

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI**

**ANTALYA
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ**

**PREDİYALİZ EVRE 3 - 4 - 5 KRONİK BÖBREK HASTALARINDA
SEKSÜEL DİSFONKSİYON VE DEPRESYON**

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Funda SARI

Dr. Serkan GÜVEN

UZMANLIK TEZİ

ANTALYA, 2015

ÖNSÖZ

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği'ndeki uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan tez danışmanım, değerli hocam Doç.Dr. Funda SARI başta olmak üzere, Doç.Dr. Mustafa YILDIZ, Doç.Dr. Erdal KURTOĞLU, Doç.Dr. A.Metin SARIKAYA, Doç.Dr. A. Hilmi ÇEKİN ve Doç.Dr. İbrahim ASLAN'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinden çalışmama katkıda bulunan Prof.Dr. Murat KULOĞLU ve Doç.Dr. Fatih CANAN hocama teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca eğitimime katkısı olan iç hastalıkları ve diğer tüm kliniklerdeki hocalarımıza ve uzmanlarımıza, beraber çalıştığımız bütün asistan arkadaşlarıma, klinik hemşire ve yardımcı personellerine teşekkür ediyorum.

İstatistik alanında yardımlarını hiç esirgemeyen Sn. Ruhan GÜLAÇTI'ya teşekkür ediyorum.

Dr. Serkan GÜVEN
Antalya, 2015

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No:</u>
ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR DİZİNİ	iii
TABLolar DİZİNİ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Kronik Böbrek Hastalığı	2
2.2. Ejakülasyon Gecikmesi, Anejakülasyon ve Erkek Anorgazmi	5
2.2.1. Hipotalamus-hipofiz-testiküler aksta fonksiyon bozukluğu	6
2.3. Kadın Cinsel Fonksiyonu ve Disfonksiyonu	8
2.3.1. Üremik kadınlarda üreme ve seksüel fonksiyon bozuklukları	9
2.4. Erkek ve Kadın Cinsel İşlevinin Değerlendirilmesi	10
2.4.1. Cinsel disfonksiyonu değerlendirmede Golombok-Rust Cinsel Doyum Envanteri (GRCDE)	10
2.4.2. Anksiyete	10
2.4.3. Depresyon	11
2.4.4. Anksiyete ve depresyonun değerlendirilmesi	11
2.5. Amaç	12
3. HASTALAR ve YÖNTEM	13
4. BULGULAR	15
5. TARTIŞMA	29
6. SONUÇLAR	34
7. KAYNAKLAR	36
8. EKLER	46
Ek-1. HAD (Hastane Anksiyete ve Depresyon) Ölçeği	46
Ek-2. GRCD-E (Golombok – Rust Cinsel Doyum, Erkek) Ölçeği	49
Ek-3. GRCD-K (Golombok – Rust Cinsel Doyum, Kadın) Ölçeği	51

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACE	Anjiotensin Konverting Enzim
ACEİ	Anjiotensin Konverting Enzim İnhibitörü
ARB	Anjiotensin Reseptör Blokerler
BPH	Benign Prostat Hiperplazisi
BUN	Kan Üre Azotu
Ca	Kalsiyum
DM	Diabetes Mellitus
ED	Erektile Disfonksiyonu
eGFR	Tahmini Glomerüler Filtrasyon Hızı
ESA	Eritropoezi Stimüle Eden Ajan
FSH	Folikül Stimüle Eden Hormon
GFR	Glomerul Filtrasyon Hızı
GN	Glomerulonefrit
HCO₃	Bikarbonat
HCG	Human koryonik gonadotropin
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoprotein
HT	Hipertansiyon
K	Potasyum
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KB	Kan Basıncı
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KKB	Kalsiyum Kanal Blokeri

KVH	Kardiyovasküler Hastalık
LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein
LH	Luteinizan Hormon
MDRD	Modification of Diet in Renal Disease
Na	Sodyum
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
NKF-K/DOQI	National Kidney Foundation - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
NPT	Nokturnal Penil Şişme
OAD	Oral Antidiyabetik
P	Fosfor
PE	Prematür Ejakülasyon
PTH	Parathormon
PKBH	Polikistik Böbrek Hastalığı
RAS	Renin Anjiotensin Sistemi
SDBH	Son Dönem Böbrek Hastalığı
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SHBG	Seks Hormon Bağlayan Globulin
SSRI	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
ÜA	Ürik Asit

TABLULAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 2.1. Kronik böbrek hastalığı evrelemesi	2
Tablo 4.1. Hasta ve kontrol gruplarının demografik verileri	15
Tablo 4.2. KBH nedenleri, ek hastalıklar ve kullanılan ilaçlar	16
Tablo 4.3. KBH ve kontrol grubundaki erkek ve kadın katılımcıların anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri	17
Tablo 4.4. Yaş gruplarına göre hasta grubunun anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri	18
Tablo 4.5. Ek hastalık olan hastalarla olmayan hastaların anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri	19
Tablo 4.6. Ek hastalık olarak diyabeti olan ve olmayan KBH'lı hastaların anksiyete, depresyon ve cinsel disfonksiyon parametreleri	20
Tablo 4.7. Ek hastalık olarak HT olan ve olmayan KBH'lı hastaların anksiyete, depresyon ve cinsel disfonksiyon parametreleri	21
Tablo 4.8. Çalışmaya alınan erkek hastalarda KBH nedenleri	22
Tablo 4.9. Çalışmaya alınan kadın hastalarda KBH nedenleri	23
Tablo 4.10. Çalışmaya alınan erkek hastalarda evreye göre anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri	25
Tablo 4.11. Çalışmaya alınan kadın hastalarda evreye göre anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri	26
Tablo 4.12. Erkek hastalar için Model 1	27
Tablo 4.13. Erkek hastalar için Model 2	27
Tablo 4.14. Kadın hastalar için Model 1	27
Tablo 4.15. Kadın hastalar için Model 2	28

ÖZET

Prediyaliz Evre 3 - 4 - 5 Kronik Böbrek Hastalarında Seksüel Disfonksiyon ve Depresyon

Amaç: Kronik böbrek hastalığı tanısı alan ancak henüz renal replasman tedavisine başlanmamış hastalarda cinsel sorunların sıklığının belirlenmesi ve cinsel sorunların alt analizi yapılarak daha çok irdelenmesini amaçladık. Ayrıca cinsel sorunların, depresif duygu durumu, ilaçlar ve hastalık aktiviteleri ile ilişkilerinin ortaya konulmasını hedefledik.

Hastalar ve Yöntem: Tahmini glomerül filtrasyon hızı 15-60ml/dk/1.73 m² arasında olan kronik böbrek hastalığı tanısı konulmuş 60 kadın, 90 erkek toplam 150 hasta alındı. Yaş ve cinsiyet uyumlu gönüllülerden 35 kadın, 30 erkek toplam 65 kişilik sağlıklı kontrol grubu seçildi. Kontrol ve hasta grubundaki bireylerde Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Hastane Depresyon Anketi kullanılarak ayrıntılı tıbbi ve seksüel anamnezleri alındı. Hastalardan laboratuvar değerlendirme için kan örnekleri alındı.

Bulgular: Kronik böbrek hastalığı olan erkek hastalarda ilişki sıklığı (p=0,027), empotans (p<0,001) ve erken boşalma (p<0,001) puanları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Kronik böbrek hastalığı olan kadın hastaların kontrol grubuna göre ilişki sıklığı (p=0,004), iletişim (p=0,004), cinsel doyum (p<0,001), kaçınma (p=0,008), orgazm bozukluğu (p<0,001), dokunma (p=0,002) ve toplam seksüel disfonksiyon puanları (p<0,001) yüksek bulunurken, vajinismus puanlarının düşük olduğu (p=0,018) saptanmıştır. Erkeklerde evre 5 kronik böbrek hastalarının evre 3 (p=0,018) ve evre 4 (p=0,037) kronik böbrek hastalarına göre erken boşalma puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınlarda evre 3 kronik böbrek hastalarının, evre 4 kronik böbrek hastalarına göre depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur (p=0,028).

Anksiyetesi olan erkek kronik böbrek hastalarının sıklık puanı düşük (p=0,034), kaçınma puanı yüksektir (p<0,001). Kadınlarda ise anksiyetesi olan kronik böbrek hastalarının kaçınma puanı (p=0,003), dokunma puanı (p=0,009) ve toplam puanları (p=0,028) yüksek bulunmuştur. Depresyonu olan erkek hastaların kaçınma puanı yüksek (p=0,006) bulunmuştur. Kadınlarda ise iletişim puanı depresyon olan hastalarda

yüksek bulunmuştur ($p=0,004$). Kronik böbrek hastalığı olan hastalarda cinsel disfonksiyon puanını etkileyen faktörler erkeklerde yaş ($p=0.006$), hipertansiyon ($p=0.008$), anksiyete ($p=0.003$) ve depresyon ($p=0.002$), kadınlarda yaş ($p=0.034$), anksiyete ($p<0.001$) ve depresyon ($p=0.001$) olarak saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda kronik böbrek hastalarında önemli derecede seksüel disfonksiyon görülmekte olup seksüel fonksiyon bozukluğunu etkileyen en önemli faktörler yaş, hipertansiyon, anksiyete ve depresyondur.

Anahtar kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, seksüel disfonksiyon, depresyon, prediyaliz.



ABSTRACT

Sexual Dysfunction and Depression in Predialysis (Stage 3-4-5) Chronic Kidney Disease (CKD)

Background: We aimed to examine patients with Chronic Kidney Disease (CKD), did not have any renal replacement therapy by determining the prevalence of sexual problems and doing sub-group analyses of sexual problems. In addition, we aimed to clarify the relationship between sexual problems and depressive mood state, drugs, disease activities.

Patients and Methods: The patient group was formed by 150 individuals (60 female and 90 male) with Chronic Kidney Disease (CKD) and having glomerular filtration rate 15-60 ml/min observed in nephrology department of Antalya Education and Research Hospital. Total of 65 healthy control group (35 female and 30 male volunteers matched as age and sex) were selected. A detailed medical and sexual medical history were done to individuals in control and patient group, by applying Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). The blood samples of the patients were taken for laboratory assessment.

Results: The sexual frequency ($p=0,027$), impotence ($p<0,001$) and premature ejaculation scores ($p<0,001$) in male patients with CKD were found higher than the control group. It was detected that Vaginismus ($p=0,018$) scores were low while the sexual frequency ($p=0,004$), noncommunication ($p=0,004$), satisfaction ($p<0,001$), avoidance ($p=0,008$), orgasmic dysfunction ($p<0,001$), nonsensuality ($p=0,002$) and total sexual dysfunction scores ($p<0,001$) in female with CKD were higher than the control group. In male, the premature ejaculation scores of stage 5 patients with CKD were found higher according to stage 3 ($p=0,018$) and stage 4 patients ($p=0,037$). In female, the depression scores of stage 3 patients with CKD were found higher according to stage 4 patients ($p=0,028$). The sexual frequency score ($p=0,034$) in male with anxiety are low but avoidance scores are high ($p=0,001$). On the other hand, the avoidance score ($p=0,003$), nonsensuality score ($p=0,009$) and total scores ($p=0,028$) have been found

high in female patients with anxiety. The avoidance scores of male patients with depression ($p=0,006$) have been found high. On the other hand, communication score of female with depression has been found high. It has been detected that the factors which affect sexual dysfunction score of patients with CKD in male are age ($p=0.006$), hypertension ($p=0.008$), anxiety ($p=0.003$) and depression ($p=0.002$). It has been detected that factors in female patients are age ($p=0.034$), anxiety ($p<0.001$) and depression ($p=0.001$).

Conclusion: In our study, it is observed that patients with chronic kidney disease substantially have sexual dysfunction. The most important factors that affects sexual dysfunction are age, hypertension, anxiety and depression.

Key words: Chronic kidney disease, depression, predialysis, sexual dysfunction.



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik böbrek hastalığı (KBH) nedenine bağlı olmaksızın 3 ay veya daha fazla süren böbrek hasarının varlığı veya tahmini glomerüler filtrasyon hızının (eGFR) 60 ml/dk/1.73 m²'den düşük olması olarak tanımlanır (1). KBH vücuttaki her sistemi etkileme özelliğine sahip kronik, ilerleyici bir hastalıktır. Ayrıca hastaların sosyal, ekonomik ve psikolojik durumlarını da etkiler (2-4). KBH'da cinsel işlev bozuklukları çok sık karşımıza çıkmaktadır. Fakat özellikle toplumsal ve geleneksel nedenlerden dolayı doktora bu şikâyetler çok fazla iletilmemektedir. Seksüel disfonksiyonun varlığına karşın hastaların sadece %22'si bu şikâyetlerini doktoruna iletmektedir (5).

Depresyon ve anksiyete bozuklukları; böbrek fonksiyonları bozulan hastaların fiziksel ve düşünsel yeteneklerini, seksüel fonksiyonlarını, iş, aile ve toplum hayatındaki rolünü kaybetmesine bağlıdır ve depresyon hastanın başlangıçta sahip olduğu tıbbi hastalığa bağlı olarak tetiklenir. KBH hastalarında organ yetmezliğinin psikiyatrik etkilerini araştıran çalışmalarda en sık saptanan psikiyatrik bozukluğun depresyon olduğu belirtilmektedir (6-8).

Biz bu çalışmamızda, KBH olan ve henüz renal replasman tedavisine başlanmamış hastalarda cinsel sorunların sıklığının belirlenmesini, bu durumun depresif duygu durumu ve hasta aktiviteleri ile ilişkilerini ortaya çıkarmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı

KBH, nedenine bağlı olmaksızın 3 ay veya daha fazla süren böbrek hasarının varlığı veya eGFR'nın 60 ml/dk/ 1.73 m²'den düşük olması olarak tanımlanır (1). Klinik açıdan KBH'da asemptomatik böbrek fonksiyonu azalmasından üremik semptomlara kadar çok çeşitli bulgular görülebilir. Evreleme, KBH'ın ilerlemesi ve komplikasyonlarının yönetimi ve risk sınıflaması yapılması için bize kılavuzluk sağlar. The Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) kılavuzuna göre KBH glomerüler filtrasyon hızı (GFR) ve albuminüri düzeyine göre alt grupları olmak üzere beş evrede sınıflandırılmıştır (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Kronik böbrek hastalığı evrelemesi.

GFR Evreleri	GFR (ml/min/1.73 m ²)	
G1	>90	Normal veya yüksek
G2	60-89	Hafif derecede azalmış
G3a	45-59	Hafif - orta derecede azalmış
G3b	30-44	Orta - ciddi derecede azalmış
G4	15-29	Ciddi derecede azalmış
G5	<15	Son dönem böbrek yetmezliği
Albuminuria evreleri	AER (mg/day)	
A1	<30	Normal - hafif derecede yükselmiş (Tahmini risk için alt bölümlere ayrılmış olabilir.)
A2	30-300	Orta derecede yükselmiş
A3	>300	Ciddi derecede yükselmiş (Ayırıcı tanı, yönetim ve tahmini risk için nefrotik ve non-nefrotik alt bölümlere ayrılmış olabilir.)

GFR: Glomerular Filtrasyon Hızı, AER: Albumin Atılım Oranı

KBH'nın görülme sıklığı giderek artmaktadır. Türkiye KBH Prevalans Çalışması (CREDİT) verilerine göre erişkinlerde KBH prevalansı %15.7 olarak verilmiştir. Bu veriye göre her 6-7 erişkinden biri kronik böbrek hastasıdır (9).

KBH'nın nedenleri toplumlar ve yaş grupları arasında değişkenlik göstermekle beraber, diyabetik nefropati, hipertansiyon, kronik glomerulonefrit, polikistik böbrek hastalığı, obstrüktif üropati, interstisyel nefritler ve nadiren de kalımsal böbrek hastalıkları bu nedenleri oluşturur. Hastaların önemli bir kısmı hekime üremik tablo ile başvurduğu için temelde yatan hastalığın bulunması mümkün olmayabilir. KBH'nın ABD'de en sık rastlanılan iki nedeni diyabetik nefropati ve hipertansiyondur (1). Türk Nefroloji Derneği 2013 verilerine göre ülkemizde son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz başlanan hastalarda KBH'nın en sık nedenleri diabetes mellitus, hipertansiyon ve glomerulonefrittir (10).

Kronik böbrek hastalığının komplikasyonları

Böbrek fonksiyonlarının ilerleyici kaybı ile volüm yüklenmesi, hiperkalemi, metabolik asidoz, hiperfosfatemi, hormonal bozukluklar, hipertansiyon, malnütrisyon, hiperlipidemi, anemi, renal osteodistrofi gibi komplikasyonlar gelişmeye başlar. Bunlara bağlı olarak hastaların morbidite ve mortalite oranlarının çok hızlı bir şekilde artması nedeniyle komplikasyonların gelişmeden gereken koruyucu tedavilerin başlanması ve geliştikten sonra takibi çok önemlidir (1).

Erkek cinsel fonksiyonu ve disfonksiyonu

Erkek seksüel disfonksiyon, erektil disfonksiyon, libido azalması ve anormal ejakülasyon durumlarını içerir.

ED erkeklerde doyurucu bir cinsel ilişkiye erişmek için gerekli ereksiyonu sağlamak ve sürdürmekte yetersizlik olarak tanımlanır. ED etiolojisinde; damarsal, nörojenik, hormonal ve psikojenik nedenler başta olmak üzere çok sayıda faktör etkindir (12,13). Ereksiyon fizyolojisinin zamanla daha iyi anlaşılması ile yeterli seksüel ilgi ve ereksiyonun, azalmış serum testosteron düzeylerinde de sürdürülebileceği anlaşılmıştır. Genel popülasyonda görülme sıklığı 40-70 yaşları arasındaki erkeklerde yaklaşık %50 civarındadır (14,15). Erkek kronik böbrek hastaları arasında ED görülme sıklığı beklenenden daha yüksektir ve %40-75 arasındadır (16,17). KBH'lı hastalarda da ED birçok organik ve psikolojik faktörle ilişkilidir (18). Organik nedenler arasında en sık hormonal düzensizlikler, ilaç kullanımı, periferik nöropati,

diyalize bağlı biyokimyasal dzensizlikler ve periferik vasküler patolojiler grlmektedir (19).

Libido azalmasının prevalansının erkeklerde %5-15 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Yaşla birlikte artar ve diğer seksüel bozukluklar eşlik eder.

Ejakülasyon bozuklukları heterojen bir grup bozukluğu içerir. Bunlar prematür, gecikmiş ve retrograd ejakülasyon bozukluğudur. Ağrılı orgazm da bu grup içerisine alınabilir.

PE yüksek prevalanslı bir hastalıktır (20,21). Nüfusa dayalı veri olmamasına rağmen yaklaşık olarak %30 oranında rapor edilmiştir (22). PE'a sahip olan erkeklerin yaklaşık %30'unda eş zamanlı olarak ED vardır ve tipik olarak tam ereksiyon olmadan erken ejaklasyonla sonuçlanır (20,21). Birçok ciddi vakada penetrasyon öncesi ejakülasyon geniş bir yelpazede grlmektedir. Bazen hastalarda infertilite kaygısı mevcuttur. Farklı yaş ve etnik gruplarda ortalama gecikme normal verileri sınırlıdır (20,21).

Hastalığın etyolojisinin anlaşılması çoğu zaman güçtür yada mümkün olmayabilir. alışmalarla yeterli veriler olmamasına rağmen olumsuz koşullanma ve penil hipersensivitesi PE'da etyolojik faktörler olabilir (23,24). Benzer Şekilde bozukluğun genetik bir temeli olduğu dşnlmştir (25,26). Fakat yeterli bilimsel kanıt yoktur. Cinsel istismar öyküsü, beden imajının yetersizliği, depresyon ve performans anksiyetesi PE gelişmesinde rol oynayabilen faktörlerdendir. Bu faktörler kazanılmış PE'nin en yaygın nedenleridir. Genellikle ED'den daha az can sıkıcı olmasına rağmen bazı durumlarda oldukça kötü sonuçlar meydana gelebilir (27). Bu sık olarak anorgazmi veya seksüel ağrı bozuklukları (vaginismus) gibi partnerindeki seksal problemlere de bağlı olabilir. Bu gibi durumlarda grup veya seks terapi yaklaşımları özellikle değerli olabilir. PE olan erkeklerde tedavi için farmakoterapi veya davranışsal terapi birlikte kombine edilebilir (28).

2.2. Ejakülasyon Gecikmesi, Anejakülasyon ve Erkek Anorgazmi

ED erkeklerde ejakülasyon gecikmesi, ejakülasyonda mutlak yetersizlik durumundan anejakülasyon ve retrograd ejakülasyona kadar uzanan bir bozukluklar spektrumudur (24-29).

Organik ve psikojenik faktörleri içeren birçok etyolojik faktörler tanımlanmıştır. Herhangi bir medikal hastalık, ilaç veya ejakülasyonun santral kontrolünü sağlayan (spinal veya supraspinal dahil) veya seminal traktın otonomik innervasyonuna müdahale eden cerrahi bir prosedür bunlara neden olabilir (30).

Retrograd ejakülasyon genellikle BPH operasyonu cerrahisi sonrası meydana gelirken, anejakülasyon her zaman radikal prostatektomi veya sistoprostatektomi sonrası meydana gelir. Orgazm tipik olarak bu ikinci prosedürle bozulmaz. Yaşlanan erkeklerde alt üriner sistem semptomları sık olarak ejakülasyon bozuklukları ile ilişkilidir (31,32). Yaygın bir şekilde kullanılan bazı alfa blokerler (örneğin tamsulosin) ve antidepresan ilaçlar özellikle serotonin geri alım inhibitörleri (örneğin paroksetin) gibi bazı ilaçlar ejakülasyon veya orgazm kaybıyla ilişkilidir (33). Erkek orgazmının bilinen fizyolojisi çok kısıtlıdır (24). Bu hastalıkların kesin prevalans verilerini bilmek mümkün değildir. Fakat prevalansının yaşlanan erkeklerde neredeyse ED kadar yüksek olduğu düşünülmektedir (31). Ejakülasyon kaybı erkeklerde sık olarak yaşanmakta olup özellikle ED gibi diğer seksüel bozukluklara bağlıdır (24-29).

Üremik erkeklerde seksüel disfonksiyon: Seksüel fonksiyonlarda bozukluklar kronik böbrek hastalığında yaygın görülen bir durumdur (34-37). Üremik erkeklerde %50'nin üzerinde erektil disfonksiyon, libido azalması ve cinsel birleşme sıklığında belirgin azalma görülür (34-36). Bu problemler iyileştirilebilir fakat diyaliz tedavisiyle nadiren normalize edilebilir. Bu nedenle yaşam kalitesinde belirgin bir azalma ile sonuçlanır (37,38). Buna karşılık, renal transplantasyon sonrası iyi fonksiyon gören bir böbrekte büyük ihtimalle daha iyi seksüel fonksiyon tablosu olacaktır. Bununla birlikte üreme fonksiyonları bozulmuş olarak kalabilir. Özellikle de ED ve libido azalması devam edebilir (34).

Üremide seksüel disfonksiyon tabiatı bakımından, anormal nokturnal penis şişmeleri gibi öncelikle organa aittir (37). Üremik ortam bu problemlerin gelişmesine katkıda bulunur. Seksüel disfonksiyona katkıda bulunan diğer faktörler periferik

nöropati, otonomik disfonksiyon, periferik vasküler hastalık ve farmakolojik ilaçlar sayılabilir. Sosyolojik ve psikolojik stres kronik böbrek hastalarında seksüel fonksiyon bozukluğuna katkıda bulunabilir (37-40). Kronik periton diyalizi tedavisi alan fiili ve istenen seksüel fonksiyon düzeyine sahip 68 hasta üzerinde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada hastaların %63'ü hiç cinsel ilişki yaşamadığını, %19'u her ay 2 veya daha az cinsel ilişki yaşadığını, %18'i her ay 2'den daha fazla cinsel ilişki yaşadığını bildirmiştir. Bu 3 grup arasında serum albumin konsantrasyonu, yaş ve alınan diyaliz süresi açısından fark yokken, standart psikolojik anketler cinsel ilişkiye hiç girmeyen grubun diğer gruplara göre daha fazla depresyonu ve anksiyetesi olduğunu göstermiştir. Ayrıca yine diğer iki gruba göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu ortaya koymuştur (39).

2.2.1. Hipotalamus-hipofiz-testiküler aksa fonksiyon bozukluğu

Spermatogenesis: KBH spermatogenesis bozukluğu ve testiküler hasara bağlı infertiliteye sık olarak yol açar. Semen analizinde tipik olarak, ejakülasyon volümünde azalma, oligo veya azospermi ve sperm hareketinin yüzdesinde düşüklük görülür. Testiküler histolojide, spermatojenik aktivitenin azaldığını, germinal elementlerin tam aplazisini ve matür spermatozoid sayılarının azalmış olduğunu görürüz. Diğer bulgular ise seminifer tubullerin zarar görmesi, Sertoli hücrelerinde atrofi ve interstisyel fibrozis ve kalsifikasyondur.

Üremide testiküler hasardan sorumlu olan faktörler tam olarak anlaşılamamıştır. Diyaliz tüpündeki ftalat gibi plastikleştiriciler, hemodiyaliz hastalarında altta yatan neden olabilir (41).

Testosteron: Üremi, gonadal steroidogenezisi bozar. Serum total ve serbest testosteron düzeyi, SHBG konsantrasyonunun ve bağlama kapasitesinin normal olmasına rağmen tipik olarak azalmıştır (42-44). Düşük serum testosteron düzeyi diyaliz hastalarında artmış mortalite ile ilişkilidir (45). Diğer manifestasyonlar testosteron sekresyon kapasitesinin normalin altında olması ve LH'nin biyolojik etkilerine sahip olan HCG'e gecikmiş testosteron cevabıdır (46). Buna karşılık serum östradiol konsantrasyonu tipik olarak normaldir (44).

Gonadotropinler: Üremik erkeklerde serum LH konsantrasyonu testosteron azalması nedeniyle feedback mekanizmasıyla yükselmiştir (44). Birçok farklı

derecelerde olmak üzere FSH düzeyi yükselmiştir (41). Yüksek FSH düzeyleri muhtemelen Sertoli hücrelerinin ürünü olan testosteron ve inhibin azalması nedeniyle meydana gelir. Üremik hastalardan en yüksek FSH düzeyleri en ciddi seminifer tübül hasarı ve muhtemelen en düşük inhibin düzeyi nedeniyledir.

Renal transplantasyon sonrası FSH düzeyinin yüksek olması spermatojenik fonksiyonların iyileşmesi açısından kötü prognoz işaretidir.

Prolaktin: Diyalize giren erkeklerin çoğunda prolaktin üretiminin 3 kat fazla olması nedeniyle plazma prolaktin konsantrasyonu yüksek bulunur (47). Prolaktin metabolik klerensinin de %33 oranında azalmış olduğu saptanmıştır (48). Ek olarak prolaktin kontrolü anormaldir. Örnek olarak dopamin infüzyonu veya oral L-dopa tedavisinin bazal prolaktin seviyesinin düşürülmesinde başarısız olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte prolaktin sekresyonunu yükselten arginin infüzyonu, insülin bağlı hipoglisemi ve tiotropin relasing hormon infüzyonu gibi durumlara prolaktin cevabı ya hiç yoktur ya da baskılanmış bir cevap vardır (49,50).

Üremik erkeklerde artan prolaktin salınımının klinik önemi bilinmemektedir. Normal böbrek fonksiyonu olan erkeklerde hipogonadizm nedenlerinden bağımsız olarak LH ve sonuç olarak testosteronda düşüşe neden olmaktadır. Böbrek yetmezliği olan erkeklerde LH normalden daha yüksektir ve bromokriptin tedavisi verildiğinde prolaktin seviyesi normale yakın bir seviyeye gelir. Fakat libido gücü üzerindeki etkisi tutarsızdır (51,52). Hipotansiyon başta olmak üzere yan etkilerde artış sıktır (52).

Jinekomasti: Jinekomasti hemodiyaliz hastalarının yaklaşık %30'unda görülmektedir (53). Bu problem en sık olarak diyaliz tedavisinin başlangıç dönemlerinde görülür ve diyaliz tedavisi devam ettikçe gerileme eğilimine girer. Jinekomastinin patogenezi açık değildir (54).

Değerlendirme: Üremik erkeklerin değerlendirilmesinde ilk adım eksiksiz bir anemnez ve fizik muayenedir. Asıl şikayet vakaların yaklaşık %80'inde görülen empotans tablosudur (55,56). Bu tür bireyler arasında aşağıdaki bulgular belli bir nedeni işaret edebilir:

Renal hastalık başlamadan önce erektil fonksiyonları normal olan hastalarda nöropati ve periferik vasküler hastalık gibi sekonder bir sebep olabilir. Altta yatan bir nöropati durumunda nörojenik mesane olabilir veya periferik vasküler hastalığı olan kişilerde penil kan akımının yetersizliği sonucu da meydana gelebilir.

Küçük ve yumuşak testislerle birlikte sekonder seks karakterlerinin olmayışı hipogonadizm göstergesidir.

Beta blokerler veya antidepresanlar gibi bir dizi ilaç ED nedeni olabilir. Düşük serum testosteron düzeyi hipogonadizmi gösterir. Yükselmiş serum letinize edici hormon düzeyi hipogonadizmin testikular nedeni olduğunu gösterir.

Yüksek serum prolaktin düzeyi düşük testosteron nedeni olabilir. İlk değerlendirmeden sonra empotansın bilinen ve aşikar nedenleri olmayan hastalarda stres ve depresyon gibi psikolojik faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Noktürnal penil şişme testinin değerlendirilmesiyle organik ve psikolojik hastalıklar arasındaki ayrımın yapılması sağlanabilir. Uyku sırasında ereksiyonun olmaması altta yatan bir organik disfonksiyonu göstermektedir. Bununla birlikte pozitif bir test fiziki nedenleri dışlamaz.

Birçok test nörojenik ve vasküler hastalığın ayırımında bize yardımcı olabilir. Ancak bu tür testler sildenafil tedavisine yanıt vermeyen ya da penil protez tedavisi göz önünde bulundurulan hastalara özellikle yapılmalıdır.

2.3. Kadın Cinsel Fonksiyonu ve Disfonksiyonu

Cinsel şikayetler dünya çapında kadınların yaklaşık %40'ını etkilemektedir (57-59). Kadın cinsel işlev bozukluğu; cinsel istek eksikliği, bozulmuş uyarılma, orgazm olamama ve seksüel aktivite sırasında ağrı gibi farklı formları içerir (60). Kadın cinsel işlev bozukluğunun tanısı tıbbi ve cinsel geçmişi ile elde edilen tanı kriterlerinin varlığına dayanır. Cinsel işlev bozukluğu ölçütlerini karşılamak için, bir cinsel sorunun tekrarlayan veya kalıcı olması gerekir. Ayrıca kişiler arası farklılıklar olduğu bilinmelidir (60). Cinsel fonksiyon kuvvetle fizyolojik ve psikolojik sorunların yanı sıra, ilişki ve sosyokültürel faktörlerden de etkilenir. Fiziksel veya cinsel istismar öyküsü de kadın cinsel işlev bozukluğu ile ilişkilidir (60).

Genel olarak cinsel sorunlar yaşla birlikte artış gösterir. Ancak orta yaş kadınlarda ciddi seksüel problemler zirve yapar (57-61).

Depresyon ve anksiyete de ciddi bir şekilde kadın cinsel işlev bozukluğu ile ilişkilidir. Diğer ilişkili durumlar ise; kanser, idrar kaçırma, vaginal atrofi, son dönem böbrek hastalığı, alkol, anemi, tiroid bozuklukları ve diyabettir. İlaçlar, özellikle bazı

antidepresan ilaçlar (selektif seratonin geri alım inhibitörleri) seksüel disfonksiyonla ilişkilidir (62-66).

2.3.1. Üremik kadınlarda üreme ve seksüel fonksiyon bozuklukları

Menstrüasyon, fertilité ve seksüel fonksiyon bozuklukları kadın kronik böbrek hastalarında yaygın olarak karşılaşılan bir sorundur. Son dönem böbrek hastalığı olan kadın hastalarda genellikle amenore mevcuttur. Bazı kadınlarda normal menstrüasyon görülmesine rağmen diyaliz tedavisi başladıktan sonra yetersiz akım nedeniyle menstrüel siklus tipik olarak düzensizleşir (67,68).

Bazen transfüzyon gerektirebilecek ciddi kanamalara yol açan menorajiler gelişebilir. Üremik kadınlarda en önemli menstrüel siklus anomalisi infertilite ile sonuçlanan anovulasyondur (69). Kronik diyaliz tedavisi alan kadınlarda libido azalması ve orgazma ulaşma yeteneğinde azalma görülür (70,71). Nadir olmakla beraber ilerlemiş böbrek yetmezliği olan kadınlarda gebelik meydana gelebilir fakat fetal kayıp önemli derecede artmıştır (71).

Üremik premenopozal kadınlarda hormonal bozukluklar: Anovulasyon adından da anlaşılacağı gibi ovulasyon sürecinin kurallarının bozulmasından kaynaklanan bir durumdur (72). Üremik kadınlarda anovulasyon sık olarak görülür. Bu durum aşağıdaki gözlemler tarafından desteklenmektedir (72-74):

- Biyopsi ile belirlenmiş endometrium üzerinde progesteron etkilerinin yokluğu,
- Menstrüel siklusun luteal fazında beklenen bazal vücut ısısı artışının olmaması,
- LH ve östradiol konsantrasyonunda preovulatuvar dönemde pik olmaması.

Prolaktin ve galaktore: KBH olan kadınlarda metabolik klirensin azalması ve sekresyonun artması nedeniyle dolaşan prolaktin konsantrasyonu ve galaktore yaygın bir şekilde artmıştır (75,76). Bu durumda prolaktin hipersekresyonu otonomiye bağlı olarak görülür ve bu şekliyle stimülasyon veya inhibisyon şeklindeki salınım manevralarına direnç gelişir.

2.4. Erkek ve Kadın Cinsel İşlevinin Değerlendirilmesi

2.4.1. Cinsel disfonksiyonu değerlendirmede Golombok-Rust Cinsel Doyum Envanteri (GRCDE)

Cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmeye yönelik bir ölçme aracıdır. Kadın ve erkek için hazırlanmış ve her biri 28 maddeden oluşan iki ayrı formu mevcuttur. Kadın ve erkek formlarında 5'i ortak (kaçınma, doyum, iletişim, dokunma ve ilişki sıklığı) olmak üzere 7 alt boyut yer almaktadır. Ayrıca kadın formunda vajinismus ve orgazm bozukluğu (anorgazmi), erkek formunda ise erken boşalma (prematur ejakülasyon) ve empotans (erektile disfonksiyon) alt boyutları bulunmaktadır. Maddelerin cevaplandırılması beşli likert tipi bir ölçek üzerinde yapılmakta ve "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "çoğunlukla" ve "her zaman" seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde hem toplam, hem de alt boyutlardan ayrı ayrı elde edilen puanlar kullanılabilir. Yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Elde edilen ham puanlar daha sonra 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülmekte, hem birey için, hem de çiftler için ortak bir profil çizilebilmektedir. 5 ve üzerindeki puanlar, o alt boyutta problem olduğuna işaret etmektedir. Rust ve Golombok tarafından 1986'da (77) geliştirilen envanterin Türkçe uyarlaması Tuğrul ve arkadaşları tarafından 1993'de yapılmış, geçerli ve güvenilir olduğuna ilişkin kanıtlar elde edilmiştir (78).

2.4.2. Anksiyete

Anksiyete her insanın hayatının bazı dönemlerinde bir biçimde yaşadığı, psikolojide tanımlanmış yaşantı türlerinden biridir. Genel olarak bir tehlikeye karşı bilişsel, otonomik ve duygusal tepiklerin bütününe ifade eder (79). İnsanı tehlikeye karşı koruma özelliği nedeniyle normal anksiyete mantıklı, hatta yaşamsal bir duyguken bozukluk durumunda yaşam kalitesini önemli derecede azaltan bir durum haline gelebilmektedir (80).

Anksiyete bozukluğu ve depresyon yüksek prevalansı olan ve sıklıkla birlikte meydana gelen bozukluklardır. Hem anksiyete, hem depresyon bozukluğu olan bireylerin tek bir bozukluğu olan bireylere göre genel olarak yaşam kalitesinin daha

kötü, fonksiyonel bozulma düzeyinin daha fazla olduğu ve tedavi başarısının daha az olduğu görülmüştür (81).

2.4.3. Depresyon

Depresyon, günlük etkinlikleri ilgi ve istekle yapma, bunlardan ve yaşamdan zevk alma yerine üzüntü, keder, mutsuzluk, isteksizlik, karamsarlık, umutsuzluk ve suçluluk gibi duyguların yer almasına neden olur. Düşünce, konuşma, hareketler ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama görülürken çaresizlik, değersizlik ve karar verme güçlüğü gibi duygu ve düşünceleri içeren özellikler bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal alanlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Depresyon yaşayan hasta birey kendi içine kapanarak kendisini sosyal çevresinden izole eder ve değersizlik hissi yaşayabilir. Bu durumda hasta hem fiziksel hem de ruhsal yönden beklenenden daha fazla etkilenebilir, iş performansında düşme, günlük yaşam aktivitelerinde azalma ve sosyal izolasyon görülebilir. Sonuçta hastanın yaşam kalitesi de olumsuz etkilenebilir (82,83). KBH hastalarında da umutsuzluk, seksüel fonksiyon kaybı, başkalarına bağımlı olma hissi nedeni ile depresyon en yaygın görülen psikiyatrik bozukluktur ve yüksek orandaki depresyon ile yaşam kalitesi azalmaktadır. Bu nedenle KBH'lı hastaların değerlendirilmesinde depresyon muhakkak değerlendirilmelidir (84).

2.4.4. Anksiyete ve depresyonun değerlendirilmesi

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-HAD (Hospital Anxiety Depression Measure): Zigmond ve Snaith tarafından hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için 1983'de geliştirilmiştir (85). Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. tarafından 1997 yılında yapılmıştır (86). Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar için tanı koymak amaçlı değil, anksiyete ve depresyonu kısa sürede tanımlayıp risk grubunu belirlemek için kullanılır. Toplam 14 sorudan yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir.

Yanıtlar dörtlü Likert biçiminde ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve

14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. HADÖ'nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için 7 olarak saptanmıştır. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler.

2.5. Amaç

Bu çalışmada, KBH tanısı alan ancak henüz renal replasman tedavisine başlanmamış hastalarda cinsel sorunlarının sıklığının belirlenmesi, depresif duygu durum ve hastalık aktiviteleri ile ilişkilerinin ortaya koyulması amaçlanmıştır.

3. HASTALAR ve YÖNTEM

Bu çalışmaya Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniği'nde en az 6 aydır takipte olan eGFR değeri 10-60 ml/dk/1.73 m² arasında olan seksüel aktif ve partneri olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, soruları anlayabilecek ve düşüncelerini söyleyebilecek yeterliliği olan 90 erkek, 60 kadın olmak üzere toplam 150 hasta alındı. Yaş ve cinsiyet uyumlu, sistemik hastalığı bulunmayan, düzenli cinsel hayatı olan, gönüllülerden 35 kadın, 30 erkek toplam 65 kişilik sağlıklı kontrol grubu seçildi. Her iki gruptaki bireylere çalışma içeriği anlatılıp yazılı onamları alındı. Çalışma için Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (Etik Kurul tarih ve No: 03.04.2014, 38/10).

Kontrol ve hasta grubundaki bireylerde Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kullanılarak ayrıntılı tıbbi ve seksüel anamnezleri alındı.

Tam kan sayımı, ferritin, proteinüri, BUN, glukoz, kreatinin, ürik asit, total protein, albümin, PTH, total kolesterol, trigliserit, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, karbondioksit, Na, K, Ca, P değerleri ölçüldü.

İstatistiksel Analiz ve Metod

Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama (mean), standart sapma (SD) ve medyan (ortanca), minimum (min), maksimum (max) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Fisher's Exact Test veya Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

Normallik testinde gruptaki örneklem sayısı 50'den küçük olduğunda Shapiro Wilks, büyük olduğunda Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. İki grubun ölçüm değerleri arasındaki farkın analizinde normallik varsayımı Shapiro-Wilk testi ile kontrol edilmiş, normal dağılıma uymadığı durumda Mann-Whitney U testi, uyduğu durumda Student t testi kullanılmıştır. İki'den fazla grubun parametrik olmayan karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi, anlamlı çıkan durumlar için post-hoc test olarak Bonferroni-Dunn testi kullanılmıştır. Normal dağılım varsayımı sağlandığı durumda bu grupların karşılaştırılmasında ANOVA testi ve ikili karşılaştırmalar için Sidak testi kullanılmıştır.

Tek değişkenli analizde anlamlı fark bulunan değişkenler dahil edilerek seksüel disfonksiyon puanının öngörülmesinde doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır.



4. BULGULAR

KBH olan hastaların ve kontrol grubunun demografik verileri arasında yapılan karşılaştırmaya göre kontrol grubunun %53,8'i kadın, %46,2'si erkek iken; KBH olan hastaların %40'ı kadın, %60'ı erkek olup bu iki grup arasında cinsiyet ve yaş açısından fark bulunmamıştır ($p>0,05$). İki grubun yaşadıkları yer ($p<0,001$) ve eğitim durumları ($p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. KBH olan hastaların kontrol grubuna göre daha yüksek oranda kırsal kesimde yaşadığı görülmüştür ($p<0,001$). Bununla beraber KBH olan hastaların kontrol grubuna göre daha yüksek oranda ilkokul mezunu olduğu ($p<0,001$) ve daha düşük oranda yüksek okul mezunu olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hasta ve kontrol gruplarının demografik verileri.

			Kontrol		KBH		p
			n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek		30	46,2	90	60,0	0,06
	Kadın		35	53,8	60	40,0	
Yaş	Kadın	Ort \pm SS	48,51 \pm 7,1	50,42 \pm 8,94	0,066		
		Med (Min-Max)	47 (40-64)	51 (27-65)			
	Erkek	Ort \pm SS	50,2 \pm 8,67	53,61 \pm 8,61	0,145		
		Med (Min-Max)	48 (40-65)	56 (35-65)			
Yaşadığı yer	Kırsal	4	6,2	43	28,7	<0,001	
	Kentsel	61	93,8	107	71,3		
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	0	0,0	8	5,3	<0,001	
	İlkokul	18	27,7	73	48,7		
	Ortaokul	8	12,3	22	14,7		
	Lise	15	23,1	32	21,3		
	Yüksekokul	24	36,9	15	10,0		

KBH nedenleri incelendiğinde en sık görülen KBH nedenlerinin hipertansiyon (%32), diyabet (%25,3) ve GN (%22) olduğu görülmüştür. KBH hastalarının %76,7'sinde ek hastalık bulunmaktadır. En sık görülen ek hastalıklar ise hipertansiyon (%64) ve diyabettir (%13,3). Hastaların en sık kullandıkları ilaçlar ise %59,3 ile KKB ve %42 ile ACEI'dir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. KBH nedenleri, ek hastalıklar ve kullanılan ilaçlar.

		n	%
KBH Nedeni	DM	38	25,3
	HT	48	32,0
	GN	33	22,0
	PKBH	12	8,0
	Taş	8	5,3
	Ürolojik Problem	11	7,3
Ek Hastalık	Yok	35	23,3
	Var	115	76,7
DM	Hayır	130	86,7
	Evet	20	13,3
HT	Hayır	54	36
	Evet	96	64
KAH	Hayır	135	90,0
	Evet	15	10,0
KKY	Hayır	149	99,3
	Evet	1	0,7
BPH	Hayır	143	95,3
	Evet	7	4,7
Kullandığı İlaçlar	Yok	0	0,0
	Var	150	100,0
β bloker	Hayır	102	68,0
	Evet	48	32,0
KKB	Hayır	61	40,7
	Evet	89	59,3
Diüretik	Hayır	126	84,0
	Evet	24	16,0
ACEİ	Hayır	87	58,0
	Evet	63	42,0
ARB	Hayır	93	62,0
	Evet	57	38,0
OAD	Hayır	134	89,3
	Evet	16	10,7
İnsülin	Hayır	112	74,7
	Evet	38	25,3
Statin	Hayır	108	72,0
	Evet	42	28,0
Alfa bloker	Hayır	135	90,0
	Evet	15	10,0
Anksiyolitik	Hayır	140	93,3
	Evet	10	6,7
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Evet	19	8,8
	Hayır	151	70,2
	Önceden evet	45	20,9

KBH olan ve kontrol grubundaki erkek ve kadın katılımcıların anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri karşılaştırılmıştır. Erkek hastalarda KBH olan hastaların sıklık ($p=0,027$), empotans ($p<0,001$) ve erken boşalma ($p<0,001$) puanları yüksek bulunmuştur. Kadın KBH hastalarının sıklık ($p=0,004$), iletişim ($p=0,004$), doyum ($p<0,001$), kaçınma ($p=0,008$), dokunma ($p=0,002$), orgazm bozukluğu ($p<0,001$) ve toplam seksüel disfonksiyon ($p<0,001$) puanları yüksek bulunurken vajinismus ($p=0,018$) puanlarının düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. KBH ve kontrol grubundaki erkek ve kadın katılımcıların anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri.

		n	Ortalama	SS	Medyan	Min	Maks	p
Anksiyete	Kontrol	30	6,23	3,87	6,00	,00	14,00	0,426
	KBH	90	5,84	4,33	5,00	,00	21,00	
Depresyon	Kontrol	30	5,30	3,75	4,00	,00	16,00	0,775
	KBH	90	5,59	3,95	5,50	,00	21,00	
Sıklık	Kontrol	30	3,63	2,04	4,00	,00	8,00	0,027
	KBH	90	4,54	1,86	4,00	,00	8,00	
İletişim	Kontrol	30	3,67	2,55	3,50	,00	8,00	0,746
	KBH	90	3,50	2,62	3,00	,00	8,00	
Doyum	Kontrol	30	6,67	3,28	7,00	,00	12,00	0,053
	KBH	90	5,69	2,82	6,00	,00	13,00	
Kaçınma	Kontrol	30	3,47	2,89	3,00	,00	10,00	0,094
	KBH	90	2,44	2,40	2,00	,00	9,00	
Dokunma	Kontrol	30	3,37	2,74	2,50	,00	9,00	0,881
	KBH	90	3,29	2,72	3,00	,00	13,00	
Empotans	Kontrol	30	3,77	2,14	4,00	,00	8,00	<0,001
	KBH	90	5,96	2,99	6,00	,00	14,00	
Erken boşalma	Kontrol	30	4,93	2,90	5,00	,00	11,00	<0,001
	KBH	90	7,98	3,09	8,00	,00	14,00	
Erkek Toplam	Kontrol	30	33,00	11,68	32,00	11,00	56,00	0,076
	KBH	90	37,84	13,20	39,00	6,00	72,00	
Anksiyete	Kontrol	35	7,34	4,98	7,00	,00	21,00	0,126
	KBH	60	8,70	4,81	8,00	,00	20,00	
Depresyon	Kontrol	35	6,66	4,87	6,00	,00	20,00	0,477
	KBH	60	7,42	4,75	7,00	,00	20,00	
Sıklık	Kontrol	35	4,14	2,22	4,00	,00	8,00	0,004
	KBH	60	5,43	1,77	6,00	1,00	8,00	
İletişim	Kontrol	35	3,80	2,22	3,00	,00	8,00	0,004
	KBH	60	5,23	2,39	5,00	,00	8,00	
Doyum	Kontrol	35	5,34	3,66	5,00	,00	12,00	<0,001
	KBH	60	8,45	3,79	8,00	,00	16,00	
Kaçınma	Kontrol	35	3,89	3,08	3,00	,00	12,00	0,008
	KBH	60	6,35	4,28	5,50	,00	16,00	
Dokunma	Kontrol	35	4,60	3,55	4,00	,00	12,00	0,002
	KBH	60	7,30	4,07	7,00	,00	16,00	
Vajinismus	Kontrol	35	6,43	2,75	7,00	,00	10,00	0,018
	KBH	60	5,25	3,02	5,00	1,00	16,00	
Orgazm bozukluğu	Kontrol	35	5,57	3,41	4,00	,00	14,00	<0,001
	KBH	60	8,10	3,09	8,00	2,00	16,00	
Kadın Toplam	Kontrol	35	39,29	18,16	38,00	4,00	70,00	<0,001
	KBH	60	53,37	18,36	55,50	12,00	98,00	

KBH hasta grubunda yaşı 50'den küçük ve büyük olan hastaların anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri karşılaştırılmıştır. Yapılan testlere göre erkeklerde depresyon puanlarının, kadınlarda iletişim puanlarının yaş gruplarına göre fark yarattığı görülmüştür. 50 yaş altındaki erkek hastaların depresyon skoru daha düşük ($p=0,032$), 50 yaş üzerindeki kadın hastaların iletişim skoru daha yüksek ($p=0,027$) bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Yaş gruplarına göre hasta grubunun anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri.

Yaş grupları		KBH						P
		n	Ortalama	SS	Medyan	Min	Maks	
Anksiyete	<50	29	7,10	4,92	6,00	,00	17,00	0,076
	>50	61	5,25	3,93	5,00	,00	21,00	
Depresyon	<50	29	6,90	4,19	7,00	,00	14,00	0,032
	>50	61	4,97	3,71	5,00	,00	21,00	
Sıklık	<50	29	4,17	1,85	4,00	1,00	7,00	0,234
	>50	61	4,72	1,85	5,00	,00	8,00	
İletişim	<50	29	3,93	2,80	4,00	,00	8,00	0,310
	>50	61	3,30	2,53	3,00	,00	8,00	
Doyum	<50	29	5,00	2,67	5,00	,00	11,00	0,110
	>50	61	6,02	2,85	6,00	,00	13,00	
Kaçınma	<50	29	2,86	2,71	2,00	,00	9,00	0,331
	>50	61	2,25	2,23	2,00	,00	8,00	
Dokunma	<50	29	3,69	3,57	3,00	,00	13,00	0,773
	>50	61	3,10	2,21	3,00	,00	10,00	
Empotans	<50	29	5,03	3,39	6,00	,00	10,00	0,205
	>50	61	6,39	2,70	6,00	1,00	14,00	
Erken boşalma	<50	29	7,48	4,04	8,00	,00	14,00	0,768
	>50	61	8,21	2,52	8,00	3,00	14,00	
Erkek Toplam	<50	29	36,59	16,70	37,00	6,00	67,00	0,536
	>50	61	38,44	11,27	40,00	16,00	72,00	
Anksiyete	<50	28	9,57	4,52	8,50	1,00	20,00	0,192
	>50	32	7,94	5,00	8,00	,00	20,00	
Depresyon	<50	28	7,57	5,32	6,00	,00	20,00	0,783
	>50	32	7,28	4,26	8,00	,00	18,00	
Sıklık	<50	28	5,18	1,94	5,50	1,00	8,00	0,370
	>50	32	5,66	1,60	6,00	1,00	8,00	
İletişim	<50	28	4,54	2,25	5,00	,00	8,00	0,027
	>50	32	5,84	2,37	6,50	1,00	8,00	
Doyum	<50	28	8,89	4,09	8,00	,00	16,00	0,402
	>50	32	8,06	3,53	8,00	1,00	16,00	
Kaçınma	<50	28	6,11	4,20	5,00	,00	15,00	0,727
	>50	32	6,56	4,41	6,00	1,00	16,00	
Dokunma	<50	28	6,86	4,30	6,50	,00	16,00	0,435
	>50	32	7,69	3,88	7,00	1,00	16,00	
Vajinismus	<50	28	5,36	2,83	5,00	1,00	11,00	0,606
	>50	32	5,16	3,22	4,50	2,00	16,00	
Orgazm bozukluğu	<50	28	8,36	3,63	8,00	2,00	16,00	0,551
	>50	32	7,88	2,56	8,00	3,00	13,00	
Kadın Toplam	<50	28	52,25	18,70	56,50	12,00	92,00	0,663
	>50	32	54,34	18,30	54,50	14,00	98,00	

KBH hasta grubunda eğitim durumuna göre anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri karşılaştırıldığında erkeklerde fark görülmezken, kadınlarda anksiyete ($p=0,014$), doyum ($p=0,022$), orgazm bozukluğu ($p=0,034$) ve toplam puanların ($p=0,033$) eğitime göre fark yarattığı bulunmuştur. Lise ve üzeri eğitime sahip hastaların bu puanları ortaokul ve altı eğitim düzeyine göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri hastaların yaşadıkları yere göre kıyaslanmıştır. Erkek hastalarda bu parametreler, yaşadıkları yerlere göre fark

yaratmazken kadın hastalarda kırsal kesimde yaşayanlarda iletişim puanı (p=0,013) daha yüksek olup, doyum puanı (p=0,009) daha düşük bulunmuştur. Ek hastalık olan hastalarla olmayan hastaların anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri kıyaslanmıştır. Ek hastalık olan erkeklerde sıklık (p=0,039), kaçınma (p=0,005), dokunma (p=0,004), empotans (p=0,012), erken boşalma puanları (p<0,001) yüksek bulunurken, kadınlarda ek hastalığın parametrelerde değişiklik yaratmadığı bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Ek hastalık olan hastalarla olmayan hastaların anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri.

		Ek Hastalık				P
		n	Medyan	Min	Maks	
Anksiyete	Yok	18	4,00	1,00	11,00	0,215
	Var	72	5,00	0,00	21,00	
Depresyon	Yok	18	3,00	1,00	14,00	0,313
	Var	72	6,00	0,00	21,00	
Sıklık	Yok	18	4,00	0,00	6,00	0,039
	Var	72	5,00	1,00	8,00	
İletişim	Yok	18	2,00	0,00	8,00	0,085
	Var	72	4,00	0,00	8,00	
Doyum	Yok	18	5,50	1,00	9,00	0,449
	Var	72	6,00	0,00	13,00	
Kaçınma	Yok	18	0,00	0,00	9,00	0,005
	Var	72	2,00	0,00	9,00	
Dokunma	Yok	18	1,00	0,00	6,00	0,004
	Var	72	3,00	0,00	13,00	
Empotans	Yok	18	4,00	0,00	8,00	0,012
	Var	72	7,00	0,00	14,00	
Erken Boşalma	Yok	18	5,50	2,00	12,00	<0,001
	Var	72	9,00	0,00	14,00	
Erkek Toplam	Yok	18	28,00	14,00	43,00	<0,001
	Var	72	43,50	6,00	72,00	
Anksiyete	Yok	17	8,00	1,00	15,00	0,396
	Var	43	8,00	0,00	20,00	
Depresyon	Yok	17	6,00	2,00	16,00	0,285
	Var	43	8,00	0,00	20,00	
Sıklık	Yok	17	6,00	3,00	8,00	0,500
	Var	43	6,00	1,00	8,00	
İletişim	Yok	17	5,00	1,00	8,00	0,848
	Var	43	5,00	0,00	8,00	
Doyum	Yok	17	9,00	3,00	16,00	0,410
	Var	43	8,00	0,00	16,00	
Kaçınma	Yok	17	6,00	2,00	16,00	0,103
	Var	43	5,00	0,00	15,00	
Dokunma	Yok	17	8,00	2,00	16,00	0,116
	Var	43	6,00	0,00	16,00	
Vajinismus	Yok	17	5,00	3,00	16,00	0,056
	Var	43	4,00	1,00	12,00	
Orgazm Bozukluğu	Yok	17	9,00	4,00	14,00	0,088
	Var	43	8,00	2,00	16,00	
Kadın Toplam	Yok	17	57,00	30,00	96,00	0,173
	Var	43	54,00	12,00	98,00	

Ek hastalıklar ayrı ayrı incelendiğinde, diyabeti olan erkek hastaların toplam cinsel disfonksiyon puanları diyabeti olmayanlardan yüksek ($p=0,038$) bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Ek hastalık olarak diyabeti olan ve olmayan KBH'lı hastaların anksiyete, depresyon ve cinsel disfonksiyon parametreleri.

		DM				P
		n	Medyan	Min	Maks	
Anksiyete	Hayır	78	5,00	0,00	18,00	0,919
	Evet	12	5,00	0,00	21,00	
Depresyon	Hayır	78	5,00	0,00	14,00	0,668
	Evet	12	6,00	1,00	21,00	
Sıklık	Hayır	78	4,00	0,00	8,00	0,385
	Evet	12	5,00	2,00	8,00	
İletişim	Hayır	78	3,00	0,00	8,00	0,151
	Evet	12	5,50	0,00	8,00	
Doyum	Hayır	78	6,00	0,00	13,00	0,924
	Evet	12	6,00	0,00	12,00	
Kaçınma	Hayır	78	2,00	0,00	9,00	0,202
	Evet	12	3,00	0,00	6,00	
Dokunma	Hayır	78	3,00	0,00	13,00	0,061
	Evet	12	4,00	1,00	10,00	
Empotans	Hayır	78	6,00	0,00	13,00	0,113
	Evet	12	7,50	3,00	14,00	
Erken Boşalma	Hayır	78	8,00	0,00	14,00	0,43
	Evet	12	8,00	3,00	14,00	
Erkek Toplam	Hayır	78	39,00	6,00	67,00	0,038
	Evet	12	46,50	18,00	72,00	
Anksiyete	Hayır	52	8,00	1,00	20,00	0,062
	Evet	8	6,50	0,00	11,00	
Depresyon	Hayır	52	6,50	0,00	20,00	0,616
	Evet	8	8,00	0,00	10,00	
Sıklık	Hayır	52	6,00	1,00	8,00	0,974
	Evet	8	5,00	3,00	8,00	
İletişim	Hayır	52	6,00	0,00	8,00	0,459
	Evet	8	4,00	4,00	8,00	
Doyum	Hayır	52	8,00	0,00	16,00	0,126
	Evet	8	5,50	3,00	13,00	
Kaçınma	Hayır	52	6,00	0,00	16,00	0,505
	Evet	8	4,50	1,00	13,00	
Dokunma	Hayır	52	7,00	0,00	16,00	0,853
	Evet	8	6,50	3,00	12,00	
Vajinismus	Hayır	52	5,00	1,00	16,00	0,568
	Evet	8	4,50	2,00	7,00	
Orgazm Bozukluğu	Hayır	52	8,00	2,00	16,00	0,288
	Evet	8	8,00	3,00	9,00	
Kadın Toplam	Hayır	52	56,00	12,00	98,00	0,39
	Evet	8	49,50	25,00	71,00	

Hipertansiyon hastası olan erkek hastalarda ise kaçınma ($p<0,001$), dokunma ($p=0,003$) ve genel toplam puanları ($p=0,003$) hipertansiyon olmayanlardan yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Ek hastalık olarak HT olan ve olmayan KBH'lı hastaların anksiyete, depresyon ve cinsel disfonksiyon parametreleri.

		HT				p
		n	Medyan	Min	Maks	
Anksiyete	Hayır	28	4,00	0,00	11,00	0,052
	Evet	62	5,00	0,00	21,00	
Depresyon	Hayır	28	3,00	1,00	14,00	0,058
	Evet	62	6,00	0,00	21,00	
Sıklık	Hayır	28	4,50	0,00	8,00	0,490
	Evet	62	4,00	1,00	8,00	
İletişim	Hayır	28	2,00	0,00	8,00	0,143
	Evet	62	4,00	0,00	8,00	
Doyum	Hayır	28	5,50	1,00	13,00	0,407
	Evet	62	6,00	0,00	12,00	
Kaçınma	Hayır	28	0,00	0,00	9,00	0,001
	Evet	62	2,00	0,00	9,00	
Dokunma	Hayır	28	2,00	0,00	6,00	0,003
	Evet	62	3,00	0,00	13,00	
Empotans	Hayır	28	5,00	0,00	9,00	0,076
	Evet	62	7,00	0,00	14,00	
Erken Boşalma	Hayır	28	7,00	2,00	14,00	0,056
	Evet	62	8,50	0,00	14,00	
Erkek Toplam	Hayır	28	30,50	14,00	52,00	0,003
	Evet	62	43,50	6,00	72,00	
Anksiyete	Hayır	26	8,00	1,00	20,00	0,822
	Evet	34	8,50	0,00	20,00	
Depresyon	Hayır	26	6,50	0,00	16,00	0,539
	Evet	34	8,00	0,00	20,00	
Sıklık	Hayır	26	5,50	3,00	8,00	0,880
	Evet	34	6,00	1,00	8,00	
İletişim	Hayır	26	5,00	0,00	8,00	0,383
	Evet	34	6,00	0,00	8,00	
Doyum	Hayır	26	8,00	3,00	16,00	0,840
	Evet	34	8,00	0,00	16,00	
Kaçınma	Hayır	26	5,50	0,00	16,00	0,454
	Evet	34	5,50	0,00	15,00	
Dokunma	Hayır	26	7,50	1,00	16,00	0,274
	Evet	34	6,00	0,00	16,00	
Vajinismus	Hayır	26	5,00	2,00	16,00	0,157
	Evet	34	4,00	1,00	12,00	
Orgazm Bozukluğu	Hayır	26	9,00	2,00	14,00	0,701
	Evet	34	8,00	2,00	16,00	
Kadın Toplam	Hayır	26	56,00	14,00	96,00	0,711
	Evet	34	55,00	12,00	98,00	

Koroner arter hastalığı (KAH) olan erkek hastalarda ise doyum parametresine ait skor ortalaması KAH olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,042$). Kadın hastalarda ise örneklem yetersizliği nedeniyle karşılaştırma yapılmamıştır.

KBH nedenleri ayrı ayrı incelendiğinde ise erkeklerde en az bir grupta kaçınma ($p=0,005$), dokunma ($p=0,008$), empotans ($p=0,02$), toplam puanı ($p=0,002$) diğer

gruptan farklı bulunmuştur. Yapılan ikili karşılaştırmada kaçınma puanı için KBH nedeni hipertansiyon olan hastaların diyabet ve GN olanlardan ($p=0,044$) düşük olduğu, dokunma puanı için KBH nedeni hipertansiyon olan hastaların diyabet olan hastalardan ($p=0,008$) düşük olduğu, empotans için de yine KBH nedeni hipertansiyon olan hastaların diyabet olan hastalardan ($p=0,017$) düşük olduğu bulunmuştur. Toplam puanlara bakıldığında da KBH nedeni hipertansiyon olan hastaların diyabet olan hastalardan ($p=0,002$) düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8 ve Tablo 4.9).

Tablo 4.8. Çalışmaya alınan erkek hastalarda KBH nedenleri.

		KBH				p	Fark	p
		n	Medyan	Min	Maks			
Anksiyete	DM	23	5,00	,00	17,00	0,234		
	HT	25	4,00	,00	11,00			
	GN	20	7,50	,00	18,00			
	Diğer	22	5,00	,00	21,00			
Depresyon	DM	23	6,00	1,00	13,00	0,082		
	HT	25	3,00	1,00	14,00			
	GN	20	7,50	,00	12,00			
	Diğer	22	5,00	,00	21,00			
Sıklık	DM	23	5,00	1,00	7,00	0,560		
	HT	25	4,00	,00	8,00			
	GN	20	4,50	2,00	7,00			
	Diğer	22	4,00	1,00	8,00			
İletişim	DM	23	3,00	,00	8,00	0,340		
	HT	25	2,00	,00	8,00			
	GN	20	4,50	,00	8,00			
	Diğer	22	3,50	,00	8,00			
Doyum	DM	23	6,00	1,00	12,00	0,742		
	HT	25	6,00	1,00	13,00			
	GN	20	6,50	,00	11,00			
	Diğer	22	5,00	2,00	11,00			
Kaçınma	DM	23	4,00	,00	8,00	0,005	HT-GN	0,044
	HT	25	,00	,00	9,00		HT-DM	0,005
	GN	20	2,50	,00	8,00			
	Diğer	22	2,00	,00	9,00			
Dokunma	DM	23	4,00	,00	6,00	0,008	HT-DM	0,008
	HT	25	1,00	,00	6,00			
	GN	20	3,00	,00	13,00			
	Diğer	22	3,00	,00	12,00			
Empotans	DM	23	7,00	3,00	13,00	0,020	HT-DM	0,017
	HT	25	5,00	,00	9,00			
	GN	20	6,00	,00	10,00			
	Diğer	22	6,00	,00	14,00			
Erken Boşalma	DM	23	8,00	4,00	12,00	0,063		
	HT	25	6,00	2,00	14,00			
	GN	20	8,00	,00	14,00			
	Diğer	22	10,00	,00	13,00			
Erkek Toplam	DM	23	45,00	25,00	55,00	0,002	HT-DM	0,002
	HT	25	30,00	14,00	52,00			
	GN	20	42,50	6,00	67,00			
	Diğer	22	40,50	10,00	72,00			

Tablo 4.9. Çalışmaya alınan kadın hastalarda KBH nedenleri.

		KBH				p	Fark	p
		n	Medyan	Min	Maks			
Anksiyete	DM	15	11,00	2,00	20,00	0,214		
	HT	23	8,00	1,00	20,00			
	GN	13	8,00	2,00	14,00			
	Diğer	9	3,00	,00	17,00			
Depresyon	DM	15	9,00	,00	20,00	0,482		
	HT	23	7,00	,00	16,00			
	GN	13	6,00	2,00	11,00			
	Diğer	9	5,00	,00	18,00			
Sıklık	DM	15	6,00	3,00	8,00	0,733		
	HT	23	6,00	3,00	8,00			
	GN	13	5,00	1,00	8,00			
	Diğer	9	6,00	1,00	8,00			
İletişim	DM	15	6,00	1,00	8,00	0,796		
	HT	23	5,00	,00	8,00			
	GN	13	4,00	3,00	8,00			
	Diğer	9	6,00	,00	8,00			
Doyum	DM	15	8,00	1,00	16,00	0,836		
	HT	23	7,00	3,00	16,00			
	GN	13	9,00	3,00	16,00			
	Diğer	9	8,00	,00	13,00			
Kaçınma	DM	15	6,00	1,00	15,00	0,290		
	HT	23	5,00	,00	16,00			
	GN	13	7,00	,00	13,00			
	Diğer	9	2,00	,00	13,00			
Dokunma	DM	15	7,00	1,00	14,00	0,514		
	HT	23	7,00	1,00	16,00			
	GN	13	7,00	2,00	16,00			
	Diğer	9	6,00	,00	14,00			
Vajinismus	DM	15	4,00	1,00	9,00	0,241		
	HT	23	5,00	2,00	16,00			
	GN	13	5,00	2,00	12,00			
	Diğer	9	4,00	2,00	10,00			
Orgazm Bozukluğu	DM	15	8,00	3,00	14,00	0,989		
	HT	23	9,00	2,00	14,00			
	GN	13	8,00	2,00	16,00			
	Diğer	9	8,00	4,00	13,00			
Kadın Toplam	DM	15	56,00	14,00	92,00	0,771		
	HT	23	55,00	14,00	96,00			
	GN	13	60,00	30,00	98,00			
	Diğer	9	49,00	12,00	79,00			

Hastaların kullandıkları ilaçlara göre anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri karşılaştırılmıştır. β bloker kullanan erkek hastalarda erken boşalma puanı ($p=0,005$) daha yüksek, kadın hastalarda ise iletişim puanı ($p=0,003$), doyum puanı ($p=0,002$) ve dokunma puanı ($p=0,028$) daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.10 ve Tablo 4.11).

KKB kullanan erkeklerde yalnızca anksiyete ($p=0,025$) ve depresyon puanları ($p=0,019$) yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10).

Diüretik kullanan kadın hastalarda doyum ($p=0,042$) ve toplam seksüel disfonksiyon puanı ($p=0,024$) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.11).

İnsülin kullanan erkek hastalarda kaçınma ($p=0,015$), dokunma ($p=0,006$), empotans ($p=0,001$) ve genel toplam puan ($p=0,006$) yüksek bulunurken kadın hastalarda ise vajinismus puanı ($p=0,01$) düşük bulunmuştur (Tablo 4.10).

Statin kullanan erkek hastalarda empotans puanı ($p=0,034$) yüksek, kadınlarda iletişim puanı ($p=0,04$) düşük bulunmuştur.

Evreye göre anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri karşılaştırıldığında erkek hastalarda evre 5 hastalarının evre 3 ($p=0,018$) ve evre 4'e göre ($p=0,037$) erken boşalma puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10).

Kadınlarda ise evre 5 olan hasta sayısı çok düşük sayıda olduğu için ($n=2$) değerlendirmeye dahil edilmemiştir. Evre 3 hastalarının evre 4'e göre depresyon puanları daha yüksek ($p=0,028$) bulunmuştur (Tablo 4.11).

Tablo 4.10. Çalışmaya alınan erkek hastalarda evreye göre anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri.

		Evre				p
		n	Medyan	Min	Maks	
Anksiyete	3	54	5,00	0,00	18,00	0,825
	4	27	5,00	0,00	21,00	
	5	9	5,00	0,00	14,00	
Depresyon	3	54	5,00	0,00	14,00	0,886
	4	27	6,00	0,00	21,00	
	5	9	7,00	0,00	12,00	
Sıklık	3	54	4,00	0,00	8,00	0,537
	4	27	5,00	1,00	7,00	
	5	9	6,00	1,00	7,00	
İletişim	3	54	3,00	0,00	8,00	0,656
	4	27	4,00	0,00	8,00	
	5	9	2,00	0,00	8,00	
Doyum	3	54	5,00	0,00	13,00	0,179
	4	27	6,00	0,00	11,00	
	5	9	6,00	2,00	12,00	
Kaçınma	3	54	2,00	0,00	9,00	0,577
	4	27	2,00	0,00	9,00	
	5	9	1,00	0,00	4,00	
Dokunma	3	54	3,00	0,00	13,00	0,614
	4	27	3,00	0,00	8,00	
	5	9	3,00	0,00	12,00	
Empotans	3	54	6,00	0,00	14,00	0,415
	4	27	7,00	0,00	10,00	
	5	9	7,00	0,00	13,00	
Erken Boşalma	3	54	8,00	0,00	14,00	0,020
	4	27	8,00	2,00	14,00	
	5	9	10,00	9,00	12,00	
Erkek Toplam	3	54	36,00	6,00	72,00	0,415
	4	27	44,00	14,00	62,00	
	5	9	45,00	20,00	57,00	

Tablo 4.11. Çalışmaya alınan kadın hastalarda evreye göre anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri.

		Evre				p
		n	Medyan	Min	Maks	
Anksiyete	3	23	10,00	3,00	20,00	0,063
	4	35	8,00	0,00	20,00	
	5	2	7,00	5,00	9,00	
Depresyon	3	23	9,00	0,00	18,00	0,028
	4	35	6,00	0,00	20,00	
	5	2	6,50	3,00	10,00	
Sıklık	3	23	6,00	2,00	8,00	0,572
	4	35	6,00	1,00	8,00	
	5	2	6,50	6,00	7,00	
İletişim	3	23	5,00	0,00	8,00	0,987
	4	35	5,00	0,00	8,00	
	5	2	6,50	5,00	8,00	
Doyum	3	23	8,00	3,00	13,00	0,487
	4	35	8,00	0,00	16,00	
	5	2	11,50	8,00	15,00	
Kaçınma	3	23	6,00	0,00	16,00	0,854
	4	35	5,00	0,00	15,00	
	5	2	7,50	2,00	13,00	
Dokunma	3	23	6,00	1,00	16,00	0,292
	4	35	7,00	0,00	16,00	
	5	2	9,00	2,00	16,00	
Vajinismus	3	23	5,00	2,00	16,00	0,779
	4	35	4,00	1,00	11,00	
	5	2	7,00	2,00	12,00	
Orgazm Bozukluğu	3	23	8,00	2,00	12,00	0,124
	4	35	9,00	2,00	16,00	
	5	2	10,50	8,00	13,00	
Kadın Toplam	3	23	55,00	14,00	96,00	0,770
	4	35	56,00	12,00	92,00	
	5	2	68,00	38,00	98,00	

Hastaların cinsel disfonksiyon puanını öngörmek için kurulan regresyon modellerinde, anksiyete ve depresyon skorları birbirleriyle yüksek derecede ilişkili olduğu için multicollinearity (çoklu doğrusal bağlantı) sorunu yaşanmaması için bu iki değişken aynı modele dahil edilmemiştir. Bu nedenle hem erkek hem de kadınlar için

ikişer model oluşturulmuştur. Ve modele alınacak tüm değişkenler, öncelikle tek değişkenli analizde anlamlı sonuç vermesine göre belirlenmiştir.

Erkek hastalarda anksiyete modelde iken; yaş, hipertansiyon ve anksiyete anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.12). Depresyon modelde iken ise yine yaş, hipertansiyon ve depresyon anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.13).

Kadın hastalarda ise anksiyete modelde iken; yaş ve anksiyete (Tablo 4.14), depresyon modelde iken ise yalnızca depresyon (Tablo 4.15) anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.12. Erkek hastalar için Model 1.

	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	β	Standart hata	Beta			Alt limit	Üst limit
(Sabit)	9,536	7,416		1,286	,201	-5,157	24,230
Yaş	,367	,130	,247	2,827	,006	,110	,624
DM	6,224	3,731	,145	1,668	,098	-1,168	13,615
HT	7,604	2,813	,294	2,703	,008	2,031	13,176
İnsülin	2,586	3,060	,079	,845	,400	-3,476	8,649
Anksiyete	,810	,267	,263	3,035	,003	,281	1,338

Tablo 4.13. Erkek hastalar için Model 2.

	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	β	Standart hata	Beta			Alt limit	Üst limit
(Sabit)	8,797	7,487		1,175	,242	-6,035	23,629
Yaş	,388	,131	,261	2,954	,004	,128	,648
DM	5,911	3,735	,137	1,583	,116	-1,488	13,310
HT	7,664	2,805	,297	2,732	,007	2,106	13,221
İnsülin	3,069	3,033	,094	1,012	,314	-2,940	9,078
Depresyon	,894	,289	,269	3,095	,002	,322	1,467

Tablo 4.14. Kadın hastalar için Model 1.

	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	β	Standart hata	Beta			Alt limit	Üst limit
(Sabit)	3,510	14,883		,236	,814	-26,066	33,086
Eğitim Durumu	1,535	4,197	,038	,366	,716	-6,807	9,876
Yaş	,473	,220	,203	2,151	,034	,036	,911
KKB	6,734	4,687	,172	1,437	,154	-2,581	16,049
Diüretik	5,511	5,959	,088	,925	,358	-6,333	17,354
Anksiyete	1,416	,383	,357	3,693	<,001	,654	2,178

Tablo 4.15. Kadın hastalar için Model 2.

	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	β	Standart hata	Beta			Alt limit	Üst limit
(Sabit)	14,766	13,991		1,055	,294	-13,037	42,570
Eğitim Durumu	-,859	4,124	-,021	-,208	,835	-9,055	7,337
Yaş	,357	,218	,153	1,635	,106	-,077	,790
KKB	4,916	4,753	,126	1,034	,304	-4,529	14,361
Diüretik	3,556	6,113	,056	,582	,562	-8,591	15,703
Depresyon	1,288	,384	,317	3,354	,001	,525	2,051

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda prediyaliz KBH'lı olan hastalarla sağlıklı kontrol grubunun anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri erkek ve kadınlarda ayrı olarak karşılaştırılmıştır. Erkek KBH olanların sıklık, empotans ve erken boşalma puanları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Kadın KBH olanların kontrol grubuna göre sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, orgazm bozukluğu ve toplam seksüel disfonksiyon puanları yüksek bulunurken, vajinismus puanlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Seksüel disfonksiyon kronik üremide yaygın görülen bir durumdur. Kronik böbrek hastalığının doğal seyrinde organik veya psikojenik nedenlere bağlı olup olmadığı açık değildir. Kettaş ve ark.'nın SDBY hastalarda yapmış olduğu çalışmada hasta grupta seksüel disfonksiyonun kontrol grubuna göre artmış olduğu gösterilmiştir (87). Soykan ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada; diyaliz tedavisi altındaki SDBY hastalarında hem kadın hem de erkeklerde seksüel disfonksiyonu çok yaygın olarak bildirmişlerdir. Erkeklerde en sık ED, kadınlarda azalmış tatmin ve orgazm rapor edilmiştir (5).

Procci WR ve arkadaşlarının yapmış olduğu seksüel disfonksiyon belirleme amaçlı çalışmada; 50 normal ve 48 kronik üremik hasta alınmıştır. 48 hastanın 25 aktif diyaliz tedavisi almakta ve 23 hasta ise böbrek fonksiyonları takipte olan prediyaliz hastasıydı. Bu çalışmada üremik hastalarda erektil disfonksiyon ve cinsel birleşme sıklığında ileri derecede azalma olduğu saptanmış ancak hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan grupta önemli bir fark bulunamamıştır. Ayrıca NPT'nin 40 yaşından sonra belirgin azaldığı görülmüştür. Tüm yaş gruplarında NPT üremik hastalarda normal grup ve prediyaliz hastalarına göre çok daha düşük bulunmuştur. Eretil şikayetlerle, cinsel birleşme sıklığı veya NPT ve depresyon varlığı ve yokluğu arasında korelasyon saptanamamışlardır. Üremik hastalarda cinsel birleşme sıklığı ve NPT arasında önemli derecede ilişki bulunmuştur. Bu çalışmanın verileri göstermiştir ki üremik hastaların %50'sinde kısmi veya tam impotans mevcuttur. Bu da üreminin getirdiği metabolik ve hormonal bozuklukların doğal bir sonucudur (11).

Navaneethan SD ve arkadaşlarının yapmış olduğu toplam 8343 hastanın alındığı 50 çalışmadan oluşan metaanaliz incelemesinde; hemen tüm çalışmalarda erkeklerde erektil disfonksiyon prevalansının yüksek olduğu belirtilmiştir. Eretil disfonksiyon

tahmini olarak %70 iken kadınlarda seksüel disfonksiyon oranı %30-80 aralığında saptanmıştır. KBH olan hastalarda seksüel disfonksiyon probleminin bu kadar yüksek olması artan yaş, diabetes mellitus ve depresyonla ilişkili olduğu belirtilmiştir (88).

Esen B ve arkadaşlarının 27'si kadın, 26'sı erkek olmak üzere 53 hasta ve 20'si kadın, 20'si erkek olmak üzere 40 sağlıklı kontrol grubundan yapmış olduğu çalışma da erektil disfonksiyon durumunun benzer olduğu sonucu elde edilmiştir. Öte yandan cinsel işlev bozukluğu; kadın hastalarda, kadın kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (89). Bizim çalışmamızda da literatür verilerine benzer şekilde erkek hastalarda kontrol grubuna göre cinsel ilişki sıklığı daha az, empotans ve erken boşalma daha fazla bulunmuştur. Ayrıca kadınlarda da literatürdeki verilere paralel bulgular olarak tüm cinsel disfonksiyon parametrelerinde bozulma saptanmıştır.

Fryckşited ve ark. yapmış olduğu çalışmada; %85 erkek ve %15 kadın olan 117 hasta ele alınmıştır. Hastalar prediyaliz ve hemodiyaliz dönemlerinde 6 ay ara ile izlenmiştir. Seksüel disfonksiyon açısından kadınlar ve erkekler arasında istatistiki olarak anlamlı fark gösterilememiştir. Aynı çalışmanın aktif diyaliz tedavisi aldıktan sonra seksüel disfonksiyon oranı prediyaliz dönemine göre daha yüksek bulunmuştur. Prediyaliz dönemdekiyle kıyaslandığında, hemodiyaliz tedavisi aldıktan sonra erkeklerde ED'nin ve kadınlarda lubrikasyonun %66 oranında azaldığı ve bununla ilişkili olarak ilişki sayısının da azaldığı gösterilmiştir (90). Bizim çalışmamızda prediyaliz dönemindeki hastalar değerlendirilmiş olup, diyaliz tedavisi altındaki hastalar çalışmaya alınmıştır. Prediyaliz dönemindeki hastaların evreye göre anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri karşılaştırıldığında erkeklerde evre 5 hastalarının evre 3 ve evre 4'e göre erken boşalma puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınlarda ise evre 5 olan hasta sayısı çok düşük sayıda olduğu için (n=2) değerlendirmeye dahil edilmemiş olup, evre 3 hastalarının evre 4'e göre depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar böbrek hastalığının ilerlemesiyle seksüel disfonksiyonun sınırlı düzeyde kalsa bile etkilenebileceğine işaret etmektedir.

Steele ve ark. yapmış olduğu çalışmada PD hastalarının %63'ünün hiç cinsel ilişki yaşamadığı sonucu elde edilmiştir. İlişki yaşayan grubun ise %33'ü yetersiz orgazm sorunu yaşamakta, %62'si cinsel uyarılma, ereksiyon olma ve sürdürmede sorun yaşadıklarını belirtmektedir. Bu bulgular hemodiyaliz hastaları için de benzer tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada hastalar diyaliz ile birlikte cinsel yaşamlarının bitmesi

gerektiğini düşünmüş, cinsel yaşamlarını sürdürenlerin ise cinsel tatminlerinin normal popülasyona göre daha düşük olduğu gösterilmiştir (91).

Kadınlar için yaş ilerledikçe temel olarak fizyolojik ve psikolojik değişiklikler menopozla meydana gelir. Seksüel fonksiyon değişikliklerine libido, cinsel cevap verilebilirlik, konfor seviyesi ve cinsel frekansta azalma eşlik eder. Premenopozal dönemde testosteron düşüklüğü libido azalması, dokunma duyarlılığında azalma ve yorgunluk nedeni olabilir (92). Ayrıca yaşla birlikte erkeklerde ejakülasyon sıklığı, ereksiyon, seksüel isteksizlikte azalmayla birlikte testosteron üretiminde de azalma görülür (93). Bizim çalışmamızda yaşı 50'den küçük ve büyük olan hastaların anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri karşılaştırıldığında sadece 50 yaş altındaki erkek hastaların depresyon skoru daha düşük, 50 yaş üzerindeki KBH hastası kadın bireylerin iletişim skoru daha yüksek bulunduğu saptandı. Ayrıca bizim çalışmamızda cinsel disfonksiyonu etkileyen faktörlerden birisi de yaş olarak bulunmuştur.

Hollanda'da 7076 hasta üzerinde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada anksiyete ve depresyon bozukluğu ile kadın cinsiyet, 25-34 yaş arasında olmak, düşük eğitim düzeyi, yalnız yaşama, işsizlik, ailede psikiyatrik hastalık hikayesi, çocukluk çağında geçirilen travma arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (94). Bizim çalışmamızda; eğitim durumuna göre anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri karşılaştırıldığında erkeklerde fark görülmezken, kadınlarda anksiyete, doyum, orgazm bozukluğu ve toplam puanların eğitime göre fark yarattığı bulunmuştur. Lise ve üzeri eğitime sahip hastaların bu puanlarının ortaokul ve altı eğitim düzeyine göre daha düşük bulunması eğitim düzeyinin artmasıyla cinsel disfonksiyonun azaldığını göstermektedir.

KBH'lı erkeklerde; depresyon nedenleri arasında iş kaybı, erkeklik imgesindeki kayıp ve toplumun getirmiş olduğu baskı nedeniyle utangaçlık kavramı oluşması ve bu yüzden yardım almadan kaçınma, idrar yapamama gibi faktörler sayılabilir. Toplumda erkeklerin her zaman cinselliğe hazır olduğu biçiminde bir yargı olması nedeniyle kişinin performans düşüklüğüne ve yoğun anksiyete yaşamasına neden olmaktadır. Bundan dolayı kişide cinsel isteksizlik ve cinsel ilişkiden kaçınma tablosu oluşmaktadır. Bu döngü sonucunda kişide depresif bir tablo oluşmaktadır (95-97).

Kurdoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; prediyaliz hastalarında kontrol ve hemodiyaliz hastalarına göre sırasıyla 6 ve 3.8 kat daha fazla depresif

semptomlar geliştiği sonucu elde edilmiştir. Ayrıca prediyaliz depresif semptomu olan hastalarda depresif semptomları olmayan hastalara göre seksüel disfonksiyon 24 kat daha fazla bulunmuştur (98). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada; anksiyetesi olan erkek hastaların sıklık puanı düşük, kaçınma puanı yüksek bulunmuş; kadınlarda ise anksiyetesi olan hastaların kaçınma puanı, dokunma puan ve toplam puanları yüksek bulunmuştur. Öte yandan depresyonu olan erkek hastalarımızın kaçınma, depresyonu olan kadın hastalarımızın ise iletişim puanı yüksek bulunmuştur. Ayrıca bizim çalışmamızda hem erkek hem de kadınlarda anksiyete ve depresyon cinsel disfonksiyonu etkileyen bağımsız risk faktörleri olarak saptanmıştır.

KBH hastalarında %80-85 gibi sık bir oranda hipertansiyon tablosu ortaya çıkmaktadır (99). Glomerüler hasarın ilerlemesi ile birlikte belirgin ödem bulguları olmadan sıvı yüklenmesine bağlı hipertansiyon temel mekanizmalardan biridir (100,101). Birçok yeni çalışma seksüel disfonksiyonun aralarında hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve diabetes mellitus gibi komorbid hastalığın sonucu olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bizim çalışmamızda da hipertansiyon hastası olan erkek hastalarda ise kaçınma, dokunma ve genel toplam puanları hipertansiyon olmayanlardan yüksek bulunmuştur ($p>0,05$). Ayrıca bizim çalışmamızda erkeklerde cinsel disfonksiyonu etkileyen faktörlerden birisi de hipertansiyon olarak saptanmıştır.

Diyabetik genitoüriner otonomik nöropati mesane disfonksiyonu, retrograd ejakülasyon, erektil disfonksiyon ve dispareni (vajinal lubrikasyonun azalması nedeniyle) gibi ciddi bozukluklardan sorumludur (102). Diyabetik erkek ve kadın hastalarda sexual disfonksiyon çok sık olarak görölmektedir. Erkeklerde bu durumdan özellikle kavernal dokudaki trabeküler düz kas kaybı suçlanmaktadır (103). Ayrıca gelişen kardivasküler komplikasyonlarda sorumlu tutulmaktadır (104). McCulloch DK ve ark. yapmış olduğu çalışmada: 20-59 yaş arasında 541 diyabetik erkek hastada %35 oranında erektil disfonksiyon olduğu saptanmıştır (105). Ayrıca Enzlin P ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada: 120 kadın diyabetik hasta ile eş yaşlarda 180 kadın kontrol grup karşılaştırılmıştır. Diyabetik grupta sexual disfonksiyon %27 olarak saptanırken, kontrol grubunda %15 olarak saptanmıştır (106). Bizim çalışmamızda da önceki çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olarak diyabeti olan hem erkek, hem kadın hastaların toplam cinsel disfonksiyon puanları yüksek bulunmuştur.

KBH hastalarında eşlik eden hastalıkların yanı sıra bazı kardiyovasküler ve antihipertansif ilaçlar (Beta blokerler, tiazid diüretikler vs.) seksüel disfonksiyonun gelişmesinde rol oynamaktadır (107). Bizim çalışmamızda da β bloker kullanan erkek hastalarda erken boşalma puanı daha yüksek, kadın hastalarda ise iletişim puanı, doyum puanı ve dokunma puanı daha düşük bulunmuştur. KKB kullanan erkeklerde yalnızca anksiyete ve depresyon puanları yüksek bulunmuştur. Diüretik kullanan kadın hastalarda doyum ve toplam seksüel disfonksiyon puanı daha yüksek bulunmuştur.

KBH'da cinsel sorunlar yüksek prevalansa sahiptir. Fakat özellikle prediyaliz dönemindeki KBH hastalarında seksüel disfonksiyon ile yapılan çalışmalar sınırlıdır. Hekimler KBH'da mevcut olan seksüel disfonksiyon hakkında bilgi sahibi olmalarına rağmen yeterli derecede bu konuda hasta ile iletişime geçmemektedir. Seksüel disfonksiyonun değerlendirilmesi için hastanın tıbbi durumu, hastalık aktivitesi, fizyolojik anormallikleri, hormonal dengesizlikleri, psikolojik durumu, ailesel özellikleri gözden geçirilmelidir.

Özellikle prediyaliz KBH hasta grubunda bu konu ile ilgili literatürde sınırlı sayıda çalışma olması nedeniyle hastaların yaşam kalitesini arttırmak amacıyla bizim çalışmamız önem arz etmektedir.

6. SONUÇLAR

1. KBH olan erkeklerde ilişki sıklığı, empotans ve erken boşalma puanları yüksek bulunmuştur. KBH olan kadın hastaların ilişki sıklığı, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, orgazm bozukluğu ve toplam seksüel disfonksiyon puanları yüksek bulunurken vajinismus puanlarının düşük olduğu görülmüştür.
2. 50 yaş altındaki erkek hastaların depresyon skoru daha düşük, 50 yaş üzerindeki kadın hastaların iletişim skoru daha yüksek bulunmuştur.
3. KBH hasta grubunda eğitim durumuna göre anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri karşılaştırıldığında erkeklerde fark görülmezken, kadınlarda lise ve üzeri eğitime sahip olanların anksiyete, doyum, orgazm bozukluğu ve toplam puanlarının ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olan hastalara göre daha düşük bulunmuştur.
4. Erkek hastalarda yukarıdaki parametreler, yaşadıkları yerlere göre fark yaratmazken kadın hastalarda kırsal kesimde yaşayanlarda iletişim puanı daha yüksek olup, doyum puanı daha düşük bulunmuştur.
5. Ek hastalığa sahip olan erkeklerde sıklık, kaçınma, dokunma, empotans, erken boşalma puanları yüksek bulunurken, kadınlarda ek hastalığın parametrelerde değişiklik yaratmadığı bulunmuştur.
6. Ek hastalıklar ayrı ayrı incelendiğinde, diyabeti olan erkek hastaların toplam cinsel disfonksiyon puanları diyabeti olmayanlardan yüksek bulunmuştur. Hipertansiyon hastası olan erkek hastalarda ise kaçınma, dokunma ve genel toplam puanları hipertansiyon olmayanlardan yüksek bulunmuştur. Koroner arter hastalığı olan erkek hastalarda ise doyum parametresine ait skor ortalaması olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur.
7. β bloker kullanan erkek hastalarda erken boşalma puanı daha yüksek, kadın hastalarda ise iletişim, doyum ve dokunma puanı daha düşük bulunmuştur. KKB kullanan erkeklerde anksiyete ve depresyon puanları yüksek bulunmuştur. Diüretik kullanan kadın hastalarda doyum ve toplam seksüel disfonksiyon puanı daha yüksek bulunmuştur. İnsülin kullanan erkek hastalarda kaçınma, dokunma,

empotans ve genel toplam puan yüksek bulunurken kadın hastalarda ise vajinismus puanı düşük bulunmuştur. Statin kullanan erkek hastalarda empotans puanı yüksek, kadınlarda iletişim puanı düşük bulunmuştur.

8. Evreye göre anksiyete, depresyon ve seksüel disfonksiyon parametreleri karşılaştırıldığında evre 5 erkek hastaların evre 3 ve evre 4'e göre erken boşalma puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınlarda evre 3 hastalarının evre 4'e göre depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur.
9. KBH olan hastalarda cinsel disfonksiyon puanını etkileyen faktörler olarak erkeklerde yaş, hipertansiyon, anksiyete ve depresyon olarak bulunmuş, kadınlarda yaş, anksiyete ve depresyon olarak saptanmıştır.

7. KAYNAKLAR

1. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Definition and Classification of CKD. *Kidney Int Suppl* 2013; 3: 5.
2. Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul HZ, Türk S, Yıldız A. Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı 2009.
3. Incidence and prevalence of ESRD. United States Renal Data System. *Am J Kidney Dis* 1998; 32(2 Suppl 1): 38-49.
4. Ereğ E, Serdengeçti K, Süleymanlar G. Registry of the nephrology, dialysis and transplantation in Turkey. Türk Nefroloji Derneği, İstanbul 2009.
5. Soykan A, Boztas H, Kutlay S, Ince E, Nergizoglu G, Dileköz AY, Berksun O. Do sexual dysfunctions get better during dialysis Results of a six-month prospective follow-up study from Turkey. *Int J Impot Res* 2005; 17(4): 359-63.
6. Glaser GH. Brain dysfunction in uremia. *Res Publ Assoc Nerv Ment Dis* 1974; 53: 173-97.
7. Levy NB, Wynbrandt GD. The Utility of life on maintenance hemodialysis. *Lancet* 1975; 1: 1328-30.
8. Kane FJ, Simes L. Phantom urinary phenomena in hemodialysis patients. *Psychosomatics* 1977; 18: 13-20.
9. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, et al. A population-based survey of Chronic Renal Disease In Turkey - the CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant* 2011; 26(6): 1862-71.
10. Türk Nefroloji Derneği Registry Raporları 2013.
11. Procci WR, Goldstein DA, Adestein J, Massry SG. Sexual dysfunction in the male patient with uremia: a reappraisal. *Kidney Int* 1981; 19(2): 317.
12. Ro Ele SJ, Montague DK, Steinmuller DR, Lakin MM, Novick AC. Treatment of organic impotence with penile prosthesis in renal transplant patients. *Urology* 1993; 41: 16-20.

13. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. *J Am Med Assoc* 1993; 270: 83-90.
14. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151: 54-61.
15. Jackson G, Betteridge J, Dean J. A systematic approach to erectile dysfunction in the cardiovascular patient: a consensus statement. *Int J Clin Pract* 1999; 53: 445-51.
16. Sherman FP. Impotence in patients with chronic renal failure on dialysis: its frequency and etiology. *Fertil Steril* 1975; 26: 221-3.
17. Rodger RS, Fletcher K, De Clar JH. Prevalence and pathogenesis of impotence in one hundred uremic men. *Uremia Invest* 1984-1985; 8: 89-96.
18. Carson CC, Patel MP. The epidemiology, anatomy, physiology, and treatment of erectile dysfunction in chronic renal failure patients. *Adv Ren Replace Ther* 1999; 6: 296-309.
19. Palmer BF. Sexual dysfunction in uremia. *J Am Soc Nephrol* 1999; 10: 1381-8.
20. Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, Rosen R, Rowland DL, Ho KF, et al. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *J Sex Med* 2005; 2(3): 358.
21. Rosen RC, McMahon CG, Niederberger C, Broderick GA, Jamieson C, Gagnon DD. Correlates to the clinical diagnosis of premature ejaculation: results from a large observational study of men and their partners. *J Urol* 2007; 177(3): 1059.
22. Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M, McMahon CG, et al, International Society for Sexual Medicine. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med* 2010; 7(9): 2947.
23. Rowland D, McMahon CG, Abdo C, Chen J, Jannini E, Waldinger MD, Ahn TY. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med* 2010; 7(4 Pt 2): 1668.

24. McMahon CG, Abdo C, Inorocci L, Perelman M, Rowland D, Waldinger MD, Xin ZC. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med* 2004; 1(1): 58.
25. Waldinger MD, Rietschel M, Nöthen MM, Hengeveld MW, Olivier B. Familial occurrence of primary premature ejaculation. *Psychiatr Genet* 1998; 8(1): 37.
26. Waldinger MD. The neurobiological approach to premature ejaculation. *J Urol* 2002; 168(6): 2359.
27. Rowland DL, Patrick DL, Rothman M, Gagnon DD. The psychological burden or premature ejaculation. *J Urol* 2007; 177(3): 1065.
28. Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Montorsi F, Vardi Y, Wespes E, European Association of Urology. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and a premature ejaculation. *Eur Urol* 2010; 57(5): 804.
29. Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Sexual dysfunctions: classifications and definitions. *J Sex Med* 2007; 4(1): 241.
30. Coolen LM, Allard J, Truitt WA, McKenna KE. Central regulation of ejaculation. *Physiol Behav* 2004; 83(2): 203.
31. Blanker MH, Bosch JL, Groeneveld FP, Bohnen AM, Prins A, Thomas S, Hop WC. Erectile and ejaculatory dysfunction in a community-based sample of men 50 to 78 years old: prevalence, concern, and relation to sexual activity. *Urology* 2001; 57(4): 763.
32. Rosen R, Altwein J, Boyle P, Kirby RS, Lukacs B, Meuleman E, et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). *Eur Urol* 2003; 44(6): 637.
33. Rosen RC, Giuliano F, Carson CC. Sexual dysfunction and lower urinary tract symptoms (LUTS) associated with benign prostatic hyperplasia (BPH). *Eur Urol* 2005; 47(6): 824.
34. Diemont WL, Vrugink PA, Meuleman EJ, Doesburg WH, Lemmens WA, Berden JH. Sexual dysfunction after renal replacement therapy. *Am J Kidney Dis* 2000; 35(5): 845.

35. Finkelstein FO, Shirani S, Wuerth D, Finkelstein SH. Therapy Insight: sexual dysfunction in patients with chronic kidney disease.
36. Palmer BF. Sexual dysfunction in men and women with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Adv Ren Replace Ther* 2003; 10(1): 48.
37. Holdsworth SR, de Kretser DM, Atkins RC. A comparison of hemodialysis and transplantation in reversing the uremic disturbance of male reproductive function. *Clin Nephrol* 1978; 10(4): 146.
38. Rosas SE, Joffe M, Franklin E, Strom BL, Kotzker W, Brensing C, Grossman E, Glasser DB, Feldman HI. Association of decreased quality of life and erectile dysfunction in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2003; 64(1): 232.
39. Steele TE, Wuerth D, Finkelstein S, Juergensen D, Juergensen P, Kliger AS, Finkelstein FO. Sexual experience of the chronic peritoneal dialysis patient. *J Am Soc Nephrol* 1996; 7(8): 1165.
40. Charney D, Walton D, Cheung A. Impotence: II. *Semin Dial* 1994; 7: 22.
41. Holdsworth SR, de Kretser DM, Atkins RC. The pituitary-testicular axis in men with chronic renal failure. *N Engl J Med* 1977; 296(22): 1245.
42. de Vries CP, Gooren LJ, Oe PL. Haemodialysis and testicular function. *Int J Androl* 1984; 7(2): 97.
43. Levitan D, Moser SA, Goldstein DA, Kletzky OA, Lobo RA, Massry SG. Disturbances in the hypothalamio-pituitary-gonadal axis in male patients with acute renal failure. *Am J Nephrol* 1984; 4(2): 99.
44. Lim VS, Fang VS. Restoration of plasma testosterone levels in uremic men with clomiphene citrate. *J Clin Endocrinol Metab* 1976; 43(6): 1370.
45. Carrero JJ, Qureshi AR, Parini P, Arver S, Lindholm B, Barany P, Heimbürger O, Stenvinkel P. Low serum testosterone increase mortality risk among male dialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 2009; 20(3): 613.
46. Stewart-Bentley M, Gans D, Horton R. Regulation of gonadal function in uremia. *Metabolism* 1974; 23(11): 1065.

47. Foulks CJ, Cushner HM. Sexual dysfunction in the male dialysis patient: pathogenesis, evaluation and therapy. *Am J Kidney Dis* 1986; 8(4): 211.
48. Sievertsen GD, Lim VS, Nakawate C, Frohman LA. Metabolic clearance and secretion rates of human prolactin in normal subjects and in patients with chronic renal failure. *J Clin Endocrinol Metab* 1980; 50(5): 846.
49. Schmitz O, Moller J. Impaired prolactin response to arginine infusion and insulin hypoglycaemia in chronic renal failure. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1983; 102(4): 486.
50. Hochstetler LA, Flanigan MJ, Lim VS. Abnormal endocrine tests in a hemodialysis patient. *J Am Soc Nephrol* 1994; 4(10): 1754.
51. Gomez F, de la Cueva R, Wauters JP, Lemarchand-Beraud T. Endocrine abnormalities in patients undergoing long-term hemodialysis. The role of prolactin. *Am J Med* 1980; 68(4): 522.
52. Bommer J, Ritz E, del Pozo E, Bommer G. Improved sexual function in male haemodialysis patients on bromocriptine. *Lancet* 1979; 2(8141): 496.
53. Lim VS, Kathpalia SC, Henriquez C. Endocrine abnormalities associated with chronic renal failure. *Med Clin North Am* 1978; 62(6): 1341.
54. Sawin CT, Longcope C, Schmitt GW, Ryan RJ. Blood levels of gonadotropins and gonadal hormones in gynecomastia associated with chronic hemodialysis. *J Clin Endocrinol Metab* 1973; 36(5): 988.
55. Palmar BF. Sexual dysfunction in uremia. *J Am Soc Nephrol* 1999; 10(6): 1381.
56. Rosas SE, Joffe M, Franklin E, Strom BL, Kotzker W, Bresinger C, et al. Prevalence and determinants of erectile dysfunction in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2001; 59(6): 2259.
57. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008; 112(5): 970.
58. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281(6): 537.

59. Fugl-Meyer KS, Arrhult H, Pharmanson H, Bäckman AC, Fugl-Meyer AM, Fugl-Meyer AR. A Swedish telephone help-line for sexual problems: a 5-year survey. *J Sex Med* 2004; 1(3): 278.
60. Sexual dysfunctions. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, American Psychiatric Association, Arlington, Virginia 2013.
61. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 2003; 32(3): 193.
62. Ekselius L, von Knorring L. Effect on sexual function of long-term treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in depressed patients treated in primary care. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21(2): 154.
63. Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2009; 29(3): 259-66.
64. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults; report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014; 311(5): 507.
65. Ruzicka M, Quinn RR, McFarlane P, Hemmelgam B, Ramesh Prasad GV, Feber J, et al. Canadian Society of Nephrology commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for the management of blood pressure in CKD.
66. Baldwin DS, Foong T. Antidepressant drugs and sexual dysfunction. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 396-7.
67. Holley JL, Schmidt RJ, Bender FH, Dumler F, Schiff M. Gynecologic and reproductive issues in women on dialysis. *Am J Kidney Dis* 1997; 29(5): 685.
68. Palmer BF. Sexual dysfunction in uremia. *J Am Soc Nephrol* 1999; 10(6): 1381.
69. Zingraff J, Jungers P, Pelissier C, Nahoul K, Feinstein MC, Scholler R. Pituitary and ovarian dysfunctions in women on hemodialysis. *Nephron* 1982; 30(2): 149.
70. Toorians AW, Janssen E, Lean E, Gooren LJ, Oe PL, Donker AJ, Everaerd W. Chronic renal failure and sexual functioning; clinical status versus objectively assessed sexual response. *Nephrol Dial Transplant* 1997; 12(12): 2654.

71. Hou S. Pregnancy in chronic renal insufficiency and end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis* 1999; 33(2): 235.
72. Lim VS, Hengiquez C, Sievertsen G, Frohman LA. Ovarian function in chronic renal failure; evidence suggesting hypothalamic an ovulation. *Ann Intern Med* 1980; 93(1): 21.
73. Zingraff J, Jungers P, Pelissier C, Nahoul K, Feinstein MC, Scholler R. Pituitary an a ovarian dysfunctions in women on haemodialysis. *Nephron* 1982; 30(2): 149.
74. Swamy AP, Woolf PD, Cestero RV. Hypothalamio-pituitary-ovarian axis in uremic women. *J Lab Clin Med* 1979; 93(6): 1066.
75. Gomez F, de la Cueva R, Wauters JP, Lemarchand-Beraud T. Endocrine abnormalities in patients undergoing long-term hemodialysis. The role of prolactin. *Am J Med* 1980; 68(4): 522.
76. Sievertsen GD, Lim VS, Nakawatase C, Frohman LA. Metabolic clearance and secretion rates of human prolactin in normal subjects and in patients with chronic renal failure. *J Clin Endocrinol Metab* 1980; 50(5): 846.
77. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust inventory of sexual satisfaction (GRISS). *Br J Clin Psychol* 1985; 24: 63-4.
78. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin Standardizasyon Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 1993; 4: 83-8.
79. Keogh E, Ellery D, Hunt C, Hannent I. Selective attention bias for pain-related stimuli amongst pain fearful individuals. *Pain* 2001; 91(1-2): 91-100.
80. Alkın T, Onur E. Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Editörler: Köroğlu E, Güleç C. HYB Basım Yayın, Ankara 2007.
81. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.

82. Knafl K Zoller. L childhood chronic illness: a comparison of mothers' and fathers' experiences. *J Fam Nurs* 2000; 6: 287-302.
83. Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etiyojisi. *Depresyon Monografarı Serisi 3*, 1993; 109-22.
84. Pınar R. Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda sağıkla ilgili yaşam kalitesini kullanılması. *Sağıkta Birikim*. Cilt 1; Sayı: 2.
85. Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
86. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L. Validity and realibility of Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Turkish Journal of Psychiatry* 1997; 8: 280-7.
87. Kettaş E, Cayan F, Efesoy O, Akbay E, Cayan S. The effect of renal transplantation for end-stage renal disease on female sexual function and depression. *J Sex Med* 2010; 7(12): 3963-8.
88. Navaneethan SD, Vecchio M, Johnson DW, Saqlimbene V, Graziano G, Pellegrini F, et al. Prevalence and correlates of self-reported sexual dysfunction in CKD: a meta-analysis of observational studies. *Am J Kidney Dis* 2010; 56(4): 670-85.
89. Esen B, Kahvecioğlu S, Altay AE, Özgen G, Okumuş MM, Seyahi N, Sit D, Kadioğlu P. Evaluation of relationship between sexual functions, depression and quality of life in patients with chronic kidney disease at predialysis stage. *Ren Fail* 2015; 37(2): 262-7 2014 Dec 18.
90. Fryckstedt J, Hylander B. Sexual function in patients with end-stage renal disease. *Scand J Urol Nephrol* 2008; 42(5): 466-71.
91. Steele TE, Wuerth D, Finkelstein S, Juergensen D, Juergensen P, Kliger AS, Finkelstein FO. Sexual experience of the chronic peritoneal dialysis patient. *J Am Soc Nephrol* 1996; 7(8): 1165-8.

92. Bitzer J, Platano G, Tschudin S, Alder J. Sexual counseling for women in the context of physical diseases: a teaching model for physicians. *J Sex Med* 2007; 4(1): 29-37.
93. Bremner WJ, Vitiello MV, Prinz PN. Loss of circadian rhythmicity in blood testosterone levels with aging in normal men. *J Clin Endocrinol Metab* 1983; 56(6): 1278.
94. de Graaf R, Bijl RV, Smit F, Vollebergh WA, Spijker J. Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiatry* 2002; 159(4): 620-9.
95. Arson CC, Patel MP. The Epidemiology, Anatomy, Physiology, And Treatment Of Erectile Dysfunction in Chronic Renal Failure Patients. *Adv Ren Replace Ther* 1999; 6(4): 296-309.
96. Bremner WJ. Clinical Andrology. *Endoc And Metab Clin of North America* 1994; 23: 749-73.
97. Sungur MZ. *Psikiyatri Dünyası* 1999; 2: 60-4.
98. Kurdoglu Z, Usul Soyoral Y, Tasdemir M, Kurdoglu M. Evaluation of the relationship bet open endogenous gonadotropins and female sexual function and psychological status in predialysis and hemodialysis patients. *Gynecol Endocrinol* 2012; 28(4): 336-9.
99. Stefanski A, Schmidt KG, Waldherr R, Ritz E. Early increase in blood pressure and diastolic left ventricular malfunction in patients with glomerulonephritis. *Kidney Int* 1996; 50(4): 1321.
100. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults; report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014; 311(5): 507.
101. Ruzicka M, Quinn RR, McFarlane P, Hemmelgam B, Ramesh Prasad GV, Feber J, et al. Canadian Society of Nephrology commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for the management of blood pressure in CKD.

102. Kempler P, Amarenco G, Freeman R, Frontoni S, Horowitz M, Stevens M, et al, Toronto Consensus Panel on Diabetic Neuropathy. *Diabetes Metab Res Rev* 2011; 27(7): 665.
103. Andersson KE, Wagner G. Physiology of penile erection. *Physiol Rev* 1995; 75(1): 191.
104. Inman BA, Sauver JL, Jacobson DJ, McGree ME, Nehra A, Lieber MM, Roger VL, Jacobsen SJ. A population-based, longitudinal study of erectile dysfunction and future coronary artery disease. *Mayo Clin Proc* 2009; 84(2): 108.
105. McCulloch DK, Campbell IW, Wu FC, Prescott RJ, Clarke BF. The prevalence of diabetic impotence. *Diabetologia* 1980; 18(4): 279.
106. Enzlin P, Mathieu C, Van den Bruel A, Bosteels J, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: a controlled study. *Diabetes Care* 2002; 25(4): 672.
107. Chrysant SG. Antihypertensive therapy causes erectile dysfunction. *Curr Opin Cardiol* 2015; 30(4): 383-90.

8. EKLER

Ek-1. HAD (Hastane Anksiyete ve Depresyon) Ölçeği

HAD ÖLÇEĞİ

Hasta Adı soyadı

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hâlâ zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az

- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek



Ek-2. GRCD-E (Golombok – Rust Cinsel Doyum, Erkek) Ölçeği

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz erken olduğunu düşünüyorsanız, boşalmayı geciktirebilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tekdüze (monoton) buluyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, tedirgin ve endişeli olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cinsel organınızın, eşinizin cinsel organına girmesinden zevk alır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını sorarmısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
10. İlişki sırasında cinsel organınızın sertleşmediği olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cinsel birleşme sırasında erken boşalmayı engelleyebilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar buluyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Önsevişme (öpme, okşama gibi) sırasında cinsel organınızın sertleştiği olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (hastalık gibi nedenler dışında)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eşinizle karşılıklı mastürbasyon yapmaktan (kendinizi tatmin etmekten) zevk alır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eşinizle sevişmek istediğinizde, ilişkiyi siz başlatır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. İsteddiğiniz kadar sık cinsel ilişkide bulunur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Cinsel birleşme sırasında, cinsel organınızın sertliğini kaybettiği olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cinsel organınız, eşinizin cinsel organına girer girmez istemeden boşaldığınız olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyarmısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Cinsel organınız eşinizin cinsel organına girmek üzereyken, istemeden boşaldığınız olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek-3. GRCD-K (Golombok – Rust Cinsel Doyum, Kadın) Ölçeği

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

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