grupları ile değerlendirilmesi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2000; 8: 106-111.
59. Haeberle E.J. Cinsel Atlas. Akın M (Ed), 2. baskı, İstanbul. 1993.
60. Gürsoy S. (1998). Kadınlarda Cinsel Davranış Özellikleri ve Bunların Zaman Boyunca Değişimi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
61. World Association for Sexual Health-WAS 2011.
62. Dinç Kahraman, S. Kadınların toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Derg.*, 3(1): 2010, 30-35.
63. Avcı, N ve Kızılkaya Beji, N. Toplumlarda cinselliğe bakış, etkileyen faktörler. *Antropoloji Bülteni*, 2011, 45:155-159 Erişim: <http://www.androloji.org.tr/images/File/45.Say%C4%B1/K1.pdf>.

64. Saunamakı, N., Andersson, M. ve Engstrom, M. Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66(6):1308–1316. Doi: 10.1111/J.1365-2648.2010.05260.X.
65. Merrigan, M.A.T. The meaning of human sexuality to acute myocardial infarction clients who are older women. Adelphi University. ProQuest Dissertations & Theses (PQDT), 1998, sayfa: 60-70 Erişim: <http://search.proquest.com/docview/304422213/fulltextPDF?accountid=11637>.
66. Yüksel, Ş. ve Cindoğlu, D. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi Bilgilendirme Dosyası 5: Kadın Cinselliği, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD).2006, sayfa: 7-28-29. Erişim: http://www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme_dosyasi_5.pdf.
67. Billurcu, N. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları. Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. F.Ferda Verit. Uzmanlık Tezi. 2008, Sayfa: 26-30. Harran Üniversitesi-Şanlıurfa Erişim: <http://www.belgeler.com/blg/1f9h/menopoz-donemindeki-hastalarda-cinsel-fonksiyon-bozukluklari-sexual-dysfunction-in-postmenopausal-women>
68. Crenshaw TL, Goldberg JP. Sexual aspects of neurochemistry. *Sexual Pharmacology*. New York. and Goldberg 1996.
69. Stahl SM. Temel Psikofarmakoloji. Taneli B, Taneli Y (Eds), İstanbul.2003.
70. Incesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, 2004, 3:3-13.
71. Hallward A, Ellison JM. Antidepressants and Sexual Function. Harcourt Health Communications, London.2007.
72. Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M, McMahon CG, et al. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*-2010; 7: 2947-2969.
73. Baumeister RF, Tice DM. The social dimension of sex. Boston: Allyn & Bacon; 2000.
74. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

75. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*-2004; 1(1): 40-8.
76. Meston CM, Buss DM. Why humans have sex. *Archives of Sexual Behavior*-2007; 36: 477-507.
77. Buss DM. The evolution of desire: Strategies of human mating. New York: Basic Books; 2003.
78. Basson R. The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*-2000; 26: 51-65.
79. Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. *Archives of Sexual Behavior*-2002; 31: 275-87.
80. Carvalheira AA, Brotto LA, Leal I. Women's motivations for sex: exploring the diagnostic and statistical manual, fourth edition, text revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. *Journal of Sexual Medicine*-2010; 7: 1454-1463.
81. Hamann S, Herman RA, Nolan CL, Wallen K. Men and women differ in amygdala response to visual sexual stimuli. *Nature Neuroscience*-2004; 7: 411-416.
82. Carvalho J, Nobre P. Predictors of men's Sexual Desire: the role of psychological, cognitiveemotional, relational, and medical factors. *Journal of Sex Research*-2011; 48: 254-262.
83. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little Brown; 1966.
84. Atasü T, Şahmay S. Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001, s.646-655.
85. Aydın H. Cinsellik ve cinsel iğlev. içinde: Psikiyatri Temel Kitabı. Eds: Güleç C, Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998, s.605-615.
86. Baldwin DS. Depression and sexual dysfunction. *Br Med Bull*, 2001, 57: 81-99.
87. Basson R, Brotto LA, Lean E, Redmond G, Utian WH. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med*, 2005, 2(3):291-300.
88. İncesu C. Cinsel işlevin fizyolojisi. içinde: Cinsel İşlev Bozuklukları. Eds: Yetkin N, incesu C, Roche Müstahzarları Ağ, istanbul, 2001, s.7-15.

89. Mete S. Kadın ve cinsellik. içinde: Kadın Sağlığı. Eds: şirin A, Kavlak O, Bedray Basın Yayıncılık Ltd şti, istanbul, 2008, s.110-123.
90. Kayır A. Kadın orgazminin psikofizyolojisi. Androloji Bülteni, 2000, 3:2-3
91. Özcan S. Cinsellik ve cinsel foksiyon işlev bozuklukları. içinde: Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji, Eds: Çiçek MN, Mungan T, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2007, s.109-115.
92. Yeni E. Kadında genital anatomi ve seksüel fizyoloji. Androloji Bülteni, 2003, 13:33-35.
93. Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunction in Women. Journal of Sexual Medicine-2010; 7: 314-326.
94. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. CMAJ-2005; 172: 1327-1333.
95. Rosen R, Barsky JL. Normal sexual response in women. Obstetrics and Gynecology Clinic North America-2006; 33: 515-526.
96. Sungur MZ, Gündüz A. A Comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 Definitions for Sexual Dysfunctions: Critiques and Challenges. J Sex Med. 2014 Feb;11(2):364-73. doi: 10.1111/jsm.12379. Epub 2013 Nov 20.
97. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
98. Leiblum S, Koochaki P, Rodenberg C, Barton I, Rosen R. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). Menopause-2006; 13(1): 46-56.
99. West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. Archives of International Medicine-2008 Jul 14; 168(13): 1441-9.
100. Biddle A, West S, D'Aloisio A, Wheeler S, Borisov N, Thorp J. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: quality of life and health burden. Value Health-2009; 12(5): 763- 72.

101. Elmerstig E, Wijma B, Swahnberg K. Young Swedish women's experience of pain and discomfort during sexual intercourse. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*-2009; 88: 98-103.)
102. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*-2003; 32: 193-208.
103. Dunn K, Croft P, Hackett G. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam Pract* 1998;15:519-24.
104. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril*-2001; 76: 456-60.
105. Guthrie J, Dennerstein L, Taffe J, Lehibert P, HG HB. The menopausal transition: a 9 yea prospective population-based study. The Melbourne women's midlife health project. *Climateric*-2004; 7: 375-89.
106. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *JAMA*-1999; 281: 537-44.
107. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics and Gynecology*-2008 Nov; 112(5): 970-8.
108. Nicolosi A, Glasser DB, Kim SC, Marumo K, Laumann EO. Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adult age 40-80 years in the urban population of Asian countries. *BJU International*-2005; 95: 609-14.
109. Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *Journal of Sexual Medicine*-2006; 3: 589-95.
110. Masters W, Johnson V. *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown and Co; 1970.
111. Arentewicz, G., *The treatment of sexual disorders: Concepts and techniques of couple therapy*. 1983: Basic Books (AZ).
112. McCabe M, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*-2010; 7(1 Pt 2): 327-36.
113. Spector, I.P. and M.P. Carey, Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior*, 1990. 19(4): p. 389-408.

114. Sungur, M., Evaluation of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognostic factors in sexual and marital therapy. *Sexual and marital therapy*, 1994. 9(3): p. 251-265.
115. Tuğrul, C. and E. Kabakci, Vaginismus and its correlates. *Sexual and Marital Therapy*, 1997. 12(1): p. 23-34.
116. Yılmaz, E. Cinsel sorunlar ve tutumlar üzerine bir epidemiyolojik araştırma. in *First National Congress of Association of Cognitive and Behavioral Therapy Abstract Book*. 2007.
117. Pfaus JG. Pathways of sexual desire. *Journal of Sexual Medicine*- 2009; 6: 1506-33.
118. Corona G, Petrone L, Mannuci E, Ricca V, Balercia G, Gjommi R, et al. The impotent couple: low desire. *International Journal of Andrology*-2005;28 (Suppl 2): 46-52.
119. Bancroft J. The endocrinology of sexual arousal. *Journal of Endocrinology*-2005; 186: 411-27.
120. Corona G, Rastrelli G, Ricca V, Jannini EA, Vignozzi L, Monami M, et al. Risk factors associated with primary and secondary reduced libido in male patients with sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*-2013; 10: 1074-1089.
121. Prause N, Janssen E, Hetrick WP. Attention and emotional responses to sexual stimuli and their relationship to sexual desire. *Archives of Sexual Behaviour*-2008; 37: 934-49.
122. Meuleman EJ, Van Lankveld J. Hypoactive sexual desire disorder: An underestimated condition in men. *BJU International*- 2005; 95: 201-96.
123. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *National England Journal of Medicine*-2007; 357:762-74.
124. Segraves KB, Segraves KRT. Hypoactive sexual desire disorder: Prevalance and comorbidity in 906 subjects. *Journal of Sex and Marital Therapy*-1991; 17:55-8.
125. Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in men. *Journal of Sexual Medicine*-2010; 7:2015-2030.

126. Lee IC, et al. The prevalence and influence of significant psychiatric abnormalities in men undergoing comprehensive management of organic erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*-2000; 12(1): 47-51.
127. Capogrosso P, et al. One patient out of four with newly diagnosed erectile dysfunction is a young man-worrisome picture from the everyday clinical practice. *Journal of Sexual Medicine*-2013; 10(7):1833-41.
128. Porst H, Sharlip I. History and Epidemiology of Male Sexual Dysfunction. In: Porst H, Buvat J, editors. *Standard Practice in Sexual Medicine*. Blackwell Publishing; 2006.
129. Porst H. Erectile Dysfunction. In: Porst H, Reisman Y, editors. *ESSM Syllabus of Sexual Medicine*. Amsterdam: MEDIX Publishers; 2012.
130. Waldinger MD, et al. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *Journal of Sexual Medicine*-2005; 2(4): 492-7.
131. Patrick DL, Rowland D, Rothman M. Interrelationships among measures of premature ejaculation: the central role of perceived control. *Journal of Sexual Medicine*-2007; 4(3): 780-8.
132. Quinta Gomes AL, Nobre P. Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunction: an empirical study. *Journal of Sexual Medicine*-2011; 8(2): 461-9.
133. Zilbergeld B. *The new male sexuality*. New York: Batam Books; 1999.
134. Nobre P, Gouveia J. Erectile dysfunction: An empirical approach on Beck's cognitive theory. *Sexual and Relationship Therapy*-2000; 15(4): 351-366.
135. Carey M, Wincze J, Meisler A. Sexual dysfunction: male erectile disorders. In: Barlow, editor. *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step by Step Treatment Manual*. New York: Guilford Press; 1993.
136. Nobre P, Gouveia J. Erectile dysfunction: An empirical approach on Beck's cognitive theory. *Sexual and Relationship Therapy*-2000; 15(4): 351-366.
137. Anderson J. *Cognitive psychology and its implications*. Worth Publishers; 2004.
138. de Jong DC. The role of attention in sexual arousal: implications for treatment of sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*-2009; 46(2-3): 237-48.

139. Abrahamson D, et al. The effects of attentional focus and partner responsiveness on sexual responding: replication and extension. *Archives of Sexual Behavior*-1985; 14(4): 361-71.
140. van Lankveld JJ, van den Hout MA, Schouten EG. The effects of self-focused attention, performance demand, and dispositional sexual self-consciousness on sexual arousal of sexually functional and dysfunctional men. *Behavior Research Therapy*-2004; 42(8): 915-35.
141. Rowland DL, et al. Psychoaffective differences between sexually functional and dysfunctional men in response to a sexual experience. *Journal of Sexual Medicine*-2011; 8(1): 132-9.
142. Nobre P, Gouveia J. Erectile dysfunction: An empirical approach on Beck's cognitive theory. *Sexual and Relationship Therapy*-2000; 15(4): 351-366.
143. Krane R, Goldstein I, Tejada ISD. Impotence. *NEJM*-1989; 14: 1648-1659.
144. Maggi M, et al. Erectile dysfunction: from biochemical pharmacology to advances in medical therapy. *European Journal of Endocrinology*-2000; 143: 143-154.
145. Brien S. Development of a rat model of sexual performance anxiety: effect of behavioural and pharmacological hyperadrenergic stimulation on APO-induced erections. *International Journal of Impotence Research*-2002; 14: 107-115.
146. Hale VE, Strassberg DS. The role of anxiety on sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*-1990; 19(6): 569-81.
147. Araujo A, et al. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the Massachusetts male aging study. *Psychosomatic Medicine*-1998; 60: 458-465.
148. Farre JM, et al. Specific aspects of erectile dysfunction in psychiatry. *International Journal Impotence Research*-2004; 16 Suppl 2: S46-9. 631 27.
149. Sugimori H, et al. Relationships between erectile dysfunction, depression, and anxiety in Japanese subjects. *Journal of Sexual Medicine*-2005; 2(3): 390-6.
150. Fugl-Meyer AR, et al. On life satisfaction in male erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*-1997; 9(3): 141-8.

151. Leiblum SR, Rosen RC. Couples therapy for erectile disorders: conceptual and clinical considerations. *Journal of Sex and Marital Therapy*-1991; 17(2): 147-59.
152. Tiefer L, Schuetz-Mueller D. Psychological issues in diagnosis and treatment of erectile disorders. *Urology Clinical of North America*-1995; 22(4): 767-73.
153. Riley A. The role of the partner in erectile dysfunction and its treatment. *International Journal of Impotence Research*-2002; 14 Suppl 1: S105-9.
154. Speckens AE, et al. Psychosexual functioning of partners of men with presumed nonorganic erectile dysfunction: cause or consequence of the disorder? *Archives of Sexual Behavior*-1995; 24(2): 157-72.
155. Renshaw D. Coping with an impotent husband. *Illinois Medicine Journal*-1981; 159: 29-33.
156. Chevret M, et al. Impact of erectile dysfunction (ED) on sexual life of female partners: assessment with the Index of Sexual Life (ISL) questionnaire. *Journal of Sex and Marital Therapy*-2004; 30(3): 157-72.
157. LoPiccolo J. Psychosocial assessment of erectile dysfunction. In: Carson C, Kirby R, Goldstein I, editors. *Textbook of erectile dysfunction*. Oxford: Isis Medical Media LTD; 1999. p.183-194.
158. Giannitsas K, et al. Preference for and adherence to oral phosphodiesterase-5 inhibitors in the treatment of erectile dysfunction. *Patient Prefer Adherence*-2008; 2: 149-55.
159. Son H, Park K, Kim S. Reasons for discontinuation of sildenafil citrate after successful restoration of erectile function. *Asian Journal of Andrology*-2004; 6: 117-120.
160. Klotz T, et al. Why do patients with erectile dysfunction abandon effective therapy with sildenafil (Viagra)? *International Journal of Impotence Research*-2005; 17: 2-4.
161. Waldinger MD, et al. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *Journal of Sexual Medicine*-2005; 2(4): 492-7.
162. Corona G, et al. Psycho-biological correlates of rapid ejaculation in patients attending an andrologic unit for sexual dysfunctions. *European Urology*-2004; 46(5): 615-22.

163. McMahon CG, et al. Premature ejaculation and erectile dysfunction prevalence and attitudes in the Asia-Pacific region. *Journal of Sexual Medicine*-2012; 9(2): 454-65.
164. Gallo L, Perdoni S, Gallo A. The role of short frenulum and the effects of frenulectomy on premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*-2010; 7(3): 1269-76.
165. Screponi E, et al. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. *Urology*, 2001-58(2): 198-202.
166. Schapiro B. Premature ejaculation, a review of 1130 cases. *Journal of Urology*-1943; 50: 374-9.
167. Kaplan H. How to overcome premature ejaculation. New York: Brunner/Mazel; 1989.
168. Kempeneers P, et al. Functional and psychological characteristics of Belgian men with premature ejaculation and their partners. *Archives of Sexual Behavior*-2013; 42(1): 51-66.
169. Michetti PM, et al. Dysregulation of emotions and premature ejaculation (PE): alexithymia in 100 outpatients. *Journal of Sexual Medicine*-2007; 4(5): 1462-7.
170. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*-2006; 43(1): 68-75.
171. Hartmann U, Schedlowski M, Kruger TH. Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation: differences between dysfunctional and functional men. *World Journal of Urology*-2005; 23(2): 93-101.
172. Rowland DL, Tai WL, Slob AK. An exploration of emotional response to erotic stimulation in men with premature ejaculation: effects of treatment with clomipramine. *Archives of Sexual Behavior*-2003; 32(2): 145-53.
173. Meuleman EJ, et al. Assessment of penile blood flow by duplex ultrasonography in 44 men with normal erectile potency in different phases of erection. *Journal of Urology*-1992; 147(1): 51-6.
174. Francomano D, et al. Peripheral arterial tonometry to measure the effects of vardenafil on sympathetic tone in men with lifelong premature ejaculation. *International Journal of Endocrinology*-2013; 2013: p. 394 934.
175. Althof S. Treatment of Rapid ejaculation. In: Leiblum S, editor. *Principles and Practice of Sex Therapy*. 4th ed. New York: The Guilford Press; 2007.

176. McCabe MP, Connaughton C. Psychosocial Factors Associated with Male Sexual Difficulties. *Journal of Sexual Research*-2013 (Jul 16).
177. Rowland D, et al. Self-reported premature ejaculation and aspects of sexual functioning and satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*-2004; 1(2): 225-32.
178. Revicki D, et al. Characterizing the burden of premature ejaculation from a patient and partner perspective: a multi-country qualitative analysis. *Health Qual Life Outcomes*-2008; 6: 33.
179. Kempeneers P, et al. Functional and psychological characteristics of Belgian men with premature ejaculation and their partners. *Archives of Sexual Behavior*-2013; 42(1): 51-66.
180. Tuğrul, C. , Öztan, N., Kabakçı, E. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin Standardizasyon Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1993, 4(2), 83-88.
181. Savaşır, Işık, Nesrin H., Şahin. 1997. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
182. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenirliliği, *Psikoloji Dergisi*, 1989, 7, 3-13.
183. Satman İ, Yılmaz T, Şengül A, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002;25:1551-56.
184. Derby CA, Mohr BA, Goldstein I, Feldman HA, Johannes CB, McKinaly JB. Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk? *Urology* 2000; 56: 302–306.
185. Adolfsson B, Elofsson S, Rossner S, Unden AL. Are sexual dissatisfaction and sexual abuse associated with obesity? A population-based study. *Obes Res* 2004; 12: 1702–1709.
186. Çayan S, Kettaş E, Sexual dysfunction and associated risk factors in women with endstage renal disease, *Journal of sexual medicine*, 2008, 5-4; 872-877.
187. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537–544 - <http://www.iotf.org/popout.asp?linkto¼http://www.iotf.org/media/globalprev.htm>.

188. Yeshambel T. Nigatu, Sijmen A. Reijneveld, Peter de Jonge, Elisabeth van Rossum, and Ute Bültmann, 'The Combined Effects of Obesity, Abdominal Obesity and Major Depression/Anxiety on Health-Related Quality of Life: the LifeLines Cohort Study.
189. Hisasue S, Prevalence of female sexual dysfunctions symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort, *Urology*, 2005, 65; 143-148.
190. Esposito K, Obesity and sexual dysfunction, male and female, *Journal of impotence research*, 2008, 20-4; 358-365.
191. James M, Sexual function in morbidly obese female patients before and after surgically induced weight loss, *Surgery for obesity and related diseases*, 2005, 1-3; 290.

6. EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR

Tarih:

Adı Soyadı:

İmza:

BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|--|--|
| 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. | 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum. |
| 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 düzelmeyecekmiş gibi geliyor. | 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. |
| 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. | 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. |
| 4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum. | 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum. |
| 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. | 15 (0) Uyku 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. |
| 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum. | 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. |
| 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum. | 17 (0) İhtiyacım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İhtiyacım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum. |
| 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatım bulsam kendimi öldürürüm. | 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. |
| 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. | 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 düşünemiyorum. |
| 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum. | 20 (0) Sekse karşı ilgim de herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum. |
| | 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpını sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılacağıma düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor. |

Toplam BECK-D skoru:.....

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
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)				

Toplam BECK-A skoru:.....

GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

www.bilisseldavranisci.org

Kadın Formu

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

Cevaplandırırken:

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

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

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sizce, sizin ve eşinizin önsevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Eşinizle sevişmekten kaçınırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkâr bulur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
14. Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Önsevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazm) ulaşabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

Erkek Formu

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

Cevaplandırırken:

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

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

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşimde bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz erken olduğunu düşünürseniz, boşalmayı geciktirebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tekdüze (monoton) buluyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan 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 hoşlanmadığınızı sorarmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
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?	☐	☐	☐	☐	☐

GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

Ölçeğin Özellikleri

Ölçtüğü nitelik: Heteroseksüel kadın ve erkeklerde cinsel ilişkinin niteliğini belirlemek ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek.

Ölçek türü: Kişinin değerlendirdiği ölçek

Uygulanacak grup: Heteroseksüel cinsel yaşamı olan kadın ve erkekler

Kapsamı: Kadın ve erkekler için ayrı olarak hazırlanmış iki form bulunmaktadır. Her formda 28 madde yer almakta ve beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Değerlendirme ölçeği “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “çoğunlukla”, “her zaman” seçeneklerinden oluşmaktadır.

Materyal: Ölçek, maddelerinin değerlendirmesine yönelik olarak kendi içinde görüşme yönergesi barındırmaktadır. Kişi tarafından verilen form üzerinde işaretlenerek doldurulur.

Uygulama İçin Pratik Bilgiler

Uygulama: Kadın ve erkek soru ve cevap formları kişilere verilerek doldurmaları istenir. Cinsel terapi için başvurmuş çiftlerde eşler formları aynı zamanda ama ayrı ayrı odalarda doldurmalıdır.

Yönerge: Ölçeğin yönergesi form üzerinde yer almaktadır. Gerekli durumlarda uygulama öncesinde kişilere açıklama yapılabilir.

Puanlama: Her madde 0-4 arasında giderek artan puan alır. Bazı maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ters yönde puanlanan maddeler (4'ten 0'a doğru) kadın formunda 2,4,5,8,9,10,11,15,16,17,19,21,22,25,26,27 ve 28. maddelerdir. Erkek formunda ise 1,2,3,4,8,9,12,13,15,16,19,20,21 ve 25. maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde, hem toplam, hem de alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir.

Kadın formunda 3. ve 15. maddeler sıklık; 2. ve 16. maddeler iletişim; 5.,10., 18. ve 22. maddeler doyum; 7.,13.,20. ve 23. maddeler kaçınma; 9.,12.,19. ve 25. maddeler dokunma; 6.,11.,17. ve 24. maddeler vajinismus ve 8.,14.,21. ve 28. maddeler ise anorgazmi altboyutlarını oluşturmaktadır. Erkek formunda 3.,10.,16. ve 23. maddeler empotans; 4.,13.,24. ve 27. maddeler erken boşalma; 6.,12.,20. ve 25. maddeler dokunma; 7.,14.,22. ve 28. maddeler kaçınma; 5.,11.,15. ve 21. maddeler doyum; 1. ve 17. maddeler sıklık ve 2. ve 9. maddeler ise iletişim altboyutlarını oluşturmaktadır. Toplam puan, hem kadın, hem de erkek formlarında 28 maddenin toplamından elde edilmektedir.

Yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Elde edilen ham puanlar daha sonra 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülebilmekte, kadın ve erkekler için ayrı ayrı ya da çiftler için ortak bir profil çizilebilmektedir.

Yorumlama: Kadın ve erkek formlarında, beşi ortak olmak üzere yedi alt boyut yer almaktadır. Her iki formda ortak olan alt boyutlar kaçınma, doyum, iletişim, dokunma ve ilişki sıklığı alt boyutlarıdır. Bu alt boyutlara ek olarak kadın formunda vajinismus ve orgazm bozukluğu, erkek formunda ise erken boşalma ve empotans alt boyutları bulunmaktadır. İlişki sıklığı ve iletişim alt boyutları ikiye, diğer alt boyutlar dörder madde ile sorgulanmaktadır. Ayrıca her iki formda da bu alt boyutlar dışında kalan, ancak cinsel ilişkinin niteliği ile ilgili dört madde yer almaktadır. Ham puanların standart puanlara dönüştürülmesi sonrasında 5 ve üstü puan alınan altboyutlarda "sorun" yaşandığına işaret etmektedir.

Uygulayıcının niteliği: Ölçeğin değerlendiriliş biçimi ve cinsel işlev bozuklukları hakkında yeterli bilgiye sahip olması gereklidir.

Ölçek Bilgileri

Özgün adı: Golombok-Rust Sexual Satisfaction Inventory (GRISS)

Geliştirenler: Rust J ve Golombok S

Özgün makale: Rust J, Golombok S (1986) The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. Arch Sex Behav. 15(2):157-165.

Türkçe formunun adı: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)

Uyarlayanlar: Tuğrul (Daş) C, Öztan N, Kabakçı E

Türkçe formunun güvenilirliği: Güvenirlilik çalışmalarında tek tek maddelere göre yapılan analizlerde, madde toplam korelasyon katsayıları sorumlu ve sorunsuz erkeklerde -0.04 ile 0.76 arasında, sorumlu ve sorunsuz kadınlarda 0.18 ile 0.74 arasında değişim göstermiştir. Toplam puan açısından erkeklerde Cronbach alfa katsayısı 0.92, kadınlarda 0.91 olarak saptanmıştır. Kadınlar ve erkekler için her alt boyuttan elde edilen Cronbach alfa değerleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Kadın ve erkekler için altboyutlardan elde edilen Cronbach alfa değerleri.

Kadınlar		Erkekler	
Sıklık	.51	Sıklık	.63
İletişim	.74	İletişim	.74
Doyum	.53	Doyum	.73
Kaçınma	.82	Kaçınma	.72
Dokunma	.74	Dokunma	.68
Vaginismus	.88	Empotans	.84
Orgazm Bozukluğu	.70	Erken Boşalma	.91

Ölçeğin iki yarım güvenirlik katsayısı erkeklerde 0.90 ($p < .001$) ve kadınlarda 0.91 ($p < .001$) olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca erken boşalma ve vaginismus tanısı almış gruplarda da sırasıyla 0.59 ve 0.77 iki yarım güvenirlik katsayısı elde edilmiştir.

Türkçe formunun geçerliliği: Geçerlilik çalışmaları için sorunlu ve sorunsuz grupların toplam puan ve alt boyutlardan aldıkları puanlar t-test ile karşılaştırılmıştır. Kadın formunda iletişim alt boyutu dışında kalan diğer tüm alt boyutlardan alınan puanların ve toplam puanın sorunlu ve sorunsuz grupta anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür ("toplam puan"da $t = -14.52$, $s.d. = 123.33$, $p < .001$; "sıklık"da $t = -6.92$, $s.d. = 120.12$, $p < .001$; "iletişim"de $t = 3.35$, $s.d. = 117.36$, anlamlı değil; "doyum"da $t = -8.72$, $s.d. = 123.97$, $p < .001$; "kaçınma"da $t = -5.42$, $s.d. = 113.60$, $p < .001$; "dokunma"da $t = -5.19$, $s.d. = 118.59$, $p < .001$; "vaginismus"da $t = 14.73$, $s.d. = 110.62$, $p < .001$ ve "orgazm bozukluğu"nda $t = -11.64$, $s.d. = 104.68$, $p < .001$). Erkek formunda sorunlu ve sorunsuz grubun hem toplam, hem de alt boyutlardan aldıkları puanlar anlamlı düzeyde farklılaşmıştır ("toplam puan"da $t = -13.93$, $s.d. = 108.80$, $p < .001$; "sıklık"ta $t = -6.79$, $s.d. = 114.99$, $p < .001$; "iletişim"de $t = -3.37$, $s.d. = 114.98$, $p < .001$; "doyum"da $t = -11.19$, $s.d. = 113.63$, $p < .001$; "kaçınma"da $t = -7.90$, $s.d. = 92.42$, $p < .001$; "dokunma"da $t = -3.77$, $s.d. = 101.18$, $p < .001$; "empotans"da $t = -10.42$, $s.d. = 91.13$, $p < .001$; "erken boşalma"da $t = -10.26$, $s.d. = 97.08$, $p < .001$). Sorunlu ve sorunsuz grupların her bir maddeden aldıkları puanlar t-test ile karşılaştırılmış ve erkek formunda 26, kadın formunda ise 25 maddede anlamlı bir fark bulunmuştur.

Erkeklerde sorunlu ve sorunsuz gruplar için yapılan diskriminant analizi sonucunda, maddelerin gruplar doğru ayırt etme oranı % 98, alt boyutların grupları doğru ayırt etme oranı ise % 94 olarak belirlenmiştir. Erken boşalma grubu ile sorunsuz grubun diskriminant analizi sonuçları, hem toplam puanın, hem de alt boyut puanlarının grupları doğru ayırt etme oranının % 100 olduğunu göstermiştir. Kadınlarda sorunlu ve sorunsuz gruplar için yapılan diskriminant analizi sonucunda maddelerin % 98, alt boyutların ise % 95 doğruluk oranıyla grupları ayırt ettiği belirlen-

miştir. Vaginismus grubu ile sorunsuz grubun diskriminant analizi sonuçları ise madde puanlarının % 100, alt boyut puanlarının ise % 99 doğruluk oranıyla grupları ayırt edilebildiğini ortaya koymuştur.

Ayrıca ölçeğin faktör yapısının incelenebilmesi amacıyla kadın ve erkek formları için Temel Bileşenler Analizi Varimax Rotasyonu ile birlikte uygulanmıştır. Yedi faktörle yapılan faktör analizi sonuçlarına göre erkeklerde özdeğeri 1'in üstünde olan faktörlerle varyansın % 67.9'unun, kadınlarda ise % 69.2'sinin açıklanabildiği saptanmıştır.

Türkçe formunun makalesi: Tuğrul C, ztan N ve Kabakçı E (1993) Golombok-Rust Cinsel Doyum leğinin standardizasyon alışması (GRISS). Türk Psikiyatri Dergisi, 4(2), 83-88.