



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ



**POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANILI KADINLARDA
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE CİNSEL DOYUM
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşegöl Biçer

ANKARA/2023



T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI KLİNİğİ



POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANILI KADINLARDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE CİNSEL DOYUM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşegül Biçer

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Derya lüz MERT

Yardımcı Tez Danışmanı: Doç. Dr. Aybeniz CİVAN KAHVE

ANKARA/2023

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynak listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Ayşegül BİÇER

Ankara, 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sırasında bilgisi ve deneyimlerinden çok şey öğrendiğim, vizyonumu genişleten değerli hocam Prof. Dr. Erol Göka'ya,

Bilgi birikimi ve hoşgörülü tavrı ile her zaman destek olan kıymetli hocam Prof. Dr. İhsan Tuncer Okay'a,

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecimde bilgilerinden faydalandığım ve desteğini hissettiğim değerli tez danışmanım Doç. Dr. Derya Güliz Mert'e,

Asistanlık sürecimde kendisinden çok şey öğrendiğim değerli hocam Doç. Dr. Rabia Nazik Ekinci'ye,

Uzmanlık eğitimim sırasında bilgi birikimi ve tecrübeleri ile yol gösterici olan, sevecen, destekleyici tavrı ile psikiyatriyi sevdiren, birlikte çalışmaktan keyif aldığım değerli hocam Doç. Dr. Hasan Kaya'ya,

Varlığı ile hayatıma dokunan, her daim samimi desteğini hissettiğim, bilgisi ve deneyimleri ile yolumu aydınlatan, etik duruşunu, çalışkanlığını, insanlara anlayışlı yaklaşımını her zaman örnek alacağım, tanıdığım için kendimi çok şanslı hissettiğim sevgili yardımcı tez danışmanım Doç. Dr. Aybeniz Civan Kahve'ye,

Ankara'da ikinci ailem olan, her koşulda sevgi ve desteklerini hissettiğim, tanımasam hayatımın çok eksik olacağı canımın içi arkadaşlarım Dr. Begüm Kırmızı, Dr. Müge Mutlu ve Dr. Damla Demirel'e,

Asistanlık sürecimin en güzel anlarını paylaştığım, vakit geçirmekten çok keyif aldığım değerli arkadaşlarım Dr. Bedirhan Şenol, Dr. Özge İltemiş, Dr. Burcu Yatkın, Dr. Pınar Ertürk, Dr. Fatmanaz Akarca, Dr. Turceun İleri Akdoğan, Dr. Melike Altın ve kitap arkadaşım Dr. Şeyma Uygun'a,

Tez sürecinde desteğini ve ilgisini hep hissettiğim, cana yakın arkadaşım Dr. Yağmur Darben Azarsız'a, yine tez sürecinde desteklerini esirgemeyen, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum canım Dr. Nagihan Ayaz Naycı'ya,

Her zaman yanımda hissettiğim ismini yazamadığım değerli asistan arkadaşlarıma, tüm uzman, hemşire, psikolog ve diğer klinik çalışanlarımıza,

Desteğini hep hissettiğim, çalışkanlığını örnek aldığım ve alacağım dayım Mustafa Emiroğluları ve canım ailesine,

Kızı olmaktan gurur duyduğum, hayatımın her aşamasında koşulsuz desteğini, sevgisini ve sabrını hissettiğim, hayata karşı farklı bakış açısını örnek aldığım, rol modelim, en değerlim, canım annem Semen Emiroğluları'na,

Doğduğum günden beri elimi hiç bırakmayan, beni hep özel hissettiren, sevgi ve desteklerini derinden hissettiğim, hayattaki en büyük şansım canımın içi anneannem Behiye Emiroğluları'na ve dedem Salih Emiroğluları'na,

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimle..

Dr. Ayşegül Biçer

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	17
2. GENEL BİLGİLER.....	20
2.1. POLİKİSTİK OVER SENDROMU.....	20
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	20
2.1.2. Tanı Kriterleri.....	21
2.1.3. Epidemiyoloji.....	24
2.1.4. Etyopatogenez	24
2.1.5. Klinik Görünüm	28
2.1.6. Psikiyatrik Komorbiditeler.....	31
2.2. CİNSELLİK	32
2.2.1. Tanım ve Genel Bilgiler.....	32
2.2.2. Cinsel İşlevler.....	35
2.2.3. Cinsel İşlev Bozuklukları.....	36
2.2.4. Cinsel Doyum ve İlişkili Faktörler.....	37
2.3. CİNSEL DOYUM VE PKOS İLİŞKİSİ	42
2.3.1. PKOS'ta Cinselliği Etkileyen Biyolojik Faktörler.....	43
2.3.2. PKOS'ta Cinselliği Etkileyen Psikolojik Faktörler	44
2.4. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	45
2.4.1. Tanım ve Tarihçe	45
2.4.2. Psikolojik Dayanıklılık ve Ruhsal Hastalıklar İlişkisi	50
2.4.3. Cinsellik ve Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi	52
2.4.4. PKOS ve Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi.....	52

3. GEREÇ VE YÖNTEM	54
3.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ	54
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	54
3.2.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri	55
3.2.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri.....	56
3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	57
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	57
3.3.2. DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-5).....	58
3.3.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ).....	58
3.3.4. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ).....	58
3.3.5. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)	60
3.3.6. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ).....	61
3.4. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ	61
3.5. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	62
4. BULGULAR	63
5. TARTIŞMA.....	91
5.1. PKOS TANILI KADINLARDA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	92
5.2. PKOS TANILI KADINLARDA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE CİNSEL YAŞANTILAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ... 95	
5.3. PKOS TANILI KADINLARDA VE SAĞLIKLI KONTROLLERDE CİNSEL YAŞANTIDA MASTÜRBASYON VARLIĞI İLE CİNSELLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	97
5.4. PKOS TANILI KADINLAR İLE SAĞLIKLI KONTROLLERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	99
5.5. PKOS TANILI KADINLAR İLE SAĞLIKLI KONTROLLERİN CİNSEL SORUNLAR AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	102
5.6. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK İLE CİNSELLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	105
6. SONUÇ	108
7. KAYNAKLAR.....	111

8. EKLER	126
EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	126
EK 2. HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HADÖ)	130
EK 3. YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ (YİPDÖ)	131
EK 4. GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ (GRCDÖ).....	133
EK 5. ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)	135
EK 6. ETİK KURUL ONAY FORMU	136
EK 7. TEZ KONUSU ONAY FORMU	140
EK 8. HASTA GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU .	142
EK 9. SAĞLIKLI KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU	144
EK 10. ÖZGEÇMİŞ	146

KISALTMALAR

ACTH	Adrenocorticotrophic Hormone - Adrenokortikotropik Hormon
ACYÖ	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
AMH	Anti Mullerian Hormone - Anti Mülleryan Hormon
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 – Koronavirüs Hastalığı 2019
DHEA	Dehydroepiandrosterone - Dehidroepiandrosteron
DHEA-S	Dehydroepiandrosterone Sulfate - Dehidroepiandrosteron Sülfat
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
NIH	National Institute of Health - Ulusal Sağlık Enstitüsü
FSH	Follicle Stimulating Hormone – Folikül Uyarıcı Hormon
GnRH	Gonadotropin Releasing Hormone - Gonadotropin Salgılatıcı Hormon
GRCDÖ	Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği
HADÖ	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
HAIR-AN	Hyperandrogenism (HA), Insulin Resistance (IR) – Acanthosis Nigricans (AN) – Hiperandrojenizm (HA), İnsülin Rezistansı (İR) – Akantozis Nigrikans (AN)
ICD-11	International Classification of Diseases - Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
IGF-1	Insulin Like Growth Factor - İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü
PKOS	Polikistik Over Sendromu
SHBG	Sex Hormone Binding Globulin - Seks Hormonu Bağlayıcı Globulin
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
YİPDÖ	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Farklı Tanı Sistemlerine Göre PKOS Tanı Kriterlerinin Tarihsel Süreci.....	22
Tablo 2.2. PKOS Fenotipleri ve Farklı Tanı Sistemlerine Göre PKOS Tanısı Alma Durumları	23
Tablo 2.3. DSM-5'e göre Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflandırması	37
Tablo 4.1. PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	64
Tablo 4.2. PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin klinik ve cinsel yaşam ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması	66
Tablo 4.3. PKOS tanılı kadınların kan hormon düzeyleri	67
Tablo 4.4. PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin HADÖ ve YİPDÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması	68
Tablo 4.5. PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması	69
Tablo 4.6. PKOS tanılı kadınlarda PKOS ile ilişkili klinik özelliklere göre YİPDÖ puanlarının karşılaştırılması	70
Tablo 4.7. PKOS tanılı kadınlarda PKOS ile ilişkili klinik özelliklerin olup olmamasına göre GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması.....	72
Tablo 4.8. PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin cinsel yaşantılarında mastürbasyon olup olmamasına göre GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması	74
Tablo 4.9. PKOS tanılı kadınların kiminle yaşadıklarına göre YİPDÖ, GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması	77
Tablo 4.10. PKOS tanılı kadınların gelir düzeyine göre YİPDÖ, GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması	79
Tablo 4.11. PKOS tanılı kadınların YİPDÖ toplam puanları ile yaş, eğitim yılı, VKİ, partneri ile ilişki süresi ve cinsel ilişki sıklığı arasındaki ilişkinin incelenmesi	80

Tablo 4.12. PKOS tanılı kadınlarda GRCDÖ ve ACYÖ puanları ile yaş, VKİ, eğitim yılı, partneri ile ilişki süresi ve cinsel ilişki sıklığı arasındaki ilişkinin incelenmesi	81
Tablo 4.13. Sağlıklı Kontrollerde GRCDÖ ve ACYÖ puanları ile yaş, VKİ, eğitim yılı, partneri ile ilişki süresi ve cinsel ilişki sıklığı arasındaki ilişkinin incelenmesi	83
Tablo 4.14. PKOS tanılı kadınlarda YİPDÖ puanları ile GRCDÖ ve ACYÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	85
Tablo 4.15. Sağlıklı Kontrollerde YİPDÖ puanları ile GRCDÖ ve ACYÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	87
Tablo 4.16. PKOS tanılı kadınlarda GRCDÖ ve ACYÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	89
Tablo 4.17. PKOS tanılı kadınlarda GRCDÖ puanına etki eden faktörlerin Robust regresyon analizi ile değerlendirilmesi.....	90

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Cinselliği etkileyen psikolojik, biyolojik ve sosyokültürel faktörler ve alt bileşenleri	40
--	----



ÖZET

Polikistik Over Sendromu Tanılı Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılık ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırmada polikistik over sendromu (PKOS) tanılı kadınlarda sosyodemografik değişkenler ile psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyum arasındaki ilişkinin incelenmesi, PKOS tanılı kadınların sağlıklı kontrol grubuyla psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyum açısından karşılaştırılması, psikolojik dayanıklılık ile cinsel doyum arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ve PKOS tanılı kadınlarda cinsel doyumu etkileyen faktörlerin saptanması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırmaya Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran, 18-40 yaş arası, kadın hastalıkları ve doğum hekimi tarafından Rotterdam tanı kriterlerine göre PKOS tanısı konulan 70 hasta ve bu hastalar ile yaş ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilen 69 sağlıklı kontrol dahil edildi. Tüm katılımcılar ile SCID-5'e göre psikiyatrik görüşme yapıldı, Sosyodemografik Veri Formu, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ), Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) uygulandı. PKOS tanılı kadınların varsa hastane bilgi sisteminde yer alan kadın doğum ve hastalıkları hekimi tarafından istenen kan tetkikleri kaydedildi.

Bulgular: Bu araştırmada PKOS tanılı kadınların sağlıklı kontrollere kıyasla psikolojik dayanıklılıklarının daha düşük olduğu, kendilik algısı alt boyutunda iki grup arasında belirgin fark bulunduğu saptandı. PKOS tanılı kadınların cinsel doyumları değerlendirildiğinde sağlıklı kontrollere kıyasla daha düşük cinsel doyumları olduğu bulundu. PKOS tanılı kadınların partnerleri ile cinsel yaşamında cinsel doyumları daha düşük olduğu halde sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında mastürbasyon varlığı ve mastürbasyon sıklığı açısından iki grup arasında bir fark olmadığı saptandı. Hem PKOS tanılı kadınlar hem sağlıklı kontrollerde cinsel yaşantıda mastürbasyon varlığı ile GRCDÖ ve ACYÖ toplam puanlarında anlamlı bir ilişki saptanmadı. PKOS tanılı kadınların gelir düzeylerine göre YİPDÖ puanları değerlendirildiğinde, düşük gelir düzeyine sahip olan kadınların orta ve yüksek

düzyer gelir sahibi olanlara göre psikolojik dayanıklılığı daha düşük bulundu. PKOS tanılı kadınlarda gelir düzeyine göre cinsel yaşantılar değerdendirildiğinde ise GRCDÖ ve ACYÖ toplam puanlarında anlamlı fark bulunmadı ancak GRCDÖ iletişim alt boyutunda anlamlı düzeyde fark saptandı. Gelir düzeyi yüksek olan kadınların cinsel doyum ile ilişkili cinsel iletişim alanında yaşadıkları sorunların anlamlı düzeyde azaldığı tespit edildi. PKOS tanılı kadınların YİPDÖ toplam puanları ile yaş, eğitim yılı, VKİ, partneri ile ilişki süresi ve cinsel ilişki sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olmadığı tespit edildi. PKOS tanılı kadınların da sağlıklı kontrollerin de eğitim yılı arttıkça cinsel sorunlarının azaldığı saptandı. PKOS tanılı kadınların ve sağlıklı kontrollerin YİPDÖ, GRCDÖ ve ACYÖ toplam puanları değerdendirildiğinde aralarında anlamlı düzeyde ilişki olduğu, psikolojik dayanıklılık düzeyleri arttıkça cinsel sorunlarının azaldığı bulundu. YİPDÖ alt boyutlarından gelecek algısında psikolojik dayanıklılık puanları arttıkça cinsel doyumun anlamlı şekilde olumlu yönde etkilendiğı tespit edildi. PKOS tanılı kadınlarda cinsel doyuma etki eden faktörleri yordamak için yapılan regresyon analizinde psikolojik dayanıklılığın cinsel doyum üzerinde anlamlı etkisi olduğu saptandı.

Sonuç: Bu araştırmada PKOS tanılı kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin sağlıklı kontrollere kıyasla daha düşük, cinsel sorunlarının daha fazla ve cinsel doyumlarının daha düşük olduğu gösterildi. Psikolojik dayanıklılık ile cinsel doyum arasında anlamlı bir ilişki olduğu, psikolojik dayanıklılık arttıkça cinsel doyumun da arttığı ve cinsel sorunların azaldığı saptandı. Çalışmada psikolojik dayanıklılığın önemli bir komponenti olan gelecek algısı ile cinsel doyumun ilişkisi dikkat çekti. Gelecek algısı bireyin geleceğe yönelik bakış açısını ifade etmekte olup geleceğı planlama kabiliyeti ve geleceğe gerçekçi ve iyimser bakmak ile ilişkilidir. Bu doğrultuda PKOS ile çalışan klinisyenlerin hastalara hastalık süreci ile ilgili psikoeğitim vermesinin ve umutlu yaklaşımın cinsel doyumun desteklenmesine katkı sağlayabileceğı düşünülmektedir. Bu bulgular ışığında PKOS tedavisinin içerisinde ruh sağlığı çalışanlarının da yer aldığı multidisipliner yaklaşımla ele alınması ve bu kadınların takiplerinde cinsel yaşamın değerdendirilmesi, bu alana yönelik sorunların hastalar ile görüşülmesi ihtiyacı olduğu söylenebilir. Psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler göz önüne alınarak risk faktörlerinin azaltılması ve koruyucu

faktörlerin arttırılması yönünde müdahalelerin cinsel sorunların önlenmesinde ve tedavisinde önemli bir araç olabileceği öngörülmektedir. Bu araştırma alanyazında PKOS tanılı kadınlarda cinsel doyumun psikolojik dayanıklılık ile ilişkisini değerlendiren ilk çalışma olması yönünden oldukça özgüdür. PKOS tanılı kadınlarda cinsel doyuma etki eden faktörlerin ve psikolojik dayanıklılık ile ilişkisinin daha geniş örneklem grubu ile ve ileriye dönük takip çalışmaları planlanarak incelenmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Polikistik over sendromu, Psikolojik dayanıklılık, Cinsel doyum, Cinsel sorunlar

ABSTRACT

Investigation of the Relationship between Psychological Resilience and Sexual Satisfaction in Women with Polycystic Ovary Syndrome

Objective: In this study, it was aimed to examine the relationship between sociodemographic variables, psychological resilience and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome (PCOS), to compare women with PCOS with healthy control group in terms of psychological resilience and sexual satisfaction, to evaluate the relationship between psychological resilience and sexual satisfaction, and to determine the factors affecting sexual satisfaction in women with PCOS.

Materials and Methods: This study included 70 patients between the ages of 18-40 who were admitted to Obstetrics and Gynecology outpatient clinic of Ankara City Hospital and diagnosed with PCOS by the obstetrician according to the Rotterdam diagnostic criteria, and 69 healthy controls matched with these patients in terms of age and education level. Psychiatric interviews were conducted according to SCID-5 with all participants and Sociodemographic Data Form, Psychological Resilience Scale for Adults (RSA), Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) and Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX) were applied. Obstetrician-requested blood tests of women with PCOS were recorded from the hospital system.

Results: In this study, it was determined that women with PCOS had lower psychological resilience compared to healthy controls, and there was a significant difference between the two groups in the sub-dimension of self-perception. When the sexual satisfaction of women with PCOS was evaluated, it was found that they had lower sexual satisfaction compared to healthy controls. Although women with PCOS had lower sexual satisfaction in their sexual life with their partners, there was no difference between the two groups in terms of the presence of masturbation and the frequency of masturbation compared to healthy controls. There was no significant relationship between the presence of masturbation in sexual life and the total scores

of GRISS and ASEX in both women with PCOS and healthy controls. When RSA scores of women with PCOS were evaluated according to their income levels, the psychological resilience of those with low income levels were found to be lower than those with middle and high income levels. When sexual experiences were evaluated according to income level in women with PCOS, there was no significant difference in the total scores of GRISS and ASEX, but a significant difference was found in the GRISS communication sub-dimension. It was determined that the problems experienced by women with high income levels in the field of sexual communication related to sexual satisfaction decreased significantly. It was determined that there was no statistically significant correlation between the total scores of RSA and age, education year, BMI, duration of relationship with partner and frequency of sexual intercourse of women with PCOS. It was found that the sexual problems of both women with PCOS and healthy controls decreased as the education year increased. Moreover, when the total scores of RSA, GRISS, and ASEX of women with PCOS and healthy controls were evaluated, it was found that there was a significant relationship between them, and that their sexual problems decreased as their psychological resilience levels increased. It was determined that sexual satisfaction was significantly positively affected as the psychological resilience scores increased in the RSA perception of the future sub-dimension. In the regression analysis performed to predict the factors affecting sexual satisfaction in women with PCOS, it was determined that psychological resilience had a significant effect on sexual satisfaction.

Conclusion: In this study, it was shown that women with PCOS had lower levels of psychological resilience, more sexual problems and lower sexual satisfaction compared to healthy controls. It was determined that there was a significant relationship between psychological resilience and sexual satisfaction, and as psychological resilience increased, sexual satisfaction increased and sexual problems decreased. In the study, the relationship between perception of the future, which is an important component of psychological resilience, and sexual satisfaction drew attention. The perception of the future expresses the individual's perspective towards the future and is related to the ability to plan the future and to look at the future realistically and optimistically. In this regard, it is thought that clinicians

working with PCOS can contribute to supporting sexual satisfaction by providing psychoeducation to patients about the disease process and a hopeful approach. In the light of these findings, it can be said that there is a need to handle PCOS treatment with a multidisciplinary approach including mental health professionals, to evaluate sexual life in the follow-up of these women, and to discuss the problems related to this field with patients. Considering the factors affecting psychological resilience, it is predicted that interventions to reduce risk factors and increase protective factors can be an important tool in the prevention and treatment of sexual problems. This research is very specific in that it is the first study in the literature to evaluate the relationship between sexual satisfaction and psychological resilience in women with PCOS. There is a need to examine the factors affecting sexual satisfaction in women with PCOS and their relationship with psychological resilience with a larger sample group and by planning prospective follow-up studies.

Keywords: Polycystic ovary syndrome, Psychological resilience, Sexual satisfaction, Sexual problems

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Polikistik Over Sendromu (PKOS), üreme çağındaki kadınlarda en yaygın görülen endokrin hastalıklardan biridir [1]. PKOS'un kliniğini başlıca klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizm, oligomenore/amenore ve polikistik over morfolojisi oluşturmaktadır. Bu üç belirtinin ikisinin olmasıyla Rotterdam Tanı Kriterleri'ne göre tanı konulmaktadır [2]. Klinik görünüm heterojen olmakla birlikte hastalığın ana belirtileri arasında hirsütizm, akne, androjenik tipte alopesi, menstrüel düzensizlikler, obezite ve infertilite yer almaktadır [3]. PKOS tanılı kadınlarda duygudurum bozuklukları başta olmak üzere psikiyatrik hastalıklar sık görülmektedir. Endokrin değişikliklerle birlikte özellikle kilo alımı, kıllanma artışı, akne ve alopesi gibi birçok fiziksel değişiklik görülebilmektedir. Fiziksel değişikliklerin etkileriyle birlikte olumsuz ruhsal belirtilerin görülmesi beklenmeyen bir durum değildir [4]. Nitekim uluslararası ve ulusal alanyazın incelendiğinde çok sayıda çalışmada PKOS tanılı kadınlarda majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve duygudurum bozuklukları gibi psikiyatrik tanıların eşlik ettiği görülmektedir [5]. PKOS tanılı kadınların sağlıklı kontrollere kıyasla üç kat daha fazla depresif epizod geçirdiği gözlenmiştir [6]. PKOS tanılı kadınların obezite ve infertilite öyküsünden bağımsız olarak depresyon başta olmak üzere duygudurum bozuklukları açısından risk altında oldukları görülmüştür [7-9].

Cinsellik, yaşamın en kişisel alanlarından biridir. Cinsellik kavramının yaşam boyunca içeriği, ifadesi ve anlamı değişebilir. Kişinin içinde bulunduğu toplumun yapısal özellikleri veya aynı toplum içinde nesiller boyunca ortaya çıkan değişimler, cinsel davranışlarda farklılıklar oluşturabilir, cinsellik hakkındaki tutum ve inançları etkileyebilir [10]. Cinsellik sadece birleşmeyi içeren bir kavram değil yakınlık, ilişki doyumu, kendine güven gibi özellikleri de içinde barındırmaktadır [11]. PKOS tanılı kadınlarda ise cinsellik hiperandrojenizm, metabolik sendrom, infertilite gibi fiziksel sebepler ile kendilik algısındaki değişimler, hastalığın ruhsal yükü ve eşlik eden diğer ruhsal sorunlar ile olumsuz yönde etkilenebilmektedir [12]. Çeşitli ruhsal sorunlar cinsel yaşamla yakından ilişkilidir ve cinsel yaşamda bozulmaya neden olabilmektedir. Depresif bozukluk azalmış libido ve cinsel ilişkide doyumun azalması ile, obsesif kompulsif bozukluk azalmış cinsel temas ile, anksiyete

bozuklukları azalmış cinsel istek ile ilişkilendirilmiştir [13]. Aynı zamanda bireylerin yaşamlarındaki değişiklikler, kayıplar ve yas süreçleri cinsel sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir [14].

Psikolojik dayanıklılık 1950’li yıllarda dile getirilmeye başlanan, çeşitli disiplinlerin üzerinde çalıştığı, bireyin stresli olayların üstesinden gelebilmesi, iyileşme ve güçlenme becerisi olarak tanımlanabilen dinamik bir kavramdır [15]. İngilizce alanyazında, Latince ‘resilire’ yükleminden türetilen ‘esnek, elastik yapıda olma’ anlamına gelen ‘resilience’ kelimesiyle ifade edilmektedir. Tanımlamadaki esnek olmak; bükülüp kırılmamaya, uyum sağlama kapasitesine atıfta bulunmaktadır. Psikolojik dayanıklılığın ruhsal hastalıkların oluşmasına karşı koruyucu olduğu, sağlıklı, anlamlı bir yaşam, bedensel, sosyal bir iyilik hali oluşumuna katkıda bulunduğu ve yaşam kalitesini artırdığı ifade edilmiştir [15]. Oldukça geniş bir yelpazede tanımlanan bu kavramla ilgili pek çok tanımlama yapılmış olup uzlaşılan tek bir tanım bulunmamaktadır. Friborg ve arkadaşları, bu kavramın açıklanmasında; sosyal kaynaklar, aile uyumu, yapısal stil, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve gelecek algısı olmak üzere toplam altı faktörü içeren bir yapı öne sürmüştür [16].

Ruhsal zorlanmalar, depresyon, anksiyete gibi ruhsal hastalıklar ve intiharı önlemede psikolojik dayanıklılığın koruyucu olduğu çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir [17-19]. Ruhsal hastalık gelişiminde olduğu kadar bedensel hastalıklarla baş etme sürecinde de önemli rol oynadığı bulunmuştur. Kolorektal kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılığı yüksek olan hastaların hastalıklarıyla daha iyi baş edebildiği, depresyon oranlarının daha düşük olduğu ve iyileşme hızının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda psikolojik dayanıklılığın dinamik bir süreç olup fiziksel hastalık süresince umudu artırıcı etkilerinin olduğu gözlemlenmiştir [20]. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, tıbbi sorunları olan kişilerde psikolojik dayanıklılığın artırılmasının, bu kişilerde ortaya çıkabilecek ruhsal ve bedensel sorunlara karşı koruyucu olabileceğini düşündürmektedir.

Psikolojik dayanıklılık çeşitli ruhsal sorunlarda uzun süredir bir araştırma konusu iken cinsellik ile ilişkisi hakkında bilgilerimiz çok kısıtlıdır [17, 18]. PKOS tanılı kadınlarda ruhsal sorunlar ve cinsellik uzun süredir araştırılmasına karşın,

psikolojik dayanıklılık ve cinsellikle ilişkisini değerlendiren bir çalışma güncel bilgilerimize göre bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı; PKOS tanılı kadınlarda sosyodemografik değişkenler ile psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyum ilişkisinin incelenmesi, sağlıklı kontrol grubuyla psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyumun karşılaştırılması, PKOS tanılı kadınlarda ve sağlıklı kontrollerde psikolojik dayanıklılık ile cinsel doyum arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ve PKOS tanılı kadınlarda cinsel doyumunu etkileyen etmenlerin saptanmasıdır.

Bu araştırmanın birinci hipotezi PKOS tanılı kadınlarda psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyumun sağlıklı kadınlara kıyasla daha düşük olacaktır. İkinci hipotezi ise, psikolojik dayanıklılık arttıkça hem sağlıklı kadınlar hem de PKOS tanılı kadınlarda cinsel doyumun artacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. POLİKİSTİK OVER SENDROMU

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

PKOS; premenopozal kadınlarda en sık görülen, etiyolojisi halen tam olarak aydınlatılamamış olan, çevresel ve epigenetik faktörlerden etkilendiği düşünülen, hem neden olan faktörler hem de klinik görünüm açısından heterojen bir doğaya sahip endokrin ve metabolik bir sendromdur [21]. Kompleks semptomlar kümesine sahip, tanımlaması halen akışkan ve tartışmalı olan PKOS, antik dönemlerden itibaren çeşitli klinisyenler tarafından farklı taraflarıyla incelenmiştir. Hipokrat döneminde “üç günden daha az menstrüasyon gören, maskülen özelliklere sahip, genellikle hamile kalmayan kadınlar” şeklinde bir tanımlama yapılmıştır [22]. 1721 yılında İtalyan tıp ve doğa bilimcisi Vallisneri tarafından bazı evli, infertil kadınların parlak ve beyaz yüzeyle, güvercin yumurtası büyüklüğünde yumurtalara sahip olduğu bildirilmiştir [23]. 1844 yılında Chereau ve Rokitansky yumurtalıklarda fibröz ve sklerotik lezyonlar göstermişlerdir [24]. Bulius ve Kretschmar ilk kez hiperkeratozdan bahsetmiştir [25]. 1935 yılında Stein ve Levanthal tarafından benzer klinik özelliklere sahip yedi kadını içeren vaka raporları yayınlanmış olup tedavi yöntemi olarak yumurtalık kama rezeksiyonu önerilmiştir. Hirsütizm (erkek tipi kıllanma artışı), amenore (menstrüasyon olmaması), obezite, büyümüş kistik overler, kronik anovülasyon ve infertilite o dönemdeki PKOS ile ilgili başlıca tanımlanan semptomlar olmuştur [26]. Önerilen cerrahi girişim sonrası kadınların menstrüel döngüleri düzene girmiş, 2 tanesi gebe kalmıştır. İlerleyen dönemde birçok bilim insanı PKOS’nun etiyolojisini araştırmış, 1958 yılında ilk kez bu kadınların idrar örneklerinde Luteinizan hormon (LH) seviyesinin artmış olduğu gösterilmiş, artmış LH ve testosteron seviyeleri tanı koymada anahtar rol oynamıştır. Swanson ultrasonografide PKOS tanılı kadınlardaki over yapısını tanımlamış, 1985 yılında Adam ve arkadaşları bilateral multikistik over görünümünü, ultrasonografik tanı için bir kriter olarak belirlemişlerdir [27]. 1990 yılında ise PKOS, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Tanı Sınıflandırması içerisinde alınmıştır [28].

2.1.2. Tanı Kriterleri

PKOS tanı kriterleri hastalığın heterojen doğasına bağlı olarak halen tartışmalı bir konu olmakla birlikte bu süreçte güncelliğini koruyan üç farklı tanım önerilmiştir. Bu tanı sistemlerinden birincisi 1990 yılında Ulusal Sağlık Enstitüsü – National Institutes of Health (NIH) tarafından yayımlanmıştır. Bu kriterlere göre PKOS; açıklanamayan hiperandrojenik anovülasyon şeklinde tanımlanmıştır. Tanı koymak için klinik veya biyokimyasal olarak androjen fazlalığı, anovülatuar sikluslar ve benzer klinik semptom gösteren hastalıkların dışlanması şartları aranmıştır [29]. Daha sonra 2003 yılında Hollanda’da “The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group” tarafından düzenlenen bir konferansta hastalık; hiperandrojenizm belirtileri ve polikistik over morfolojisinin eşlik ettiği overyan disfonksiyon şeklinde yeniden tanımlanmış ve halen birçok sağlık otoritesi tarafından kabul gören Rotterdam Kriterleri oluşturulmuştur. Bu sınıflamaya göre; oligo veya anovülasyon, klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizm belirtileri, polikistik overler (bir overde 12 veya daha fazla, 10 mm çapından küçük folikülün bulunması, over volümünün >10 ml olması) şeklindeki üç kriterden ikisinin varlığı ile PKOS tanısı konulabilmektedir. Polikistik over için tanımlanan kriterlerin bir overde olmasının yeterli olduğu da tanı kriterleri içinde vurgulanmıştır. Aynı zamanda konjenital adrenal hiperplazi, androjen salgılayan tümörler, Cushing Sendromu, tiroid bozuklukları gibi hiperandrojenizm semptomlarına neden olabilecek farklı etiyolojilerin ve kullanılan medikasyonların etkilerinin PKOS tanısı konulmadan önce dışlanması gerekmektedir [2]. İlerleyen dönemde 2006 yılında “Androgen Excess Society (AES)” ve “PCOS Society (AE-PCOS)” tarafından önerilen kriterlere göre; klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizm, overyan disfonksiyon (ovulatuvar disfonksiyon veya polikistik over morfolojisi görülmesi şeklinde) PKOS tanısı konulabilmektedir. Daha önceki tanı kriterlerindeki gibi benzer semptomlara sebep olabilecek farklı etiyolojilerin veya medikasyon etkisinin dışlanması gerekmektedir [30]. İlerleyen yıllarda dünyada farklı tanı sistemlerinin kullanılması üzerine yapılan çalışmalarda PKOS tanısı ile ilgili uyumluluk sorunu ortaya çıktığı gözlenmiş, 2012 yılında PKOS tanısı ile ilgili ortak tıbbi bir dil oluşturulabilmesi amacıyla NIH tarafından “Evidence-Based Methodology PCOS Workshop” adı altında farklı konuların da ele alındığı bir toplantı düzenlenmiş, mevcut kriterler

değerlendirilmiştir. Toplantı sonunda PKOS tanısı için daha geniş bir tanımlamaya sahip olan Rotterdam kriterlerinin kullanılmasına devam edilmesinin uygun olduğu ancak aynı zamanda klinik belirtilere göre sınıflandırılan PKOS fenotipinin detaylı tanımlanmasına da ihtiyaç duyulduğu kanaatine varılmıştır. PKOS fenotipleri belirlenirken A ve B klasik, C ve D non-klasik tipler olarak tanımlanmıştır [31]. Farklı tanı sistemlerine göre PKOS tanı kriterlerinin tarihsel süreci **Tablo 2.1**'de, PKOS fenotipleri ve farklı tanı sistemlerine göre tanı alma durumları **Tablo 2.2**'de verilmiştir.

Tablo 2.1. Farklı Tanı Sistemlerine Göre PKOS Tanı Kriterlerinin Tarihsel Süreci

NIH (National Institutes of Health) Kriterleri (1990)	
1) Klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizm 2) Oligo/amenore, anovülasyon	Kriterlerin her ikisinin de bulunması gerekir.
Rotterdam Kriterleri (2003)	
1) Klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizm 2) Oligo/amenore, anovülasyon 3) Polikistik over morfolojisi	Üç kriterden ikisinin bulunması gerekir.
AE-PCOS (Androgen Excess & PCOS Society) Kriterleri (2006)	
1) Klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizm 2) Ovaryen disfonksiyon (ovulatuvar disfonksiyon ve/veya polikistik over morfolojisi)	Kriterlerin her ikisinin de bulunması gerekir.
NIH-Rotterdam Kriterlerinin Genişletilmesi (2012)	
1) Klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizm 2) Oligo/amenore, anovülasyon 3) Polikistik over morfolojisi	Üç kriterden ikisinin bulunması ve spesifik fenotipin tanımlanması gerekir.
Benzer semptomlara neden olabilecek diğer etiyolojiler dışlanmalıdır.	

PKOS: Polikistik over sendromu; NIH: Ulusal Sağlık Enstitüsü

Tablo 2.2. PKOS Fenotipleri ve Farklı Tanı Sistemlerine Göre PKOS Tanısı Alma Durumları

	Fenotip A (Klasik şiddetli PKOS)	Fenotip B (Non-PKO PKOS)	Fenotip C (Ovulatuvar PKOS)	Fenotip D (Non- hiperandrojenik PKOS)
PKOS Belirtileri	Hiperandrojenizm/ Ovülatuar disfonksiyon/ Polikistik over morfolojisi	Hiperandrojenizm/ Ovülatuar disfonksiyon	Hiperandrojenizm/ Polikistik over morfolojisi	Ovülatuar disfonksiyon/ Polikistik over morfolojisi
Hiperandrojenizm	+	+	+	-
Ovülatuar Disfonksiyon	+	+	-	+
Polikistik Over Morfolojisi	+	-	+	+
NIH Kriterleri (1990)	X	X		
Rotterdam Kriterleri (2003)	X	X	X	X
Androgen Excess & PCOS Society Tanı Kriterleri (2006)	X	X	X	

NIH: Ulusal Sağlık Enstitüsü; PKOS: Polikistik over sendromu; PKO: Polikistik over

PKOS tanısı koymak ile ilgili alanyazın incelendiğinde tanı koymada önemli olduğu düşünülen bazı tanımlamalar yapılmıştır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

Oligomenore: Menstrüel aralığın 35 günden uzun, 6 aydan kısa olması şeklinde tanımlanır.

Amenore: En az 6 aydır vajinal kanamanın yokluğu şeklinde tanımlanır.

Oligo-ovülatuar PKOS: Rastgele bakılan progesteron seviyesinin en az 10 nmol/litre olması şeklinde tanımlanır.

Anovülatuar PKOS: Rastgele bakılan progesteron seviyesinin 10 nmol/litreden az olması şeklinde tanımlanır.

Bu ayrımın tanımlanması her vajinal kanamanın ovülasyon ile birlikte olmadığı gösterilmesi nedeniyle yapılmıştır [32].

2.1.3. Epidemiyoloji

PKOS tanısının sıklığı; hastalığın heterojen doğasına, kullanılan tanı sistemlerine, bireylerin sosyoekonomik düzeylerine, tıbbi servislere erişebilirliklerine, sağlık konusundaki farkındalık düzeylerine bağlı olarak farklı ülkelerde %4 ile %21 arasında değişkenlik göstermektedir [33-35]. PKOS belirtilerinin farklı oranlarda görülmesinde ırk ve etnik kökenin de rolü olduğu gösterilmiştir. PKOS tanısı alan İspanyol kadınların hiperandrojenizm belirtilerini daha fazla taşıdıkları görülmüştür [36]. PKOS tanılı Japon kadınların, PKOS tanılı İtalyan ve İspanyol kadınlardan daha az hirsütizm belirtisi gösterdiği saptanmıştır [37]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise PKOS yaygınlığı NIH kriterlerine göre %6.1, Rotterdam kriterlerine göre %19.9, AE-PCOS Society kriterlerine göre %15.3 şeklinde raporlanmış, en sık görülen subfenotip ise polikistik overler ile birliktelik gösteren hiperandrojenizm belirtileri şeklinde bulunmuştur [38].

2.1.4. Etyopatogenez

PKOS etiyojisi günümüzde halen birçok yönüyle keşfedilmemiş olmakla birlikte hastalığın; genetik, metabolik, intrauterin ve çevresel etkenlerin kompleks etkileşimleri sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir [39]. Etkilenmiş her kadında bu faktörlerin bireysel payı ve hastalığın şiddeti değişkenlik göstermektedir. Aile bazlı çalışmalarda PKOS'un ailelerde kümelenmesi, bu hastaların birinci derece yakınlarında insülin direnci, metabolik sendrom, dislipidemi gibi metabolik bozuklukların daha sık görülmesi, PKOS tanılı kadınların kız kardeşlerinde artmış androjen seviyeleri, LH ve Dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS) düzeylerinin görülmesi hastalığın genetik geçişli, poligenik bir hastalık olabileceğini düşündürmektedir [40-42]. Bu faktörlerden en önemlileri bozulmuş gonadotropin sekresyonu, hiperandrojenizm, steroidogenez ve insülin seviyelerinde değişiklikler, overyan disfonksiyon ve foliküler arresttir [43].

1) Androjen Fazlalığı ve Steroidogenez Değişiklikleri

Primatlarda ve rodentlerde yapılan deneyler incelendiğinde fetal dönemde maruz kalınan fazla androjen miktarının artmış LH düzeyi, hiperandrojenizm ve

metabolik değişiklikler gibi PKOS benzeri belirtiler ortaya çıkardığı gözlenmiştir [44]. İnsanlara hipotalamo-hipofizer-overyan ve hipotalamo-hipofizer-adrenal yollar bakımından en fazla benzerlik gösterdiği bilinen maymun deneylerinden alınan sonuçlarda intrauterin dönemde yüksek testosteron düzeyinin hormonal, reproduktif ve metabolik sorunlara yol açtığı gösterilmiştir. Fazla testosteron maruziyeti olan anne maymunların yavrularında puberteden sonra LH hipersekresyonu, ovülatuar disfonksiyon, hiperandrojenizm, insülin direnci ve yaklaşık %50'sinde artmış folikül sayısına sahip büyümüş overler tespit edilmiştir [45]. Maymun modelleri prenatal androjenizasyonun pankreatik adacık morfolojisi ve fonksiyonu ile ilişkili olduğunu da göstermiştir [46]. Bu modellerde gösterilen intrauterin fazla androjen maruziyetinin etkilerini insanlarda saptamak oldukça zor ve kanıt düzeyi azdır. İnsanlarda; intrauterin androjenizasyonun sonuçları ile ilgili araştırmalar konjenital adrenal hiperplazilerde (özellikle 21-hidroksilaz eksikliği olanlar) prenatal androjen maruziyeti incelenerek yapılabilmektedir. Artmış LH sekresyonu tespit edilmiş, prenatal fazla androjen maruziyetinin hipotalamo-hipofizer aksı etkilediği ve pubertede LH hipersekresyonuna yatkınlık oluşturduğu, bunun da konjenital adrenal hiperplazili ergen ve erişkin kadınlarda overyan hiperandrojenizme katkıda bulunmuş olabileceği düşünülmüştür [47]. İleriye dönük bir izlem çalışmasında gebelikte maternal androjen düzeyleri ile adölesan dönemde PKOS semptomları gelişimi arasındaki ilişki incelenmiş ve anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir [48].

Literatürde kadınlarda 6-8 yaş arası büyümeyi stimüle eden ve hipotalamo-hipofizer-overyan aksın aktivasyonunda rol alan adrenal androjen, Dehidroepiandrosteron (DHEA), DHEA-S'ın kademeli artışı şeklinde tanımlanabilen adrenarş döneminin erken olması ile overyan hiperandrojenizm, PKOS ve insülin direnci arasında ilişki gösterilmiştir [49]. Bu bozukluk idiyopatik olabileceği gibi Adrenokortikotropik Hormon (ACTH)'a artmış androjen yanıtına neden olabilecek artmış insülin ve insülin benzeri büyüme faktörü (IGF-1) düzeylerinin yansıması olabilir. Ayrıca obezite, hiperinsülinemi ile ilişkilendirilmiş olup genellikle obeziteye hiperandrojenizmin eşlik ettiği gösterilmiştir [49]. Mid pubertede LH sekresyonunda olan artış overlerdeki androjen üretimini uyarmaktadır. İnsülin direncinin eşlik ettiği durumlarda da hiperinsülineminin LH sekresyonunu artırmakta olduğu bulunmuştur.

Son dönemlerde obezitedeki artışın adrenal ve overyan androjen sekresyonunun artışına katkıda bulunduğu, böylece PKOS için bir predispozan faktör olabileceği düşünülmektedir [50].

Erişkin hayatta fazla androjen üretiminin ana kaynağı LH sekresyonu olmakla birlikte overyan teka hücrelerinden androjen salınımı insülin tarafından güçlendirilmektedir [51, 52]. Bu nedenle diyet ve metformin gibi hiperinsülinemiye azaltan ilaçların kullanımı androjen seviyelerini azaltmakta ve ovülasyonu düzenlemeye katkıda bulunmaktadır [53, 54].

Özetle elde edilen veriler; erişkinlik yaşamında PKOS tanısı konulan bazı kadınların puberte öncesinde hiperandrojenizmi olduğunu, bu belirtinin de rastlantısal olarak obezite ile birliktelik gösterdiğini ortaya koymuştur. Artış gösteren androjen düzeylerinin ise metabolik sorunlara, anovülasyona ve hipotalamustaki LH sekresyonunun steroidall regülasyonunda değişikliklere zemin hazırladığı düşünülmektedir [51, 55].

2) Gonadotropin Sekresyon Bozuklukları

PKOS tanılı erişkin kadınlarda genellikle yüksek LH seviyeleri gösterilmiştir. Bu sonuçlar; hipotalamustan Gonadotropin Salgılatıcı Hormon (GnRH) salınım frekansındaki artışı ve buna bağlı olarak hipofizden LH sekresyonunun artışı ile ilişkilendirilmiştir [56]. Hipotalamik GnRH salınım frekansındaki artış LH'nin β -subünitesindeki transkripsiyonu artırırken GnRH salınım frekansındaki yavaşlama Folikül Uyarıcı Hormon (FSH)'ın β -subünitesindeki transkripsiyonu artırmaktadır. Bu mekanizmaya bağlı olarak PKOS tanılı kadınlarda LH artarken FSH'nin baskılanmış olabileceği düşünülmektedir [57]. Aynı zamanda PKOS'ta androjenlerin periferik dokularda östrojene dönüşmesi sonucu görülen hiperöstrojeneminin de FSH düzeyinin azalmasını açıklayabileceği yönünde görüşler mevcuttur [58]. Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında PKOS tanılı kadınlarda foliküler fazda kandaki FSH düzeyi normal veya baskılanmış olarak gözlenmiştir. Ayrıca özellikle artmış bazal LH seviyelerine sahip hastalarda GnRH uyarımına LH yanıtında duyarlılık artarken FSH yanıtının sağlıklı kontrollerle aynı oranda olduğu yönünde

veriler bulunmaktadır [59]. Bu bulgular ışığında da artmış LH/FSH oranı tanı koymada önemli bir nöroendokrin işaretleyici olmuştur [59-61].

3) İnsülin Hormonunda Değişiklikler

İnsüline karşı hücrelerde duyarlılığın azalması veya hiperinsülinemiye bağlı insülin reseptörlerinin down regüle (sayısının azalması) olması şeklinde tanımlanabilen insülin direnci ve hiperinsülinemi PKOS tanılı kadınlarda sık görülebilmektedir. Etkilenen kişiler bozulmuş glukoz toleransı, tip 2 Diabetes Mellitus (DM), kardiyovasküler sorunlar açısından risk altında kalabilmektedir [62]. Aynı zamanda yapılan çalışmalarda insülin direnci her ne kadar obezite ile birliktelik gösterse de PKOS tanılı kadınların obezite, vücut kitle indeksi (VKİ) ve bozulmuş glukoz toleransından bağımsız olarak insülin direnci tanısı aldıkları, PKOS'taki hiperinsülineminin insülin atılımının azalmasından kaynaklanmadığı, özgün bir insülin aktivite bozukluğu olabileceği düşünülmektedir [3, 63]. Bununla birlikte androjen fazlalığının oluşumunda da insülinin hem direk hem de dolaylı olarak rol aldığı ve hiperandrojenizme katkı sağladığı gösterilmiştir. İnsülinin overlerdeki Teka hücrelerinde IGF-1 ve IGF-2 reseptörlerini uyararak overden androjen üretimini arttırdığı, aynı zamanda Hepatik Seks Hormonu Bağlayıcı Globulin (SHBG) sentezini azaltarak dolaşımdaki serbest testosteron konsantrasyonunun artmasına yol açtığı düşünülmektedir [43].

4) Overyan Disfonksiyon ve Folikül Gelişimi

Ovülasyon; hipotalamus, hipofiz, overyan teka hücreleri, overyan granüloza hücreleri ve gelişen folikülün senkronize çalışmasını gerektiren bir süreçtir. Ovülasyonun düzenli olarak devamı için LH, FSH, insülin, IGF-1, Anti Mülleryan Hormon (AMH), steroidogenik enzimler gibi çeşitli faktörlerin koordinasyonuna gereksinim vardır [64]. PKOS tanılı kadınlarda foliküler gelişim ve dominant folikül seçiliminde problemler meydana gelmekte ve anovülasyon ile sonuçlanabilmektedir [65]. Ovülatuar disfonksiyon artmış foliküler aktivite ile birlikte olgunlaşamayan foliküller ile karakterizedir. PKOS'ta çeşitli çalışmalarda gösterilen overlerden

androjen hipersekresyonu bu kişilerin teka hücrelerinde intrinsik disfonksiyon olduğunu düşündürmektedir [66, 67].

2.1.5. Klinik Görünüm

PKOS'un klinik görünümü geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Belirtiler bazen hemen puberte sonrası başlarken bazen erken erişkinlikte kendini gösterebilmektedir. Başlıca belirtileri hiperandrojenizm semptomları, infertilite ve menstrüasyon düzensizliği şeklinde özetlenebilmektedir. Laboratuvar bulguları ve ultrasonografik görüntülemelerde polikistik overler görülebilmektedir [68].

Hiperandrojenizm Bulguları

Hirşutizm, androjenik alopesi ve akne vulgaris hiperandrojenizm semptomlarıdır. Bunlar arasında en sık rastlanılanı hirşutizmdir.

Hirşutizm; kadınlarda erkeksi paternde, androjene duyarlı bölgelerde terminal kılların olması gerekenden daha fazla büyümesi şeklinde tanımlanmaktadır [69]. Bu bölgeler için dudak üstü, çene, göğüs, sırtın alt ve üst kısımları, üst ve alt karın, kol ve bacakların üst kısımları göz önüne alınarak Ferriman-Gallwey skorlaması oluşturulmuştur. Bu skorlamaya göre sekiz veya üzerinde puan alınması hirşutizm tanısı koydurmaktadır [70].

Androjenik alopesi; kadınlarda özellikle başın tepe bölgesindeki terminal saç foliküllerinin incilmesi ile karakterize bir saç dökülme şeklidir. PKOS tanılı kadınlarda yaygınlığı %3.2-%34.8 şeklinde geniş bir aralıkta raporlanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda hiperandrojenizm ile birlikteliği bulunurken bazılarında bu ilişki gösterilememiştir [71].

Akne vulgaris; komedonlar, papüller, nodüller, püstüller ve skarlarla kendini gösteren pilosebace foliküllerin kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Genellikle yüz, boyun, üst gövde ve üst kollarda kendini gösterir. Çoğunlukla adölesan dönemde ortaya çıkan ve 20'li yaşlarda azalan çoklu etiyolojiye sahip bir durumdur. PKOS hastalarında görülen akne probleminin ise altta yatan hormonal bozukluklara bağlı olduğu için genellikle kronik seyirli ve şiddetinin değişken olduğu yönünde çalışmalar mevcuttur [72, 73].

Menstrüel Düzensizlikler

PKOS'un temel belirtilerinden biri olan ve kronik anovülasyonu yansıtan menstrüel düzensizlikler; oligomenore ve amenore şeklinde görülebilmektedir. PKOS tanısı alan kadınların yaklaşık %80'inde ovülasyon bozukluğu gözlenmektedir [30]. Oligomenore, menstrüel aralığın 35 günden uzun ve altı aydan kısa olması şeklinde; amenore ise en az altı aydır vajinal kanamanın yokluğu şeklinde tanımlanmaktadır [32]. Bununla birlikte her vajinal kanamanın ovülasyonla birlikte olmadığı akılda tutulmalıdır. PKOS oligoanovülasyonun %70'ini oluşturan en yaygın sebebidir [74]. Ovülasyonun varlığını kanıtlamak için luteal fazda ölçülen progesteron seviyesinin 5 ng/mL'den fazla olması veya rastgele bakılan progesteron seviyesinin en az 10 nmol/litre gerekmektedir. Bununla birlikte, oligoovülatuar kadınların genellikle anovülatuar kadınlara göre daha hafif düzeyde semptomlar gösteriyor olabilecekleri bildirilmiştir [32].

İnfertilite

Anovülatuar infertilitenin bilinen en sık sebeplerinden biri PKOS'tur. Ayrıca birçok ülkede kadın infertilitesinin en sık sebebi olarak da bilinmektedir. Ovülasyon; hipotalamus, hipofiz, overyan teka hücreleri, overyan granüloza hücreleri ve gelişen folikülün senkronize çalışmasını gerektiren bir süreçtir. PKOS'ta artmış LH seviyesi, azalmış FSH seviyesi, hiperandrojenizm, insülin sekresyonunda bozulmalar, overlerde intrinsik disfonksiyon gibi sebepler nedeniyle ovülasyon, oosit gelişimi ve implantasyonda sorunlar ortaya çıkmaktadır [65, 75]. PKOS'ta infertilite tedavisi ile ilgili pek çok çalışma devam etmekte ve hastalar tedaviden fayda görmektedirler.

Metabolik Sorunlar

PKOS tanılı hastalarda insülin direnci, obezite ve metabolik sendromun daha sık görüldüğü bilinmekte olup bu belirtiler PKOS semptomlarını kötüleştirir. Böylece iki taraflı birbirini besleyen bir kısır döngü oluşmaktadır. Yapılan bir çalışmada VKİ yüksekliğinin hirsutizmi belirgin düzeyde artırdığı gösterilmiştir [76].

Tüm bu faktörler hastalarda Tip 2 DM, kardiyovasküler sistem hastalıkları, hipertansiyon, dislipidemi, yağlı karaciğer ve uyku apnesi sendromuna yatkınlık yaratmaktadır. Bu nedenle risk altındaki hastaların metabolik riskler açısından taranması gerekmektedir. Tedavide ilk basamakta yaşam tarzı değişiklikleri, sağlıklı beslenme ve egzersiz önerilmekte olup kilo kaybı olmadan sadece orta ağırlıkta egzersiz yapmanın bile metabolik durumda iyileşme sağladığı gösterilmiştir [6, 77].

Akantozis nigrikans

Akantozis nigrikans ciltte koyu kahverengi kalınlaşmış plaklar şeklinde hiperpigmentasyon belirtisidir. Genellikle boyun, ense, kıvrım bölgeleri, dirsek, kasıklar ve vulvada görülmektedir. Epidermiste kalınlaşma mevcuttur. Hiperpigmentasyon, keratinoza bağlı olup melanosit depolanması görülmez [78]. Sıklıkla obezite, PKOS ve diyabet ile ilişkilendirilmiş olsa da nadiren malignitelerde görülebilmekte ve bu formuna çoğunlukla müköz membran eşlik etmektedir [79]. PKOS'un bir alt kümesi olan hiperandrojenizm (HA), insülin rezistansı (IR) – akantozis nigrikans (AN) (HAIR-AN) sendromunda hiperandrojenizm ve insülin direnci birlikteliği görülmektedir [80].

Laboratuvar Bulguları

Mevcut bilgilerimize göre PKOS'a spesifik, tek başına tanı koydurucu bir laboratuvar bulgusu yoktur. Tanı koymada destekleyici önemli laboratuvar bulgularından bazıları kanda androjen yüksekliği, artmış LH, azalmış veya normal FSH seviyesi, LH/FSH oranının ikiden büyük olması, artmış östrojen, artmış insülin şeklinde sıralanabilir. Ayrıca overyan rezervin bir göstergesi olan, antral folikül sayısı ve stromal alan ile pozitif korelasyon gösteren AMH değerinde yapılan çalışmalarda artış gözlenmiştir [81]. Aynı zamanda bir dışlama tanısı olan PKOS'ta benzer semptomlara sebep olabilecek hastalıkları ekarte etmek amacıyla TSH, kortizol, prolaktin gibi belirteçlere bakılması önerilmektedir.

2.1.6. Psikiyatrik Komorbiditeler

PKOS tanılı kadınlarda duygudurum bozuklukları başta olmak üzere çeşitli ruhsal hastalıklar sık görülmektedir. Endokrin değişikliklerle birlikte özellikle kilo alımı, kıllanma artışı, akne ve alopesi gibi birçok fiziksel değişim sonucu ruhsal şikayetlerin görülebilmesi ve bireylerin hayat kalitesinde bozulabilme beklenebilen bir durumdur [4]. PKOS tanılı kadınlarda majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve duygudurum bozuklukları gibi ruhsal hastalıkların PKOS tanısına eşlik ettiği bildirilmiştir [5]. Aynı zamanda PKOS tanılı kadınların astım, DM, epilepsi ve kronik sırt ağrısı hastalarından %20 düzeyinde daha düşük hayat kalitesi oranına sahip oldukları gösterilmiştir [82]. PKOS tanılı kadınların sağlıklı kontrollere kıyasla üç kat daha fazla depresif epizod geçirdiği ve intihar oranlarında yedi kat artış olduğu bildirilmiştir [6, 83]. PKOS tanılı kadınlarda anksiyete bozukluğu ve depresyon genellikle birlikte bulunmakta olup Benson ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada 448 PKOS tanılı kadının %34'ünün anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı ve bu semptomların özellikle akne ve üreme sorunları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [84]. VKİ açısından eşleştirilmiş kontrol gruplarıyla yapılan çalışmalarda da bu kadınların ruhsal bozukluklara daha fazla yatkınlık gösterdikleri, obezite ve infertilite öyküsünden bağımsız olarak da başta depresyon olmak üzere duygudurum bozuklukları açısından risk altında oldukları görülmüştür [7]. PKOS ve bipolar bozukluk arasında tartışmalı bir ilişki söz konusudur. Bu alanda çalışan kimi yazarlar bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan valproik asitin PKOS gelişimine neden olabileceğini öne sürerken kimileri iki hastalık arasında direk bir ilişki olduğunu öne sürmekte, bu teoriyi her ikisinde de görülebilen hipotalamo-hipofizer-overyan problemler ve benzer metabolik sorunların varlığıyla açıklamaktadırlar [85, 86]. PKOS'ta görülen hirsutizm, akne ve infertilite gibi sorunların yanı sıra kanda artmış olabilecek olan testosteron düzeyinin de depresyona yatkınlık yaratabileceği öne sürülmüştür [87]. Androjen düzeyindeki artışın dürtüselliğe artış ve öfke kontrolünde azalmayla ilişkili olabileceği bulunmuştur [88]. Bu nedenle biyokimyasal parametrelerin sadece fiziksel semptomlarla değil psikiyatrik özelliklerle de ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır [88].

2.2. CİNSELLİK

2.2.1. Tanım ve Genel Bilgiler

Cinsellik; biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, yasal, tarihi, dini ve manevi faktörlerin etkileşiminden etkilenen kompleks bir kavramdır [89]. Sadece birleşme değil yakınlık, ilişki doyumu, kendine güven gibi kavramlarla tanımlanmaktadır [11]. Cinsellik, yaşamın en kişisel alanlarından biridir. Cinsellik kavramının yaşam boyunca içeriği, ifadesi ve anlamı değişebilir. Kişinin içinde bulunduğu toplumun yapısal özellikleri veya aynı toplum içinde nesiller boyunca ortaya çıkan değişimler, cinsel davranışlarda farklılıklar oluşturabilir, cinsellik hakkındaki tutum ve inançları etkileyebilir [10].

Cinsellik uzun dönemler boyunca tabu şeklinde yaklaşmış ve hakkında konuşulmamıştır. Klasik dönemde, ilk kez Hipokrat klitoristen kadın cinsel uyarılma alanı olarak bahsetmiştir. Viktorya döneminde, Richard Von Krafft-Ebing ve Havelock Ellis cinsel davranışlar ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Eş zamanlı olarak Sigmund Freud libido, çocuk cinselliği ve cinsel dürtülerin insan davranışına etkisini tanımlayan psikanalitik kuramını ortaya atmıştır. Modern dönemlerde ise Alfred Kinsey, William Master ve Virginia Johnson tarafından yapılan araştırmalar ile cinsellik incelenmiş, zamanla cinsel özgürlük gelişmiştir [90]. Cinsellikle ilgili teoriler; psikanalitik, davranışçı ve bilişsel olarak üç ana başlık altında incelenebilir.

Psikanalitik Teoriler

Psikanalitik teoride cinsel teorinin başlıca kaynağı psikanalitik kuram olarak kabul edilir ve bilinçdışı dürtüler cinsellikte önemli bir yer tutar. Freud tarafından yazılan “Cinsellik Kuramı Üzerine Üç Deneme” dönemin cinselliğe karşı olan ahlakçı bakış açısı ve ön yargılarına meydan okuyan bir eser olarak görülmüş hatta Freud’u seilmeyen birisi haline getirmiştir. Bu yazılarında Freud; cinselliğin başlangıcını çocukluk dönemine çekerek çocuk cinselliğinin varlığını ve cinselliğin psikoseksüel gelişim evrelerini öne sürer, normal ve normal dışı cinsellik arasında bir bağlantı kurar, cinselliğin erişkinlikteki tezahürünü ve nesne seçimini etkileyen faktörleri tanımlar [91]. Freud kendisinden önce tanımlanan cinsel sapmaları gözden

geçirerek bunları o dönem kabul edilen normlar çerçevesinde normal cinsellikle ilişkilendirir. Bunu yaparken “cinsel nesneyle ilgili cinsel sapkınlıklar” ve “cinsel amaçla ilgili sapkınlıklar” diye iki kategoriden bahseder.

Freud ilk çalışmalarında çocuktaki erken cinsel uyanışı ancak bir yetişkin tarafından baştan çıkarılma şeklinde tanımlamış olsa da bu düşünce ilerleyen çalışmalarında yerini tüm çocuklarda cinsel dürtülerin çok erken zamandan itibaren olduğuna, bastırma mekanizması ile “çocuksu bellek yitimi” nedeniyle bilinç düzeyinde hatırlanmadığına evrilmiştir. Cinsel örgütlenmenin gelişim evrelerini; o dönemlerde önem kazanan erojen bölgelere göre oral, anal-sadistik, genital evre şeklinde tanımlamıştır. İlerleyen süreçte erkeklerde sadece penis ve kadınlarda klitorisin tanındığı fallik evreyi genital öncesi döneme eklemiştir. Bu basamakların lineer bir düzlemde gitmediğinin altını çizmiştir.

Freud önce çocukluktaki cinselliği otoerotik şeklinde tanımlamış sonrasındaki cinselliği nesne seçimi ile birlikte erişkinlik cinselliği şeklinde keskin bir ayrımla ayırmış olsa da ilerleyen dönemlerde bu sınırları yumuşatmıştır. 1912 senesinde yayınlanan “aktarımın dinamiği” makalesinde genital öncesi dönemde sevgi-nefret çifte değerliliğinin nesne ilişkilerinin temelini oluşturduğundan bahsetmiş olup aynı zamanda şefkati çocukluk cinselliği ile, şehvet akımını ise erişkinlikteki nesne seçimi ile ilişkilendirmiştir. Genital cinsellikte Oedipus süreci ile birlikte bu iki akımın birleştiğini belirtmiştir [92].

Davranışçı Teoriler

Davranışçı Kurama göre cinsel davranışlar çevresel etkenler ve öğrenmeye dayalı olan Skinner’in edimsel koşullama modeli baz alınarak açıklanmaktadır. İngilizcede “operant conditioning” olarak geçen edimsel koşullanma; olumlu veya olumsuz sonuçların bireyin davranışını değiştirmesine odaklanan bir öğrenme sürecidir. Ödül ve cezalar üzerinden davranışlar pekişir veya sönümlenir. Cinsel davranışların da bireylerde ödül süreçlerini harekete geçirdiği, bu nedenle pekiştiği ve devam ettiği savunulmaktadır. Ceza davranışları ve cinsellikle ilişkilendirilen olumsuz deneyimler ise aksine cinselliği olumsuz yönde etkileyebilmekte, cinsel korkulara veya fobilere neden olabilmektedir [93].

Bilişsel Teoriler

Düşünce süreçleri cinsel davranışları etkileyebilmektedir. Cinsellikte bilişsel teoriler, cinsel davranışların bilişsel süreçlerle bağlantısını açıklamaya çalışmaktadır. Bu teoriye göre, düşüncelerimiz ve inançlarımız cinsel davranışlarımızı etkilemektedir. Bu kuram çerçevesinde tanımlanan bilişsel şemalar, yaşadığımız olaylara anlam verme şeklimizi yönlendiren, kendimiz, başkaları ve gelecek hakkında sahip olduğumuz koşulsuz fikirler olarak kabul edilir. Şemalarımız çevredeki değişikliklere kolay adapte olmamızı sağlayabilirler ancak özellikle bir olaya atfedilen anlam yetersiz veya yanlı olduğunda işlevsiz duygusal ve davranışsal tepkiler ortaya çıkabilmektedir. Beck'e göre negatif şemaların varlığı bireylerde belli patolojilere yatkınlığa neden olabilmektedir. Benzer şekilde çaresizlik, yetersizlik, sevilmemeye gibi negatif şemalarımızın cinsel disfonksiyonlarla da ilişkili olabileceği bulunmuştur. Cinsel alanda sorun yaşayan bireylerin sağlıklı kontrollere kıyasla olumsuz cinsel deneyimlere maruz kaldıklarında önemli ölçüde daha fazla negatif şemayı aktive ettikleri öne sürülmektedir. Aynı zamanda cinsel sorunlar yaşayan bireylerin genellikle bir dizi esnek olmayan yanlış cinsel inanca sahip oldukları öne sürülmüştür. Bununla birlikte kendini beğenmemeye, çekici bulmama, anksiyete, depresyon, suçluluk hissi ve performans anksiyetesi gibi faktörler de cinsel sorunlar yaratabilmektedir [94].

Takip eden dönemlerde cinselliği inceleyen pek çok araştırma yapılmıştır. Özellikle Master ve Johnson'un kadın ve erkek cinsel yaşamını laboratuvar ortamında incelediği çalışmalar insan cinselliğinin karanlıkta kalan kısımlarını aydınlatmakta önemli katkı sağlamıştır [95].

Bilişsel kuram çerçevesinde kişilerin düşünceleri ve inançları ile çalışılarak cinsel sorunlar azaltılabilmekte veya ortadan kaldırılabilir [96].

Cinsellikle ilgili araştırmalar artmasına ve bu alanda daha fazla bilgi sahibi olunmasına rağmen halen cinselliği tanımlamak güç görünmektedir. DSÖ cinselliği; yaşam boyunca insan olmanın merkezinde olan, cinsel kimliği, cinsiyet rollerini, erotizmi, cinsel yönelimi, haz, samimiyet ve üremeyi içinde barındıran, zaman zaman fantezilerde, düşüncelerde, arzu, inanç, değer ve ilişkilerde deneyimlenen çok boyutlu bir kavram olarak ele almakta, cinsel sağlığı ise sadece bir hastalık veya

disfonksiyonun yokluğu şeklinde değil, fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal anlamda cinsellikle bağlantılı olarak iyilik halinin sağlanması şeklinde tanımlamaktadır [97].

2.2.2. Cinsel İşlevler

Bireylerde cinsel ilişki öncesinde, sırasında ve sonrasında birbirini tamamlayan, genital bölgeye sınırlı olmayan çeşitli fizyolojik değişim ve tepki ortaya çıkar [98]. Cinsel uyarılmanın nasıl başladığı, sürdüğü herkes için sabit, doğrusal bir model ile açıklanamayacak kadar karmaşık bir süreçtir. Zaman içinde yapılan araştırmalar ile cinsel yanıt evreleriyle ilgili anlayış; birbirini izleyen evrelerden oluşan doğrusal bir modelden farklı olarak cinsel yanıtların birbirlerini etkileyebildiği, dış ve iç etkenlerin rol oynayabildiği döngüsel bir modele taşınmıştır. Bununla birlikte hastanın cinsel yaşantısını değerlendirirken cinsel yanıt döngüsü aşağıda anlatılan dört başlıkta ele alınabilir [10].

1) İstek

Cinsel fantezi ve düşüncelerle bağlantılı cinsel ilgi ve arzuları ifade eder. İstek; kendiliğinden, görsel ya da işitsel bir uyarı, cinsellikle ilgili bir hayal ile ya da bazen cinsel uyarılmanın ardından ortaya çıkabilir. Kişinin cinsel isteği cinsel ilişkinin geliştiği romantik yakınlık, cinsel yakınlaşmanın bağlamı, uyarılma biçimiyle ilişkili olup herkeste farklı şekilde kendini gösterebilir.

2) Uyarılma

Cinsel hazzın yoğunlaştığı, genital organlara kan akımının arttığı evredir. Artan kan akışı erkeklerde sertleşmeyi, kadınlarda ise kabarmayı, kayganlaşmayı ve memelerin büyümesini sağlar. Hem nesnel hem de öznel tarafları olan uyarılma hem kişiler arasında hem de kişinin yaşam sürecinde değişkenlik gösterir. Her ilişkide sabit kalmamaktadır. Uyarılma istekle ilişkilidir ama aksaması partnere yönelik ilgi ve sevgi yoksunluğu olarak anlaşılmamalıdır. Orgazmdan hemen önce birincil seks organının lokal vazokonjestif yanıtı her iki cinsten de zirvedir.

3) *Orgazm*

Hazzın en yüksek olduğu düşünölen andır. Orgazm olabilmek yeterli uyarılmanın gerçekleşmiş olmasıyla mümkündür; bu yeterlilik kişiye veya kişinin farklı yaşam dönemlerine göre değışebilir. Orgazm öznel olarak pelviste odaklanmış biçimde algılanır. Erkeklerde orgazma ulaşma ile boşalma neredeyse kaçınılmaz hale gelir. Kadınlarda perine ve vajina çevresindeki kaslarda ritmik kasılmalar oluşur. Erkeklerden farklı olarak kadınlarda cinsel birleşme orgazmıla sonlanmayabilir.

4) *Çözölme*

Orgazmı takip eden, fizyolojik özelliklerin uyarılma öncesine döndüğü dönemdir. Erkeklerde bu dönemde yeniden uyarılma ile sertleşmenin gerekleşmediğı bir refrakter dönem vardır. Refrakter dönemin süresi değışkenlik göstermektedir. Kadınlarda bir refrakter dönem tanımlanmamıştır ve devam eden uyarılma ile yanıt değışken olabilmektedir.

Cinsel yanıt döngüsünün herhangi bir bileşeninde bir problem yaşandığında döngünün diğeri bir kısmını da olumsuz yönde etkileyebilir. Bununla birlikte cinsel soruna yol açan etkenler fiziksel veya psikolojik olmayabilir. Farklı etkenler bir arada bulunabileceğı gibi, cinsel sorunlara zemin hazırlayan, tetikleyen ve sürdüren değışik faktörler bulunabilir [10].

2.2.3. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları geçmişten günümüze çok yaygın bir sorundur. Çalışmalar üç kişiden birinin hayatının bir döneminde cinsel işlev bozukluğu yaşadığını göstermektedir [99].

Birçok psikososyal, kültürel ve organik sebep cinsel işlev bozukluklarının oluşmasında ve sürmesinde rol oynayabilmektedir [100]. Daha önce bahsedilen cinsel tepki döngüsünden herhangi bir sapma ve bu sapmanın tekrarlayıcı nitelikte olması cinsel işlev bozukluğunu düşündürmektedir. Güncel tanı sınıflandırmaları değeriendirildiğinde; Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-11) cinsel işlev bozukluklarını; cinsel istek ve uyarılma bozuklukları, doyum (orgazm) bozuklukları, boşalma (ejakölasyon) bozuklukları ve diğeri cinsel bozukluklar olmak üzere dört

grupta sınıflandırmaktadır. Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) değerlendirildiğinde ise cinsel işlev bozuklukları; geç boşalma, sertleşme bozukluğu, kadında orgazm bozukluğu, kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu, erkekte düşük cinsel istek bozukluğu, erken boşalma, maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu, tanımlanmış diğer bir cinsel işlev bozukluğu, tanımlanmamış diğer bir cinsel işlev bozukluğu şeklinde sınıflandırılmaktadır [101]. DSM-5’e göre cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması **Tablo 2.3**’te verilmiştir.

Tablo 2.3. DSM-5’e göre Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflandırması

DSM-5’e göre Cinsel İşlev Bozuklukları
Geç Boşalma
Sertleşme Bozukluğu
Kadında Orgazm Bozukluğu
Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu
Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/içe Girme Bozukluğu
Erkekte Düşük Cinsel İstek Bozukluğu
Erken Boşalma
Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu
Tanımlanmış Diğer Bir Cinsel İşlev Bozukluğu
Tanımlanmamış Diğer Bir Cinsel İşlev Bozukluğu

2.2.4. Cinsel Doyum ve İlişkili Faktörler

Cinsel doyum her birey tarafından öznel olarak deneyimlenen, cinsel sağlık ve iyilik halinde önemli payı olduğu gösterilmiş, belli bir tanımlama yapılması güç, çok katmanlı bir kavramdır [11]. En yaygın kabul gören tanımlama Lawrence ve Byers tarafından “kişinin cinsel ilişkisiyle ilgili olumlu ve olumsuz boyutları öznel olarak değerlendirmesinden kaynaklanan duygusal bir tepki” şeklinde ortaya atılmıştır [102]. Kişinin cinsel iletişimden hoşlanması ve mutluluk duymasını da içermektedir. Aynı zamanda cinsel yanıt döngüsünün tamamıyla bağlantılı bir kavram olarak ele alınabilmekte olup sorunsuz cinsel işlevlerle ilişkilidir. Bireylerin

yaşam kalitesinde önemli rol oynadığı gösterilmiş olan bir cinsel hak olduğu düşünülmektedir.

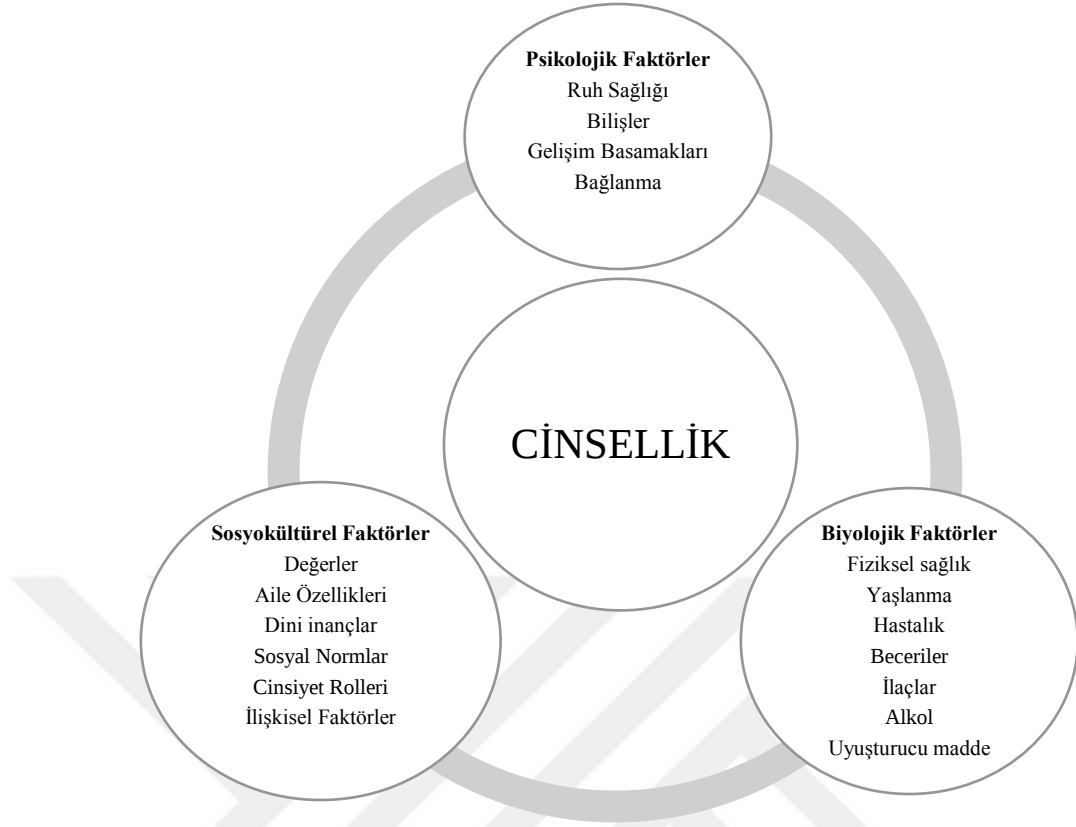
Cinsellik sıklıkla çalışılan bir konu olmasına rağmen kadınlarda cinsel doyumunu araştıran kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Çocuklukta fiziksel temasa dair aile algılarımız, partner ilişkilerimiz, iletişim yöntemlerimiz ve mastürbasyon gibi kendi bedenlerimizle kurduğumuz ilişkiler cinsel doyumun ilişkili olduğu faktörleri araştırmak için çalışılan alanlar olarak sayılabilir [11]. Fiziksel ve ruhsal iyilik halinin, yüksek ilişki doyumunun, partnerle iletişimin, cinsel girişkenliğin, güçlü sosyal destek ağlarının ve yüksek sosyoekonomik düzeyin yüksek cinsel doyumla ilişkili olduğu görülmüştür [102]. Bireyin çeşitli görsel, düşünsel ve fiziksel yöntemler kullanarak kendi kendini tatmin etmesi ve cinsel doyum sağlaması şeklinde tanımlanabilen mastürbasyon deneyimlerinin cinsel doyumla ilişkisi ise farklı yorumlamaları içeren tartışmaları getirmiştir. Bazı yazarlar kendi bedenini ve keyif alınan beden bölgelerini tanımanın kişilerin daha rahat hissetmelerini sağlayacağını böylece cinsel doyumlarının artacağını ileri sürerken bazı yazarlar ise düşük cinsel doyumun self stimülasyonu artırdığını ileri sürmektedir [103]. Mastürbasyonun fiziksel veya ruhsal açıdan bir zararlı bir etkisi yoktur. Bunun aksine cinsel dürtülere doyum sağlanamamasının sinirlilik gibi durumlara yol açabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte mastürbasyon partnerle birlikte olan cinsellikte de her iki eşin onayı olduğu müddetçe doyum verici olabilir. Ancak mastürbasyon çok sık yapılıyorsa, bireyin cinsel yaşamı sadece mastürbasyondan ibaretse ve giderek yetersiz bir doyum biçimi haline geliyorsa yalnızlık ve sosyal ilişkilerle ilgili problemler akla gelmelidir [104].

Cinselliğin sadece fiziksel komponentlerine odaklanmak cinselliğin duygusal boyutlarını göz ardı etme riski taşımaktadır [105]. İncelenen çalışmalarda cinsel doyumunu değerlendirmek için cinsel ilişki sıklığı, orgazm sayısı, orgazm sıklığı ve yoğunluğu, cinsel arzu, cinsel uyarılabilirlik, cinsel girişkenlik, ilişkideki yakınlık düzeyleri, bireysel kişilik özellikleri, ön sevişme gibi faktörlerin araştırıldığı görülmektedir [105, 106].

Cinsel doyumun etkilendiği faktörler; Henderson ve arkadaşları tarafından, Bronfenbrenner'in bireyin kendisi ve çevresi ile olan çift yönlü etkileşimini

değerlendiren ekolojik teorisi çerçevesinde ele alınmıştır. Bu teoriye göre bireysel gelişim; bireysel özellikler, çevresel ve sosyal koşullar tarafından etkilenmektedir. Bu faktörler mikrosistem, mezosistem, ekzosistem, makrosistem adı verilen birbiriyle ilişkili dört katmandan oluşmaktadır. Cinsellik çerçevesinden bakıldığında zaman mikrosistem; cinsiyet, yaş, kişilik ve kendine güven gibi bireysel faktörleri, mezosistem; evlilik doyumu, iletişim ve cinsel girişkenlik gibi yakın ilişkileri, ekzosistem; aile ilişkileri, sosyal destek ve sosyoekonomik durum gibi sosyal bağları, makrosistem ise politik, ideolojik ve dini inançlar gibi kurumsal ve sosyal faktörleri temsil etmektedir. Mikrosistem düzeyinde depresyon, çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü, homofobi gibi faktörlerin, mezosistem düzeyinde ilişki doyumu, cinsel işlevler gibi etkenlerin, ekzosistem boyutunda ise sosyal destek ve ebeveynlik gibi faktörlerin cinsel doyum üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir [107].

Cinselliği etkileyen faktörler biyopsikososyal model çerçevesinde değerlendirildiğinde; birbirleri ile etkileşim içerisinde olan psikolojik, biyolojik ve sosyokültürel faktörler ön plana çıkmaktadır [14]. Cinselliği etkileyen psikolojik, biyolojik ve sosyokültürel faktörler alt bileşenleri ile **Şekil 2.1**'de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Cinselliği etkileyen psikolojik, biyolojik ve sosyokültürel faktörler ve alt bileşenleri

Bireysel özelliklerin ve partner ilişkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada; sorunsuz cinsel işlevlerin, cinsellikle ilgili açık iletişimin ve yüksek yaşam doyumunun cinsel doyum için pozitif yönde yordayıcılar olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada cinsel işlev sorunlarının, cinsel istekle ilgili tutarsızlıkların, romantik birliktelik ve yakınlık kurmadan cinsel haz odaklı ilişkiye girmek şeklinde tanımlanan sosyoseksüel yönelimin ve mastürbasyonun negatif yönde yordayıcılar arasında olduğu görülmüştür. Bununla birlikte cinsiyetler arasında bazı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Cinsel ilişkiyi başlatma konusunda partnerler arasında denge olması erkeklerin cinsel doyumunu olumlu yönde etkilerken, cinsel ilişki sıklığının kadınlarda pozitif yönde bir yordayıcı olduğu saptanmıştır. Yaş ve ilişki süresi cinsel doyumla ilişkili bulunmamıştır [103].

Toplumsal cinsiyet rolleri her iki cinsiyete de bulundukları toplum tarafından atfedilen davranış kalıplarıdır. Çeşitli çalışmalarda toplumsal cinsiyet rollerinin cinsel doyum üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Kadınların hane halkının maddi gelirine katkıları arttıkça, eşitlikçi tutumun benimsendiği ilişkilerde kadınların cinsel doyumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır [103, 108].

Cinsel sorunlar; depresyon, kişilerarası ilişkilerde problemler, anksiyete ve düşük benlik saygısı gibi psikiyatrik alanlardaki sorunlar ve farklı pek çok ruhsal problemle birliktelik gösterebilmektedir [109-111]. Psikiyatrik hastalıklar cinsel sorunlara zemin hazırlarken cinsel sorunlar yaşayan kişiler psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale gelmektedir. Depresif bozukluklar libidoda azalma ve cinsel ilişkide doyumsuzluk ile, obsesif kompulsif bozukluk azalmış cinsel temas ile, anksiyete bozuklukları azalmış cinsel istek ile ilişkilendirilmiştir [13]. Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan birçok ilaç da cinselliği olumsuz yönde etkileyebilmektedir [14].

Bireylerin kendi cinselliklerini keşfetmelerinde kültürel kodların da önemli rolü olduğu bilinmektedir. Cinsellikle ilgili hangi düşünce ve davranışların kabul göreceği farklı toplumlarda değişiklik göstermekte ve her toplumda otantik olabilecek cinsel yanlış inanışların varlığı bilinmektedir. Cinsel mitler olarak adlandırılan bu yanlış inanışlara toplumumuzda da sıkça rastlanmakta olup cinsel doyum üzerinde olumsuz etkiye sahip olabilecekleri gözlenmiştir [112].

Kayıplar, yas süreçleri, olağan veya olağan dışı yaşam değişiklikleri de cinsel sağlığı etkileyebilmektedir. Olağan yaşam değişiklikleri arasında menopoza süreci ve yaşlanma sayılabilmektedir. Alanyazın incelendiğinde yaşlanmakta olan kadınlarla yapılan çalışmalarda özellikle menopoza dönemindeki hormonal değişikliklerden sonra cinsel isteğin azaldığı hatta belli bir yaşta hayatın bir parçası olmaktan çıktığı yönünde sonuçlar bildirilmiştir [113, 114]. Ancak yıllar içinde cinselliğin tanımı genişlemiş, cinsellik yalnızca genital birleşme kavramının sınırlarına sıkışmaktan kurtulmuştur ve günümüzde cinsel uyarılma sağlayan tüm eylemleri içermektedir. Zamanla yapılan çalışmaların sonuçları da değişmekte olup yaşlanmakta olan kadınların cinsel yaşamının devam ettiği görülmektedir. İsrail’de yapılan bir çalışmaya göre cinsel doyumun en önemli yordayıcılarından biri bireyin partneri ile

yakın bir ilişki içerisinde olmasıdır [115]. Uzunlamasına yapılan çalışmalarda ise yaşlılıktaki cinsel doyumun en önemli yordayıcısı gençlikteki yüksek cinsel doyum olarak bulunmuştur [116, 117]. Yüksek cinsel doyumun yaşam döngüsünün tüm evrelerinde daha iyi bir yaşam kalitesi ve yaşam doyumu ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte cinsel aktivite ile cinsel doyum arasında direk bir ilişki tanımlanmamış olup cinsel aktivitesi azalan kadınların da değişen yaşam şartlarına adaptasyonları ile bağlantılı olarak doyumlarının yüksek olabileceği görülmüştür. Bu noktada partnerler arası ilişkinin niteliği ve yakınlığı ön plana çıkmaktadır [115]. Aynı zamanda değişen yaşam şartları ile birlikte bireylerin fiziksel sağlık durumları da değişmektedir. Fiziksel iyilik hali yüksek cinsel doyum ile ilişkilendirilirken romatoid artrit, ankilozan spondilit, DM, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar ve histerektomi gibi bazı geçirilmiş operasyonlar cinsel doyumda düşme ile ilişkilendirilmektedir [102]. Çalışmalarda partnerleriyle benzer kişilik özelliklerine sahip bireylerin cinsel doyumunun daha iyi olduğu gösterilmiş olup kişilik özelliklerinin cinsellik üzerinde etkisi vurgulanmıştır [102, 115]. Yüksek eğitim düzeyi ve yüksek gelir düzeyi de yüksek cinsel doyum ile ilişkilendirilmiştir [102].

Beden algısı ve bireylerin kendi bedenlerinden memnuniyet düzeyleri de cinsel yaşamı etkileyebilmektedir. Kendi bedenlerinden memnun bireylerin memnun olmayanlara göre daha sık cinsel aktivitede bulundukları, daha geniş aralıkta cinsel deneyimlere sahip oldukları, kendilerini daha arzulanabilir buldukları ve daha az cinsel sorun bildirdikleri görülmüştür [118-120]. Ayrıca beden algısı ile ilgili endişelerin cinsellikten alınan hazzı etkilediği bildirilmiştir. Obez bireyler normal vücut ağırlığına sahip bireylerle karşılaştırıldıklarında daha düşük bedensel memnuniyet ve cinsel arzu tanımlamaktadırlar [121].

Tüm bu bilgiler ışığında cinsel doyum üzerinde etkili olan pek çok değişken tanımlanmış olup toplumdaki bireylerin bütünsel anlamda iyilik halini sağlamak için bunların araştırılması önem taşımaktadır.

2.3. CİNSEL DOYUM VE PKOS İLİŞKİSİ

Cinsellik ve PKOS biyopsikososyal fenomenlerdir. PKOS tanılı kadınlarda cinsellik hem hiperandrojenizm gibi hormonal değişikliklere ve klinik

prezentasyonlarına bağılı hem de zaman içinde gelişebilen psikolojik faktörlere bağılı etkilenebilmektedir. PKOS'nun bazı semptomlarının cinsellikle ilişkili olabileceğı düşünölmektedir.

2.3.1. PKOS'ta Cinselliğı Etkileyen Biyolojik Faktörler

PKOS, yüksek seviyelerde androjenler (dehidroepiandrosteron, androstenedion ve testosteron), LH ve artmış LH/FSH oranıyla karakterizedir [122]. Araştırmalarda androjen düzeylerinin cinselliğı etkilediğı gösterilmektedir. Androjen eksikliği cinsel isteğın azalmasıyla bağılantılı olsa da [123], PKOS'lu kadınlara ilişkin bu konudaki veriler sınırlıdır ve çelişkili sonuçlara sahiptir [124, 125]. Çeşitli araştırmalarda; PKOS'lu kadınlarda yüksek LH ve androjen düzeyleri ile cinsel fonksiyonlarda bozulma arasında pozitif ilişki bildirilmiştir. PKOS'ta insülin direnci ve hiperinsülinemisinin over teka hücreleri ve adrenal bezler tarafından LH ile uyarılan androjen salınımının artmasına ve cinsel işlevlerde olumsuz etkilenmeye sebep olabileceğı belirtilmiştir [125]. Ek olarak, GnRH'nin östrojen ve progesteron tarafından baskılanmaya karşı androjen kaynaklı duyarsızlığı nedeniyle LH salınımının FSH salınımına oranla arttığı [126], görece düşük düzeydeki FSH oranına bağılı olarak overlerde foliköl büyümesinin önlendiğı, östrojen eksikliği ve vajinal atrofi ortaya çıkabileceğı, bu durumunda lubrikasyonda azalma ve dispareniye sebep olabileceğı ifade edilmiştir [125].

Hiperandrojenizme bağılı hirsutizm, akne, androjenik alopesi gibi bedensel değışiklikler hafif düzeyde ise cinsellik üzerine olumsuz etkisi gözlemlenmeyebilir. Fiziksel değışimler belirgin düzeyde olduğunda beden algısında değışikliklere, bireylerin kendilerini daha az çekici hissetmesine, feminen görünümün azalmasına neden olabileceğı ve bunlara bağılı olarak cinsel yaşamda sorunlar görölebileceğı saptanmıştır [45].

PKOS'ta görölebilen hiperinsülinemi ve insülin direnci metabolik sendroma ve obeziteye neden olabilmektedir. Bu durum da beden algısında değışikliklere ve cinsel sorunlara yol açabilmektedir [127]. PKOS'a ikincil gelişebilen obezitenin cinsel doyumu azalttığı ancak cinsel aktiviteye etkisi olmadığı olmadığı gösterilmiştir [128]. Elsenbruch ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsel işlev

sorunlarının VKİ'den bağımsız, hiperandrojenizme de kısmen bağımlı olarak etkilendiği gösterilmiştir [129].

PKOS'ta görülen menstrüel düzensizliklerinin psikolojik sorunlarla ilintili olabileceği öne sürülmesine rağmen cinsel sorunlarla direkt bir neden sonuç ilişkisi bulunamamıştır. Çalışmalarda infertil olan hastaların infertil olmayanlara göre istek ve ağrı dışında tüm cinsel işlev alanlarında sorunlar yaşadığı saptanmıştır [130, 131]. Cinsel doyum, uyarılma ve orgazm alanlarının özellikle etkilendiği görülmüştür [132].

2.3.2. PKOS'ta Cinselliği Etkileyen Psikolojik Faktörler

Cinsellik kronik hastalıklarda psikolojik faktörlere bağlı olarak etkilenebilmektedir. PKOS da kronik bir doğaya sahip olan, bireyin adölesan çağlarından itibaren değişken düzeylerde hastalık yüküne ve bedende değişikliklere neden olabilen bir durumdur.

Beden algısı veya imajı; kişinin bedeni ve görünüşü ile ilgili olan çok boyutlu bir öztutumdur. Bireyin fiziksel özellikleri ile ilgili olumsuz veya olumlu zihinsel temsillerini, buna yönelik duyguları ve düşüncelerini ifade eder [133]. PKOS tanılı kadınlarda özellikle hirsutizm, akne, androjenik alopesi ve obeziteye bağlı olarak kendilerini daha az çekici hissetme, bedenleri ile ilgili memnuniyetsizlik tariflenmektedir [129]. Bu semptomlar PKOS tanılı kadınların yaşam kalitelerini düşürebilmekte ve depresyona eğilim yaratabilmektedir [134]. Cinsel doyum hem beden algısında oluşan değişikliklere hem de depresyona bağlı olarak azalabilmektedir [135]. PKOS tanısı almış olmak beden algısında değişiklikler olmadan da anksiyete semptomları ile ilişkilendirilmiş olup cinselliği etkileyebilmektedir [135].

İnfertilite; bireysel, sosyokültürel, dini ve etnik faktörlerle yakından ilişkili bir kavramdır. Özellikle çocuk beklentisi yoğun olan kültürlerde infertilitenin kadınlarda yoğun bir suçluluk ve umutsuzluk hissine neden olduğu, cinsel problemlerin görüldüğü, evlilik uyumunun bozulduğu görülmüştür [132]. Müslüman kadınların dahil edildiği bir çalışmada infertil kadınların infertil olmayanlara göre daha düşük cinsel doyum yaşadıkları tespit edilmiştir [132]. Bununla birlikte çocuk

sahibi olmak isteyen kadınlarda infertilite tanısının kendisi ve tedavi süreci de hem cinsel yaşamı hem de evlilik uyumunu etkileyebilmektedir [131]. İnferile tanısı alan bireylerde yapılan bir ankette cinsel sorunların prevalansı %10-60 oranında görülmüş olup çoğunluğu kadın olan katılımcıların yaklaşık %50'si infertilite tanısı sonrası cinsel yaşamlarının değiştiğini ifade etmiştir [136]. İnferil çiftlerde “fertil” olarak tanımlanan günlerde genital birleşme gerekliliği ve bebek yapma amacının cinselliğin spontan doğasını negatif yönde etkilediği bilinmektedir. Bu süreçte çocuk sahibi olamayan bireylerde aynı zamanda eksiklik hissi ve genellikle kadın katılımcılarda kendi bedenini düşmanlaştırma şeklinde ortaya çıkabilen beden imajında değişiklik gözlenebilmektedir [137]. Aynı zamanda infertilite tedavisinde hem tedavi ekibinin cinsellikle yakından ilgilenmesi hem de belli günlerde vücut sıcaklığı ölçme, belli günlerde cinsel birleşme olması gibi gereklilikler nedeniyle cinselliğin iki kişi arasındaki mahremiyeti bozulmakta olup sembolik olarak cinsellik iki kişi arasında olmaktan çıkmaktadır. Bazı kişilerde infertilitenin depresyona zemin hazırlayabileceği ve bu yoldan da indirekt olarak cinsel yaşamı etkileyebileceği düşünülmektedir [131].

2.4. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

2.4.1. Tanım ve Tarihçe

Psikolojik dayanıklılık bireyin yaşamındaki stresli olayların üstesinden gelebilmesi, zor deneyimlerle başa çıkabilmesi, değişen yeni duruma olumlu bir adaptasyon geliştirebilmesi ve güçlenmesini temsil eder. Bir başka deyişle, bireyin işlevselliğini kaybetmeden veya yeniden inşa ederek travmatik ve zor durumlarla baş etme, uyum sağlayabilme kapasitesi şeklinde tanımlanabilir. Psikolojik dayanıklılık sorunu görmezden gelme, acı çekmeme veya zor durumlardan uzak durmak için çaba gösterme anlamına gelmediği gibi travmatik olaya sadece direnme anlamına da gelmez [15]. Psikolojik dayanıklılık; kişinin problem çözebilme, psikolojik, sosyal, kültürel ve fiziksel kaynaklarını kullanabilme becerileri ile yakından ilişkili olan dinamik bir süreçtir [138]. Bireyin olumsuz deneyime cevabını gösteren psikolojik dayanıklılık düzeyi geniş bir spektrum olup pek çok değişkene bağlı olarak bireyler arası farklılıklar göstermektedir. Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireyler

travmatik yaşantının getirdiği değişikliklere uyum sağlar ve yaşamla ilgili anlam duygusunu yitirmeden devam etmenin yeni yollarını bulabilirler.

Oldukça geniş bir yelpazede tanımlanan psikolojik dayanıklılık ile ilgili pek çok tanımlama yapılmış olup uzlaşılan tek bir tanım bulunmamaktadır. Özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra yoğun merak konusu olan, bazı kişilerin travmatik olayların üstesinden nasıl etkili bir biçimde gelebildiği sorusu psikolojik dayanıklılık kavramının ortaya çıkmasında önemli olmuştur [139]. Dayanıklılık kavramı ilk kez Profesör Norman Garmezy tarafından ortaya atılmıştır. Garmezy 1971-1982 yılları arasında şizofreni tanıılı hastaların çocuklarının baş etme becerilerini incelemiş, her çocuğun zorlayıcı yaşam olayları karşısında strese girdiğini ancak dayanıklı olanlarının duygusal olarak etkilenmiş olsalar bile yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde işlevselliklerinin yeterli düzeye döndüğünü, uyum bozuklukları sergilemediklerini, hatta yakın ilişkiler kurabilen ve sosyal becerileri gelişmiş bireyler olduklarını bulmuştur [140]. O döneme yakın tarihli Werner ve Smith tarafından yapılan başka bir araştırmada ise yoksul çevrede büyüyen, perinatal strese maruz kalan, değişen derecelerde ruhsal sorunları olan ebeveynlerle yaşayan 200 tane çocuk uzunlamasına izlenmiş ve yaşamlarındaki travmatik olaylara verdikleri tepkiler kaydedilmiştir. Bu çocukların üçte ikisinde ciddi öğrenme, davranış ve ruhsal problemlerin görüldüğü bildirilirken üçte birinin kendine güvenli, fiziksel açıdan sağlıklı, yeterli, uyumlu, başarılı, sosyal, önüne çıkan fırsatları değerlendirebilen yetişkinler olduğu görülmüştür. Böylece olumlu gelişim gösteren bu çocukların psikolojik anlamda dayanıklı oldukları düşünölmüş ve bu kavramın kökenleri araştırılmıştır [141].

Zaman içerisinde pek çok araştırmacı psikolojik dayanıklılık kavramı için farklı tanımlamalar yapmıştır. Sorun karşısında gelişim sağlayan kişisel özellikler, olumlu sonuca ulaşılmasını sağlayan riskler ve koruyucu faktörlerin karmaşık kombinasyonu, stresli ve travmatik koşullarla başa çıkma yeteneği olarak psikolojik dayanıklılık farklı şekillerde tanımlanmaya çalışılmıştır. Hayatın kaçınılmaz zorluklarına ve tersliklerine nasıl yanıt vereceğinizi, nasıl üstesinden geleceğinizi ve nasıl büyüyeceğinizi öğreten erdem, gündelik hayata devam ederken karşılaşılan problemler ile etkili biçimde baş etme gücü yine psikolojik dayanıklılığı açıklamaya çalışan diğer tanımlamalar arasında sayılabilir [142-144].

İnsanın dayanma ve baş etme gücü konusunda Nazi toplama kamplarında kalmış ve tüm ailesini orada kaybetmiş nöropsikiyatr Viktor Frankl, hayatta varoluşsal bir anlam bulmanın önemini vurgulamıştır. Frankl’a göre yaşanan zor, travmatik ve acı veren durumların içinde bir değer bulma ve yaratıcı olabilme, uyum gösterebilme, sorun çözebilme, deneyimlerden ve insanlardan ilham bulabilme gibi kaynaklara sahip olmak psikolojik dayanıklılıkla yakın ilişkilidir. Frankl, kendisinin toplama kampı deneyimlerinde acının içerisinde kalabilme ve orada umudunu koruyabilme sürecini “trajik bir iyimserlik” olarak tanımlamıştır. Bu tanımlama kör bir iyimserlikten çok mevcut gerçeği kabullenmek ve umudu kaybetmemek şeklinde düşünülmektedir. Karşılaştığımız şartlardan izole olarak hayatımızda anlam ve amaç bulmak, kendimiz için iyi bir sonuca ulaşabileceğimiz yönde uyum sağlamak ve bu yoldan keyif almak psikolojik dayanıklılık kavramının önemli öğeleri gibi görünmektedir [145].

Bonanno’ya göre dayanıklılık istikrarlı bir dengeyi korumak, Ahern ve arkadaşlarına göre strese dayanıklı, adapte olabilmeyi sağlayan bir kişilik özelliği, Connor ve Davidson’a göre kişinin stres kaynakları karşısında gelişmesini sağlayan kişisel niteliklerdir. Mizahı kullanabilme, optimizm, kabullenme, korkularla yüzleşebilme, affedici olma, çözüm odaklı olma, dışa dönüklük, cesurluk, sosyal destek arayışına ve destek olmaya açık olma ve yeniliklere açık olma gibi kişilik özellikleri psikolojik dayanıklılıkla ilişkili bulunmuştur [15, 146, 147]. Psikolojik dayanıklılığın sadece kişilik özellikleri ile ilişkili olmadığı ve geliştirilebilir bir özellik olduğu sonraki yıllarda özellikle vurgulanmıştır [148].

Luthar ve arkadaşlarına göre psikolojik dayanıklılık ayrılık, doğal afetler, yoksulluk, hastalık, ailesel sorunlar gibi önemli sıkıntılar karşısında koruyucu etmenler ile risk faktörlerinin etkileşimi sonucu olumlu adaptasyonu kapsayan dinamik bir süreçtir. Bu tanımlamada psikolojik dayanıklılığın dinamik ve bağlama göre değişken bir kavram olduğu vurgulanmaktadır. Bir kişi belli konuda yüksek düzeyde dayanıklılık gösterirken başka bir konuda bu oranda dayanıklı olmayabilir [148]. Hill ve arkadaşlarına göre ise dayanıklılık bir biyopsikososyal sistemin, bir stresörün neden olduğu karışıklığı takiben, önceki işlevsellik seviyesine geri döndüğü dinamik bir süreçtir. Bu tanımlama da, psikolojik dayanıklılığın birden

fazla sistemin etkisiyle meydana gelen dinamik bir süreç olduğunu vurgulamaktadır [148].

Friborg ve arkadaşları ise, psikolojik dayanıklılığı çeşitli kaynakların katkısıyla meydana gelen çok faktörlü bir yapı olarak tanımlamıştır. Bu yapı yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve aile uyumu olmak üzere altı boyuttan oluşmaktadır. Bu çerçeveden bakıldığında; yapısal stil bireyin güçlü tarafları, kendine güveni, öz disiplini, kararlılığı gibi bireysel özelliklerini tanımlar. Kendilik algısı bireyin gerçekte kim olduğuna dair düşünceleri, kendi farkındalığına varma alanlarını kapsar. Gelecek algısı; bireyin geleceğe yönelik bakış açısını ifade etmekle birlikte, umutlu bakış açısı dayanıklılık için önem arz eder. Sosyal yeterlilik; kişilerin çevrelerinden sosyal açıdan destek alıp alamadıkları ile bağlantılı bir etkidir. Sosyal kaynaklar bireyin sosyal ilişkilerini temsil etmektedir. Aile uyumu ise bireyin en yakınları ile olan iletişimini, uyumunu ifade etmektedir [16].

“İyileşme kabiliyeti” olarak da tanımlanabilen psikolojik dayanıklılık olağan gelişime sahip bireylerin sergilediği uyumdan farklı olarak olumsuz deneyimlere maruz kalan bireylerde gözlenen uyum yeteneğidir [149]. Olumsuz bir durum karşısında koruyucu etmenler ve risk etmenlerinin kompleks etkileşimi ile bireyin değişikliğe olumlu yönde uyum gösterme sürecidir. Kişilik özellikleri, biyolojik süreçler, aile uyumu, sosyal destek sistemleri ve diğer çevresel etmenler olumsuz deneyimin kişiye olan etkisini ve kişinin oluşturacağı tepkiyi etkilemektedir. İçsel ve dışsal bu etmenler kişinin psikolojik dayanıklılığını şekillendirmektedir. Bu nedenle psikolojik dayanıklılığı kavrayabilmek için risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin anlaşılması gerekmektedir.

Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler, zorlu koşulların kişiler üzerindeki olumsuz etkisini azaltan veya yok eden, aynı zamanda bu süreçte psikolojik dayanıklılığın işlemlerini destekleyen içsel ve dışsal faktörlerdir [150]. İçsel faktörler kişisel koruyucu faktörler olarak tanımlanırken ailesel ve çevresel koşullar dışsal faktörlerdir [140, 151].

Kişisel koruyucu faktörler arasında, uysal, sakin mizaç, yüksek zeka düzeyi, mizah duygusuna sahip olma, kendine güven, umutlu olma, öz saygı, güvenli bağlanma, yaşamı anlamlı bulma, yaratıcılık, esneklik, belirsizliğe dayanabilme, gelecek amacına sahip olma, dışa dönüklük, çözüm odaklı olma, kendiyle ilgili güçlü ve zayıf yanlarının farkında olma, girişkenlik, sebat etme ve sorumluluk sahibi olma gibi özellikler sayılabilmektedir [150, 152]. Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin ortak özelliklerinden birinin de iyi arkadaşlıklar kurabilme ve bu arkadaşlıkları uzun yıllar sürdürebilme yeteneği olduğu düşünülmektedir [153].

Ailesel koruyucu faktörler, aile ortamı, ev ortamı, bu ortamı paylaşan kişiler, bu kişilerin özellikleri ve etkileşimleri ile yakından ilişkilidir. Stabil ve sağlıklı ev ortamı, ebeveynlerin yüksek eğitim düzeyi, ebeveynlerden algılanan destek, onlarla kurulan olumlu ilişkiler, ebeveynlerin birlikte olduğu, sorumluluk sahibi, bireyi destekleyen aile yapısı, aileden en az bir kişiyle kurulan yakın bağlar, özellikle ebeveynlerin boşandığı ailelerde destekleyici anneanne ve dedeye sahip olma ailesel koruyucu faktörler arasında sayılabilmektedir [154].

Çevresel koruyucu faktörler, aile dışındaki kurumlar ve toplumla ilişkilidir. İyi akran ilişkileri, akranları tarafından destek ve kabul görme, aile dışı yetişkinler tarafından desteklenme ve olumlu iletişim kurabilme gibi alanları içermektedir [155].

Risk Faktörleri

Risk faktörleri, bir sorunun ortaya çıkma, devam etme ya da daha kötüye gitme olasılığını artıran herhangi bir olay, durum ya da deneyim anlamına gelir [156]. Psikolojik dayanıklılık söz konusu olduğunda risk faktörleri üç kategoride incelenebilir. Bunlar kişiyle ilgili risk faktörleri, aileyle ilgili risk faktörleri ve toplumsal risk faktörleridir.

Kişiyle ilgili olan risk faktörleri, olumsuz deneyimler yaşamış olan bireylerin etkili bir başa çıkma eğilimi göstermelerini engelleyen ve uyum sorunlarının ortaya çıkma olasılığını arttıran kişilik özellikleridir. Bu kişilerin sosyal desteklerini düşük algıladıkları, karşılarına çıkan olumsuz yaşantılara çözüme yönelik yaklaşmadıkları, başa çıkma yollarından kaçınmaya yönelik yatkınlıklarının olduğu, kaygılı bağlanma stillerine sahip oldukları, zeka düzeylerinin daha düşük olduğu, duygu

regölasyonlarını yapmakta zorlandıkları, zor mizaç özelliklerine sahip oldukları, öz güvenlerinin az olduğu ve uyuma yönelik olmayan davranışlar gösterdikleri düşünülmektedir. Fiziksel ve ruhsal hastalıkların varlığının da kişisel ek risk oluşturabileceğı bilinmektedir [157].

Aile ile ilgili risk faktörleri, bireylerin olumsuz koşullar altında uyum sağlama çabalarına engel olan ya da olumsuz deneyimler yaşamalarına neden olan ailesel özellikler, kalabalık bir aile ortamı, aile içinde birliğin olmaması, geçimsiz, ihmalkar ve istismar eğilimli ebeveynler gibi faktörleri kapsamaktadır. Ebeveyn kaybı, ebeveyn hastalığı, ebeveyn boşanması, tek ebeveyne sahip olma, aile içi şiddet, olumsuz ebeveyn çocuk ilişkisi, ebeveynlerin düşük eğitim düzeyi ve tutarsız tavırları, düşük sosyoekonomik düzey de ailesel risk faktörlerindendir [150, 158].

Toplumsal risk faktörleri ise; düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, beslenme ve barınma gibi temel ihtiyaçların eksikliği, göç yaşamak, savaş yaşamak gibi şiddete maruz kalınan çevrede olmak gibi durumları kapsamaktadır [159].

Kişilerin olumsuz deneyimlerden ve risk faktörlerinden etkilenme düzeylerini belirleyen önemli faktörlerden birisi de bulundukları gelişim dönemidir. Yapılan araştırmalar ve gözlemlere dayanarak çocukluk döneminin bireylerin bu risk faktörlerine en savunmasız oldukları dönem olduğu söylenebilmektedir, bu nedenle hem ailelerde hem de toplumlarda çocuklara yönelik yeterince iyi bir çevre sağlanması önem taşımaktadır [160].

2.4.2. Psikolojik Dayanıklılık ve Ruhsal Hastalıklar İlişkisi

Psikiyatri tarihinin başlangıcından beri olumsuz yaşam olaylarının ruhsal hastalıklara zemin hazırlayabileceğı bilinmektedir. Olumsuz yaşantılara sahip bireylerin verdikleri tepkiler ve uzun vadede ruhsal hastalık geliştirip geliştirmeyecekleri değişkenlik göstermektedir. Kişilerarası bu farklara neden olan faktörler arasında yapısal özellikler, kendilik ve gelecek algısı, hem aileden hem aile dışı sistemlerden alınabilen sosyal destek gibi psikolojik dayanıklılığın önemli kavramlarının etkili olduğu gösterilmiştir [45]. Bu bilgiler ışığında psikolojik

dayanıklılığın olumsuz deneyimlere, gelişebilecek ruhsal ve fiziksel hastalıklara karşı bir tampon görevi görebileceğini düşünmek doğru olacaktır.

Alanyazın incelendiğinde psikolojik dayanıklılığın ruhsal zorlanmalar, depresyon, anksiyete gibi ruhsal hastalıklar ve intiharı önlemede koruyucu olduğu görülmektedir. Psikiyatrik hastalığı olan bireyler arasında yapılan bir çalışmada yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyine sahip bireylerin intihar riskinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu nedenle psikolojik dayanıklılığı güçlendirmek yönünde yapılacak müdahalelerin intiharları önlemede yardımcı olabileceği düşünülmektedir [17].

Depremler, tsunamiler, nükleer patlamalar gibi toplumsal travmatik olayların yaşandığı zamanlarda psikolojik dayanıklılık ve ruh sağlığını inceleyen çalışmalarda yüksek psikolojik dayanıklılığın düşük düzeyde post travmatik stres bozukluğu ve depresyon semptomları ile ilişkili olduğu bulunmuştur [161]. Benzer şekilde kasırga mağdurlarında yapılan bir çalışmada yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin daha az depresyon ve anksiyete geliştirdiği görülmüştür [162].

Yakın zamanda tüm dünyayı etkisi altına alan Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) pandemisinde yapılan bir çalışmada yüksek psikolojik dayanıklılığın düşük düzeyde depresyon, anksiyete ve somatizasyon semptomlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür [18]. Adölesan döneminde yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin erişkinlik döneminde antidepresan ve anksiyolitik kullanma oranında azalma olduğu gösterilmiştir [163].

Yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada fiziksel hastalığı olan kişilerde, yüksek psikolojik dayanıklılığın kendileri ve yakınlarının yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği, daha az sıklıkta ve düşük şiddette depresif belirtiler ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [164].

Şizofreni tanılı hastalarda yapılan çalışmalar, yüksek düzeyde dayanıklılığın daha az pozitif belirti, daha az negatif belirti, daha az bilişsel yıkım ve daha az içe çekilme ile ilişkili olabileceğini göstermiştir [165-167]. Şizofreni gibi multifaktöriyel bir hastalıkta neden sonuç ilişkisi kurulamasa bile araştırmaların ortak bulgusu psikolojik dayanıklılığın işlevsellik üzerinde olumlu etkiler sağladığı yönünde olup

bu hastalarda işlevselliğin iyileştirilmesi için dayanıklılık ve ilişkili faktörlerin desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir [165-167].

2.4.3. Cinsellik ve Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi

Psikolojik dayanıklılık bireylerin iyilik halini bozan birçok durumla ilişkili olarak uzun süredir araştırılmaktadır. Benzer şekilde cinselliğin de gerek ruhsal sorunlarla gerek kronik hastalıklar gibi fiziksel sorunlarla ilişkisini inceleyen pek çok çalışma mevcuttur [110, 168]. Buna rağmen duygusal ve fiziksel iyilik halinin önemli bir bileşeni olan cinsellik ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi yordayan kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Menopozal dönemdeki kadınlarla yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılığın cinsel doyumla ve daha iyi yaşam kalitesiyle bağlantılı olabileceği gösterilmiştir [169]. COVID-19 pandemisi döneminde de psikolojik dayanıklılık ve cinsel sağlık araştırılmış olup psikoseksüel iyilik halinin dayanıklılık ve sorunlarla daha iyi baş etme yöntemleriyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür [170].

Şiddetli depresif belirtiler ve düşük düzeyde psikolojik dayanıklılığın cinsel doyumda düşme ile ilişkili olduğu görülmüştür [171].

Bu araştırmalar ışığında psikolojik dayanıklılık ve cinsel sağlık arasında birbirini etkileyen bir ilişki olduğu görünmekle birlikte ilişkinin ne yönde geliştiği ve boyutlarının araştırılmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir.

2.4.4. PKOS ve Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi

Kendine yeterlilik, özsaygı, sosyal kaynaklara sahip olma, umutlu olma gibi psikolojik dayanıklılığı öngören faktörlerin fiziksel sağlık üzerine etkili olduğu bilinmektedir [172, 173]. Aynı zamanda psikolojik dayanıklılığın hem nöroendokrin ve immün sistem fonksiyonları ile ilişkili olduğu hem de bedensel hastalıklarla baş etmede önemli rol oynadığı düşünülmektedir [172, 174]. Yapılan meta-analizlerde psikolojik dayanıklılığın kronik hastalıkların seyri ve semptomları ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir [175, 176]. Yapılan bir araştırmada psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan DM tanılı hastaların HbA1c seviyelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır [177]. Benzer şekilde psikolojik dayanıklılığın lupus, romatoid artrit

gibi kronik hastalıkların tedavi süreçlerinde de etkili olduğu bildirilmiştir [173, 178, 179].

Kronik hastalıklar bireylerin yaşamlarında değişikliklere neden olarak ruhsal sorunlara da zemin hazırlayabilmektedir. Psikolojik dayanıklılık hastalık süreciyle ilişkili olmakla birlikte aynı zamanda kronik hastalıklar zemininde gelişebilecek ruhsal sorunlara karşı da koruyucu rol oynamaktadır. 2016 yılında Solano ve arkadaşlarının kolorektal kanser tanılı hastalar ile yaptığı bir çalışmada psikolojik dayanıklılığı yüksek olan hastaların hastalıkları ile daha iyi baş edebildikleri, depresyon oranlarının daha düşük olduğu ve iyileşme hızlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir [20].

PKOS; kişilerin hem bedensel hem de ruhsal sağlığını etkileyebilen kronik bir hastalık sürecidir. PKOS tanılı kadınların hastalıktan kaynaklı fiziksel görünümlerindeki değişiklikler ve hormonal değişikliklere bağlı olarak ruhsal sorunlara da cinsel sorunlara da daha yatkın olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda PKOS tanılı kadınların psikolojik dayanıklılığının değerlendirmesinin ve güçlendirilmesinin bireylerin bütünsel iyilik haline katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Bu çalışma tek merkezli, multidisipliner, kesitsel, gözlemsel bir araştırmadır. Şubat 2023 ile Temmuz 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran, gönüllü oluru alınmış, 18-40 yaş arası, kadın doğum hekimi tarafından Rotterdam tanı kriterlerine göre PKOS tanısı konulan ve henüz medikal tedavi başlanmayan, okuduğunu anlayabilecek düzeyde okuma yazma bilen, psikiyatrist tarafından DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID-5) yapılarak herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmadığı belirlenen 70 hasta çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubuna ise hasta grubu ile yaş ve eğitim düzeyi eşleşecek şekilde psikiyatrist tarafından SCID-5 çerçevesinde görüşmesi yapılarak herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmadığı belirlenen, son bir yıl içerisinde herhangi bir psikiyatrik hastalık tanı ve tedavi öyküsü olmayan, herhangi bir ilaç kullanmasını gerektirecek kronik bir hastalığı ve tedavi öyküsü olmayan, menstrüel siklus düzensizliği bulunmayan, infertilite tanısı, fiziksel muayenede hiperandrojenizm belirtileri olmayan 69 sağlıklı kontrol alındı. Çalışmaya dahil edilen hastaların PKOS tanı ve tedavi süreci kadın doğum hekimi tarafından sürdürüldü.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Örneklem büyüklüğünü belirlemek için literatürdeki çalışmalar incelendi. G-power 3.1 program sürümü kullanılarak, %95 güven aralığında (2-sided), %95 güç ve ratio of sample size (örneklem büyüklüğü oranı):1 alınarak ve aynı ölçekle iki grup arasında cinsel doyumu değerlendiren bir çalışmanın mean (ortalama)/SD (standart sapma) değerleri kullanılarak hesaplanan katılımcı sayısı her iki grup için 40 kişi olmak üzere toplam katılımcı sayısı 80 kişi olarak hesaplandı [180].

Örneklem grubuna, Şubat 2023-Temmuz 2023 tarihleri arasında SBÜ Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran, gönüllü oluru alınan, 18-40 yaş arası, kadın doğum ve hastalıkları hekimi tarafından Rotterdam tanı kriterlerine göre PKOS tanısı konulan ve henüz medikal tedavi başlanmayan, okuduğunu anlayabilecek düzeyde okuma yazma bilen hastalar yapılandırılmış

psikiyatrik görüşme ve psikometrik testlerin uygulanması için Dr. Ayşegül Biçer'e yönlendirildi. Çalışma boyunca 98 PKOS tanılı kadın ile görüşme yapıldı. 16 kişi son üç ay içerisinde infertilite nedeniyle mükerrer tedavi almaları, bir kişi bipolar bozukluk tanısı nedeniyle valproik asit kullanması, iki kişi majör depresif bozukluk ve iki kişi yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini karşılayacak düzeyde ruhsal belirtiler göstermesi, iki kişi gebe olması, bir kişi ülseratif kolit tanısı olması, iki kişi hipotiroidi bulunması ve iki kişi çalışmaya katılmak istememesi sebebiyle dışlanarak toplam 70 kişi çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen 70 kişinin sosyodemografik bilgileri ve varsa hastane bilgi sisteminde yer alan kadın doğum hekimi tarafından istenen kan tetkikleri kaydedildi. Sağlıklı gönüllü grubu olarak, hastanede yapılan sözel duyuru ile hastane personelinin oluştuğu, hastalar ile yaş ve eğitim düzeyi açısından eşleşen, gönüllü oluru alınan, psikiyatrist tarafından SCID-5'e göre görüşmesi yapılarak, bir ruhsal hastalığı olmadığı belirlenen 69 kişi çalışmaya dahil edildi. Toplamda 139 katılımcı çalışma kapsamında değerlendirildi.

Hasta ve sağlıklı gönüllü grupları, aşağıda ayrı ayrı belirtilen çalışmaya alınma/çalışmadan dışlanma kriterleri göz önünde bulundurularak çalışmaya dahil edildi.

3.2.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri

PKOS Tanılı Kadınların Çalışmaya Alınma Kriterleri

- 1) 18-40 yaş arasında olmak
- 2) Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 3) Okur-yazar olmak
- 4) Herhangi bir ilaç tedavisi kullanmıyor olmak
- 5) Uygulanan ölçeklerin ve sosyodemografik veri formunun eksiksiz doldurulmuş olması
- 6) Herhangi bir sebeple kadın doğum ve hastalıkları polikliniğine başvurmak ve kadın doğum ve hastalıkları hekimi tarafından yapılan değerlendirme sonrası Rotterdam Tanı Kriterleri'ne göre PKOS tanısı almış olmak

- 7) Son 6 ay içerisinde düzenli cinsel yaşamın olduğu partner ilişkisine sahip olmak

Sağlıklı Kontrollerin Çalışmaya Alınma Kriterleri

- 1) 18-40 yaş arasında olmak
- 2) Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 3) Okur-yazar olmak
- 4) Herhangi bir ilaç kullanmıyor olmak
- 5) Uygulanan ölçeklerin ve sosyodemografik veri formunun eksiksiz doldurulmuş olması
- 6) Kronik bir hastalığa sahip olmamak
- 7) Menstrüel düzensizlik, infertilite tanısına sahip olmamak
- 8) Hiperandrojenizm görünümüne sahip olmamak
- 9) Son 6 ay içerisinde düzenli cinsel yaşamın olduğu partner ilişkisine sahip olmak

3.2.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

PKOS Tanılı Kadınların Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- 1) 18 yaşından küçük 40 yaşından büyük olmak
- 2) Çalışmaya katılmaya isteksiz olmak
- 3) Okur-yazar olmamak
- 4) İlaç kullanımını gerektirecek herhangi bir kronik hastalığa sahip olmak
- 5) Son 1 yıl içerisinde veya şu an psikotrop kullanımını gerektirecek herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olmak
- 6) Alkol veya madde kullanım bozukluğu olması
- 7) Gebelik durumu
- 8) Uygulanan ölçeklerde veya sosyodemografik veri formunda eksik bulunması
- 9) Son 6 ay içerisinde düzenli cinsel yaşamın olduğu partner ilişkisine sahip olmamak
- 10) Halen PKOS veya infertilite sebebiyle hormon tedavisi altında olmak

Sağlıklı Kontrollerin Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- 1) 18 yaşından küçük 40 yaşından büyük olmak
- 2) Çalışmaya katılmaya isteksiz olmak
- 3) Okur yazar olmamak
- 4) İlaç kullanımını gerektirecek herhangi bir kronik hastalığa sahip olmak
- 5) Menstrüel düzensizlik yaşamak
- 6) Hiperandrojenizm belirtilerine sahip olmak
- 7) Alkol veya madde kullanım bozukluğu olması
- 8) Gebelik durumu
- 9) Uygulanan ölçeklerde veya sosyodemografik veri formunda eksik bulunması
- 10) Son 6 ay içerisinde düzenli cinsel yaşamın olduğu partner ilişkisine sahip olmamak

3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya katılan hastaların ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerini belirlemek için kullanılan, araştırmacılar tarafından hazırlanan bir formdur. Çalışmaya katılanların yaşı, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, mesleği, kimlerle yaşadığı, gelir düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri içermektedir. Bunun yanı sıra boy, kilo, VKİ, sigara, alkol, madde kullanımı, ek tıbbi hastalık öyküsü, ilaç kullanımı, sistemde varsa kan hormon düzeyleri, akne, androjenik alopesi, hirsutizm, akantozis nigrikans varlığı, infertilite olup olmadığı, partneriyle ilişki süresi, cinsel ilişki sıklığı, mastürbasyon varlığı/sıklığı gibi bilgiler form içeriğinde yer almaktadır. (Ek-1)

3.3.2. DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-5)

SCID-5, yapılandırılmış klinik görüşme ile DSM-5'teki ruhsal bozuklukların tanımlarını koymak amacı ile geliştirilmiş ve 2016 yılında First ve arkadaşları tarafından DSM-5 için güncellenmiştir [181]. Ülkemiz için Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Elbir ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılmıştır [182]. Çalışma kapsamında değerlendirilen tüm katılımcıların psikiyatrik bir hastalık tanısı olup olmadığının belirlenmesi amacıyla SCID-5 görüşmesi kullanıldı.

3.3.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), 1983 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiştir [183]. Bedensel hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyonu taramak üzere tasarlanmıştır. Ölçek var olan tıbbi hastalığın bedensel belirtilerinin sonuca etkisini minimize etmek amacıyla bedensel belirti içermemektedir. Adında hastane sözcüğü geçmesine rağmen toplum veya hastane örnekleminde kullanıma uygundur, tanı koymak değil depresyon ve anksiyete açısından hastaları taramak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte depresyonun tanınmasında anhedoniye özel bir önem atfedilmiştir. HADÖ anksiyete ve depresyon alt ölçeklerini içeren, hastanın kendisi tarafından doldurulan bir öz bildirim ölçeğidir. Yedisi anksiyete yedisi depresyon belirtilerini araştıran 14 maddeden oluşmakta olup her bir madde dört özellik içermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmış olan HADÖ'nün Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10 puan, depresyon alt ölçeği için yedi puan olarak bulunmuştur [184]. (Ek-2)

3.3.4. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ)

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ), Friborg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe'ye uyarlaması Basım ve Çetin tarafından yapılmıştır [16, 185].

Friborg ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları ilk çalışmada ölçek; kişisel güç, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar olmak üzere beş boyutu içermektedir. Bundan iki yıl sonra Friborg ve arkadaşları ölçeğin altı boyutlu

yapısıyla psikolojik dayanıklılık modelini daha iyi açıkladığını gösterdi ve ‘kişisel güç’ boyutunu ‘kendilik algısı’ ve ‘gelecek algısı’ biçiminde ikiye ayırarak toplam altı boyutlu bir yapı ortaya çıkardı.

Ölçek altı alt boyutta toplam 33 maddeden oluşmaktadır.

Her bir alt boyut ve ölçekte bunlarla ilgili soru maddeleri yanlarında aşağıdaki şekilde belirtilmiştir:

a) Kendilik algısı: Bireylerin, yeteneklerine güvenme, kendine güvenme, öz yeterlilik, pozitif bakış açısı gibi özelliklerden oluşmaktadır. Ölçekte ilgili maddeler: 1,7,13, 19, 28, 31’dir.

b) Gelecek algısı: Geleceği planlama kabiliyeti, geleceğin gerçekçi algısı, geleceğe iyimser bakmak ve hedef odaklı olmak ile ilişkili özelliklerdir. Ölçekte ilgili maddeler: 2, 8, 14, 20’dir.

c) Yapısal stil: Bireylerin hedef odaklı, kurallara ve rutinlere bağlı, kendi zamanını organize edebilme yeteneği ve planlı yaşayabilme durumlarını ifade eder. Ölçekte ilgili maddeler: 3, 9, 15, 21’dir.

d) Sosyal yeterlilik: Mizah, dışa dönüklük, esneklik, dostluk kurmak gibi özelliklerden oluşmaktadır. Ölçekte ilgili maddeler: 4, 10, 16, 22, 25, 29’dur.

e) Aile uyumu: Aile üyelerinde bulunan ortak zevkler, sadakat, geleceğe ortak iyimser bakış açısı, uyum, paylaşılan değerler, aile ile eğlenebilme, birlikte güzel vakit geçirebilme durumlarını ifade eder. Ölçekte ilgili maddeler: 5, 11, 17, 23, 26, 32’dir.

f) Sosyal kaynaklar: Sosyal destek, aile dışında önemli birinin desteği, cesaret verme, bağlılık hissi, ihtiyaç duyulduğunda yardım etme, takdir edilme gibi durumları ifade eder. Ölçekte ilgili maddeler: 6, 12, 18, 24, 27, 30, 33’tür.

Ölçeğin sağ ve sol tarafında olumlu ve olumsuz özellikler rastgele dönüşüm gösterecek şekilde sıralanmıştır. Buradaki amaç; önyargılı tutumlardan katılımcıları uzaklaştırabilmektir. Yanıtlar için ise bu özellikleri içeren cümleler arasında beş ayrı kutucuk yerleştirilmiştir [185]. Şematik biçimde yapılan değerlendirmede psikolojik dayanıklılığın yüksek veya düşük ölçülmesinde puanlama şekli serbest bırakılmıştır.

Ölçeğin belirlenmiş bir minimum ve maksimum puan aralığı ya da kesme puanı bulunmamaktadır.

YİPDÖ’de bulunan soruların bir kısmı ters kodlanmaktadır. Bu çalışmada, puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması istendiğinden, cevap kutucukları soldan sağa doğru “1-2-3-4-5” olarak puanlanmaktadır. Bu görüş dikkate alınırca ölçekteki “1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31, 33” numaralı sorular ters sorular olarak kabul edilmekte ve puanlama yapılırken bu sorulara verilen yanıtlar soldan sağa doğru “5-4-3-2-1” olarak değerlendirilmektedir. (Ek-3)

3.3.5. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)

Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), 1986 yılında Golombok ve Rust tarafından geliştirilmiş [186], Türkçe’ye uyarlaması ise Tuğrul ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [187]. Bireylerin cinsel ilişkilerinin niteliğini ve cinsel sorunlarının değerlendirilebileceği 28 sorudan oluşan öz bildirim tarzında bir ölçektir. Her sorunun yanıtları 5’li likert formatında olup kadın ve erkek formları mevcuttur. Bu formlar beşi ortak olmak üzere yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Her iki formda ortak olan alt boyutlar; kaçınma, doyum, iletişim, dokunma ve ilişki sıklığı alt boyutlarıdır. Kadın formunda orgazm bozukluğu ve vajinismus, erkek formunda ise prematür ejakülasyon ve erektil disfonksiyon alt boyutları yer almaktadır. Her iki formda da bulunan ancak alt boyutların dışında kalan, cinsel ilişkinin niteliğine yönelik dört madde daha yer almaktadır. Ölçek değerlendirilmesi yapılırken toplam puan cinsel ilişkinin niteliği ile ilgili genel bir fikir verirken her alt boyuttan alınan puan cinsel ilişkinin farklı yönlerini göstermektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar cinsel doyumdaki bozulmalara işaret etmektedir. Elde edilen puanlar 1-9 arasındaki standart puanlara çevrilerek de kullanılabilir. Ölçekteki bazı sorular ters puanlanmaktadır. Kadın formunda sıklık 3 ve 15; iletişim 2 ve 16; doyum 5, 10, 18 ve 22; kaçınma 7, 13, 20 ve 23; dokunma 9, 12, 19 ve 25; vajinismus 6, 11, 17 ve 24; anorgazmi 8, 14, 21 ve 28 numaralı sorular ile değerlendirilmektedir. Kadın formunda 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 27 ve 28. sorular ters olarak puanlanmaktadır. (Ek-4)

3.3.6. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), 2000 yılında Mc Gahuey ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş beş sorudan oluşan, toplam 5 ile 30 arasında değişen puanlamanın olduğu, kadın ve erkek formu bulunan cinsel yaşamla ilgili kısa bir değerlendirmenin yapıldığı bir ölçektir [188]. Cinsellikte istek, uyarılma, vajinal ıslanma/penil ereksiyon, orgazm, doyum alanlarında yaşanan sorunların kısa ve kolay biçimde taranmasını sağlamaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Soykan tarafından yapılmış olup Türkçe formunun analizinde 11 kesme puanı olarak saptanmıştır. [189] (Ek-5)

3.4. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ

Araştırma için Ankara Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'na etik uygunluk değerlendirme başvurusu yapıldı. Araştırma Ankara Şehir Hastanesi 2 Nolu Etik Kurul Başkanlığı tarafından incelenerek etik açıdan uygunluğuna karar verildi (Karar no: E2-23-3181) (Ek-6). Araştırmanın konusu T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığının Tez İnceleme ve Akademik Kurulu tarafından değerlendirilip uygun bulundu (Sayı: E-86241737-100-215591). (Ek-7)

Araştırmada tüm klinik testler, İyi Klinik Uygulama Kılavuzu prensiplerine uygun olarak yapıldı. Çalışmaya katılan gönüllüler çalışma ile ilgili bilgilendirildi, sözel onamları ve bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı onamları alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gönüllülere çalışmaya katılmayı reddetme veya istedikleri herhangi bir zamanda görüşmeyi sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklandı ve kayıtlarının gizli tutulacağına dair bilgi verildi. (Ek-8)

Araştırmaya gönüllü olan, 18-40 yaş arası, kadın doğum ve hastalıkları hekimi tarafından Rotterdam tanı kriterlerine göre PKOS tanısı konulan ve henüz medikal tedavi başlanmayan, okur-yazar olan 70 hasta Dr. Ayşegül Biçer'e yönlendirilerek klinik görüşmeleri yapıldı, SCID-5'e göre yapılan görüşme ile ruhsal hastalık tanısı dışlandı. Sosyodemografik Veri Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ), Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Arizona Cinsel

Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) uygulandı. Kadın hastalıkları ve doğum bölümü tarafından talep edilen hastane bilgi sisteminde yer alan kan tetkikleri kaydedildi.

Dr. Ayşegül Biçer tarafından kontrol grubuyla SCID-5'e göre yapılan görüşme ile ruhsal hastalık tanısı dışlandı. 69 sağlıklı kontrol ile klinik görüşme yapıldı. Sosyodemografik Veri Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ), Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) uygulandı. Sağlıklı kontroller hasta grubunun yaş ve eğitim durumu değişkenlerine eşleşecek şekilde oluşturuldu.

3.5. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, Yates düzeltmesi ve Fisher's Exact testi kullanıldı. İkili gruplara göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız iki örnek t testi ve normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü varyans analizi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Duncan testi ile incelendi. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Duncan testi ile incelendi. Normal dağılan veriler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ve normal dağılmayan nicel veriler arasındaki ilişkiler Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. GRCDÖ puanına etki eden faktörlerin incelenmesinde Robust regresyon analizi kullanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama±s. sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde kategorik veriler ise frekans (yüzde) olarak sunuldu. Önem düzeyi $p<0.050$ olarak alındı.

4. BULGULAR

Bu araştırmaya 18-40 yaş arası, kadın hastalıkları ve doğum hekimi tarafından Rotterdam tanı kriterlerine göre PKOS tanısı konulan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 70 PKOS tanılı kadın ile yaş ve eğitim durumu açısından eşleştirilmiş 69 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 139 kişi dahil edildi. PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmalı olarak **Tablo 4.1**'de gösterildi. Her iki çalışma grubunda yaş, eğitim, medeni durum, kimle yaşadığı ve sigara kullanımı açısından anlamlı fark bulunmadı (Sırasıyla; p:0.060, p:0.066, p:0.236, p:0.454, p:0.345). PKOS tanılı kadınlar ile sağlıklı kontroller çocuk sahibi olma durumuna göre değerlendirildiğinde sağlıklı kontrollerin 22'sinin (%31.88), PKOS grubunun 6'sının (%8.57) çocuk sahibi olduğu, sağlıklı kontrollerin anlamlı düzeyde daha yüksek oranda çocuk sahibi olduğu bulundu (p:0.001, χ^2 :10.335). Her iki grup çalışma durumu ve gelir düzeyi açısından değerlendirildiğinde sağlıklı kontrollerin çalışma oranının ve gelir düzeyinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (Sırasıyla; p:0.005, p:0.045).

Tablo 4.1. PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	PKOS tanılı kadınlar Ortalama $\pm$ SS Ortanca (min-maks)	Sağlıklı kontroller Ortalama $\pm$ SS Ortanca (min-maks)	Toplam	Test istatistiği	p
Yaş (yıl)	25.39 $\pm$ 3.63 25.00 (18.00 – 33.00)	26.61 $\pm$ 4.03 27.00 (18.00 – 34.00)	25.99 $\pm$ 3.87 26.00 (18.00 – 34.00)	1969.500	0.060 ¹
Eğitim yılı (yıl)	14.44 $\pm$ 4.34 16.00 (5.00 – 22.00)	15.87 $\pm$ 4.37 16.00 (5.00 – 22.00)	15.15 $\pm$ 4.40 16.00 (5.00 – 22.00)	1987.500	0.066 ¹
	n(%)	n(%)			
Medeni durum					
Bekar	27(38.57)	31(44.93)	58(41.73)	2.889	0.236*
Evli	43(61.43)	36(52.17)	79(56.83)		
Boşanmış	0(0.00)	2(2.90)	2(1.44)		
Çocuk sahibi olma					
Evet	6(8.57)	22(31.88)	28(20.14)	10.335	0.001**
Hayır	64(91.43)	47(68.12)	111(79.86)		
Eğitim durumu					
İlkokul mezunu	3(4.29)	3(4.35)	6(4.32)	5.432	0.143*
Ortaokul mezunu	11(15.71)	4(5.80)	15(10.79)		
Lise mezunu	22(31.43)	17(24.64)	39(28.06)		
Üniversite ve üzeri mezuniyet	34(48.57)	45(65.22)	79(56.83)		
Kimle yaşadığı					
Yalnız	13(18.57)	8(11.59)	21(15.11)	2.620	0.454*
Eş/partner	42(60.00)	39(56.52)	81(58.27)		
Anne-baba	11(15.71)	16(23.19)	27(19.42)		
Diğer	4(5.71)	6(8.70)	10(7.19)		
Çalışma durumu					
Çalışıyor	28(40.00)	47(68.12)	75(53.96)	12.724	0.005*
Çalışmıyor	26(37.14)	11(15.94)	37(26.62)		
Öğrenci	14(20.00)	8(11.59)	22(13.67)		
İşten yeni ayrılmış	2(2.86)	3(4.35)	5(3.60)		
Gelir düzeyi					
Düşük	11(15.71)	4(5.80)	15(10.79)	6.208	0.045*
Orta	52(74.29)	50(72.46)	102(73.38)		
Yüksek	7(10.00)	15(21.74)	22(15.83)		
Sigara kullanımı					
Evet	23(32.86)	28(40.58)	51(36.69)	0.892	0.345*
Hayır	47(67.14)	41(59.42)	88(63.31)		

*Pearson's ki kare testi; **Yates düzeltmesi; ¹Mann Whitney U testi; n: kişi sayısı; %: yüzdelik; SS: Standart sapma; PKOS: Polikistik over sendromu

PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin klinik ve cinsel yaşam ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması **Tablo 4.2’de** gösterildi. PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontroller PKOS klinik özelliklerine göre değerlendirildiğinde kontrol grubunda akne, infertilite, androjenik alopesi, hirsutizm ve menstrüel düzensizlik saptanmadı. Her iki grup PKOS klinik özellikleri açısından değerlendirildiğinde PKOS tanılı kadınlarda akne, infertilite, androjenik alopesi, hirsutizm, insülin direnci, akantozis nigrikans, menstrüel düzensizlik görülme oranı sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (akne: %34.29 karşın %0.0, $p<0.001$; infertilite %44.29 karşın %0.0, $p<0.001$; androjenik alopesi %34.29 karşın %0.0, $p<0.001$; hirsutizm %67.14 karşın %0.0, $p<0.001$; insülin direnci %28.57 karşın %1.45, $p<0.001$; akantozis nigrikans %12.86 karşın %0, $p:0.003$; menstrüel düzensizlik %84.29 karşın %0, $p <0.001$). Her iki grup VKİ açısından değerlendirildiğinde PKOS tanılı kadınların VKİ’sinin sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (25.65 ± 5.15 karşın 22.92 ± 4.02 ; $p:0.001$). Her iki grubun partner ile ilişki süresi, bir aylık sürede cinsel ilişki sıklığı ve mastürbasyon varlığı karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Sırasıyla $p:0.084$, $p:0.233$, $p:0.197$).

Tablo 4.2. PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin klinik ve cinsel yaşam ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması

	PKOS tanılı kadınlar Ortalama $\pm$ SS Ortanca (min-maks)	Sağlıklı kontroller Ortalama $\pm$ SS Ortanca (min-maks)	Toplam	Test istatistiği	p
Vücut Kitle İndeksi (VKİ)	25.65 $\pm$ 5.15 24.88 (16.00-43.21)	22.92 $\pm$ 4.02 22.04 (17.30-37.11)	22.91 $\pm$ 3.65 22.32 (17.90-34.95)	1595.500	0.001¹
Partneri ile ilişki süresi (ay)	40.39 $\pm$ 32.38 36.00 (6.00 – 156.00)	56.13 $\pm$ 44.93 48.00 (6.00 – 180.00)	33.05 $\pm$ 32.44 18.00 (6.00-144.00)	2006.500	0.084 ¹
Cinsel ilişki sıklığı (ayda)	7.85 $\pm$ 4.55 8.00 (0.50 – 20.00)	8.91 $\pm$ 4.75 8.00 (1.00 – 20.00)	7.55 $\pm$ 5.20 8.00 (0.50-20.00)	2135.000	0.233 ¹
Mastürbasyon sıklığı (ayda)	4.85 $\pm$ 3.55 4.00 (0.50 – 14.00)	4.92 $\pm$ 4.42 4.00 (0.50 – 18.00)	4.88 $\pm$ 4.02 4.00 (0.50-18.00)	327.500	0.750 ¹
	n(%)	n(%)	n(%)		
İnsülin direnci					
Var	20 (28.57)	1(1.45)	21(15.11)	17.872	<0.001**
Yok	50 (71.43)	68(98.55)	118(84.89)		
Akne					
Var	24 (34.29)	0 (0.00)	24(17.27)	26.244	<0.001**
Yok	46 (65.71)	69 (100.00)	115(82.73)		
İnfertilite					
Var	31(44.29)	0(0.00)	31(22.30)	36.814	<0.001**
Yok	39(55.71)	69(100.00)	108(77.70)		
Androjenik alopesi					
Var	24(34.29)	0(0.00)	24(17.27)	26.244	<0.001**
Yok	46(65.71)	69(100.00)	115(82.73)		
Hirsutizm					
Var	47(67.14)	0(0.00)	47(33.81)	67.028	<0.001**
Yok	23(32.86)	69(100.00)	92(66.19)		
Akantozis nigrikans					
Var	9(12.86)	0(0.00)	9(6.47)	-	0.003***
Yok	61(87.14)	69(100.00)	130(93.53)		
Menstrüel düzensizlik					
Var	59(84.29)	0(0.00)	59(42.45)	101.048	<0.001*
Yok	11(15.71)	69(100.00)	80(57.55)		
Cinsel ilişki sıklığı (ayda)					
0-5 arası	21(30.00)	19(27.54)	40(28.78)	1.456	0.693*
6-10 arası	27(38.57)	25(36.23)	52(37.41)		
11-16 arası	20(28.57)	20(28.99)	40(28.78)		
17 ve üzeri	2(2.86)	5(7.25)	7(5.04)		
Mastürbasyon					
Var	23(32.86)	30(43.48)	53(38.13)	1.662	0.197*
Yok	47(67.14)	39(56.52)	86(61.87)		
Mastürbasyon sıklığı (ayda)					
0-5 arası	16(69.57)	19(63.33)	35(66.04)	1.043	0.791*
6-10 arası	5(21.74)	8(26.67)	13(24.53)		
11-16 arası	2(8.70)	2(6.67)	4(7.55)		
17 ve üzeri	0(0.00)	1(3.33)	1(1.89)		

*Pearson's ki kare testi; **Yates düzeltmesi; ***Fisher's Exact testi; 1Mann Whitney U testi; n: kişi sayısı; %: yüzdelik; SS: Standart sapma; PKOS: Polikistik over sendromu

PKOS tanılı kadınların kadın doğum ve hastalıkları hekimi tarafından istenen hormon düzeyleri **Tablo 4.3**'de gösterildi. Sağlıklı kontrollerin kan hormon düzeyleri bakılmadığı için karşılaştırmalı analiz yapılmadı.

Tablo 4.3. PKOS tanılı kadınların kan hormon düzeyleri

	Ortalama $\pm$ SS Ortanca (minimum-maksimum)
Kan TSH (Tiroid Stimulan Hormon) düzeyi (mU/L)	2.35 $\pm$ 1.05 2.30 (0.38 – 4.70)
Kan T4 (Tiroksin) düzeyi (ng/dl)	1.16 $\pm$ 0.14 1.14 (0.91 – 1.54)
Kan T3 (Triiyodotironin) düzeyi (ng/L)	3.62 $\pm$ 0.34 3.61 (2.66 – 4.20)
Kan Prolaktin düzeyi (μg/L)	11.41 $\pm$ 4.90 10.30 (3.70 – 26.90)
Kan FSH (Folikül Stimulan Hormon) düzeyi (U/L)	6.07 $\pm$ 1.07 6.00 (3.90 – 8.40)
Kan LH (Luteinizan Hormon) düzeyi (U/L)	8.35 $\pm$ 4.96 7.00 (2.50 – 27.90)
Kan Östradiol (E2) düzeyi (μg/L)	46.11 $\pm$ 16.19 44.00 (15.00 – 87.00)
Kan Testosteron düzeyi (μg/L)	0.40 $\pm$ 0.37 0.34 (0.13 – 2.20)
HOMA-IR (İnsülin Direnç Testi) değeri	3.66 $\pm$ 3.64 1.90 (0.90 – 16.70)

SS: Standart sapma; PKOS: Polikistik over sendromu

PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin HADÖ ve YİPDÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması **Tablo 4.4**'te gösterildi. PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin HADÖ Anksiyete ve Depresyon puanları değerlendirildiğinde her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (Sırasıyla; p:0.465, Z:2242.500; p:0.154, Z:2081.00). Her iki grubun YİPDÖ puanları incelendiğinde PKOS tanılı kadınların sağlıklı kontrol grubuna göre YİPDÖ toplam puanları ve YİPDÖ kendilik algısı alt boyut ölçek puanları açısından anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü (Sırasıyla; p:0.024, Z:1877.500 ve p:0.035, Z: 1916.000). YİPDÖ yapısal stil, gelecek algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve aile uyumu alt boyut puanlarında her iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı (Sırasıyla; p:0.724, Z:2331.500; p:0.222, Z:2126.00; p:0.298, Z:2169.00; p:0.229, Z:2131.00; p:0.256, Z:2146.00).

Tablo 4.4. PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin HADÖ ve YİPDÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması

	PKOS tanılı kadınlar		Sağlıklı kontroller		Test istatistiği	p*
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ)						
YİPDÖ-Yapısal stil	14.17 ± 4.31	15.00 (4.00 – 20.00)	14.61 ± 3.32	15.00 (4.00 – 20.00)	2331.500	0.724
YİPDÖ-Kendilik algısı	21.47 ± 4.76	22.00 (7.00 – 30.00)	23.17 ± 4.52	23.00 (11.00 – 30.00)	1916.000	0.035
YİPDÖ-Gelecek algısı	14.16 ± 3.85	14.00 (4.00 – 20.00)	14.78 ± 3.98	15.00 (5.00 – 20.00)	2126.000	0.222
YİPDÖ-Sosyal yeterlilik	22.94 ± 5.09	24.00 (10.00 – 30.00)	24.49 ± 4.29	24.00 (15.00 – 44.00)	2169.000	0.298
YİPDÖ-Sosyal kaynaklar	28.46 ± 5.45	29.00 (12.00 – 35.00)	29.88 ± 3.27	31.00 (20.00 – 35.00)	2131.000	0.229
YİPDÖ-Aile uyumu	20.94 ± 6.52	22.00 (6.00 – 30.00)	22.41 ± 5.58	23.00 (8.00 – 30.00)	2146.000	0.256
YİPDÖ-Toplam	122.14 ± 17.67	124.00 (71.00–151.00)	129.35 ± 16.39	131.00 (77.00–161.00)	1877.500	0.024
Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ)						
HADÖ-Anksiyete	5.50 ± 2.93	6.00 (0.00 – 10.00)	5.13 ± 2.78	5.00 (0.00 – 9.00)	2242.500	0.465
HADÖ-Depresyon	3.11 ± 2.06	3.00 (0.00 – 10.00)	2.59 ± 1.90	2.00 (0.00 – 7.00)	2081.000	0.154

* Mann Whitney U testi; SS: Standart sapma; PKOS: Polikistik over sendromu

PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması **Tablo 4.5**'te gösterildi. PKOS tanılı kadınların GRCDÖ ölçek puanları değerlendirildiğinde sağlıklı kontrollere kıyasla GRCDÖ toplam puanının, sıklık ve anorgazmi alt ölçek puanlarının yüksek olduğu saptandı (Sırasıyla p:0.019, Z:1858.00; p:0.012, Z:1830.00; p:0.002, Z:1686.50). GRCDÖ iletişim, doyum, kaçınma, dokunma ve vajinismus alt boyutlarında ise iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Sırasıyla p:0.849, Z:2370.50; p:0.995, Z:2413.50; p:0.834, Z:2366.00; p:0.101, Z:2032.00; p:0.096, Z:2023.00). PKOS tanılı kadınların ACYÖ ölçek toplam puanları incelendiğinde 51 (%72.9) kişinin sağlıklı kontrollerde ise 36 (%52.2) kişinin ACYÖ toplam puanının 11'in üstünde olduğu saptandı (p:0.012, χ^2 :6.349). PKOS tanılı kadınlarda ACYÖ istek, uyarılma, ıslanma, orgazma ulaşma ve toplam puanları incelendiğinde sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (Sırasıyla p:0.008, Z:1822.00; p:0.008, Z:1812.00; p<0.001,

Z:1610.00; p:0.002, Z:1731.00; p:0.001, Z:1616.50). Her iki grup arasında ACYÖ orgazm tatmini ölçek puanı açısından anlamlı bir fark saptanmadı (p:0.086, Z:2029.00).

Tablo 4.5. PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması

	PKOS tanılı kadınlar		Sağlıklı kontroller		Test istatistiği	p*
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min-Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)						
GRCDÖ-Sıklık	3.90 ± 2.10	4.00 (0.00 – 8.00)	3.09 ± 1.56	3.00 (0.00 – 8.00)	1830.000	0.012
GRCDÖ-İletişim	2.43 ± 2.37	2.00 (0.00 – 8.00)	2.23 ± 1.79	2.00 (0.00 – 8.00)	2370.500	0.849
GRCDÖ-Doyum	3.86 ± 2.64	3.00 (0.00 – 10.00)	3.75 ± 2.47	3.00 (0.00 – 12.00)	2413.500	0.995
GRCDÖ-Kaçınma	2.76 ± 2.59	2.00 (0.00 – 11.00)	2.58 ± 2.32	2.00 (0.00 – 9.00)	2366.000	0.834
GRCDÖ-Dokunma	2.86 ± 2.60	2.00 (0.00 – 11.00)	2.32 ± 2.71	2.00 (0.00 – 13.00)	2032.000	0.101
GRCDÖ-Vajinismus	5.20 ± 2.97	5.00 (0.00 – 13.00)	4.29 ± 2.75	4.00 (0.00 – 11.00)	2023.000	0.096
GRCDÖ-Anorgazmi	6.71 ± 3.50	6.00 (0.00 – 16.00)	5.01 ± 3.00	4.00 (0.00 – 12.00)	1686.500	0.002
GRCDÖ-Toplam	32.56 ± 15.30	30.50 (8.00–78.00)	26.70± 13.22	24.00 (7.00 – 67.00)	1858.000	0.019
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)						
ACYÖ-İstek	2.66 ± 0.98	3.00 (1.00 – 5.00)	2.22 ± 0.91	2.00 (1.00 – 5.00)	1822.000	0.008
ACYÖ-Uyarılma	2.91 ± 1.07	3.00 (1.00 – 6.00)	2.45 ± 0.95	2.00 (1.00 – 5.00)	1812.000	0.008
ACYÖ-İslanma	2.80 ± 0.94	3.00 (1.00 – 5.00)	2.19 ± 0.86	2.00 (1.00 – 4.00)	1610.000	<0.001
ACYÖ-Orgazma ulaşma	3.57 ± 1.11	4.00 (1.00 – 6.00)	3.01 ± 0.98	3.00 (1.00 – 5.00)	1731.000	0.002
ACYÖ-Orgazm Tatmini	2.70 ± 1.36	2.50 (1.00 - 6.00)	2.28 ± 0.92	2.00 (1.00 - 5.00)	2029.00	0.086
ACYÖ-Toplam	14.64 ± 4.40	14.00 (6.00 – 27.00)	12.14 ± 3.29	12.00 (5.00 – 21.00)	1616.500	0.001
	PKOS tanılı kadınlar		Sağlıklı kontroller		Toplam	
ACYÖ Toplam Puan >11	n(%)		n(%)		n(%)	Test istatistiği
Evet	51 (%72.90)		36 (%52.2)		87 (%62.6)	6.349
Hayır	19 (%27.10)		33 (%47.8)		52 (%37.4)	

* Mann Whitney U testi; ** Pearson's ki kare testi; n: kişi sayısı; %: yüzdelik; SS: Standart sapma; PKOS: Polikistik over sendromu

PKOS ilişkili klinik özelliklere göre YİPDÖ puanlarının değerlendirilmesi **Tablo 4.6'**da gösterildi. PKOS tanılı kadınlarda akantozis nigrikans belirtisi olanların

YİPDÖ toplam puanları ve YİPDÖ alt boyutlarından kendilik algısının olmayanlarla karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (Sırasıyla; p:0.047, Z: 161.500, p:0.022, t:-2.343). Akne, infertilite, androjenik alopesi, hirsütizm ve menstrüel düzensizliği olan hastaların YİPDÖ toplam puanları, bu klinik belirtileri olmayanlarla kıyaslandığında anlamlı bir fark bulunmadı (Sırasıyla p:0.748, Z:526.00; p:0.356, Z:526.50; p:0.520, Z:500.00; p:0.866, Z:527.00, p:0.583, Z:290.50). Menstrüel düzensizliği olan hastaların YİPDÖ yapısal stil alt boyutunun olmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde düşük olduğu bulundu (p:0.007, Z: 158.500).

Tablo 4.6. PKOS tanılı kadınlarda PKOS ile ilişkili klinik özelliklere göre YİPDÖ puanlarının karşılaştırılması

Akne	Var		Yok		Test istatistiği	p
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
YİPDÖ toplam	123.79 ± 18.11	124.00 (77.00 – 151.00)	121.28 ± 17.57	124.50 (71.00 – 149.00)	526.000 ¹	0.748
İnfertilite	Var		Yok		Test istatistiği	p
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
YİPDÖ toplam	123.26 ± 18.13	127.00 (71.00 – 151.00)	121.26 ± 17.48	123.00 (77.00 – 151.00)	526.500 ¹	0.356
Androjenik Alopesi	Var		Yok		Test istatistiği	p
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
YİPDÖ toplam	121.67 ± 14.72	124.00 (84.00 – 151.00)	122.39 ± 19.17	126.50 (71.00 – 151.00)	500.000 ¹	0.520
Hirsütizm	Var		Yok		Test istatistiği	p
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
YİPDÖ toplam	121.74±17.99	124.00 (71.00 –151.00)	122.96 ±17.34	125.00 (77.00–149.00)	527.000 ¹	0.866
Akantozis Nigrikans	Var		Yok		Test istatistiği	p
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
YİPDÖ toplam	109.22 ±22.57	116.00 (71.00 – 132.00)	124.05 ±16.19	125.00(84.00 – 151.00)	161.500 ¹	0.047
Menstrüel düzensizlik	Var		Yok		Test istatistiği	p
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
YİPDÖ toplam	121.78 ±17.30	124.00 (77.00 –151.00)	124.09 ±20.33	130.00 (71.00 –151.00)	290.500 ¹	0.583

¹Mann Whitney U testi; SS: Standart sapma; PKOS: Polikistik Over Sendromu; YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

PKOS tanılı kadınlarda PKOS ile ilişkili klinik özelliklerin olup olmamasına göre GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması **Tablo 4.7'**de verildi. Akne, infertilite, androjenik alopesi, hirsutizm, akantozis nigrikans ve menstrüel düzensizliği olan ve olmayan hastalar GRCDÖ VE ACYÖ puanları açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmadı (GRCDÖ için sırasıyla p:0.504, Z:498.00; p:0.724, t:0.355; p:0.728, t:-0.350; p:0.764, Z:516.50; p:0.861, Z:264.50; p:0.381, t:0.882 ve ACYÖ için sırasıyla p:0.202, Z:449.50; p:0.266, Z:511.00; p:0.645, Z:589.00; p:0.855, Z:526.00; p:0.579, Z:243.00; p:0.136, Z:232.50). İnfertilite belirtisi olan hastaların GRCDÖ sıklık alt boyut puanlarının, infertilitesi olmayanlarla karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde düşük olduğu, doyum alt boyut puanlarının ise anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (Sırasıyla; p:0.039, t: -2.101; p:0.045, Z: 436.500). Menstrüel düzensizliği olan hastaların GRCDÖ anorgazmi alt boyut puanlarının menstrüel düzensizliği olmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (p:0.044, Z: 200.500).

Tablo 4.7. PKOS tanılı kadınlarda PKOS ile ilişkili klinik özelliklerin olup olmamasına göre GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması

Akne	Var		Yok		Test istatistiği	p
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
GRCDÖ Toplam	31.25 ± 15.51	26.50 (8.00 – 78.00)	33.24 ± 15.31	32.00 (8.00 – 71.00)	498.000 ¹	0.504
ACYÖ Toplam	13.88 ± 4.76	12.50 (6.00 – 26.00)	15.04 ± 4.21	15.00 (8.00 – 27.00)	449.500 ¹	0.202
İnfertilite	Var		Yok		Test istatistiği	p
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
GRCDÖ Toplam	33.29 ± 16.18	32.00 (8.00 – 78.00)	31.97 ± 14.75	27.00 (9.00 – 71.00)	0.355 ²	0.724
ACYÖ Toplam	15.03 ± 4.25	16.00 (6.00 – 26.00)	14.33 ± 4.56	13.00 (8.00 – 27.00)	511.000 ¹	0.266
Androjenik Alopesi	Var		Yok		Test istatistiği	p
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
GRCDÖ Toplam	31.67 ± 18.12	27.50 (8.00 – 78.00)	33.02 ± 13.80	32.50 (9.00 – 71.00)	-0.350 ²	0.728
ACYÖ Toplam	14.83 ± 4.56	14.50 (6.00 – 26.00)	14.54 ± 4.37	13.50 (8.00 – 27.00)	589.000 ¹	0.645
Hirşutizm	Var		Yok		Test istatistiği	P
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
GRCDÖ Toplam	33.13 ± 15.74	29.00 (8.00 – 78.00)	31.39 ± 14.61	32.00 (9.00 – 61.00)	516.500 ¹	0.764
ACYÖ Toplam	14.55 ± 4.44	14.00 (6.00 – 26.00)	14.83 ± 4.43	14.00 (9.00 – 27.00)	526.000 ¹	0.855
Akantozis Nigrikans	Var		Yok		Test istatistiği	p
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
GRCDÖ Toplam	32.78 ± 12.77	36.00 (14.00 – 53.00)	32.52 ± 15.73	30.00 (8.00 – 78.00)	264.500 ¹	0.861
ACYÖ Toplam	15.00 ± 3.16	16.00 (10.00 – 19.00)	14.59 ± 4.58	13.00 (6.00 – 27.00)	243.000 ¹	0.579
Menstrüel düzensizlik	Var		Yok		Test istatistiği	p
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
GRCDÖ Toplam	33.25 ± 15.38	33.00 (8.00 – 78.00)	28.82 ± 14.96	26.00 (8.00 – 54.00)	0.882 ²	0.381
ACYÖ Toplam	15.02 ± 4.49	15.00 (8.00 – 27.00)	12.64 ± 3.41	12.00 (6.00 – 17.00)	232.500 ¹	0.136

¹Mann Whitney U testi; ²Bağımsız örnekler t testi; SS: Standart sapma; PKOS: Polikistik over sendromu; GRCDÖ: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği; ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

PKOS tanılı kadınların ve sağlıklı kontrollerin cinsel yaşantılarında mastürbasyon olup olmamasına göre GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması **Tablo 4.8**'de gösterildi. PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontroller kendi gruplarında mastürbasyon olup olmamasına göre ayrılarak GRCDÖ ve ACYÖ puanları açısından karşılaştırıldı. Sağlıklı kontrol grubunda cinsel yaşantısında mastürbasyon olanların olmayanlara göre GRCDÖ anorgazmi puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu ($p:0.036$, $Z:757.00$), GRCDÖ sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus alt boyut puanları ve toplam puanları açısından mastürbasyon olup olmamasına göre bir fark bulunmadığı saptandı (Sırasıyla; $p:0.333$, $Z:663.500$; $p:0.171$, $Z:474.00$; $p:0.155$, $Z:701.50$; $p:0.354$, $Z:661.00$; $p:0.891$, $Z:573.50$; $p:0.061$, $Z:431.50$; $p:0.442$, $Z:649.00$). Sağlıklı kontrol grubunda cinsel yaşantısında mastürbasyon olanların olmayanlara göre ACYÖ istek alt boyut puanının anlamlı düzeyde düşük, ACYÖ orgazma ulaşma alt boyutunun anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (Sırasıyla $p:0.033$, $Z:419.00$; $p:0.033$, $Z:753.00$). ACYÖ uyarılma, ıslanma, orgazm tatmini ve toplam puanlarında anlamlı fark saptanmadı (Sırasıyla; $p:0.261$, $Z:497.50$; $p:0.691$, $Z:553.50$; $p:0.571$, $Z:542.00$; $p:0.807$, $t:-0.245$). PKOS tanılı hastalarda mastürbasyon olanların olmayanlara göre GRCDÖ sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus, anorgazmi ve toplam puanlarında anlamlı fark olmadığı tespit edildi (Sırasıyla; $p:0.063$, $t:1.88$; $p:0.081$, $Z:403.00$; $p:0.654$, $Z:576.50$; $p:0.485$, $Z:485.00$; $p:0.112$, $Z:414.50$; $p:0.213$, $t:-1.258$; $p:0.805$, $t:-0.248$; $p:0.183$, $t:-1.348$). Bu grupta mastürbasyon olanların olmayanlara göre ACYÖ istek alt boyut puanının anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p:0.009$, $Z:343.00$), ACYÖ uyarılma, ıslanma, orgazma ulaşma, orgazm tatmini ve toplam puanlarında bir fark olmadığı saptandı (Sırasıyla; $p:0.058$, $Z:394.50$; $p:0.184$, $Z:439.50$; $p:0.853$, $Z:526.00$; $p:0.529$, $Z:589.00$; $p:0.137$, $t:-1.504$).

Tablo 4.8. PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin cinsel yaşantılarında mastürbasyon olup olmamasına göre GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması

Değişken		Cinsel yaşantısında mastürbasyon olanlar		Cinsel yaşantısından mastürbasyon olmayanlar		Test istatistiği	p
		Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ (GRCDÖ)							
GRCDÖ-Sıklık	PKOS tanılı kadınlar	4.57 ± 1.97	4.00 (0.00 – 8.00)	3.57 ± 2.10	3.00 (0.00 – 8.00)	1.888 ²	0.063
	Sağlıklı kontroller	3.40 ± 1.63	3.00 (1.00 – 8.00)	2.85 ± 1.48	3.00 (0.00 – 6.00)	663.500 ¹	0.333
GRCDÖ-İletişim	PKOS tanılı kadınlar	1.61 ± 1.70	1.00 (0.00 – 5.00)	2.83 ± 2.56	2.00 (0.00 – 8.00)	403.000 ¹	0.081
	Sağlıklı kontroller	1.77 ± 1.22	2.00 (0.00 – 5.00)	2.59 ± 2.07	2.00 (0.00 – 8.00)	474.000 ¹	0.171
GRCDÖ-Doyum	PKOS tanılı kadınlar	3.91 ± 2.41	4.00 (0.00 – 9.00)	3.83 ± 2.77	3.00 (0.00 – 10.00)	576.500 ¹	0.654
	Sağlıklı kontroller	4.10 ± 2.25	4.00 (0.00 – 9.00)	3.49 ± 2.62	3.00 (0.00 – 12.00)	701.500 ¹	0.155
GRCDÖ-Kaçınma	PKOS tanılı kadınlar	2.30 ± 2.03	2.00 (0.00 – 7.00)	2.98 ± 2.82	2.00 (0.00 – 11.00)	485.000 ¹	0.485
	Sağlıklı kontroller	2.83 ± 2.29	3.00 (0.00 – 7.00)	2.38 ± 2.35	2.00 (0.00 – 9.00)	661.000 ¹	0.354
GRCDÖ-Dokunma	PKOS tanılı kadınlar	2.00 ± 1.65	1.00 (0.00 – 5.00)	3.28 ± 2.88	2.00 (0.00 – 11.00)	414.500 ¹	0.112
	Sağlıklı kontroller	1.97 ± 1.83	2.00 (0.00 – 7.00)	2.59 ± 3.23	2.00 (0.00 – 13.00)	573.500 ¹	0.891
GRCDÖ-Vajinismus	PKOS tanılı kadınlar	4.57 ± 2.95	4.00 (0.00 – 11.00)	5.51 ± 2.96	5.00 (0.00 – 13.00)	-1.258 ²	0.213
	Sağlıklı kontroller	3.50 ± 2.39	4.00 (0.00 – 8.00)	4.90 ± 2.88	4.00 (0.00 – 11.00)	431.500 ¹	0.061
GRCDÖ-Anorgazmi	PKOS tanılı kadınlar	6.57 ± 2.86	6.00 (1.00 – 13.00)	6.79 ± 3.80	6.00 (0.00 – 16.00)	-0.248 ²	0.805
	Sağlıklı kontroller	5.93 ± 3.20	5.00 (1.00 – 12.00)	4.31 ± 2.66	4.00 (0.00 – 11.00)	757.000 ¹	0.036
GRCDÖ-Toplam	PKOS tanılı kadınlar	29.52 ± 10.87	29.00 (9.00 – 49.00)	34.04 ± 16.96	31.00 (8.00 – 78.00)	-1.348 ²	0.183
	Sağlıklı kontroller	27.00 ± 10.82	26.00 (10.00–51.00)	26.46 ± 14.95	22.00 (7.00 – 67.00)	649.000 ¹	0.442

¹Mann Whitney U testi; ² Bağımsız örnekler t testi; SS: Standart sapma; PKOS: Polikistik over sendromu

Tablo 4.8. (devam) PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerin cinsel yaşantılarında mastürbasyon olup olmamasına göre GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması

Değişken		Cinsel yaşantısında mastürbasyon olanlar		Cinsel yaşantısından mastürbasyon olmayanlar		Test istatistiği	p
		Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)							
ACYÖ-İstek	PKOS tanılı kadınlar	2.26 ± 0.75	2.00 (1.00 – 4.00)	2.85 ± 1.02	3.00 (1.00 – 5.00)	343.000 ¹	0.009
	Sağlıklı kontroller	1.93 ± 0.74	2.00 (1.00 – 3.00)	2.44 ± 0.97	2.00 (1.00 – 5.00)	419.000 ¹	0.033
ACYÖ-Uyarılma	PKOS tanılı kadınlar	2.57 ± 0.95	2.00 (1.00 – 4.00)	3.09 ± 1.10	3.00 (1.00 – 6.00)	394.500 ¹	0.058
	Sağlıklı kontroller	2.30 ± 0.84	2.00 (1.00 – 4.00)	2.56 ± 1.02	3.00 (1.00 – 5.00)	497.500 ¹	0.261
ACYÖ-İsplanma	PKOS tanılı kadınlar	2.57 ± 0.90	2.00 (1.00 – 4.00)	2.91 ± 0.95	3.00 (1.00 – 5.00)	439.500 ¹	0.184
	Sağlıklı kontroller	2.13 ± 0.82	2.00 (1.00 – 4.00)	2.23 ± 0.90	2.00 (1.00 – 4.00)	553.500 ¹	0.691
ACYÖ-Orgazma ulaşma	PKOS tanılı kadınlar	3.57 ± 1.12	3.00 (1.00 – 6.00)	3.57 ± 1.12	4.00 (1.00 – 6.00)	526.000 ¹	0.853
	Sağlıklı kontroller	3.30 ± 1.12	3.00 (1.00 – 5.00)	2.79 ± 0.80	3.00 (1.00 – 4.00)	753.000 ¹	0.033
ACYÖ-Orgazm tatmini	PKOS tanılı kadınlar	2.56 ± 1.37	2.00 (1.00-6.00)	2.76 ± 1.37	3.00 (1.00 – 6.00)	589.000 ¹	0.529
	Sağlıklı kontroller	2.40 ± 1.04	2.00 (1.00-5.00)	2.20 ± 0.83	2.00 (1.00-4.00)	542.000 ¹	0.571
ACYÖ-Toplam	PKOS tanılı kadınlar	13.52 ± 4.08	12.00 (8.00 – 24.00)	15.19 ± 4.49	16.00 (6.00 – 27.00)	-1.504 ²	0.137
	Sağlıklı kontroller	12.03 ± 2.79	12.00 (6.00 – 19.00)	12.23 ± 3.67	12.00 (5.00 – 21.00)	-0.245 ²	0.807

¹Mann Whitney U testi; ² Bağımsız örnekler t testi; SS: Standart sapma; PKOS: Polikistik over sendromu

PKOS tanılı kadınların kiminle yaşadıklarına göre YİPDÖ, GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması **Tablo 4.9**'da gösterildi. PKOS tanılı kadınların kiminle yaşadığına göre YİPDÖ puanları incelendiğinde kiminle yaşadığı ile YİPDÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p:0.333, H:3.411). PKOS tanılı kadınların kiminle yaşadığına göre GRCDÖ puanları değerlendirildiğinde GRCDÖ sıklık alt puanının eş/partner ile yaşayanlarda yalnız ve anne/baba ile yaşayanlara kıyasla anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (p:0.005, H:13.028). GRCDÖ iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus, anorgazmi ve toplam puanları kiminle yaşadığına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olmadığı bulundu (Sırasıyla; p:0.270, H:3.922; p:0.546, H:2.131; p:0.632, H:1.720; p:0.990, H:0.119; p:0.983, H:0.164; p:0.928, H:0.458; p:0.987, H:0.139). PKOS tanılı kadınların kiminle yaşadığına göre ACYÖ puanları değerlendirildiğinde ACYÖ istek, uyarılma, ıslanma, orgazma ulaşma, orgazm tatmini ve toplam puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi (Sırasıyla; p:0.318, H:3.522; p:0.501, H:2.362; p:0.119, H:5.849; p:0.998, H:0.040; p:0.734, H:1.280; p:0.530, H:2.209).

Tablo 4.9. PKOS tanılı kadınların kiminle yaşadıklarına göre YİPDÖ, GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması

	Yalnız		Eş partner		Anne baba		Test istatistiği	p*
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ (YİPDÖ)								
YİPDÖ toplam	118.92 ± 13.30	118.00 (88.00 – 137.00)	121.55 ± 17.96	124.50 (71.00 – 151.00)	127.55 ± 20.25	132.00 (77.00 – 151.00)	3.411	0.333
GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ (GRCDÖ)								
GRCDÖ-Sıklık	4.77 ± 1.59	4.00 (3.00 – 7.00) ^b	3.19 ± 2.10	3.00 (0,00 – 8.00) ^a	5.36 ± 1.69	5.00 (3.00 – 8.00) ^b	13.028	0.005
GRCDÖ-İletişim	1.38 ± 1.39	1.00 (0.00 – 5.00)	2.98 ± 2.66	2.00 (0.00 – 8.00)	1.82 ± 1.83	2.00 (0.00 – 5.00)	3.922	0.270
GRCDÖ-Doyum	3.69 ± 1.65	4.00 (1.00 – 7.00)	4.26 ± 2.99	3.00 (0.00 – 10.00)	2.73 ± 2.33	3.00 (0.00 – 7.00)	2.131	0.546
GRCDÖ-Kaçınma	2.85 ± 2.19	2.00 (0.00 – 8.00)	2.93 ± 2.87	2.00 (0.00 – 11.00)	2.45 ± 2.02	2.00 (0.00 – 7.00)	1.720	0.632
GRCDÖ-Dokunma	2.54 ± 2.15	3.00 (0.00 – 6.00)	3.00 ± 2.80	2.00 (0.00 – 11.00)	2.91 ± 2.81	2.00 (0.00 – 9.00)	0.119	0.990
GRCDÖ-Vajinismus	5.38 ± 3.20	6.00 (0.00 – 11.00)	5.12 ± 3.03	5.00 (0.00 – 13.00)	5.27 ± 2.94	5.00 (1.00 – 10.00)	0.164	0.983
GRCDÖ-Anorgazmi	6.92 ± 4.05	6.00 (1.00 – 16.00)	6.67 ± 3.49	6.00 (0,00 – 15.00)	6.45 ± 3.72	6.00 (0.00 – 14.00)	0.458	0.928
GRCDÖ-Toplam	32.62 ± 14.64	33.00 (9.00 – 61.00)	32.90 ± 16.85	28.00 (8.00 – 78.00)	31.36 ± 12.68	36.00 (16.00 – 48.00)	0.139	0.987
ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)								
ACYÖ-İstek	2.54 ± 0.88	2.00 (1.00 – 4.00)	2.69 ± 1.02	3.00 (1.00 – 5.00)	2.45 ± 1.04	2.00 (1.00 – 5.00)	3.522	0.318
ACYÖ-Uyarılma	2.77 ± 1.24	2.00 (2.00 – 6.00)	2.93 ± 1.02	3.00 (1.00 – 5.00)	2.82 ± 1.17	3.00 (1.00 – 4.00)	2.362	0.501
ACYÖ-İsplanma	2.62 ± 1.04	2.00 (1.00 – 5.00)	2.98 ± 0.90	3.00 (2.00 – 5.00)	2.27 ± 0.65	2.00 (1.00 – 3.00)	5.849	0.119
ACYÖ-Orgazma ulaşma	3.69 ± 1.38	3.00 (1.00 – 6.00)	3.52 ± 1.13	4.00 (1.00 – 6.00)	3.64 ± 0.92	3.00 (3.00 – 6.00)	0.040	0.998
ACYÖ-Orgazm tatmini	2.62 ± 1.66	2.00 (1.00-6.00)	2.69 ± 1.35	3.00 (1.00-6.00)	2.73 ± 1.35	2.00 (1.00-6.00)	1.280	0.734
ACYÖ-Toplam	14.23 ± 5.56	13.00 (8.00 – 27.00)	14.81 ± 4.35	15.00 (6.00 – 26.00)	13.91 ± 3.65	13.00 (9.00 – 21.00)	2.209	0.530

* Kruskal Wallis H testi; SS: Standart sapma; a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

PKOS tanılı kadınların gelir düzeylerine göre YİPDÖ, GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması **Tablo 4.10**'da gösterildi. Çalışmaya katılan PKOS tanılı kadınların gelir düzeyine göre YİPDÖ puanları incelendiğinde düşük gelir düzeyine sahip olanların YİPDÖ toplam puanları orta ve yüksek düzey gelir sahibi olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulundu (p:0.030, H:7.040). PKOS tanılı kadınların gelir düzeylerine göre GRCDÖ puanları değerlendirildiğinde düşük ve orta gelir düzeyine sahip olanların yüksek gelir düzeyine sahip olanlara kıyasla GRCDÖ iletişim puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi (p:0.030, H:7.040). GRCDÖ sıklık, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus, anorgazmi ve toplam puanları karşılaştırıldığında gelir düzeyine göre bir fark olmadığı bulundu (Sırasıyla; p:0.917, H:0.173; p:0.479, H:1.472; p:0.238, H:2.870; p:0.132, H:4.055; p:0.409, H:1.787; p:0.895, H:0.222; p:0.396, H:1.851). PKOS tanılı kadınların gelir düzeylerine göre ACYÖ istek, uyarılma, ıslanma, orgazma ulaşma, orgazm tatmini alt ölçek ve toplam puanları karşılaştırıldığında gelir düzeyine göre bir fark saptanmadı (p:0.834, H:0.362; p:0.352, H:2.091; p:0.599, H:1.025; p:0.340, H:2.159; p:0.165, H:3.602; p:0.291, H:2.468).

Tablo 4.10. PKOS tanılı kadınların gelir düzeyine göre YİPDÖ, GRCDÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması

	Düşük		Orta		Yüksek		Test İstatistiği	p*
	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ortalama ± SS	Ortanca (Min - Maks)		
YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ (YİPDÖ)								
YİPDÖ toplam	111.36 ± 18.45 ^a	114.00 (71.00 – 134.00)	123.33 ± 17.49 ^b	125.00 (77.00 – 151.00)	130.29 ± 10.95 ^b	131.00 (113.00 – 144.00)	7.040	0.030
GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ (GRCDÖ)								
GRCDÖ-Sıklık	3.91 ± 2.39	4.00 (0.00 – 8.00)	3.83 ± 2.06	4.00 (0.00 – 8.00)	4.43 ± 2.23	4.00 (2.00 – 8.00)	0.173	0.917
GRCDÖ-İletişim	2.36 ± 2.73 ^a	2.00 (0.00 – 8.00)	2.65 ± 2.27 ^a	2.00 (0.00 – 8.00)	0.86 ± 2.27 ^b	0.00 (0.00 – 6.00)	6.671	0.036
GRCDÖ-Doyum	4.45 ± 3.05	4.00 (0.00 – 9.00)	3.87 ± 2.63	3.00 (0.00 – 10.00)	2.86 ± 1.95	2.00 (1.00 – 7.00)	1.472	0.479
GRCDÖ-Kaçınma	4.00 ± 3.44	2.00 (0.00 – 10.00)	2.67 ± 2.44	2.00 (0.00 – 11.00)	1.43 ± 1.40	2.00 (0.00 – 3.00)	2.870	0.238
GRCDÖ-Dokunma	2.91 ± 2.59	2.00 (0.00 – 7.00)	3.08 ± 2.68	3.00 (0.00 – 11.00)	1.14 ± 1.35	1.00 (0.00 – 4.00)	4.055	0.132
GRCDÖ-Vajinismus	5.10 ± 3.11	5.00 (1.00 – 11.00)	5.40 ± 2.86	5.00 (0.00 – 13.00)	3.86 ± 3.63	4.00 (0.00 – 10.00)	1.787	0.409
GRCDÖ-Anorgazmi	7.18 ± 3.95	8.00 (1.00 – 16.00)	6.63 ± 3.48	6.00 (0.00 – 15.00)	6.57 ± 3.36	7.00 (2.00 – 11.00)	0.222	0.895
GRCDÖ-Toplam	35.91 ± 17.62	38.00 (9.00 – 61.00)	32.77 ± 14.98	31.50 (8.00 – 78.00)	25.71 ± 13.79	22.00 (10.00 – 45.00)	1.851	0.396
ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)								
ACYÖ-İstek	2.64 ± 1.12	3.00 (1.00 – 4.00)	2.69 ± 0.96	3.00 (1.00 – 5.00)	2.43 ± 0.98	2.00 (1.00 – 4.00)	0.362	0.834
ACYÖ-Uyarılma	2.73 ± 1.49	2.00 (1.00 – 6.00)	3.00 ± 1.01	3.00 (1.00 – 5.00)	2.57 ± 0.79	2.00 (2.00 – 4.00)	2.091	0.352
ACYÖ-İslanma	2.91 ± 1.22	3.00 (1.00 – 5.00)	2.81 ± 0.82	3.00 (1.00 – 5.00)	2.57 ± 1.40	2.00 (1.00 – 5.00)	1.025	0.599
ACYÖ-Orgazma ulaşma	3.91 ± 1.04	4.00 (3.00 – 6.00)	3.56 ± 1.16	4.00 (1.00 – 6.00)	3.14 ± 0.69	3.00 (2.00 – 4.00)	2.159	0.340
ACYÖ-Orgazm tatmini	2.91 ± 1.58	3.00 (1.00 – 6.00)	2.39 ± 1.37	3.00 (1.00 – 6.00)	1.86 ± 0.69	2.00 (1.00 – 3.00)	3.602	0.165
ACYÖ-Toplam	15.09 ± 5.86	13.00 (9.00 – 27.00)	14.83 ± 4.17	15.00 (6.00 – 26.00)	12.57 ± 3.51	11.00 (10.00 – 19.00)	2.468	0.291

*Kruskall Wallis H testi; SS: Standart sapma; a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

PKOS tanılı kadınların YİPDÖ puanları ile yaş, eğitim yılı, VKİ, partneri ile ilişki süresi ve cinsel ilişki sıklığı arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi **Tablo 4.11**'te gösterildi. YİPDÖ sosyal yeterlilik alt boyutu ile yaş arasında anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki gösterilirken partneri ile ilişki süresi açısından negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki bulundu (Sırasıyla; $r:-0.239$, $p:0.046$; $r:-0.352$, $p:0.003$). YİPDÖ gelecek algısı alt boyutu ile VKİ arasında anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki tespit edildi ($r:-0.242$, $p:0.043$). Diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.050$).

Tablo 4.11. PKOS tanılı kadınların YİPDÖ toplam puanları ile yaş, eğitim yılı, VKİ, partneri ile ilişki süresi ve cinsel ilişki sıklığı arasındaki ilişkinin incelenmesi

PKOS tanılı kadınlar (n:70)	Yaş		Eğitim yılı		VKİ		Partneri ile ilişki süresi (ay)		Ayda cinsel ilişki sıklığı	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
YİPDÖ-Yapısal stil	-0.036	0.766	0.204	0.090	-0.224	0.062	0.009	0.943	0.037	0.762
YİPDÖ-Kendilik algısı	0.009	0.938	-0.010	0.934	-0.011	0.925	-0.157	0.195	-0.013	0.912
YİPDÖ-Gelecek algısı	-0.045	0.712	0.076	0.533	-0.242	0.043	-0.077	0.525	-0.006	0.960
YİPDÖ-Sosyal yeterlilik	-0.239	0.046	-0.052	0.671	-0.114	0.346	-0.352	0.003	0.214	0.076
YİPDÖ-Sosyal kaynaklar	0.059	0.627	0.196	0.105	-0.073	0.548	0.065	0.596	0.169	0.161
YİPDÖ-Aile uyumu	0.127	0.296	-0.148	0.221	0.110	0.363	0.203	0.091	0.199	0.098
YİPDÖ Toplam	-0.065	0.591	0.033	0.789	-0.131	0.279	-0.059	0.628	0.195	0.107

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı; n: kişi sayısı; PKOS: Polikistik over sendromu; YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

PKOS tanılı kadınlarda GRCDÖ ve ACYÖ puanları ile yaş, eğitim yılı, VKİ, partneri ile ilişki süresi ve cinsel ilişki sıklığı arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi **Tablo 4.12**'de gösterildi. Eğitim yılı ile GRCDÖ iletişim arasında anlamlı negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki görüldü ($r:-0.29$, $p:0.015$). Eğitim yılı ile GRCDÖ

anorgazmi arasında anlamlı negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki saptandı ($r:-0.367$, $p:0.002$). Eğitim yılı ile ACYÖ ıslanma, orgazma ulaşma, orgazm tatmini ve toplam puan arasında anlamlı negatif yönlü zayıf-orta ilişki saptandı (Sırasıyla; $r:-0.346$, $p:0.003$; $r:-0.258$, $p:0.031$; $r:-0.338$, $p:0.004$; $r:-0.334$, $p:0.005$). Ayda cinsel ilişki sıklığı ile GRCDÖ sıklık arasında anlamlı negatif yönlü yüksek bir ilişki görüldü ($r:-0.750$, $p<0.001$). Diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.050$).

Tablo 4.12. PKOS tanılı kadınlarda GRCDÖ ve ACYÖ puanları ile yaş, VKİ, eğitim yılı, partneri ile ilişki süresi ve cinsel ilişki sıklığı arasındaki ilişkinin incelenmesi

PKOS tanılı kadınlar (n:70)	Yaş		Eğitim yılı		VKİ		Partneri ile ilişki süresi (ay)		Ayda cinsel ilişki sıklığı	
	r	p	r	p	r	r	p	r	p	r
GRCDÖ-Sıklık	-0.057	0.641	0.167	0.167	-0.123	0.312	-0.124	0.308	-0.750	<0.001
GRCDÖ-İletişim	0.190	0.116	-0.290	0.015	0.215	0.074	0.198	0.100	-0.075	0.537
GRCDÖ-Doyum	0.168	0.165	-0.010	0.938	0.089	0.466	0.125	0.302	0.005	0.966
GRCDÖ-Kaçınma	0.077	0.527	-0.007	0.952	-0.021	0.866	0.030	0.808	0.054	0.658
GRCDÖ-Dokunma	0.171	0.158	-0.160	0.185	0.030	0.804	0.008	0.946	-0.059	0.630
GRCDÖ-Vajinismus	0.013	0.917	-0.203	0.092	-0.040	0.743	-0.199	0.099	-0.119	0.327
GRCDÖ-Anorgazmi	-0.048	0.690	-0.367	0.002	0.122	0.314	-0.035	0.776	-0.055	0.652
GRCDÖ-Toplam	0.081	0.505	-0.233	0.052	0.051	0.677	0.003	0.983	-0.169	0.162
ACYÖ-İstek	0.087	0.472	-0.205	0.089	0.198	0.101	-0.002	0.987	-0.133	0.273
ACYÖ-Uyarılma	0.002	0.988	-0.228	0.057	0.008	0.944	-0.079	0.515	-0.066	0.588
ACYÖ-İslanma	0.171	0.156	-0.346	0.003	0.146	0.228	0.162	0.179	0.003	0.981
ACYÖ-Orgazma ulaşma	-0.037	0.762	-0.258	0.031	0.068	0.573	-0.050	0.679	-0.166	0.170
ACYÖ-Orgazm tatmini	0.061	0.614	-0.338	0.004	0.111	0.361	0.026	0.832	0.043	0.721
ACYÖ-Toplam	0.039	0.752	-0.334	0.005	0.108	0.372	-0.011	0.925	-0.077	0.524

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı; n: kişi sayısı; PKOS: Polikistik over sendromu ; VKİ: Vücut Kitle İndeksi; GRCDÖ: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği; ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

Sağlıklı kontrollerde GRCDÖ ve ACYÖ puanları ile yaş, eğitim yılı, VKİ, partneri ile ilişki süresi ve cinsel ilişki sıklığı arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi **Tablo 4.13**'te gösterildi. Yaş ile GRCDÖ doyum ve dokunma arasında anlamlı negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki görüldü (Sırasıyla; $r:-0.268$, $p:0.026$; $r:-0.281$, $p:0.019$). Yaş ile GRCDÖ kaçınma arasında anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki bulundu ($r:-0.239$, $p:0.048$). Eğitim yılı ile GRCDÖ vajinismus arasında anlamlı negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki gözlemlendi ($r:-0.377$, $p:0.001$). Eğitim yılı ile ACYÖ istek arasında anlamlı negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki saptandı ($r:-0.271$, $p:0.024$). Eğitim yılı ile ACYÖ orgazm arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf-orta bir ilişki bulundu ($r:0.246$, $p:0.042$). VKİ ile ACYÖ orgazma ulaşma arasında anlamlı negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki görüldü ($r:-0.250$, $p:0.038$). Partneri ile ilişki süresi (ay) ile ACYÖ istek arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf-orta bir ilişki görüldü ($r:0.285$, $p:0.018$). Ayda cinsel ilişki sıklığı ile GRCDÖ sıklık arasında anlamlı negatif yönlü yüksek bir ilişki görüldü ($r:-0.747$, $p<0.001$). Ayda cinsel ilişki sıklığı ile GRCDÖ doyum arasında anlamlı negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki saptandı ($r:-0.331$, $p:0.006$). Ayda cinsel ilişki sıklığı ile GRCDÖ anorgazmi, GRCDÖ toplam puan ve ACYÖ orgazm tatmini arasında anlamlı negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki bulundu (Sırasıyla; $r:-0.269$, $p:0.026$; $r:-0.296$, $p:0.014$; $r:-0.282$, $p:0.019$). Diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.050$).

Tablo 4.13. Sağlıklı Kontrollerde GRCDÖ ve ACYÖ puanları ile yaş, VKİ, eğitim yılı, partneri ile ilişki süresi ve cinsel ilişki sıklığı arasındaki ilişkinin incelenmesi

Sağlıklı Kontroller (n:69)	Yaş		Eğitim yılı		VKİ		Partneri ile ilişki süresi (ay)		Ayda cinsel ilişki sıklığı	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
GRCDÖ-Sıklık	-0.045	0.713	0.214	0.078	-0.164	0.178	-0.040	0.744	-0.747	<0.001
GRCDÖ-İletişim	0.149	0.221	-0.237	0.050	0.126	0.301	0.119	0.330	0.039	0.751
GRCDÖ-Doyum	-0.268	0.026	0.157	0.199	-0.222	0.067	-0.229	0.058	-0.331	0.006
GRCDÖ-Kaçınma	-0.239	0.048	-0.040	0.746	-0.177	0.145	0.000	1.000	-0.003	0.981
GRCDÖ-Dokunma	-0.281	0.019	-0.193	0.113	-0.145	0.235	-0.090	0.460	-0.131	0.282
GRCDÖ-Vajinismus	-0.117	0.339	-0.377	0.001	0.077	0.532	-0.014	0.907	-0.089	0.466
GRCDÖ-Anorgazmi	-0.196	0.106	0.086	0.481	-0.150	0.219	-0.120	0.325	-0.269	0.026
GRCDÖ-Toplam	-0.225	0.063	-0.046	0.710	-0.158	0.194	-0.071	0.562	-0.296	0.014
ACYÖ-İstek	-0.079	0.517	-0.271	0.024	0.099	0.420	0.285	0.018	0.137	0.260
ACYÖ-Uyarılma	-0.211	0.082	-0.222	0.066	-0.026	0.835	0.143	0.242	-0.163	0.181
ACYÖ-İsyanma	-0.024	0.846	-0.019	0.879	-0.146	0.231	0.186	0.126	-0.182	0.135
ACYÖ-Orgazma ulaşma	-0.092	0.452	0.246	0.042	-0.250	0.038	-0.163	0.180	-0.139	0.253
ACYÖ-Orgazm tatmini	-0.164	0.178	0.033	0.786	-0.230	0.058	-0.184	0.130	-0.282	0.019
ACYÖ-Toplam	-0.162	0.183	-0.041	0.740	-0.145	0.235	0.018	0.885	-0.161	0.187

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı; n: kişi sayısı; VKİ: Vücut Kitle İndeksi; GRCDÖ: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği; ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

PKOS tanılı kadınlarda YİPDÖ puanları ile GRCDÖ ve ACYÖ puanları arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi **Tablo 4.14**'te gösterildi. PKOS tanılı kadınlarda YİPDÖ toplam puan ile GRCDÖ toplam puanı arasında ve YİPDÖ toplam puanı ile ACYÖ toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf-orta derecede ilişki bulundu (Sırasıyla; $r:-0.354$, $p<0.003$ ve $r:-0.314$, $p:0.008$). YİPDÖ gelecek algısı alt ölçek puanı ile GRCDÖ toplam puan, iletişim, doyum, kaçınma alt ölçek puanları arasında negatif yönlü zayıf-orta derecede ilişki saptandı (Sırasıyla; $r:-0.335$,

p:0.005; r:-0.344, p:0.004; r:-0.341, p:0.004; r:-0.364, p:0.002). YİPDÖ gelecek algısı alt ölçek puanı ile ACYÖ istek, ıslanma alt ölçek puanları arasında negatif yönlü zayıf-orta derecede ilişki bulunurken (Sırasıyla; r:-0.308, p:0.009; r:-0.264, p:0.027) YİPDÖ gelecek algısı alt ölçek puanı ile ACYÖ toplam puan, orgazm tatmini alt ölçek puanı arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki saptandı (Sırasıyla r:-0.241, p:0.044; r:-0.236, p:0.049). YİPDÖ yapısal stil alt ölçek puanı ile GRCDÖ anorgazmi, ACYÖ orgazm tatmini alt ölçekleri arasında negatif yönlü zayıf-orta derecede ilişki saptanırken (Sırasıyla; r:-0.346, p:0.003; r:-0.331, p:0.005) YİPDÖ yapısal stil alt ölçek puanı ile GRCDÖ toplam puanı arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki olduğu görüldü (r:-0.247, p:0.039). YİPDÖ kendilik algısı alt ölçek puanı ile GRCDÖ kaçınma alt ölçek puanı arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki olduğu tespit edildi (r:-0.240, p:0.045). YİPDÖ sosyal yeterlilik alt ölçek puanı ile GRCDÖ kaçınma, ACYÖ istek alt ölçek puanları arasında negatif yönlü zayıf-orta derecede ilişki bulunurken (Sırasıyla; r:-0.324, p:0.006; r:-0.303, p:0.011) YİPDÖ sosyal yeterlilik alt ölçek puanı ile GRCDÖ toplam, ACYÖ ıslanma arasında çok zayıf ilişki saptandı (Sırasıyla; r:-0.240, p:0.045; r:-0.244, p:0.042). YİPDÖ sosyal kaynaklar alt ölçek puanı ile GRCDÖ toplam ölçek puanı, iletişim alt ölçek puanı, ACYÖ toplam puanı, uyarılma, ıslanma, orgazma ulaşma alt ölçek puanları arasında negatif yönde zayıf-orta derecede ilişki saptanırken (Sırasıyla; r:-0.276, p:0.021; r:-0.296, p:0.013; r:-0.323, p:0.006; r:-0.253, p:0.035; r:-0.351, p:0.003; r:-0.393, p:0.001) YİPDÖ sosyal kaynaklar alt ölçek puanı ile ACYÖ istek alt ölçek puanları arasında negatif yönlü çok zayıf ilişki tespit edildi (r:-0.244, p:0.041). YİPDÖ aile uyumu alt ölçek puanı ile ACYÖ orgazma ulaşma alt ölçek puanları arasında negatif yönlü zayıf-orta ilişki tespit edildi (r:-0.245, p:0.041). YİPDÖ toplam puanı ile GRCDÖ iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, ACYÖ-istek, uyarılma, ıslanma, orgazma ulaşma arasında negatif yönde zayıf-orta derecede ilişki bulundu (Sırasıyla; r:-0.319, p:0.007; r:-0.285, p:0.017; r:-0.382, p:0.001; r:-0.250, p:0.037; r:-0.317, p:0.008; r:-0.251, p:0.036; r:-0.365, p:0.002; r:-0.349, p:0.003).

Tablo 4.14. PKOS tanılı kadınlarda YİPDÖ puanları ile GRCDÖ ve ACYÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

PKOS tanılı kadınlar (n:70)		YİPDÖ-Yapısal stil	YİPDÖ-Kendilik algısı	YİPDÖ-Gelecek algısı	YİPDÖ-Sosyal yeterlilik	YİPDÖ-Sosyal kaynaklar	YİPDÖ-Aile uyumu	YİPDÖ-Toplam
GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ (GRCDÖ)								
GRCDÖ-Sıklık	r	-0.203	-0.026	-0.015	-0.150	-0.067	-0.090	-0.143
	p	0.092	0.831	0.902	0.214	0.584	0.457	0.238
GRCDÖ-İletişim	r	-0.140	-0.216	-0.344	-0.170	-0.296	-0.174	-0.319
	p	0.249	0.073	0.004	0.158	0.013	0.150	0.007
GRCDÖ-Doyum	r	-0.195	-0.144	-0.341	-0.223	-0.172	-0.137	-0.285
	p	0.106	0.236	0.004	0.064	0.156	0.258	0.017
GRCDÖ-Kaçınma	r	-0.107	-0.240	-0.364	-0.324	-0.180	-0.102	-0.382
	p	0.376	0.045	0.002	0.006	0.137	0.402	0.001
GRCDÖ-Dokunma	r	-0.088	-0.047	-0.184	-0.207	-0.163	-0.113	-0.250
	p	0.471	0.700	0.128	0.085	0.177	0.351	0.037
GRCDÖ-Vajinismus	r	-0.117	0.063	-0.142	-0.094	-0.109	0.031	-0.149
	p	0.335	0.602	0.242	0.441	0.368	0.801	0.219
GRCDÖ-Anorgazmi	r	-0.346	-0.047	-0.154	0.038	-0.225	-0.116	-0.178
	p	0.003	0.699	0.205	0.753	0.061	0.340	0.141
GRCDÖ-Toplam	r	-0.247	-0.157	-0.335	-0.240	-0.276	-0.125	-0.354
	p	0.039	0.195	0.005	0.045	0.021	0.302	0.003
ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)								
ACYÖ-İstek	r	-0.092	-0.153	-0.308	-0.303	-0.244	-0.034	-0.317
	p	0.447	0.207	0.009	0.011	0.041	0.782	0.008
ACYÖ-Uyarılma	r	-0.125	-0.044	-0.159	-0.213	-0.253	-0.121	-0.251
	p	0.302	0.719	0.188	0.076	0.035	0.320	0.036
ACYÖ-İslanma	r	-0.203	-0.058	-0.264	-0.244	-0.351	-0.115	-0.365
	p	0.091	0.632	0.027	0.042	0.003	0.343	0.002
ACYÖ-Orgazma ulaşma	r	-0.230	-0.049	-0.162	-0.133	-0.393	-0.245	-0.349
	p	0.056	0.690	0.179	0.273	0.001	0.041	0.003
ACYÖ-Orgazm tatmini	r	-0.331	-0.087	-0.236	0.005	-0.155	-0.128	-0.195
	p	0.005	0.473	0.049	0.969	0.201	0.291	0.106
ACYÖ-Toplam	r	-0.189	-0.067	-0.241	-0.200	-0.323	-0.167	-0.314
	p	0.117	0.579	0.044	0.097	0.006	0.168	0.008

r:Spearman's rho korelasyon katsayısı; n: kişi sayısı; PKOS: Polikistik over sendromu; YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Sağlıklı kontrollerde YİPDÖ puanları ile GRCDÖ ve ACYÖ puanları arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi **Tablo 4.15**'te gösterildi. GRCDÖ sıklık ile YİPDÖ aile uyumu arasında anlamlı negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki görüldü (r:-0.279, p:0.02). GRCDÖ iletişim ile YİPDÖ kendilik algısı arasında anlamlı negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki saptandı (r:-0.296, p:0.014). GRCDÖ iletişim ile YİPDÖ gelecek algısı arasında anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki görüldü (r:-0.295, p:0.014). GRCDÖ iletişim ile YİPDÖ sosyal kaynaklar arasında

anlamli negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki bulundu ($r:-0.337$, $p:0.005$). GRCDÖ iletişim ile YİPDÖ aile uyumu arasında anlamli negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki saptandı ($r:-0.253$, $p:0.036$). GRCDÖ iletişim ile YİPDÖ toplam puanları arasında anlamli negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki saptandı ($r:-0.377$, $p:0.001$). GRCDÖ doyum ile YİPDÖ aile uyumu arasında anlamli negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki görüldü ($r:-0.318$, $p:0.008$). GRCDÖ doyum ile YİPDÖ toplam puan arasında anlamli negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki saptandı ($r:-0.304$, $p:0.011$). GRCDÖ kaçınma ile YİPDÖ gelecek algısı arasında anlamli negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki saptandı ($r:-0.25$, $p:0.038$). GRCDÖ kaçınma ile YİPDÖ aile uyumu arasında anlamli negatif yönlü çok zayıf bir ilişki bulundu ($r:-0.238$, $p:0.048$). GRCDÖ kaçınma ile YİPDÖ toplam puan arasında anlamli negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki görüldü ($r:-0.299$, $p:0.013$). GRCDÖ dokunma ile YİPDÖ gelecek algısı arasında anlamli negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki görüldü ($r:-0.261$, $p:0.03$). GRCDÖ dokunma ile YİPDÖ sosyal kaynaklar arasında anlamli negatif yönlü orta şiddette bir ilişki izlendi ($r:-0.464$, $p<0.001$). GRCDÖ dokunma ile YİPDÖ toplam puan arasında anlamli negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki görüldü ($r:-0.344$, $p:0.004$). GRCDÖ vajinismus ile YİPDÖ gelecek algısı arasında anlamli negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki görüldü ($r:-0.296$, $p:0.014$). GRCDÖ vajinismus ile YİPDÖ toplam puan arasında anlamli negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki izlendi ($r:-0.28$, $p:0.02$). GRCDÖ anorgazmi ile YİPDÖ aile uyumu arasında anlamli negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki gözlemlendi ($r:-0.257$, $p:0.033$). GRCDÖ toplam puan ile YİPDÖ gelecek algısı arasında anlamli negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki bulundu ($r:-0.28$, $p:0.02$). GRCDÖ toplam puan ile YİPDÖ sosyal kaynaklar arasında anlamli negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki görüldü ($r:-0.293$, $p:0.014$). GRCDÖ toplam puan ile YİPDÖ aile uyumu ve YİPDÖ toplam puan arasında anlamli negatif yönlü zayıf-orta bir ilişki görüldü (Sırasıyla; $r:-0.373$, $p:0.002$; $r:-0.359$, $p:0.002$). ACYÖ orgazma ulaşma ile YİPDÖ aile uyumu arasında anlamli negatif yönlü çok zayıf bir ilişki bulundu ($r:-0.240$, $p:0.047$).

Tablo 4.15. Sağlıklı Kontrollerde YİPDÖ puanları ile GRCDÖ ve ACYÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Sağlıklı Kontroller (n:69)		YİPDÖ-Yapısal stil	YİPDÖ-Kendilik algısı	YİPDÖ-Gelecek algısı	YİPDÖ-Sosyal yeterlilik	YİPDÖ-Sosyal kaynaklar	YİPDÖ-Aile uyumu	YİPDÖ-Toplam
GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ (GRCDÖ)								
GRDCÖ-Sıklık	r *	0.080	-0.074	0.005	-0.137	-0.084	-0.279	-0.187
	p	0.512	0.546	0.965	0.262	0.493	0.020	0.125
GRDCÖ-İletişim	r *	-0.142	-0.296	-0.295	-0.190	-0.337	-0.253	-0.377
	p	0.246	0.014	0.014	0.119	0.005	0.036	0.001
GRDCÖ-Doyum	r *	-0.163	-0.050	-0.152	-0.106	-0.204	-0.318	-0.304
	p	0.181	0.681	0.212	0.387	0.092	0.008	0.011
GRDCÖ-Kaçınma	r *	-0.138	-0.212	-0.250	-0.038	-0.195	-0.238	-0.299
	p	0.259	0.080	0.038	0.754	0.109	0.048	0.013
GRDCÖ-Dokunma	r *	-0.143	-0.214	-0.261	-0.120	-0.464	-0.201	-0.344
	p	0.241	0.077	0.030	0.325	<0.001	0.099	0.004
GRDCÖ-Vajinismus	r *	-0.121	-0.212	-0.296	-0.090	-0.230	-0.176	-0.280
	p	0.322	0.080	0.014	0.463	0.057	0.147	0.020
GRDCÖ-Anorgazmi	r *	-0.098	0.040	-0.072	-0.070	-0.089	-0.257	-0.213
	p	0.425	0.742	0.555	0.566	0.469	0.033	0.079
GRDCÖ-Toplam	r *	-0.131**	-0.217	-0.280	-0.063**	-0.293	-0.373	-0.359**
	p	0.283	0.073	0.020	0.606	0.014	0.002	0.002
ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)								
ACYÖ-İstek	r *	-0.100	-0.099	-0.217	0.037	-0.030	0.067	-0.062
	p	0.412	0.418	0.074	0.762	0.805	0.582	0.613
ACYÖ-Uyarılma	r *	-0.210	-0.004	-0.098	-0.012	-0.025	0.020	-0.046
	p	0.083	0.977	0.425	0.920	0.841	0.868	0.709
ACYÖ-İslanma	r *	0.039	0.022	0.059	0.032	-0.180	0.112	0.021
	p	0.751	0.856	0.631	0.797	0.139	0.359	0.865
ACYÖ-Orgazma ulaşma	r *	0.014	0.126	0.011	-0.042	-0.119	-0.240	-0.132
	p	0.910	0.302	0.927	0.729	0.328	0.047	0.281
ACYÖ-Orgazm tatmini	r *	-0.037	0.037	-0.053	0.007	-0.007	-0.132	-0.070
	p	0.761	0.762	0.667	0.952	0.954	0.279	0.567
ACYÖ-Toplam	r *	-0.077	0.037	-0.078	0.002	-0.151	-0.098	-0.108
	p	0.529	0.762	0.523	0.984	0.217	0.424	0.379

*Spearman's rho korelasyon katsayısı; **Pearson korelasyon katsayısı; n: kişi sayısı; YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

PKOS tanılı kadınlarda GRCDÖ ve ACYÖ puanları arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi **Tablo 4.16**'da gösterildi. PKOS tanılı kadınlarda GRCDÖ sıklık ile ACYÖ istek arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf-orta bir ilişki bulundu ($r:0.321$; $p:0.007$). GRCDÖ sıklık ile ACYÖ orgazma ulaşma ve ACYÖ toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki saptandı (Sırasıyla $r:0.243$, $p:0.043$; $r:0.238$, $p:0.048$). GRCDÖ iletişim ile ACYÖ istek, ACYÖ uyarılma ve ACYÖ orgazma ulaşma arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf-orta ilişki saptandı (Sırasıyla; $r:0.303$, $p:0.011$; $r:0.439$, $p<0.001$; $r:0.435$, $p<0.001$). GRCDÖ iletişim ile ACYÖ ıslanma, ACYÖ orgazm tatmini ve ACYÖ toplam puan arasında anlamlı pozitif yönlü orta şiddette ilişki gösterildi (Sırasıyla; $r:0.522$, $p<0.001$; $r:0.536$, $p<0.001$; $r:0.564$, $p<0.001$). GRCDÖ doyum ile ACYÖ istek, ACYÖ uyarılma, ACYÖ ıslanma arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf-orta bir ilişki saptandı (Sırasıyla; $r:0.342$, $p:0.004$; $r:0.387$, $p:0.001$; $r:0.441$, $p<0.001$). GRCDÖ Doyum ile ACYÖ orgazma ulaşma, ACYÖ orgazm tatmini ve ACYÖ toplam puan arasında pozitif yönlü orta şiddette ilişki bulundu (Sırasıyla; $r:0.523$, $p<0.001$; $r:0.506$, $p<0.001$; $r:0.561$, $p<0.001$). GRCDÖ kaçınma ile ACYÖ istek arasında anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki görüldü ($r:0.468$, $p<0.001$). GRCDÖ kaçınma ile ACYÖ uyarılma, ACYÖ ıslanma, ACYÖ toplam puan arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf-orta bir ilişki bulundu (Sırasıyla; $r:0.392$, $p:0.001$; $r:0.353$, $p:0.003$; $r:0.355$, $p:0.003$). GRCDÖ dokunma ile ACYÖ istek, ACYÖ uyarılma, ACYÖ toplam puan arasında anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki bulundu (Sırasıyla; $r:0.495$, $p<0.001$; $r:0.505$, $p<0.001$; $r:0.498$, $p<0.001$). GRCDÖ dokunma ile ACYÖ ıslanma, ACYÖ orgazma ulaşma, ACYÖ orgazm tatmini arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf-orta bir ilişki gösterildi (Sırasıyla; $r:0.311$, $p:0.009$; $r:0.333$, $p:0.005$; $r:0.396$, $p:0.001$). GRCDÖ vajinismus ile ACYÖ istek, ACYÖ uyarılma, ACYÖ toplam arasında anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki olduğu bulundu (Sırasıyla; $r:0.480$, $p<0.001$; $r:0.515$, $p<0.001$; $r:0.467$, $p<0.001$). GRCDÖ vajinismus ile ACYÖ ıslanma, ACYÖ orgazma ulaşma, ACYÖ orgazm tatmini arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf-orta düzeyde bir ilişki saptandı (Sırasıyla; $r:0.327$, $p:0.006$; $r:0.308$, $p:0.010$; $r:0.257$, $p:0.031$). GRCDÖ anorgazmi ile ACYÖ istek arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf-orta bir ilişki bulundu ($r:0.382$, $p:0.001$). GRCDÖ anorgazmi ile ACYÖ uyarılma, ACYÖ ıslanma arasında anlamlı

pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı (Sırasıyla $r:0.549$, $p<0.001$; $r:0.495$, $p<0.001$). GRCDÖ anorgazmi ile ACYÖ orgazma ulaşma, ACYÖ orgazm tatmini, ACYÖ toplam puan arasında anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki gözlemlendi (Sırasıyla; $r:0.752$, $p<0.001$; $r:0.725$, $p<0.001$; $r:0.730$, $p<0.001$). GRCDÖ toplam ile ACYÖ istek, ACYÖ uyarılma, ACYÖ toplam puan arasında anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki bulundu (Sırasıyla; $r:0.631$, $p<0.001$; $r:0.675$, $p<0.001$; $r:0.777$, $p<0.001$). GRCDÖ toplam puan ile ACYÖ ıslanma, ACYÖ orgazma ulaşma, ACYÖ orgazm tatmini arasında anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki bulundu (Sırasıyla $r:0.583$, $p<0.001$; $r:0.632$, $p<0.001$; $r:0.591$, $p<0.001$). GRCDÖ toplam ile ACYÖ toplam puan arasında anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı ($r:0.777$, $p<0.001$).

Tablo 4.16. PKOS tanılı kadınlarda GRCDÖ ve ACYÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

PKOS tanılı kadınlar (n:70)		ACYÖ-İstek	ACYÖ-uyarılma	ACYÖ-İslanma	ACYÖ-Orgazma ulaşma	ACYÖ-Orgazm tatmini	ACYÖ-Toplam
GRDCÖ-Sıklık	r	0.321	0.198	0.100	0.243	0.104	0.238
	p	0.007	0.100	0.412	0.043	0.393	0.048
GRDCÖ-İletişim	r	0.303	0.439	0.522	0.435	0.536	0.564
	p	0.011	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
GRDCÖ-Doyum	r	0.342	0.387	0.441	0.523	0.506	0.561
	p	0.004	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
GRDCÖ-Kaçınma	r	0.468	0.392	0.353	0.206	0.137	0.355
	p	<0.001	0.001	0.003	0.087	0.257	0.003
GRDCÖ-Dokunma	r	0.495	0.505	0.311	0.333	0.396	0.498
	p	<0.001	<0.001	0.009	0.005	0.001	<0.001
GRDCÖ-Vajinismus	r	0.480	0.515	0.327	0.308	0.257	0.467
	p	<0.001	<0.001	0.006	0.010	0.031	<0.001
GRDCÖ-Anorgazmi	r	0.382	0.549	0.495	0.752	0.725	0.730
	p	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
GRDCÖ-Toplam	r	0.631	0.675	0.583	0.632	0.591	0.777
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı; n: kişi sayısı; PKOS: Polikistik over sendromu; GRCDÖ: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği; ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

PKOS tanılı kadınlarda GRCDÖ puanına etki eden faktörlerin Robust regresyon analizi ile değerlendirilmesi **Tablo 4.17'**de gösterildi. PKOS Tanılı kadınlarda GRCDÖ puanına etki eden faktörlerin incelenmesi için oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F=8.511$; $p<0.001$). YİPDÖ

toplam puanının bir birim artması GRCDÖ puanını 0.169 birim azaltmaktadır (p:0.041). ACYÖ toplam puanının bir birim artması GRCDÖ puanının 2.640 birim artırmaktadır (p<0.001). Diğer değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (p>0.050).

Tablo 4.17. PKOS tanılı kadınlarda GRCDÖ puanına etki eden faktörlerin Robust regresyon analizi ile değerlendirilmesi

	β1 (%95 CI)	S. hata	β2	t	p
Sabit	10.843	34.971		0.310	0.758
Yaş	0.592	0.414	0.141	1.430	0.159
VKİ	-0.237	0.327	-0.080	-0.724	0.472
YİPDÖ toplam puan	-0.169	0.080	-0.195	-2.097	0.041
ACYÖ toplam puan	2.640	0.298	0.760	8.852	<0.001
HADÖ Anksiyete	0.539	0.515	0.103	1.046	0.300
HADÖ Depresyon	-1.029	0.720	-0.139	-1.430	0.159
Medeni durum (Referans: Bekar)	-5.740	4.908	-0.184	-1.169	0.248
Eğitim yılı	-0.544	0.387	-0.154	-1.405	0.166
Gelir düzeyi	1.687	2.539	0.056	0.664	0.509
Çocuk (Referans: var)	4.234	6.759	0.078	0.626	0.534
Akne (Referans: var)	-3.770	2.726	-0.118	-1.383	0.173
İnfertilite (Referans: var)	-0.611	5.052	-0.020	-0.121	0.904
Androjenik alopesi (Referans: var)	2.867	2.581	0.090	1.111	0.272
Hirsutizm (Referans: var)	-3.833	2.766	-0.119	-1.386	0.172
Akantozis nigrikans (Referans: var)	1.563	4.228	0.034	0.370	0.713
Menstrüel düzensizliği (Referans: var)	2.001	3.809	0.048	0.525	0.602
Mastürbasyon varlığı (Referans: var)	1.779	3.255	0.055	0.546	0.587

p<0.001, F=8.511, Nagelkerke's R²=0.858; β1: Standartlaştırılmamış beta katsayısı; β2: Standartlaştırılmış beta katsayısı; %: yüzdelik; GRCDÖ: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği; ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği; YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği; HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği; VKİ: Vücut Kitle İndeksi

5. TARTIŞMA

PKOS uzun yıllardan beri birçok kadının yaşamını etkileyen yaygın bir hastalıktır. PKOS'un genetik, metabolik, prenatal ve çevresel etkenlerin kompleks etkileşimleri sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Kişilerde yaşamları boyunca farklı düzeylerde hormonal ve bedensel değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Hastalıkla birlikte ortaya çıkan bedensel değişiklikler ve hastalık yükü ile birlikte ruhsal açıdan zorlanmalar yaşanabilmekte, ruhsal hastalık gelişimi kolaylaşabilmekte ve cinsel yaşam etkilenebilmektedir [12, 21].

Psikolojik dayanıklılığın hem ruhsal hastalıklar hem de diğer bedensel hastalıklardaki rolü uzun zamandır araştırma konusudur [166, 173]. Psikolojik dayanıklılığın ruhsal hastalık gelişiminde koruyucu yönde etkisinin olduğu yapılan bir çok araştırmanın sonucu olarak bilinmektedir [165, 190]. Benzer şekilde kronik hastalıklarda da yüksek psikolojik dayanıklılığın hastalık seyrinde olumlu rol oynayabileceği gösterilmiştir [15, 191]. Son zamanlarda psikolojik dayanıklılık ile cinsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen kısıtlı sayıda çalışma olmakla birlikte güncel bilgilerimize göre PKOS tanılı kadınlarda bu ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışma yoktur [169, 170]. PKOS tanılı kadınlarda psikolojik dayanıklılık düzeyini arttıracak müdahalelerde bulunmanın cinsel yaşamı olumlu yönde etkilemesi ve bireylerin bütünsel iyilik haline katkıda bulunabilmesi olasıdır.

Bu araştırmada PKOS tanılı kadınlarda sosyodemografik değişkenler ile psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyum ilişkisi incelendi, sağlıklı kontrol grubuyla psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyum karşılaştırıldı. PKOS tanılı kadınlarda ve sağlıklı kontrollerde psikolojik dayanıklılık ile cinsel doyum arasındaki ilişkiye bakıldı. PKOS tanılı kadınlarda cinsel doyumunu etkileyen etmenler değerlendirildi. Varsayımlarımız alanyazın değerlendirilerek aşağıdaki alt başlıklarda tartışıldı.

5.1. PKOS TANILI KADINLARDA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Psikolojik dayanıklılık düzeyinin yaş ile ilişkisi olabileceği gösterilmiştir [192]. Yaşlanma sürecinin, kişilerin uyuma yönelik başa çıkma mekanizmalarının gelişmesini sağladığı, kişinin yaşamındaki beklentilerini anlayarak kendi taleplerini karşılamaında güçlü bir olanak sağladığı bildirilmiştir [193]. Sosyoekonomik ve yaşamsal risk faktörlerinin varlığında yaşlanma ile birlikte alınan yaşam doyumu üzerinde psikolojik dayanıklılığın olumlu bir rol oynadığı gösterilmiştir [192]. Bununla birlikte, dayanıklılığın koruyucu etkisi bilişsel veya ruhsal bozukluklar ortaya çıktığında ya da önemli diğer sağlık sorunları varlığında aynı şekilde sürmemektedir [164, 192]. Genç erişkinler ile daha yaşlı erişkinleri psikolojik dayanıklılık açısından karşılaştıran bir çalışmada yaşlı yetişkinler, özellikle duygusal düzenleme yeteneği ve problem çözme açısından daha dayanıklı iken genç yetişkinlerin sosyal destek konusunda daha dayanıklı olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada yaş ile ilişkili psikolojik dayanıklılığı etkileyen kişisel ve sosyal kaynakların değişimi vurgulanmış, aynı birey için süreç içerisinde bu değişkenlerin dayanıklılık üzerinde etkisinin olduğu gösterilmiştir [194]. Bu çalışmada karıştırıcı olabilecek etkenleri azaltmak için sağlıklı kontroller ile PKOS tanılı kadınlar yaş açısından eşleştirildi. Tedavi almamış PKOS tanılı kadınlar çalışmaya dahil edildiği için katılımcılar genç yetişkin ve belli yaş aralığında idi. Bu nedenle bu araştırmada PKOS tanılı kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyi ile yaş arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ilişki saptanamadı.

Psikolojik dayanıklılık ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiyi irdeleyen çeşitli çalışmalar bulunmaktadır [195-197]. Li ve arkadaşları 2008 yılında Wenchuan depremi'nden 1 yıl sonra 2300 kişi ile yaptıkları çalışmada yüksek eğitim düzeyi olan kişilerde düşük eğitim düzeyi olan bireylere oranla psikolojik dayanıklılık düzeyinin yüksek olduğunu bulmuştur. Bu farkın eğitim düzeyi arttıkça kişilerin bilgi seviyelerinin, beklenmedik olaylara toleransın ve çözüm odaklı yaklaşımın artması nedeniyle olabileceğini ifade etmişlerdir [195]. Frankenberg ve arkadaşları 2004 yılında Hint Okyanusu Tsunamisi'nde şimdi ve beşinci yıl olmak üzere iki kez bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini eğitim düzeyi açısından fark olup

olmamasına göre değerlendirmiştir. Tsunamiden hemen sonra yapılan değerlendirmede bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeyinin eğitim düzeyleri dikkate alındığında benzer olduğu, ancak beşinci yılda yapılan araştırmada eğitim düzeyleri yüksek olan kişilerin eğitim düzeyleri düşük olanlara kıyasla psikolojik dayanıklılık ve psikososyal sağlıklarının daha yüksek düzeyde olduğunu saptamıştır. Bunun sebebini daha yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin beklenmedik ve büyük ölçekli felaketlerden sonra bile yaşadıkları kötü durumun zararlı sonuçlarını hafifletebilmeleri ve yeni fırsatları kucaklayabilmeleri olarak açıklamışlardır [197]. Bonanno ve arkadaşları yukarıda bahsedilen çalışmalar ile çelişkili olarak 11 Eylül Saldırılarından sonra yaptıkları çalışmada yüksek eğitim seviyesinin düşük psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilişkili olduğunu, özellikle üniversite mezunu katılımcıların lise düzeyi altındaki katılımcılara kıyasla dayanıklılıklarının daha düşük olduğunu bulmuştur. Eğitim düzeyindeki artışın travma uyum sürecine engel olabileceğini ifade etmişlerdir. Ancak bu etkinin alanyazında bir ilk olduğunu ve 11 Eylül Saldırıları gibi büyük ölçekli bir felaketin aşırı sarsıcı, anlaşılabilir doğasına özgü olabileceğini bildirmişlerdir [196]. Bu nedenle bu çalışmada karıştırıcı olabilecek etkenleri azaltmak için sağlıklı kontroller PKOS tanılı kadınlar ile eğitim durumu açısından eşleştirildi. Çalışmada PKOS tanılı kadınlarda eğitim durumu ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Önceki çalışmalarda eğitim düzeyi ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi değerlendirme travma odaklıdır. Bu çalışmada travma odaklı olmayıp sadece hastalığın olup olmaması göz önünde bulunduruldu. Tıbbi bir hastalığı olan ya da sağlıklı popülasyonda eğitimin izole olarak dayanıklılık üzerinde nasıl bir etkisi olduğu güncel alanyazına göre bilinmemektedir. Bu nedenle daha önce yapılan araştırmalar ile bu çalışmanın verileri kıyaslanamadı. PKOS tanılı kadınlarda dayanıklılığın eğitim düzeyi ile farklılık göstermiyor olması hastalıkla ilgili katılımcıların benzer düzeyde bilgi sahibi olmalarından kaynaklanabilir. Eğitimin dayanıklılık üzerinde nasıl bir etkisinin olduğunun anlaşılabilmesi için özellikle sağlıklı popülasyonda diğer faktörlerin etkisinden bağımsız değerlendirmenin yapılabileceği daha geniş kapsamlı araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Medeni durum ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki üzerine çeşitli görüşler bildirilmiştir [198, 199]. Çoğu zaman olumlu bir partner yaşamı ya da

evlilik hayatının psikolojik stresörlere karşı koruyucu bir rol üstlenebileceği belirtilmiştir [198]. Ni ve arkadaşları, 2008 Sichuan depreminden sağ kurtulan evli kadınların evli olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında daha düşük düzeyde dayanıklılığı olduğunu bulmuştur. Bunu da deprem sonrası zorlayıcı yaşam koşullarının evlilikteki sorumlulukların getirdiği yükü arttırmasına bağlamışlardır [199]. Ancak bu çalışmada PKOS'lu kadın ve sağlıklı kontrol grupları medeni durumlarından bağımsız olarak düzenli partner ilişkisi olan kişilerden oluşmaktadır. Bu nedenle medeni durumla psikolojik dayanıklılık arasında ilişki saptanmamış olabilir.

Literatürde gelir düzeyi ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında ilişki olduğunu saptayan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır [200-202]. Ülkemizde hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ekonomik durumu iyi olan öğrencilerin psikolojik dayanıklılıklarının daha yüksek olduğu saptanmış, maddi yetersizliklerin ruh sağlığını olumsuz etkileyen çevresel risk faktörlerinden biri olduğu vurgulanmıştır. Düşük gelir düzeyine sahip bireylerin şiddet, madde kullanımı, zorbalık, barınma zorluğu gibi travmatik yaşam olaylarına ve kronik strese daha fazla maruz kalmalarına bağlı dayanıklılıklarının düşük olduğu saptanmıştır [201, 203]. Coşkun ve arkadaşları üniversite öğrencilerinin dahil olduğu çalışmada aylık gelir düzeyi ile psikolojik dayanıklılık arasında herhangi bir ilişki saptamamıştır [204]. Bu çalışmada ise PKOS tanılı kadınların gelir düzeyleri ve psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişki incelendiğinde düşük gelir düzeyine sahip bireylerin orta ve yüksek gelir düzeyine sahip olanlara kıyasla psikolojik dayanıklılık düzeylerinin anlamlı oranda daha düşük olduğu saptandı. Düşük gelir düzeyine sahip bireylerin stres ve negatif yaşam olaylarına maruziyetinin daha fazla olabileceği, buna bağlı psikiyatrik ve fiziksel hastalıklara yatkınlıklarının artmış olabileceği bilinmektedir [205]. Buna rağmen sağlık hizmetlerine ulaşmada daha fazla sorun yaşamaları da olasıdır. Benzer şekilde ekonomik zorluklar bireylerin sosyal anlamda dışlanmaya da maruz kalmalarına neden olabilmektedir [205]. Bu çalışmada düşük gelir düzeyindeki kişilerin psikolojik dayanıklılıklarının daha düşük olması beklenen ve alanyazının geneli ile uyumlu bir sonuç olarak yorumlandı.

5.2. PKOS TANILI KADINLARDA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE CİNSEL YAŞANTILAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Cinsel doyumun yaş ile birlikte değişen biyolojik ve psikolojik faktörlerden etkilendiği bilinmektedir [206]. Cinselliğin yaşlanma ile beraber nasıl bir değişim yaşadığını anlayabilmek için biyopsikososyal bakış açısına ihtiyaç vardır. Biyolojik faktörlerin, yaşlılarda cinsel aktivite üzerinde önemli bir etkisi olmakla beraber cinsel doyum üzerinde etkili tek etken değildir. Yaşlanma ile beraber fizyolojik olarak hormon seviyelerindeki değişiklikler ve duysal kapasitede azalma sonucu cinsel arzu ve aktivitelerde azalma yönünde adaptasyonlar ortaya çıktığı görülmektedir [207, 208]. Yaşlanma sonucu kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, diyabet ve artrit gibi kronik hastalıkların cinsel işlevsellik ve cinsel yanıt üzerinde olumsuz etkileri olabileceği bildirilmiştir. İlerleyen yaşla birlikte kimlik, beden imajı, öz saygı, duygular ve ifadenmesi, daha önceki yaşam dönemlerinde yaşanan cinsellik ve hayal gücü gibi psikolojik alanda değişimler cinsellik alanını etkileyebilmektedir [208]. Psikolojik bakış açısı ile bağımsız, kendine saygısı, güveni iyi olan, partnerine saygı duyan ve duygusal yakınlık kapasitesine sahip olan kişilerin yaşlanma ile beraber cinsel doyumlarının korunacağını öngörmek zor değildir [207]. Yaşlandıkça, sosyal alanda partnerle olan etkileşim ve iletişimin artabilmesi sonucu cinsel istek ve aktivite etkilenebilir. Yaş arttıkça cinsel istek azalabilmektedir [209]. Yaş ile birlikte fiziksel görünüm, toplumsal güzellik algısı, beden algısındaki değişiklikler sonucunda da cinselliğin değişebileceği gösterilmiştir. Saçların beyazlaması, kırışıklıkların oluşması gibi yaşlanma belirtileri ile menopoza sürecine bağlı değişiklikler nedeniyle bazı kadınların kendilerini daha az çekici hissettikleri ve buna bağlı olarak cinsel yaşantılarında sorunlar yaşadıkları ifade edilmiştir. Bazı kadınlar tarafından ise yaşlanma dönemi kendi olgunlaşma süreçlerinin pozitif bir yansıması olarak değerlendirilmekte, kendilerine güvenlerinde artış olmakta ve çekici hissetmektedirler. Dolayısıyla cinsel doyumlarının iyi olduğu görülmektedir [210]. Alanyazında araştırmalar çoğunlukla ileri yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerine odaklıdır. Bu çalışmada karıştırıcı olabilecek etkenleri azaltmak için; sağlıklı kontroller PKOS tanılı kadınlarla yaş açısından eşleştirildi ve dahil edilen tüm

katılımcılar genç yetişkin kadınlardı. Bu kısıtlı yaş aralığı sebebiyle bu çalışmada yaş ile cinsel sorunlar arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadığı düşünülmektedir.

Eğitim düzeyi cinsellik üzerinde etkili olabilecek bir diğer değişken olarak bilinmektedir [211, 212]. Bu anlamda çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Portekiz’de cinsel sorunların prevalansını ve sosyodemografik yordayıcılarını araştırmak amacıyla yapılan, 18-79 yaş arası 500 kadının değerlendirildiği toplum bazlı bir epidemiyoloji çalışmasında 10 yıl ve üzerinde eğitim görmüş kadınların, daha az eğitim görmüş kadınlara kıyasla daha az cinsel sorun yaşadığı gözlemlenmiştir. Bunun nedeni kadın cinsel yanıt döngüsü ile ilgili anatomi ve fizyoloji bilgilerine kısıtlı erişilebilirliğin olması ve yanlış cinsel inançlara daha fazla sahip olunması olarak gösterilmiştir [211]. Farklı çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça bireylerin ilişki doyumu ile ilgili beklentilerinin arttığı ve bu beklentiler karşılanmadığı takdirde bireylerin cinsel doyumu ile ilgili karışık sonuçlar elde edildiği görülmüştür [213, 214]. Bu araştırmada PKOS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrollerde eğitim yılı arttıkça cinsel sorunların anlamlı düzeyde azaldığı saptandı. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin cinsellikle ilgili bilgilere erişiminin kolaylaşması, bilgisi arttıkça cinsellik ve cinsel doyum ile ilgili kendisini daha kolay ifade edebilmesi cinsel doyumlarını artırıyor olabilir. Aynı zamanda bireylerin eğitim düzeyleri yükseldikçe cinsel yaşam ile ilgili olumsuz inanç ve tutumlar azalarak cinsel doyum üzerinde olumlu bir etki yaratmış olabilir.

Gelir düzeyine göre cinsel yaşantılar değerlendirildiğinde, yapılan bir derlemede, çalışan ve finansal özgürlüğe sahip olan kadınların çalışmayan kadınlara kıyasla özgüvenlerinin daha yüksek, cinsel doyumlarının daha iyi olduğu görülmektedir. Düşük gelir düzeyine sahip veya gelir kaynağı olmayan kadınların kendilerini daha az çekici hissettikleri ve buna bağlı olarak cinsel aktivite ve cinsel doyumlarında azalma olduğu bildirilmiştir [213, 215-217]. Çelişkili olarak, devlet hastanesine ve özel hastanelere başvuran kadınları karşılaştırarak yapılan bir çalışmada gelir düzeyi ile cinsel sorunlar arasında herhangi bir ilişki olmadığı bulunmuştur [218]. Bu araştırmada PKOS’lu kadınlarda gelir düzeyine göre cinsel yaşantılar değerlendirildiğinde; GRCDÖ ve ACYÖ toplam puanlarında anlamlı fark bulunmadı ancak GRCDÖ iletişim alt boyutunda anlamlı düzeyde fark saptandı. Gelir düzeyi yüksek olan kadınların cinsel doyum ile ilişkili cinsel iletişim alanında

yaşadıkları sorunların daha az olduğu tespit edildi. Gelir düzeyinin yükselmesi kişilerin cinsel yaşamı üzerinde olumsuz rol oynayabilecek maddi stresörlerin azalmasıyla cinsellik üzerinde olumlu bir etki yaratabilir. Ayrıca yine gelir düzeyinin yükselmesi kadınların cinsellikle ilgili kaynaklara ulaşmasını artırıyor ve cinsel iletişimi kolaylaştırıyor olabilir.

Bireylerin yaşadığı evin özellikleri, evde kiminle beraber yaşadıkları cinsel yaşamlarını etkileyebilmektedir [100]. Çin’de 20-64 yaş arası, düzenli ve uzun süreli cinsel partneri bulunan, 1194 kadın ve 1217 erkeğin değerlendirildiği bir araştırmada, katılımcıların yaklaşık %33’ünün yaşam koşullarının (çocuklar, büyükanne ve büyükbabaların küçük bir alanı paylaşması vb.) cinsel aktiviteleri engellediği bildirilmiştir. Kadınlar için bu yaşam koşullarının toplam etkisine bakıldığında partnere karşı olan yakınlık ve sevginin de olumsuz etkilenebildiği ve bu kadınların orgazm ile ilişkili daha çok sorun yaşadığı belirtilmiştir [219]. Bu çalışmada PKOS tanılı kadınların kiminle yaşadıklarına göre cinsel yaşantıları değerlendirildiğinde; eş/partner ile yaşayanların GRCDÖ sıklık alt boyutundan anne-baba ile veya yalnız yaşayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı, cinsel ilişkilerinin daha sık olduğu bulundu. Eş/partner ile yaşayan kişilerin birlikte geçirdikleri zamanın daha fazla olması ve cinsel ilişki yaşanabilecek ortamın daha kolay sağlanabileceği göz önüne alındığında ilişki sıklığı ile ilgili sorunların eş/partner ile yaşayanlarda ailenin yanında yaşayanlara göre daha az olması beklenen bir bulgudur.

5.3. PKOS TANILI KADINLARDA VE SAĞLIKLI KONTROLLERDE CİNSEL YAŞANTIDA MASTÜRBASYON VARLIĞI İLE CİNSELLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Mastürbasyonun cinsel yaşamdaki önemi ile ilgili çelişkili sonuçlar bildirildiği görülmektedir [220]. Mastürbasyonun evlilik yaşantısını ve cinsel doyumunu olumlu yönde etkilediği ve cinsel ilişki sırasındaki orgazm yanıtını arttırdığı bulunmuştur [221, 222]. Mastürbasyon yapan kadınlarda kendine güvenin daha yüksek olduğu ve beden imajlarında daha az sorun yaşadıkları gösterilmiştir [118]. Hurlbert ve Whittaker tarafından yapılan mastürbasyon deneyimi olan ve olmayan kadınların cinsel yaşamlarının değerlendirildiği bir araştırmada mastürbasyon yapan

kadınların, cinsel isteklerinin daha fazla, orgazm doyumlarının, evlilik ve cinsel tatminlerinin ve kendine güvenlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu kişilerin cinsel uyarılmalarını daha kısa sürede sağladıkları bildirilmiştir [221]. Kadın cinselliğinde mastürbasyonun tamamlayıcı bir rolü olduğu, daha sık mastürbasyon yapan kadınların partnerleri ile cinsel ilişki sıklıklarının ve cinsel doyumlarının arttığı belirtilmiştir [221]. Yakın zamanda partner ile birlikte mastürbasyon yapmanın da cinsel doyumunu olumlu yönde etkilediği öne sürülmüştür [223]. Ancak özellikle pornografik görseller ile yapılan mastürbasyonun zaman içerisinde partner ile olan cinsel ilişkiye karşı istek ve uyarılmayı azalttığı ve cinsel yakınlığın anlamını kaybetmesine sebep olduğu da öne sürülmüştür [224]. İzlenen erotik ya da pornografik içerikler cinsel yanlış inançları doğurup, kişilerin cinsellikle ilgili abartılı beklentiler içine girmesine sebep olabilir ve pornografik uyaran olmadan partner ile uyarılma zorlaşabilir. Mastürbasyon deneyimi bazı toplumlarda suçluluk, günahkarlık gibi duygular uyandırabilmekte ve bu da cinsel aktivitelere karşı negatif bir tutuma sebep olabilmektedir. Bu çalışmada sağlıklı kontroller ve PKOS tanılı kadınlar ayrı olarak değerlendirildiğinde cinsel yaşantılarında mastürbasyon varlığı ile GRCDÖ ve ACYÖ toplam puanlarında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Özellikle ülkemizde yaygın olarak görülen mastürbasyonun cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyebileceğinin bir mit olduğu, bu çalışmadaki veriler ile desteklendi. Mastürbasyon yapan kadınların cinsel doyumlarında yapmayanlara kıyasla olumsuz bir etkilenme olmadığı bulundu.

Bu araştırmada kullanılan ölçeklerin alt boyutları değerlendirildiğinde sağlıklı kontrol grubunda cinsel yaşamlarında mastürbasyon olan kadınların olmayanlara göre GRCDÖ anorgazmi ve ACYÖ orgazma ulaşma alt boyutlarındaki sorunların anlamlı düzeyde yüksek olduğu, ACYÖ istek alanında ise yaşanan sorunların anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı. PKOS tanılı kadınlarda ise sağlıklı kontrollere benzer şekilde mastürbasyon yapanların yapmayanlara göre ACYÖ istek alt boyutunda anlamlı düzeyde daha az sorun yaşadıkları bulunurken, sağlıklı kontrollerden farklı olarak her iki grup arasında orgazm alt boyutu açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Bu araştırmada PKOS tanılı kadınlar ile sağlıklı kontroller arasında mastürbasyon olup olmaması ve mastürbasyon sıklığı açısından bir fark olmadığı bulundu. Partnerleri ile cinsel doyumları daha düşük olduğu halde PKOS

tanılı kadınların mastürbasyon sıklığında sağlıklı kontrollere kıyasla bir artış ya da azalma yönünde farklılık bulunmaması mastürbasyonun daha öznel ve partner yaşamındaki cinsellikten bağımsız olarak değerlendirilebileceğini düşündürmektedir. PKOS tanılı kadınlarda mastürbasyonla ilişkili cinsel doyum ve etkileyen faktörlerin anlaşılabilmesi için ilerleyen araştırmalarda bu alana özgü daha ayrıntılı değerlendirmelere ihtiyaç vardır.

5.4. PKOS TANILI KADINLAR İLE SAĞLIKLI KONTROLLERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Psikolojik dayanıklılık; bireyin yaşamındaki stresli olayların üstesinden gelebilmesi, zor deneyimlerle başa çıkabilmesi, değişen yeni duruma olumlu bir adaptasyon geliştirebilmesi ve güçlenmesini temsil eder [15]. Farklı komponentleri olan psikolojik dayanıklılık kavramı için Friberg ve arkadaşları sosyal kaynaklar, aile uyumu, yapısal stil, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve gelecek algısı olmak üzere toplam altı faktörü içeren bir yapı öne sürmüştür [16]. Kronik hastalığa sahip bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının daha düşük olduğu bulunmuştur [225]. Psikolojik dayanıklılık, kronik hastalığı olan bireylerde öz bakım, tedaviye uyum, ağrı şiddeti, düzenli fiziksel aktivitelere katılım açısından olumlu katkı sağlamaktadır. Depresyon, stres ve kaygıyı azaltmada önemli bir etkisi bulunmaktadır [225]. Fiziksel hastalıklar ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma olmasına rağmen güncel bilgilerimiz dahilinde PKOS tanılı kadınlarda psikolojik dayanıklılığı değerlendiren sadece bir çalışma mevcuttur. Javed ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada psikolojik dayanıklılık düzeyi ile evlilik doyumu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Ancak çalışmada PKOS tanılı kadınların sağlıklı kontroller ile karşılaştırılmadığı görülmüştür [226]. Bu araştırmada PKOS tanılı kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyleri sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük saptandı. PKOS'un hem hormonal ve bedensel değişikliklere hem de psikolojik faktörlere bağlı olarak hastalar üzerinde kronik bir hastalık yükü oluşturması bu kişilerin sağlıklı kadınlara kıyasla dayanıklılık düzeylerinin daha düşük olmasına sebep olabilir.

PKOS ile ilişkili klinik özellikler akne, infertilite, androjenik alopesi, hirsütizm, akantozis nigrikans, menstrüel düzensizlikler, insülin düzeyinde değişiklikler ve obezite şeklinde sayılabilir [1]. Alanyazın incelendiğinde Kitzinger ve arkadaşlarının yaptığı nitel bir çalışmada PKOS tanısı alan kadınların özellikle kendilik algısı alanıyla ilgili güçlü duygusal sorunlar yaşadıkları bulunmuştur [227]. PKOS tanılı kadınlarda obezite, akne ve hirsütizm birbirlerinden bağımsız faktörler olarak beden imajı algısındaki tatminsizlik ile ilişkilendirilmiştir [228, 229]. Son yıllarda yapılan araştırmalarda, daha önceden sanılanın aksine PKOS tanılı kadınlarda akne, hirsütizm, ve yüksek VKİ'nin kendilik algısı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir [230, 231]. Yeni PKOS tanısı konulan 28 ergenin değerlendirildiği bir araştırmada; ruhsal hastalık komorbiditesinin kendilik algısı üzerinde etkili olduğu bulunmuş, yeni tanı konulan katılımcılarda uzun süre hastalık yükü oluşmadığı için ruhsal açıdan belirgin etkilenme olmayabileceği vurgulanmıştır [230]. Bu araştırmada PKOS tanılı kadınlarda hirsütizm ve akne varlığı psikolojik dayanıklılıkla ilişkili bulunmadı. Bunun sebebi cinsel doyum üzerinde karıştırıcı faktör olabileceği düşünülerek depresyon ve anksiyete bozukluğu olan kişilerin çalışmaya dahil edilmemesi olabilir. Akne ve hirsütizmi olup depresyon ve anksiyete düzeyi yüksek katılımcıların dahil edildiği araştırmalarda bu klinik belirtiler psikolojik dayanıklılık üzerinde etki yaratabilir. Bu çalışmada PKOS tanısının yeni konulmuş olması, psikolojik dayanıklılık üzerinde akne ve hirsütizmin bir değişken olarak etki etmemesinin başka bir sebebi olabilir. Bu araştırmada PKOS tanılı kadınların YİPDÖ kendilik algısı alt boyutundan aldıkları puan sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde düşük bulundu. Kendilik algısı; bireylerin yeteneklerine güvenme, kendine güvenme, öz yeterlilik, pozitif bakış açısı gibi özelliklerinden meydana gelmektedir. PKOS'un kendilik algısıyla ilgili nasıl bir etki yaratarak daha düşük psikolojik dayanıklılığa sebep olduğu ile ilgili ileri araştırmalar yapılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

PKOS tanılı 300 kadınla yapılan kesitsel bir çalışmada yüksek VKİ'ye sahip kadınların bedenleriyle ilgili memnuniyetlerinin daha düşük olduğu bulunmuştur [127]. PKOS'ta insülin hormonundaki değişimlerin yanı sıra yeme davranışlarında ortaya çıkan değişikliklerin kilo artışına sebep olduğu bilinmektedir [232]. Aynı zamanda VKİ grupları arasında eşleşecek şekilde yapılan çeşitli çalışmalarda da

PKOS tanılı kadınların sağlıklı kontrollere kıyasla daha fazla ruhsal sorun yaşadıkları gösterilmiştir [8, 9]. Chedraui, Lopez ve arkadaşları tarafından 904 kadının değerlendirildiği bir araştırmada yüksek VKİ ve abdominal obezitenin düşük psikolojik dayanıklılıkla ilişkili olduğu bildirilmiştir [233]. Aynı araştırma ekibi tarafından iki yıl sonra yapılan ve 169 kadının değerlendirildiği çalışmada ise psikolojik dayanıklılık ile VKİ arasında bir ilişki bulunmamıştır [234]. Araştırmacılar bedensel değişiklikler ve kilonun birlikte psikolojik dayanıklılık üzerinde nasıl bir etkiye sahip olacağıyla ilgili ileri araştırmalara ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada beklenen şekilde PKOS tanılı kadınların VKİ sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulundu. VKİ ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise; PKOS tanılı kadınlarda VKİ ile toplam psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Dünyada kadınların bedensel olarak belli kalıplara uyma zorunluluğu olmadığı, her fiziksel görünümün olumlu kendilik algısı için desteklenmesi gerektiği ile ilgili bir yönelim mevcuttur. Ülkemizde de kadınların bedenlerini olduğu şekliyle özgürce algılaması ile ilişkili farkındalık giderek yaygın hale gelmektedir. Bu da yapılan çalışmada VKİ ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına sebep olmuş olabilir.

İnfertilite, PKOS tanılı kadınlarda yaygın görülen, anksiyete, depresyon ve düşük yaşam kalitesiyle ilişkilendirilen bir bulgudur [131, 235]. İnfertil kadınların erkeklere kıyasla daha fazla kendine güven ile ilgili sorunlar yaşadıkları, daha fazla olumsuz damgalanmaya maruz kaldıkları, bunlara bağlı artmış intihar düşünceleri olduğu bildirilmiştir [236]. Çin’de yapılan bir araştırmada infertil olan PKOS hastalarının aileleri, arkadaşları ve toplum tarafından olumsuz anlamda baskı gördükleri ve bu baskı sonucu ruhsal sorunlarının arttığı gözlemlenmiştir [237]. 2023 yılında yayınlanan, dört büyük veri tabanı incelenerek yapılan derlemede, infertilitenin zorlu bir yaşam deneyimi olduğu, bu stresli yaşam olayı karşısında verilen ruhsal tepkilerin oldukça bireysel özellikler gösterdiği ifade edilmiştir. Bu derlemede infertilite ile ilişkili stresle baş ederken sosyal kaynakları yetersiz, destek aramaya teşvik edilmeyen kişilerin zorlandıkları ve depresyon, anksiyete düzeylerinin arttığı, bunların da psikolojik dayanıklılığı olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Psikolojik dayanıklılık baş etme becerilerinin bir sebebi değil bir

sonucu olarak ele alınmıştır [238]. Bu araştırmada PKOS tanılı kadınların sosyal desteklerinin iyi olması, sorunla ilgili yardım almaya teşvik edilen ve hastaneye başvuran bir grup ile araştırmanın yapılmış olması, infertilite ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasının sebebi olabilir.

PKOS tanılı kadınlarda ruhsal hastalıkların sık görüldüğü dikkat çekmektedir [8, 129]. PKOS hastalarında depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, somatizasyon ve yeme bozuklukları sık görülmekle birlikte PKOS ruhsal hastalıkların prognozunu olumsuz etkileyebilmektedir [232, 239]. Bu çalışmada cinsel doyumu değerlendirirken ruhsal komorbiditelerin bir karıştırıcı faktör olmaması için klinik olarak bir ruhsal hastalığı olan bireyler araştırmaya dahil edilmedi. PKOS'ta görülen ruhsal hastalıkların sıklığı ve psikolojik dayanıklılık üzerine etkilerinin anlaşılabilmesi için bu amaçla dizayn edilecek ileri araştırmalar planlanabilir.

5.5. PKOS TANILI KADINLAR İLE SAĞLIKLI KONTROLLERİN CİNSEL SORUNLAR AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

PKOS tanılı kadınların cinsel yaşamları, PKOS'un neden olduğu biyolojik ve psikolojik faktörler sonucunda olumsuz yönde etkilenebilmektedir [12, 240]. Hiperandrojenizme bağlı hirsütizm, akne, androjenik alopesi gibi bedensel değişimler belirgin düzeyde olduğunda beden algısında olumsuz değişiklikler yaşanmakta, bireyler kendilerini daha az çekici hissedebilmekte ve buna bağlı cinsel sorunlar ortaya çıkabilmektedir [45]. 2019 yılında Zhao ve arkadaşları tarafından yapılan meta-analizde, araştırmalarda farklı sonuçların olduğu vurgulanmış ve yapılan meta-analiz sonucunda PKOS ile cinsel işlev bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı bildirilmiştir. Cinselliğin çok boyutlu yapısı, bireysel deneyimler ve farklılıklardan etkilenmesi, PKOS'un kliniğinin değişkenliği, partner ilişkilerindeki farklılıklar ve çalışmalarda yer alan popülasyonların heterojenliği araştırmalarda bulunan farklı sonuçların sebebi olarak açıklanmıştır [241]. PKOS'ta cinsel yaşamı biyolojik parametreler ile değerlendiren bir araştırmada ise, testosteron seviyelerinde yükselmenin cinselliğe olumlu yönde etki ettiği gösterilmiş ancak androjenlerin nasıl bir mekanizma üzerinden bu etkiyi yaptığının henüz bilinmediği ifade edilmiştir [242].

Bu araştırmanın verileri, en önemli hipotezlerinden biri olan PKOS tanılı kadınların cinsel yaşantılarında sağlıklı kontrollere kıyasla daha çok sorun yaşadıklarını göstermesi açısından önemlidir. Bu çalışmada PKOS tanılı kadınların %72.9'unda ACYÖ toplam puanı 11 kesme değerinin üzerinde bulundu. Sağlıklı kontrollerde ise bu oran %52.2 şeklindeydi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı. PKOS tanılı kadınların cinsel doyumları değerlendirildiğinde de sağlıklı kontrollere kıyasla GRCDÖ toplam puanlarına göre cinsel doyumlarının daha düşük olduğu görüldü. Bu çalışmada sağlıklı kontrol grubundaki kadınların hirsutizm, akne, akantozis nigrikans gibi bedensel görünümü etkileyecek klinik belirtileri bulunmuyordu. Bu nedenle PKOS tanılı kadınların cinsel doyumlarındaki azalma bu gruba özgü yaşanan bedensel değişiklikler ile ilişkili olabilir. Ayrıca sağlıklı kontrol grubunda hiçbir kadın infertil değildi. İnfertilite de daha önce açıklanan şekilde getirmiş olduğu zorlanmalar ile PKOS tanılı kadınlarda cinsel doyumun sağlıklı kontrollere kıyasla düşük olmasının bir diğer sebebi olabilir. PKOS ile ilişkili belirtilen akne, hirsutizm, androjenik alopesi gibi klinik özelliklerin PKOS tanılı kadınlarda cinsel doyum üzerinde bir etkisinin olmadığı saptandı. Bu sonuçlar PKOS tanılı kadınlarda cinsel doyum üzerinde androjen, LH, FSH, östradiol düzeyleri gibi biyolojik parametrelerin de önemli bir etkisinin olabileceğini ve cinsel doyumla ilişkili bireysel değişkenliklerin bu parametrelerdeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabileceğini düşündürdü.

PKOS, yüksek seviyelerde androjenler (dehidroepiandrosteron, androstenedion ve testosteron), LH ve artmış LH/FSH oranıyla karakterizedir [122]. Androjen eksikliği cinsel isteğin azalmasıyla bağlantılı olsa da [123], PKOS'lu kadınlara ilişkin bu konudaki veriler sınırlıdır ve çelişkili sonuçlara sahiptir [124, 125]. Çeşitli araştırmalarda; PKOS'lu kadınlarda yüksek LH ve androjen düzeyleri ile cinsel fonksiyonlarda bozulma arasında pozitif ilişki bildirilmiştir. PKOS'ta insülin direnci ve hiperinsülineminin over teka hücreleri ve adrenal bezler tarafından LH ile uyarılan androjen salınımının artışı ve cinsel işlevlerde olumsuz etkilenmeye sebep olabileceği belirtilmiştir [125]. Ek olarak, GnRH'nin östrojen ve progesteron tarafından baskılanmaya karşı androjen kaynaklı duyarsızlığı nedeniyle LH salınımının FSH salınımına oranla arttığı [126], görece düşük düzeydeki FSH oranına bağlı olarak overlerde folikül büyümesinin önlendiği, östrojen eksikliği ve

vajinal atrofi ortaya çıkabileceği, bu durumunda lubrikasyonda azalma ve disparoniye sebep olabileceği ifade edilmiştir [125]. Amiri ve arkadaşları tarafından yapılan ve 226 PKOS tanılı kadının dahil olduğu bir araştırmada, androjen düzeyleri ile cinsel işlevler arasında bir ilişki saptanmamış, alopesi ve infertilitenin cinsel yaşamı olumsuz etkilediği bulunmuş ve cinselliğin PKOS tanılı kadınlarda çok boyutlu olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır [243]. Bu araştırmada; PKOS tanılı kadınların kan FSH, LH, östradiol ve testosteron düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki değerlendirildi ancak anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Örneklem büyüklüğünün görece küçük olması ve henüz hastalık süresi kısa, yeni tanı almış kişiler ile araştırmanın yapılmış olması ve değerlendirmelerin kesitsel yapılması, cinsel doyumla ilişkili psikolojik ve biyolojik farklılıkların cinsel doyum üzerinde bir etki yaratmamış olmasını açıklayabilir. Ayrıca sağlıklı kontrollerin kan hormon düzeyleri bakılmadığı için PKOS tanılı kadınlar ile bir karşılaştırma yapılamadı. PKOS'ta cinsel doyumun çok boyutlu yapısının daha iyi anlaşılabilmesi için büyük örneklemeler ile, sağlıklı kontrollerle karşılaştırma yapılarak ve uzunlamasına takibin planlandığı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

PKOS'ta cinsel doyumla ilişkili önemli değişkenlerden birisi de oligoanovülasyon ile buna bağlı ortaya çıkabilen menstrüel düzensizlikler ve infertilitedir [132]. Menstrüel düzensizliklerin psikolojik sorunlarla ilişkili olabileceği öne sürülmesine rağmen yapılan araştırmalarda cinsel sorunlarla direk bir ilişkisi bulunamamıştır [129, 132]. Bu çalışmada menstrüel düzensizliği olan PKOS tanılı kadınların GRDCÖ anorgazmi alt boyut skorlarının olmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu, daha fazla orgazm ile ilişkili sorun yaşadıkları bulundu. Menstrüasyonun ne zaman gerçekleşeceği konusunda yaşanan belirsizlik cinsel yaşamdaki beklentileri olumsuz etkileyip, cinsel sorunlara neden olabilir.

İnfertil olan hastaların infertil olmayanlara göre istek ve ağrı dışında tüm alanlarda daha fazla cinsel disfonksiyon gösterdiği, cinsel doyum, uyarılma ve orgazm alanlarının özellikle etkilendiği gösterilmiştir [132]. Çocuk beklentisi yoğun olan kültürlerde infertilitenin kadınlarda yoğun bir suçluluk ve umutsuzluk hissine neden olduğu görülmektedir. Bu durum evlilik sorunlarına neden olup cinselliği olumsuz etkilemektedir [244-246]. Müslüman kadınların dahil edildiği bir çalışmada infertil kadınların infertil olmayanlara göre daha düşük cinsel doyum yaşadıkları

tespit edilmiştir [132]. Çocuk sahibi olmak isteyen kadınlarda infertilite tanısının kendisi ve tedavi süreci de hem cinsel yaşamı hem de evlilik uyumunu etkileyebilmektedir [131]. İlgili alanyazına bakıldığında infertilite tanısı alan bireylerde cinsel sorunların prevalansı %10-30 oranında görülmüş olup yaklaşık %50'si infertilite tanısı sonrası cinsel yaşamlarının değiştiğini ifade etmiştir [247]. Aynı zamanda infertilite tedavisinde hem tedavi ekibinin cinsellikle yakından ilgilenmesi hem de belli günlerde vücut sıcaklığı ölçme, belli günlerde cinsel birleşme olması gibi gereklilikler nedeniyle cinselliğin iki kişi arasındaki mahremiyeti bozulmakta olup sembolik olarak cinsellik iki kişi arasında olmaktan çıkmaktadır. Bazı kişilerde infertilitenin depresyona zemin hazırladığı ve bu yoldan da indirekt olarak cinsel yaşamı etkileyebileceği düşünülmektedir [131]. Turan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada infertil kadınlara kısıyasla daha fazla cinsel sorun yaşadıkları, evlilik ve infertilite süresinin üç yıl ve üzerinde olması ve geçmişte infertilite tedavileri cinsel sorun açısından primer risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Kişilerin infertilite nedeniyle kendilerini yetersiz hissedebilecekleri ve buna bağlı olarak cinsellikten alınan keyfin azalabileceği düşünülmüştür. Çalışmadaki popülasyonun çoğunun doğu bölgelerinden olması, dini ve kültürel nedenlerle çocuk sahibi olmanın kişilerin hayatlarında önemli bir yer kaplaması nedeniyle sonuçların etkilenmiş olabileceği yorumlanmıştır [248]. Bu araştırmada da alanyazınla uyumlu olarak infertilite belirtisi olan hastaların GRCDÖ doyum alt boyut skorlarının olmayanlarla karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde yüksek olduğu, cinsel ilişki doyumlarının daha düşük olduğu saptandı.

5.6. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK İLE CİNSELLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Alanyazın incelendiğinde psikolojik dayanıklılık ile cinsellik arasındaki ilişkiyi değerlendiren sınırlı sayıda araştırma mevcuttur. Oliva ve arkadaşları tarafından yapılan ve menopoz evresindeki 101 kadının kesitsel olarak cinsel sağlık, psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki açısından değerlendirildiği çalışmada, cinsel sağlık ve doyum ile psikolojik dayanıklılık arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuş, psikolojik dayanıklılık düzeyi arttıkça kadınların menopozal geçiş evresinde cinsellikle ilgili yaşam kalitesinin iyileştiği saptanmıştır [169]. Bu

Çalışma güncel bilgilerimiz ışığında psikolojik dayanıklılık ile cinsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen ikinci alışma, PKOS tanılı kadınlarda bu ilişkiyi inceleyen ise ilk çalışma olması nedeniyle alanyazına önemli bir katkı sağlamaktadır.

Bu çalışmanın hipotezi psikolojik dayanıklılık arttıkça cinsel sorunların azalacağı ve cinsel doyumun artacağı idi. PKOS tanılı kadınların ve sağlıklı kontrollerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve cinsel yaşantıları değerlendirildi. YİPD toplam puanları ile hem GRCDÖ hem de ACYÖ toplam puanları arasında anlamlı ilişki olduğu gösterildi. PKOS tanılı kadınların psikolojik dayanıklılıkları ile cinsel yaşantıları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde psikolojik dayanıklılık arttıkça cinsel sorunların azaldığı, cinsel doyumun arttığı görüldü. Ölçeklerin alt boyutları değerlendirildiğinde ise; PKOS tanılı kadınlarda YİPD gelecek algısı ile GRDC toplam puan, iletişim, doyum, kaçınma ve ACYÖ toplam puan, istek, ıslanma, orgazm tatmini alt ölçek puanları arasında negatif yönlü ilişki özellikle dikkat çekti. Sağlıklı kontrol grubunda da YİPD gelecek algısı ile GRCDÖ alt ölçek ve toplam puanları arasındaki ilişkinin devam ettiği görüldü. Gelecek algısı; bireyin geleceğe yönelik bakış açısını ifade etmekle birlikte, geleceği planlama kabiliyeti, geleceğin gerçekçi algısı, geleceğe iyimser bakmak ve hedef odaklı olmak ile ilişkili özelliklerdir. Buna göre geleceğe iyimser bakabilen, geleceğini planlama kabiliyeti olan kadınların cinsel doyumlarının daha iyi olacağı söylenebilir.

Psikolojik dayanıklılık ruhsal bozukluklar ve kronik hastalıkların prognozu açısından önemli olup bireylerin yaşamlarında olumlu değişikliklere neden olabilmektedir [17-19, 173]. Kronik hastalıklar ve ruhsal sorunların tedavisi uzun süreli takip ve yaşam tarzı değişikliği gerektirebilmektedir [249]. Psikolojik dayanıklılık stresle başa çıkma, duygusal denge ve problem zme becerilerini destekleme, olumlu bakış açısı değiştirme, uyum yeteneğini arttırma ve destek kaynaklarını kullanma gibi bilişsel alanlara etki ederek bireylerin iyilik haline katkı sağlamaktadır [15]. Yaşam boyu değişebilen ve değiştirilebilen bir özelliktir [148]. Cinselliğin de ruhsallık ve bütünsel iyi olma haliyle yakından ilişkili olduğu göz önüne alındığında psikolojik dayanıklılığı destekleyecek müdahalelerde bulunmanın hem cinsel sorunları azaltmada hem de cinsel doyumunu arttırmada etkili olabileceği düşünülmektedir [250].

PKOS tanılı kadınlarda GRCDÖ ve ACYÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı. Cinsel doyum ve yaşantıların değerlendirildiği iki ölçeğin tutarlı sonuçlar göstermesi bu çalışmanın güvenilirliğini destekleyen bir faktördür.

Bu araştırmada son olarak PKOS tanılı kadınlarda cinselliğe etki eden faktörleri tanımlamak için oluşturulan regresyon modelinde psikolojik dayanıklılığın cinsel doyumun yordayıcılarından olduğu saptandı. Psikolojik dayanıklılık arttıkça cinsel sorunlar azalmakta, cinsel doyum artmaktadır. Psikolojik dayanıklılığın geliştirilmesi ve desteklenmesinin diğer ruhsal hastalıklarda olduğu gibi cinsel sorunların gelişimi ve müdahalesinde önemli bir etki yaratabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte doyumlu cinsel yaşamın da psikolojik dayanıklılık düzeyini arttırmış olabileceği düşünülmektedir. Buna bağlı olarak cinsel yaşantıları iyi olan bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının iyi olabileceği öngörülebilir. Psikolojik dayanıklılık ve cinsellik arasındaki ilişkiyi araştıran sınırlı sayıda çalışma olup bu alana ilişkin daha fazla çalışmaya ve veriye ihtiyaç bulunmaktadır.

Cinsel uyarılmanın nasıl başladığı ve sürdüğü herkes için sabit, doğrusal bir model ile açıklanamayacak kadar karmaşık bir süreçtir. Cinsel yaşantıları değerlendirirken istek, uyarılma, orgazm ve çözülme evrelerini içeren cinsel yanıt döngüsü modeli klinisyene yol gösterici olabilmektedir. Cinsel yanıt evreleriyle ilgili anlayış; birbirini izleyen evrelerden oluşan doğrusal bir modelden farklı olarak cinsel yanıtların birbirlerini etkileyebildiği, dış ve iç etkenlerin rol oynayabildiği döngüsel bir modele taşınmıştır. Cinsel yanıt döngüsünün bir evresindeki sorun döngünün diğer bir kısmını da olumsuz etkileyebilmektedir [10]. Örneğin cinsel istek evresindeki herhangi bir problem uyarılmayı, uyarılma ile ilgili bir sorun isteği olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu çalışmada, döngüsel modelin varlığını destekleyecek şekilde uygulanan ölçeklerde herhangi bir alt boyuttaki sorunun diğer alt boyutlardaki sorunlarla birliktelik gösterdiği saptandı. Ölçeklerin alt boyutlarında pozitif yönde korelasyonlar saptanması, cinsel sorunların cinsel yanıtın tek bir evresi ile sınırlı olmadığı ve tüm boyutları olumsuz etkilediğini göstermesi açısından önemlidir.

Bu çalışmada çeşitli kısıtlılıkları bulunmaktadır. Türkiye toplumunun çoğunda cinsellik hakkında konuşmak tabu niteliği taşımaktadır [251, 252]. Bu nedenle cinsellik ile ilgili sorulara verilen yanıtların güvenilirliği olumsuz etkilenmiş olabilir. Çalışmanın kesitsel olması psikolojik dayanıklılık ile cinsellik arasındaki bağlantıyı analiz etmeyi kısıtlamaktadır. Çalışmaya dahil edilen PKOS tanılı kadınların, kadın doğum polikliniğine başvuran kişilerden oluşması tüm evreni temsil etmediğini düşündürmektedir. İlaç kullanan hastaların dışlanmış olmasının daha ağır kliniğe sahip bireylerin çalışma dışında kalmasına neden olduğunu düşündürmektedir. PKOS tanılı kadın grubunun çoğunlukla yeni tanı almış bireylerden oluşması, bedensel değişiklikler ve hastalık yükünün psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisinin analiz edilmesini kısıtlamış olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada cinselliği değerlendiren ölçeklerden birisinin sadece heteroseksüel ve partneri olan bireylere uygun olması nedeniyle örneklem bu kriterlere uygun olarak seçildi. Heteroseksüel olmayan ve partneri olmayan bireyler çalışmaya dahil edilemedi. PKOS tanılı kadınlardan rutinde istenen kan sonuçları ile sağlıklı kontrollerden kan alınmaması nedeniyle karşılaştırma yapılamadı. Bu durum cinselliği etkilene olasıları olan biyolojik etkenlerin değerlendirilebilmesini kısıtladı.

Bu çalışmanın güçlü yanları değerlendirildiğinde, yaş ve eğitim gibi cinsel yaşamı ve psikolojik dayanıklılığı etkileyebilecek sosyodemografik özelliklerin kontrol grubu ile eşleştirilmesi, sonuçların bu alanlardaki farklardan etkilenmesini engellemektedir. Cinsel yaşamı etkileyebileceği düşünülen ilaç tedavileri, psikiyatrik hastalıklar, tıbbi hastalıklar ve gebeliğin dışlanması da karıştırıcı faktörleri azaltmaktadır.

6. SONUÇ

PKOS ve benzeri kronik hastalılar bireylerin yaşamlarında değişikliklere yol açıp ruhsal sorunlara neden olabilmektedir. Psikiyatristler bu anlamda risk faktörlerini belirleyerek ruhsal sağlığın korunması ve sürdürülmesi açısından tedavi ekibine dahil olmalıdır.

Bu çalışma kapsamında PKOS tanılı kadınlarda sosyodemografik değişkenler ile psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyum ilişkisi incelendi, sağlıklı kontrol

grubuyla psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyum karşılaştırıldı. PKOS tanılı kadınlarda ve sağlıklı kontrollerde psikolojik dayanıklılık ile cinsel doyum arasındaki ilişkiye bakıldı. PKOS tanılı kadınlarda cinsel doyumunu etkileyen etmenler değerlendirildi. Çalışmanın sonuçları şu şekilde sıralanabilir:

- 1) PKOS tanılı kadınların sosyodemografik değişkenleri içerisinde eğitim yılı ile ACYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu, eğitim yılı arttıkça cinsel sorunların azaldığı bulundu.
- 2) PKOS tanılı kadınların gelir düzeyleri ve psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişki incelendiğinde düşük gelir düzeyine sahip bireylerin orta ve yüksek gelir düzeyine sahip olanlara kıyasla psikolojik dayanıklılık düzeylerinin anlamlı oranda daha düşük olduğu saptandı.
- 3) PKOS tanılı kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyleri sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı oranda daha düşük saptandı. Aynı zamanda PKOS tanılı kadınların YİPDÖ kendilik algısı alt boyutundan aldıkları puan sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde düşük bulundu.
- 4) PKOS tanılı kadınların YİPDÖ toplam puanları ile akne, infertilite, androjenik alopesi, hirsutizm gibi PKOS ile ilişkili klinik özellikler arasında anlamlı bir ilişki görülmedi.
- 5) PKOS tanılı kadınların YİPDÖ, GRCDÖ ve ACYÖ toplam puanları ile VKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.
- 6) PKOS tanılı kadınların cinsel doyumları ile PKOS ile ilişkili klinik özellikler değerlendirildiğinde infertilite tanısı olanların cinsel doyum alanında daha çok sorun yaşadıkları, menstrüel düzensizliği olanların ise anorgazmi sorunlarının daha fazla olduğu bulundu.
- 7) PKOS tanılı kadınların cinsel yaşantılarında sağlıklı kontrollerden daha çok sorun yaşadıkları ve cinsel doyumlarının daha düşük olduğu saptandı.
- 8) PKOS tanılı kadınlar ile sağlıklı kontroller arasında cinsel yaşantılarında mastürbasyon olup olmaması ve mastürbasyon sıklığı açısından bir fark olmadığı bulundu.
- 9) PKOS tanılı kadınların ve sağlıklı kontrollerin psikolojik dayanıklılıkları arttıkça cinsel sorunlarının azaldığı saptandı. YİPDÖ toplam puanları ile

hem GRCDÖ hem de ACYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ilişki görüldü. YİPDÖ gelecek algısı alt boyutu ile cinsel doyum ve yaşantılar arasında anlamlı ilişki dikkat çekti.

Bu bulgular ışığında PKOS tedavisinin içerisinde ruh sağlığı çalışanlarının da yer aldığı multidisipliner yaklaşımla ele alınması ve bu kadınların takiplerinde cinsel yaşamın değerlendirilmesi, bu alana yönelik sorunların hastalar ile görüşülmesi ihtiyacı olduğu söylenebilir. Psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler göz önüne alınarak risk faktörlerinin azaltılması ve koruyucu faktörlerin artırılması yönünde müdahalelerin cinsel sorunların önlenmesinde ve tedavisinde önemli bir araç olabileceği öngörülmektedir. Bununla birlikte, bu çalışmada psikolojik dayanıklılığın önemli bir komponenti olan gelecek algısı ile cinsel doyumun ilişkisi dikkat çekti. Gelecek algısı bireyin geleceğe yönelik bakış açısını ifade etmekte olup geleceği planlama kabiliyeti ve geleceğe gerçekçi ve iyimser bakmak ile ilişkilidir. Bu doğrultuda PKOS ile çalışan klinisyenlerin hastalara hastalık süreci ile ilgili psikoeğitim vermesinin ve umutlu yaklaşımın cinsel doyumun desteklenmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu araştırma alanyazında PKOS tanılı kadınlarda cinsel doyumun psikolojik dayanıklılık ile ilişkisini değerlendiren ilk çalışma olması yönünden oldukça özgüdür. Psikolojik dayanıklılık pek çok faktörden etkilenebilmektedir. Bu noktadan yola çıkarak ayaktan tedavi gören hastalar üzerinde yapılacak, daha geniş çalışma popülasyonuna sahip, hastaların daha uzun süre takip edildiği, kontrol grubu içeren prospektif çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Azziz, R., et al., *Polycystic ovary syndrome*. Nature reviews Disease primers, 2016. **2**(1): p. 1-18.
2. ESHRE, T.R. and A.-S.P.C.W. Group, *Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome*. Fertility and sterility, 2004. **81**(1): p. 19-25.
3. Dunaif, A., et al., *Profound peripheral insulin resistance, independent of obesity, in polycystic ovary syndrome*. Diabetes, 1989. **38**(9): p. 1165-1174.
4. Krępała, K., et al., *Psychiatric disorders related to polycystic ovary syndrome*. Endokrynologia Polska, 2012. **63**(6): p. 488-491.
5. Annagür, B.B., et al., *Psychiatric comorbidity in women with polycystic ovary syndrome*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 2015. **41**(8): p. 1229-1233.
6. Setji, T.L. and A.J. Brown, *Polycystic ovary syndrome: update on diagnosis and treatment*. The American journal of medicine, 2014. **127**(10): p. 912-919.
7. Hollinrake, E., et al., *Increased risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome*. Fertility and sterility, 2007. **87**(6): p. 1369-1376.
8. Weiner, C.L., M. Primeau, and D.A. Ehrmann, *Androgens and mood dysfunction in women: comparison of women with polycystic ovarian syndrome to healthy controls*. Psychosomatic medicine, 2004. **66**(3): p. 356-362.
9. Keegan, A., L.-M. Liao, and M. Boyle, *'Hirsutism': a psychological analysis*. Journal of Health Psychology, 2003. **8**(3): p. 327-345.
10. Civan Kahve A, B.K., *Kanser ve cinsellik*. , in *Kanser rehabilitasyonu*, P.D.F. Ayhan., Editor. p. 391-398.
11. Bridges, S.K., S.H. Lease, and C.R. Ellison, *Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training*. Journal of Counseling & Development, 2004. **82**(2): p. 158-166.
12. Pastoor, H., et al., *Sexual function in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis*. Reproductive biomedicine online, 2018. **37**(6): p. 750-760.
13. Piontek, A., et al., *Sexual problems in the patients with psychiatric disorders*. Wiadomości Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960), 2019. **72**(10): p. 1984-1988.
14. IsHak, W.W., *The textbook of clinical sexual medicine*. 2017, Springer.
15. Babić, R., et al., *Resilience in health and illness*. Psychiatria Danubina, 2020. **32**(suppl. 2): p. 226-232.
16. Friberg, O., et al., *Resilience in relation to personality and intelligence*. International journal of methods in psychiatric research, 2005. **14**(1): p. 29-42.
17. Çapar, A. and D. Çuhadar, *Correlation between psychological resilience and suicide probability in patients with psychiatric disorder*. Perspectives in psychiatric care, 2022. **58**(4).

18. Ran, L., et al., *Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic*. Social science & medicine, 2020. **262**: p. 113261.
19. Streb, M., P. Haller, and T. Michael, *PTSD in paramedics: resilience and sense of coherence*. Behavioural and cognitive psychotherapy, 2014. **42**(4): p. 452-463.
20. Solano, J.P.C., et al., *Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients*. BMC palliative care, 2016. **15**(1): p. 1-8.
21. Escobar-Morreale, H.F., *Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment*. Nature Reviews Endocrinology, 2018. **14**(5): p. 270-284.
22. Azziz, R., D.A. Dumesic, and M.O. Goodarzi, *Polycystic ovary syndrome: an ancient disorder?* Fertility and sterility, 2011. **95**(5): p. 1544-1548.
23. Vallisneri, A., 1721. Cited in Insler V, Lunesfeld B. *Polycystic ovarian disease: A challenge and controversy*. Gynecol Endocrinol, 1990. **4**: p. 51-69.
24. von Rokitansky, K.F., *A manual of pathological anatomy*. Vol. 3. 1855: Blanchard & Lea.
25. Szydlarska, D., M. Machaj, and A. Jakimiuk, *History of discovery of polycystic ovary syndrome*. Advances in Clinical & Experimental Medicine, 2017. **26**(3).
26. Stein, I.F. and M.L. Leventhal, *Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries*. American journal of obstetrics and gynecology, 1935. **29**(2): p. 181-191.
27. Homburg, R., *Polycystic ovary syndrome—from gynaecological curiosity to multisystem endocrinopathy*. Human Reproduction, 1996. **11**(1): p. 29-39.
28. Organization, W.H., *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Vol. 1. 1992: World Health Organization.
29. Zawadri, J., *Diagnostic criteria for polycystic ovary syndrome: towards a rational approach*. Polycystic ovary syndrome. Current issues in endocrinology and metabolism, 1992.
30. Azziz, R., et al., *The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report*. Fertility and sterility, 2009. **91**(2): p. 456-488.
31. Lizneva, D., et al., *Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome*. Fertility and sterility, 2016. **106**(1): p. 6-15.
32. Burgers, J.A., et al., *Oligoovulatory and anovulatory cycles in women with polycystic ovary syndrome (PCOS): what's the difference?* The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2010. **95**(12): p. E485-E489.
33. Boyle, J.A., et al., *Prevalence of polycystic ovary syndrome in a sample of Indigenous women in Darwin, Australia*. Medical journal of Australia, 2012. **196**(1): p. 62-66.
34. Ma, Y.-m., et al., *Characteristics of abnormal menstrual cycle and polycystic ovary syndrome in community and hospital populations*. Chinese medical journal, 2010. **123**(16): p. 2185-2189.
35. Deswal, R., et al., *The prevalence of polycystic ovary syndrome: a brief systematic review*. Journal of human reproductive sciences, 2020. **13**(4): p. 261.
36. Bozdag, G., et al., *The prevalence and phenotypic features of polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis*. Human reproduction, 2016. **31**(12): p. 2841-2855.

37. Chen, X., et al., *Prevalence of polycystic ovary syndrome in unselected women from southern China*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2008. **139**(1): p. 59-64.
38. Yildiz, B.O., et al., *Prevalence, phenotype and cardiometabolic risk of polycystic ovary syndrome under different diagnostic criteria*. Human reproduction, 2012. **27**(10): p. 3067-3073.
39. Goodarzi, M.O., et al., *Polycystic ovary syndrome: etiology, pathogenesis and diagnosis*. Nature reviews endocrinology, 2011. **7**(4): p. 219-231.
40. Legro, R.S., et al., *Evidence for a genetic basis for hyperandrogenemia in polycystic ovary syndrome*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 1998. **95**(25): p. 14956-14960.
41. Franks, S., et al., *Ovarian morphology is a marker of heritable biochemical traits in sisters with polycystic ovaries*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2008. **93**(9): p. 3396-3402.
42. Yildiz, B.O., et al., *Heritability of dehydroepiandrosterone sulfate in women with polycystic ovary syndrome and their sisters*. Fertility and sterility, 2006. **86**(6): p. 1688-1693.
43. Dumesic, D.A., et al., *Scientific statement on the diagnostic criteria, epidemiology, pathophysiology, and molecular genetics of polycystic ovary syndrome*. Endocrine reviews, 2015. **36**(5): p. 487-525.
44. Walters, K.A., C.M. Allan, and D.J. Handelsman, *Rodent models for human polycystic ovary syndrome*. Biology of reproduction, 2012. **86**(5): p. 149, 1-12.
45. Abbott, D., et al., *Androgen excess fetal programming of female reproduction: a developmental aetiology for polycystic ovary syndrome?* Human reproduction update, 2005. **11**(4): p. 357-374.
46. Sun, M., et al., *Maternal androgen excess reduces placental and fetal weights, increases placental steroidogenesis, and leads to long-term health effects in their female offspring*. American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism, 2012. **303**(11): p. E1373-E1385.
47. Barnes, R.B., et al., *Ovarian hyperandrogenism as a result of congenital adrenal virilizing disorders: evidence for perinatal masculinization of neuroendocrine function in women*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 1994. **79**(5): p. 1328-1333.
48. Hickey, M., et al., *The relationship between maternal and umbilical cord androgen levels and polycystic ovary syndrome in adolescence: a prospective cohort study*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2009. **94**(10): p. 3714-3720.
49. Ibáñez, L., et al., *Premature adrenarche—normal variant or forerunner of adult disease?* Endocrine reviews, 2000. **21**(6): p. 671-696.
50. Ogden, C.L., et al., *Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012*. Jama, 2014. **311**(8): p. 806-814.
51. Nestler, J.E., et al., *Insulin stimulates testosterone biosynthesis by human thecal cells from women with polycystic ovary syndrome by activating its own receptor and using inositolglycan mediators as the signal transduction system*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 1998. **83**(6): p. 2001-2005.
52. Franks, S., et al., *Insulin action in the normal and polycystic ovary*. Endocrinology and metabolism clinics of North America, 1999. **28**(2): p. 361-378.

53. Creanga, A.A., et al., *Use of metformin in polycystic ovary syndrome: a meta-analysis*. Obstetrics & Gynecology, 2008. **111**(4): p. 959-968.
54. Norman, R.J., et al., *The role of lifestyle modification in polycystic ovary syndrome*. Trends in Endocrinology & Metabolism, 2002. **13**(6): p. 251-257.
55. Coviello, A.D., R.S. Legro, and A. Dunaif, *Adolescent girls with polycystic ovary syndrome have an increased risk of the metabolic syndrome associated with increasing androgen levels independent of obesity and insulin resistance*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2006. **91**(2): p. 492-497.
56. WALDSTREICHER, J., et al., *Hyperfunction of the hypothalamic-pituitary axis in women with polycystic ovarian disease: indirect evidence for partial gonadotroph desensitization*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 1988. **66**(1): p. 165-172.
57. HAISENLEDER, D.J., et al., *A pulsatile gonadotropin-releasing hormone stimulus is required to increase transcription of the gonadotropin subunit genes: evidence for differential regulation of transcription by pulse frequency in vivo*. Endocrinology, 1991. **128**(1): p. 509-517.
58. Marshall, J.C. and C.A. Eagleson, *Neuroendocrine aspects of polycystic ovary syndrome*. Endocrinology and metabolism clinics of North America, 1999. **28**(2): p. 295-324.
59. Rebar, R., et al., *Characterization of the inappropriate gonadotropin secretion in polycystic ovary syndrome*. The Journal of clinical investigation, 1976. **57**(5): p. 1320-1329.
60. Burger, C., et al., *Pulsatile luteinizing hormone patterns in the follicular phase of the menstrual cycle, polycystic ovarian disease (PCOD) and non-PCOD secondary amenorrhea*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 1985. **61**(6): p. 1126-1132.
61. Berger, M.J., M.L. Taymor, and W.C. Patton, *Gonadotropin levels and secretory patterns in patients with typical and atypical polycystic ovarian disease*. Fertility and Sterility, 1975. **26**(7): p. 619-626.
62. Guzick, D.S., *Cardiovascular risk in PCOS*. 2004, Oxford University Press. p. 3694-3695.
63. CHANG, R.J., et al., *Insulin resistance in nonobese patients with polycystic ovarian disease*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 1983. **57**(2): p. 356-359.
64. Homburg, R. and R. Homburg, *Physiology of Ovulation*. Ovulation Induction and Controlled Ovarian Stimulation: A Practical Guide, 2014: p. 7-23.
65. Franks, S., J. Stark, and K. Hardy, *Follicle dynamics and anovulation in polycystic ovary syndrome*. Human reproduction update, 2008. **14**(4): p. 367-378.
66. Gilling-Smith, C., et al., *Evidence for a primary abnormality of thecal cell steroidogenesis in the polycystic ovary syndrome*. Clinical endocrinology, 1997. **47**(1): p. 93-99.
67. Nelson, V.L., et al., *Augmented androgen production is a stable steroidogenic phenotype of propagated theca cells from polycystic ovaries*. Molecular endocrinology, 1999. **13**(6): p. 946-957.
68. Legro, R.S., et al., *Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2013. **98**(12): p. 4565-4592.
69. Martin, K.A., et al., *Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: an endocrine society clinical practice guideline*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2008. **93**(4): p. 1105-1120.

70. Ferriman, D. and J. Gallwey, *Clinical assessment of body hair growth in women*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 1961. **21**(11): p. 1440-1447.
71. Quinn, M., et al., *Prevalence of androgenic alopecia in patients with polycystic ovary syndrome and characterization of associated clinical and biochemical features*. Fertility and sterility, 2014. **101**(4): p. 1129-1134.
72. Maluki, A.H., *The frequency of polycystic ovary syndrome in females with resistant acne vulgaris*. Journal of cosmetic dermatology, 2010. **9**(2): p. 142-148.
73. Ramezani Tehrani, F., et al., *Prevalence of acne vulgaris among women with polycystic ovary syndrome: a systemic review and meta-analysis*. Gynecological Endocrinology, 2021. **37**(5): p. 392-405.
74. Fairley, D.H. and A. Taylor, *Anovulation*. Bmj, 2003. **327**(7414): p. 546-549.
75. Qiao, J. and H.L. Feng, *Extra-and intra-ovarian factors in polycystic ovary syndrome: impact on oocyte maturation and embryo developmental competence*. Human reproduction update, 2011. **17**(1): p. 17-33.
76. Neubronner, S.A., et al., *Effect of body mass index (BMI) on phenotypic features of polycystic ovary syndrome (PCOS) in Singapore women: a prospective cross-sectional study*. BMC Women's Health, 2021. **21**(1): p. 1-12.
77. Brown, A.J., et al., *Effects of exercise on lipoprotein particles in women with polycystic ovary syndrome*. Medicine and science in sports and exercise, 2009. **41**(3): p. 497.
78. Higgins, S.P., M. Freemark, and N.S. Prose, *Acanthosis nigricans: a practical approach to evaluation and management*. Dermatology online journal, 2008. **14**(9).
79. Lee, A.T. and L.T. Zane, *Dermatologic manifestations of polycystic ovary syndrome*. American journal of clinical dermatology, 2007. **8**: p. 201-219.
80. Rager, K.M. and H.A. Omar, *Androgen excess disorders in women: the severe insulin-resistant hyperandrogenic syndrome, HAIR-AN*. The Scientific World Journal, 2006. **6**: p. 116-121.
81. Teede, H., et al., *Anti-Müllerian hormone in PCOS: a review informing international guidelines*. Trends in Endocrinology & Metabolism, 2019. **30**(7): p. 467-478.
82. Coffey, S., G. Bano, and H.D. Mason, *Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a comparison with the general population using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36)*. Gynecological endocrinology, 2006. **22**(2): p. 80-86.
83. Månsson, M., et al., *Women with polycystic ovary syndrome are often depressed or anxious—a case control study*. Psychoneuroendocrinology, 2008. **33**(8): p. 1132-1138.
84. Benson, S., et al., *Disturbed stress responses in women with polycystic ovary syndrome*. Psychoneuroendocrinology, 2009. **34**(5): p. 727-735.
85. Klipstein, K.G. and J.F. Goldberg, *Screening for bipolar disorder in women with polycystic ovary syndrome: a pilot study*. Journal of affective disorders, 2006. **91**(2-3): p. 205-209.
86. Freeman, M. and A. Gelenberg, *Bipolar disorder in women: reproductive events and treatment considerations*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2005. **112**(2): p. 88-96.
87. Rohr, U.D., *The impact of testosterone imbalance on depression and women's health*. Maturitas, 2002. **41**: p. 25-46.

88. Demiryürek, E.Ö., et al., *Correlations between impulsiveness and biochemical parameters in women with polycystic ovary syndrome*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2016. **207**: p. 5-10.
89. Health, W.H.O.R., *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 2010: World Health Organization.
90. Benjamin James Sadock, M.D., Virginia Sadock, M.D, Pedro Ruiz, MD, *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
91. Freud, S., *Three essays on the theory of sexuality: The 1905 edition*. 2017: Verso Books.
92. Quinodoz, J.-M., *Reading Freud: A chronological exploration of Freud's writings*. Vol. 1. 2005: Taylor & Francis.
93. O'Donohue, W. and J.J. Plaud, *The conditioning of human sexual arousal*. Archives of sexual behavior, 1994. **23**: p. 321-344.
94. Nobre, P.J. and J. Pinto-Gouveia, *Cognitive schemas associated with negative sexual events: A comparison of men and women with and without sexual dysfunction*. Archives of Sexual Behavior, 2009. **38**: p. 842-851.
95. Kaplan, H.S., *New sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. 2013: Routledge.
96. Althof, S.E., et al., *Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction*. The journal of sexual medicine, 2005. **2**(6): p. 793-800.
97. Edwards, W.M. and E. Coleman, *Defining sexual health: a descriptive overview*. Archives of sexual Behavior, 2004. **33**: p. 189-195.
98. Masters, W.H. and V.E. Johnson, *Human sexual response*. 1966.
99. Nedir, C., *Cinsel işlev bozuklukları*. 2008.
100. İncesu, C., *Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları*. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2004. **7**(Suppl 3): p. 3-13.
101. American Psychiatric Association, D. and A.P. Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Vol. 5. 2013: American psychiatric association Washington, DC.
102. del Mar Sánchez-Fuentes, M., P. Santos-Iglesias, and J.C. Sierra, *A systematic review of sexual satisfaction*. International journal of clinical and health psychology, 2014. **14**(1): p. 67-75.
103. Velten, J. and J. Margraf, *Satisfaction guaranteed? How individual, partner, and relationship factors impact sexual satisfaction within partnerships*. PloS one, 2017. **12**(2): p. e0172855.
104. Derneği, C.E.T.v.A., *Cinsel Yaşam ve Sorunları*.
105. Zumaya, S.K.B., Eusebio Rubio, Mario, *A constructivist approach to sex therapy with couples*. Journal of Constructivist Psychology, 1999. **12**(3): p. 185-201.
106. Hurlbert, D.F., C. Apt, and S.M. Rabehl, *Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in nondistressed marriages*. Journal of sex & marital therapy, 1993. **19**(2): p. 154-165.

107. Henderson, A.W., K. Lehavot, and J.M. Simoni, *Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women*. Archives of sexual behavior, 2009. **38**: p. 50-65.
108. Karagöz, M., *Toplumsal cinsiyet rolleri ile cinsel doyum ve özgüven arasındaki ilişkinin incelenmesi*. 2021, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
109. Baldwin, D.S., *Depression and sexual dysfunction*. British medical bulletin, 2001. **57**(1): p. 81-99.
110. Waldinger, M.D., *Psychiatric disorders and sexual dysfunction*. Handbook of clinical neurology, 2015. **130**: p. 469-489.
111. McCabe, M., et al., *Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction*. The journal of sexual medicine, 2010. **7**(1_Part_2): p. 327-336.
112. Sungur, M.Z., *Cultural factors in sex therapy: the Turkish experience*. Sexual and Marital Therapy, 1999. **14**(2): p. 165-171.
113. Nappi, R.E. and M. Lachowsky, *Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life*. Maturitas, 2009. **63**(2): p. 138-141.
114. Dennerstein, L., J.L. Alexander, and K. Kotz, *The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies*. Annual Review of Sex Research, 2003. **14**(1): p. 64-82.
115. Woloski-Wruble, A.C., et al., *Sexual activities, sexual and life satisfaction, and successful aging in women*. The journal of sexual medicine, 2010. **7**(7): p. 2401-2410.
116. Walsh, K.E. and J.R. Berman, *Sexual dysfunction in the older woman: an overview of the current understanding and management*. Drugs & aging, 2004. **21**: p. 655-675.
117. Matthias, R.E., et al., *Sexual activity and satisfaction among very old adults: results from a community-dwelling Medicare population survey*. The Gerontologist, 1997. **37**(1): p. 6-14.
118. Shulman, J.L. and S.G. Horne, *The use of self-pleasure: Masturbation and body image among African American and European American women*. Psychology of Women Quarterly, 2003. **27**(3): p. 262-269.
119. Andersen, B.L. and J. LeGrand, *Body image for women: Conceptualization, assessment, and a test of its importance to sexual dysfunction and medical illness*. Journal of Sex Research, 1991. **28**(3): p. 457-478.
120. Faith, M.S. and M.L. Schare, *The role of body image in sexually avoidant behavior*. Archives of sexual behavior, 1993. **22**: p. 345-356.
121. Jagstaidt, V., A. Golay, and W. Pasini, *Relationships between sexuality and obesity in male patients*. New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry, 1997.
122. Blank, S.K., et al., *Modulation of gonadotropin-releasing hormone pulse generator sensitivity to progesterone inhibition in hyperandrogenic adolescent girls—implications for regulation of pubertal maturation*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2009. **94**(7): p. 2360-2366.
123. Shifren, J.L. *The role of androgens in female sexual dysfunction*. in *Mayo Clinic Proceedings*. 2004. Elsevier.

124. Worsley, R., et al., *Hormones and female sexual dysfunction: beyond estrogens and androgens—findings from the fourth international consultation on sexual medicine*. The journal of sexual medicine, 2016. **13**(3): p. 283-290.
125. Loh, H.H., et al., *Sexual dysfunction in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis*. Hormones, 2020. **19**: p. 413-423.
126. Pastor, C.L., et al., *Polycystic ovary syndrome: evidence for reduced sensitivity of the gonadotropin-releasing hormone pulse generator to inhibition by estradiol and progesterone*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 1998. **83**(2): p. 582-590.
127. Bazarganipour, F., et al., *Body image satisfaction and self-esteem status among the patients with polycystic ovary syndrome*. Iranian journal of reproductive medicine, 2013. **11**(10): p. 829.
128. Esposito, K., et al., *Association of body weight with sexual function in women*. International journal of impotence research, 2007. **19**(4): p. 353-357.
129. Elsenbruch, S., et al., *Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2003. **88**(12): p. 5801-5807.
130. Starc, A., et al., *Infertility and sexual dysfunctions: a systematic literature review*. Acta Clinica Croatica, 2019. **58**(3.): p. 508-515.
131. Wischmann, T.H., *COUPLES'SEXUAL DYSFUNCTIONS: Sexual Disorders in Infertile Couples*. The journal of sexual medicine, 2010. **7**(5): p. 1868-1876.
132. Hashemi, S., et al., *Association of PCOS and its clinical signs with sexual function among Iranian women affected by PCOS*. The journal of sexual medicine, 2014. **11**(10): p. 2508-2514.
133. Ochner, C.N., J.A. Gray, and K. Brickner, *The development and initial validation of a new measure of male body dissatisfaction*. Eating behaviors, 2009. **10**(4): p. 197-201.
134. Barnard, L., et al., *Quality of life and psychological well being in polycystic ovary syndrome*. Human reproduction, 2007. **22**(8): p. 2279-2286.
135. Ercan, C., et al., *Sexual dysfunction assessment and hormonal correlations in patients with polycystic ovary syndrome*. International journal of impotence research, 2013. **25**(4): p. 127-132.
136. Moller, A., *Infertility and sexuality-An overview of the literature and clinical practice*. SCANDINAVIAN JOURNAL SEXOLOGY, 2001. **4**(2): p. 75-88.
137. Cousineau, T.M. and A.D. Domar, *Psychological impact of infertility*. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology, 2007. **21**(2): p. 293-308.
138. Ungar, M., *Practitioner review: diagnosing childhood resilience—a systemic approach to the diagnosis of adaptation in adverse social and physical ecologies*. Journal of child psychology and psychiatry, 2015. **56**(1): p. 4-17.
139. Sisto, A., et al., *Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review*. Medicina, 2019. **55**(11): p. 745.
140. Garmezy, N., *Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children*. American journal of Orthopsychiatry, 1987. **57**(2): p. 159-174.

141. Werner, E.E. and R.S. Smith, *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. 2019: Cornell University Press.
142. Garmezy, N., *Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty*. *American Behavioural Scientist*, 34 (4), 416-430. Doi: 10.1177/0002764291034004003. 1991, Sage Publications, Inc.
143. Thomassen, Å.G., et al., *The effect of hardiness on PTSD symptoms: A prospective mediational approach*. *Military Psychology*, 2018. **30**(2): p. 142-151.
144. Russell, J., *Resilience: Warren P. Fraleigh distinguished scholar lecture*. *Journal of the Philosophy of Sport*, 2015. **42**(2): p. 159-183.
145. Frankl, V.E., *Man's search for meaning*. 1985: Simon and Schuster.
146. Southwick, S.M. and D.S. Charney, *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. 2018: Cambridge University Press.
147. Cuhadar, D., et al., *Determination of the psychiatric symptoms and psychological resilience levels of hematopoietic stem cell transplant patients and their relatives*. *European journal of cancer care*, 2016. **25**(1): p. 112-121.
148. Vella, S.-L.C. and N.B. Pai, *A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades*. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 2019. **7**(2): p. 233-239.
149. Vanderbilt-Adriance, E., *Protective factors and the development of resilience among boys from low-income families*. 2006, University of Pittsburgh.
150. Garmezy, N., *Children in poverty: Resilience despite risk*. *Psychiatry*, 1993. **56**(1): p. 127-136.
151. Abu Bakar, A., et al., *Resiliency among secondary school students in Malaysia: assessment of the measurement model*. *International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 2010. **4**: p. 68.
152. Mahire Olcay, Ç., E.Ö. TURGUT, and A. Büyükbayram, *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde dayanıklılık ve yaratıcılık*. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2014. **5**(3): p. 160-163.
153. Werner, E., *How kids become resilient: Observations and cautions*. *Resiliency in Action*, 1996. **1**(1): p. 18-28.
154. Werner, E.E., *Protective factors and individual resilience*. *Handbook of early childhood intervention*, 2000. **2**: p. 115-132.
155. Afifi, T.O. and H.L. MacMillan, *Resilience following child maltreatment: A review of protective factors*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2011. **56**(5): p. 266-272.
156. Stewart, D., *Research brief: resilience and mental health outcomes*. London, ON: PreVAiL: Preventing Violence Across the Lifespan Research Network, 2010.
157. Luthar, S.S. and G. Cushing, *Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview*. *Resilience and development: Positive life adaptations*, 2002: p. 129-160.
158. Stewart, M., G. Reid, and C. Mangham, *Fostering children's resilience*. *Journal of pediatric nursing*, 1997. **12**(1): p. 21-31.

159. Civan Kahve, A., et al., *Evaluating the relationship between post traumatic stress disorder symptoms and psychological resilience in a sample of Turkoman refugees in Turkey*. Journal of Immigrant and Minority Health, 2021. **23**(3): p. 434-443.
160. Howard, S., J. Dryden, and B. Johnson, *Childhood resilience: Review and critique of literature*. Oxford review of education, 1999. **25**(3): p. 307-323.
161. Kukihara, H., et al., *Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/nuclear disaster survivors of Hiroshima, Fukushima, Japan*. Psychiatry and clinical neurosciences, 2014. **68**(7): p. 524-533.
162. Hansel, T., et al., *Postdisaster recovery and resilience: The mediating influences of mental health and environmental quality of life*. Traumatology, 2020. **26**(3): p. 278.
163. Hiyoshi, A., et al., *Stress resilience in adolescence and subsequent antidepressant and anxiolytic medication in middle aged men: Swedish cohort study*. Social Science & Medicine, 2015. **134**: p. 43-49.
164. Shaffer, K.M., et al., *Psychosocial resiliency is associated with lower emotional distress among dyads of patients and their informal caregivers in the neuroscience intensive care unit*. Journal of critical care, 2016. **36**: p. 154-159.
165. Izydorczyk, B., et al., *Resilience, sense of coherence, and coping with stress as predictors of psychological well-being in the course of schizophrenia. The study design*. International journal of environmental research and public health, 2019. **16**(7): p. 1266.
166. Bozikas, V.P., et al., *Resilience in patients with recent diagnosis of a schizophrenia spectrum disorder*. The Journal of nervous and mental disease, 2016. **204**(8): p. 578-584.
167. Rossi, A., et al., *The relationships of personal resources with symptom severity and psychosocial functioning in persons with schizophrenia: results from the Italian Network for Research on Psychoses study*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2017. **267**: p. 285-294.
168. Basson, R., *Sexual function of women with chronic illness and cancer*. Women's Health, 2010. **6**(3): p. 407-429.
169. Oliva, A., et al., *Resilience and sexual health among menopausal women: a cross-sectional study*. Menopause, 2022. **29**(4): p. 408-414.
170. Banerjee, D., et al., *Uncertainty, Sex and Sexuality during the Pandemic: Impact on Psychosocial Resilience*. Anxiety, Uncertainty, and Resilience During the Pandemic Period- Anthropological and Psychological Perspectives, 2021.
171. Catelan, R.F., et al., *Depression, self-esteem, and resilience and its relationship with psychological features of sexuality among transgender men and women from Brazil*. Archives of Sexual Behavior, 2022. **51**(4): p. 1993-2002.
172. Aspinwall, L.G. and R.G. Tedeschi, *The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health*. Annals of behavioral medicine, 2010. **39**(1): p. 4-15.
173. Cal, S.F., et al., *Resilience in chronic diseases: A systematic review*. Cogent Psychology, 2015. **2**(1): p. 1024928.
174. Vuitton, D., B. De Wazieres, and J. Dupond, *Psycho-immunologie: un modèle en question*. La Revue de médecine interne, 1999. **20**(10): p. 934-946.

175. Chida, Y. and A. Steptoe, *Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies*. Psychosomatic medicine, 2008. **70**(7): p. 741-756.
176. Howell, R.T., M.L. Kern, and S. Lyubomirsky, *Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes*. Health psychology review, 2007. **1**(1): p. 83-136.
177. DeNisco, S., *Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 2011. **23**(11): p. 602-610.
178. Cal, S.F. and M.B. Santiago, *Resilience in systemic lupus erythematosus*. Psychology, health & medicine, 2013. **18**(5): p. 558-563.
179. Girtler, N., et al., *Italian validation of the Wagnild and Young Resilience Scale: a perspective to rheumatic diseases*. Clinical & Experimental Rheumatology, 2010. **28**(5): p. 669.
180. Yanartas, O., et al., *The effects of psychiatric treatment on depression, anxiety, quality of life, and sexual dysfunction in patients with inflammatory bowel disease*. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2016. **12**: p. 673.
181. First, M.B., et al., *User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version*. 2016: American Psychiatric Publishing, Inc.
182. ELBİR, M., et al., *DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması*. Turk Psikiyatri Dergisi, 2019. **30**(1).
183. Zigmond, A.S. and R.P. Snaith, *The hospital anxiety and depression scale*. Acta psychiatrica scandinavica, 1983. **67**(6): p. 361-370.
184. Aydemir, O., *Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği*. Turk Psikiyatri Derg., 1997. **8**: p. 187-280.
185. Basım, H. and F. Çetin, *Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2011. **22**(2): p. 104-114.
186. Rust, J. and S. Golombok, *The Golombok-Rust inventory of sexual satisfaction (GRISS)*. British Journal of Clinical Psychology, 1985. **24**(1): p. 63-64.
187. Tuğrul, C., N. Öztan, and E. Kabakçı, *Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması*. Türk Psikiyatri Dergisi, 1993. **4**(2): p. 83-88.
188. A. McGahuey, A.J.G., Cindi A. Laukes, Francisco A. Moreno, Pedro L. Delgado, Kathy M. McKnight, Rachel Manber, Cynthia, *The Arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity*. Journal of Sex & Marital Therapy, 2000. **26**(1): p. 25-40.
189. Soykan, A., *The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis*. International Journal of Impotence Research, 2004. **16**(6): p. 531-534.
190. Ungar, M. and L. Theron, *Resilience and mental health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes*. The Lancet Psychiatry, 2020. **7**(5): p. 441-448.
191. Klineova, S., et al., *Psychological resilience is linked to motor strength and gait endurance in early multiple sclerosis*. Multiple Sclerosis Journal, 2020. **26**(9): p. 1111-1120.

192. Staudinger, U.M., et al., *Self, personality, and life regulation: Facets of psychological resilience in old age*. 1999.
193. Mlinac, M.E. and A. Schwabenbauer, *Psychological resilience*. Resilience in aging: Concepts, research, and outcomes, 2018: p. 81-104.
194. Gooding, P.A., et al., *Psychological resilience in young and older adults*. International journal of geriatric psychiatry, 2012. **27**(3): p. 262-270.
195. Li, M., et al., *The analysis of the resilience of adults one year after the 2008 Wenchuan earthquake*. Journal of Community Psychology, 2012. **40**(7): p. 860-870.
196. Bonanno, G.A., et al., *What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress*. Journal of consulting and clinical psychology, 2007. **75**(5): p. 671.
197. Frankenberg, E., et al., *Education, vulnerability, and resilience after a natural disaster*. Ecology and society: a journal of integrative science for resilience and sustainability, 2013. **18**(2): p. 16.
198. Wade, J.B., et al., *The relationship between marital status and psychological resilience in chronic pain*. Pain research and treatment, 2013. **2013**.
199. Ni, C., et al., *Factors associated with resilience of adult survivors five years after the 2008 Sichuan earthquake in China*. PloS one, 2015. **10**(3): p. e0121033.
200. Gizir, C., *Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması*. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal, 2007. **3**(28): p. 113-128.
201. Güngörmüş, K., A. Okanlı, and T. Kocabeyoğlu, *Resilience and influencing factors of nursing students*. Journal of Psychiatric Nursing, 2015. **6**(1): p. 9-14.
202. Pinar, S.E., G. Yildirim, and N. Sayin, *Investigating the psychological resilience, self-confidence and problem-solving skills of midwife candidates*. Nurse education today, 2018. **64**: p. 144-149.
203. Buckner, J.C., E. Mezzacappa, and W.R. Beardslee, *Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes*. Development and psychopathology, 2003. **15**(1): p. 139-162.
204. Coşkun, Y.D., Ç. Garipağaoğlu, and Ü. Tosun, *Analysis of the relationship between the resiliency level and problem solving skills of university students*. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2014. **114**: p. 673-680.
205. Stepleman, L.M., D.E. Wright, and K.A. Bottonari, *Socioeconomic status: Risks and resilience*, in *Determinants of minority mental health and wellness*. 2008, Springer. p. 1-30.
206. Hayes, R. and L. Dennerstein, *The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: A review of population-based studies*. The journal of sexual medicine, 2005. **2**(3): p. 317-330.
207. Kontula, O. and E. Haavio-Mannila, *The impact of aging on human sexual activity and sexual desire*. Journal of sex research, 2009. **46**(1): p. 46-56.
208. DeLamater, J.D. and M. Sill, *Sexual desire in later life*. Journal of sex research, 2005. **42**(2): p. 138-149.
209. Sarrel, P.M., *Sexuality and menopause*. Obstetrics and gynecology, 1990. **75**(4 Suppl): p. 26S-30S; discussion 31S.

210. Kingsberg, S.A., *The psychological impact of aging on sexuality and relationships*. Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 2000. **9**(1, Supplement 1): p. 33-38.
211. Peixoto, M.M. and P. Nobre, *Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: a population-based study with women aged 18 to 79 years*. Journal of sex & marital therapy, 2015. **41**(2): p. 169-180.
212. Abdo, C.H.N., et al., *Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB)*. International Journal of Impotence Research, 2004. **16**(2): p. 160-166.
213. Shahhosseini, Z., et al., *A review of affecting factors on sexual satisfaction in women*. Materia socio-medica, 2014. **26**(6): p. 378.
214. Bakhshayesh, A. and M. MORTAZAVI, *The relationship between sexual satisfaction, general health and marital satisfaction in couples*. 2010.
215. Yoo, H., et al., *Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction*. Journal of sex & marital therapy, 2014. **40**(4): p. 275-293.
216. Coskun, B., et al., *Evaluation of sexual function in women with rheumatoid arthritis*. Urology journal, 2013. **10**(4).
217. Ahmadi, Z., A. Malekzadegan, and A. Hosseini, *Sexual satisfaction and its related factors in primigravidas*. Iran Journal of Nursing, 2011. **24**(71): p. 54-62.
218. Prado, D.S., V.P.L.P. Mota, and T.I.A. Lima, *Prevalence of sexual dysfunction in two women groups of different socioeconomic status*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2010. **32**: p. 139-143.
219. Parish, W.L., et al., *Sexual practices and sexual satisfaction: A population based study of Chinese urban adults*. Archives of sexual behavior, 2007. **36**: p. 5-20.
220. Arafat, I.S. and W.L. Cotton, *Masturbation practices of males and females*. Journal of Sex Research, 1974. **10**(4): p. 293-307.
221. Hurlbert, D.F. and K.E. Whittaker, *The role of masturbation in marital and sexual satisfaction: A comparative study of female masturbators and nonmasturbators*. Journal of Sex Education and Therapy, 1991. **17**(4): p. 272-282.
222. Rowland, D.L., et al., *Why and how women masturbate, and the relationship to orgasmic response*. Journal of Sex & Marital Therapy, 2020. **46**(4): p. 361-376.
223. Kılıç, D., H.L. Armstrong, and C.A. Graham, *The Role of Mutual Masturbation within Relationships: Associations with Sexual Satisfaction and Sexual Self-Esteem*. International Journal of Sexual Health, 2023: p. 1-20.
224. Wright, P.J., et al., *Pornography and sexual dissatisfaction: The role of pornographic arousal, upward pornographic comparisons, and preference for pornographic masturbation*. Human Communication Research, 2021. **47**(2): p. 192-214.
225. Gheshlagh, R.G., et al., *Resilience of patients with chronic physical diseases: A systematic review and meta-analysis*. Iranian Red Crescent Medical Journal, 2016. **18**(7).
226. Javed, F., M. Ahmad, and M.N. Iqbal, *Resilience and Emotional Regulation Predicting Marital Satisfaction in Females Diagnosed with Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS)*. Pak-Euro Journal of Medical and Life Sciences, 2022. **5**(2): p. 391-398.

227. Kitzinger, C. and J. Willmott, *'The thief of womanhood': women's experience of polycystic ovarian syndrome*. Social science & medicine, 2002. **54**(3): p. 349-361.
228. Himelein, M.J. and S.S. Thatcher, *Depression and body image among women with polycystic ovary syndrome*. Journal of health psychology, 2006. **11**(4): p. 613-625.
229. Lee, I. and A. Dokras, *Mental health and body image in polycystic ovary syndrome*. Current Opinion in Endocrine and Metabolic Research, 2020. **12**: p. 85-90.
230. Çoban, Ö.G., et al., *Psychiatric disorders, self-esteem, and quality of life in adolescents with polycystic ovary syndrome*. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 2019. **32**(6): p. 600-604.
231. Sari, S.A., N. Celik, and A.U. Cicek, *Body perception, self-esteem, and comorbid psychiatric disorders in adolescents diagnosed with polycystic ovary syndrome*. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 2020. **33**(6): p. 691-696.
232. Bernadett, M. and A. Szemán-N, *Prevalence of eating disorders among women with polycystic ovary syndrome*. Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudományos Folyoirata, 2016. **31**(2): p. 136-145.
233. Chedraui, P., et al., *Resilience and related factors during female Ecuadorian mid-life*. Maturitas, 2012. **72**(2): p. 152-156.
234. Pérez-López, F.R., et al., *Resilience, depressed mood, and menopausal symptoms in postmenopausal women*. Menopause, 2014. **21**(2): p. 159-164.
235. Monga, M., et al., *Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function*. Urology, 2004. **63**(1): p. 126-130.
236. Ying, L.Y., L.H. Wu, and A.Y. Loke, *Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review*. International journal of nursing studies, 2015. **52**(10): p. 1640-1652.
237. Tan, J., et al., *Increased risk of psychiatric disorders in women with polycystic ovary syndrome in Southwest China*. Chinese medical journal, 2017. **130**(03): p. 262-266.
238. Khan, N.H., et al., *Resilience among involuntarily childless couples and individuals undergoing infertility treatment: a systematic review*. Human Fertility, 2023: p. 1-22.
239. Brutocao, C., et al., *Psychiatric disorders in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis*. Endocrine, 2018. **62**: p. 318-325.
240. Thannickal, A., et al., *Eating, sleeping and sexual function disorders in women with polycystic ovary syndrome (PCOS): A systematic review and meta-analysis*. Clinical endocrinology, 2020. **92**(4): p. 338-349.
241. Zhao, S., et al., *Is polycystic ovary syndrome associated with risk of female sexual dysfunction? A systematic review and meta-analysis*. Reproductive biomedicine online, 2019. **38**(6): p. 979-989.
242. Månsson, M., et al., *Sexuality and psychological wellbeing in women with polycystic ovary syndrome compared with healthy controls*. European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology, 2011. **155**(2): p. 161-165.
243. Nasiri Amiri, F., et al., *Sexual function in women with polycystic ovary syndrome and their hormonal and clinical correlations*. International journal of impotence research, 2018. **30**(2): p. 54-61.

244. Zurayk, H., et al., *Women's health problems in the Arab World: a holistic policy perspective*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 1997. **58**(1): p. 13-21.
245. Cronin, L., et al., *Development of a health-related quality-of-life questionnaire (PCOSQ) for women with polycystic ovary syndrome (PCOS)*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 1998. **83**(6): p. 1976-1987.
246. Newton, C.R., W. Sherrard, and I. Glavac, *The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress*. Fertility and sterility, 1999. **72**(1): p. 54-62.
247. Takefman, J., et al., *Sexual and emotional adjustment of couples undergoing infertility investigation and the effectiveness of preparatory information*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 1990. **11**(4): p. 275-290.
248. Turan, V., et al., *Sexual dysfunction in infertile Turkish females: prevalence and risk factors*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2014. **182**: p. 128-131.
249. Novak, M., et al. *Approaches to self-management in chronic illness*. in *Seminars in dialysis*. 2013. Wiley Online Library.
250. Anderson, R., *Positive sexuality and its impact on overall well-being*. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 2013. **56**(2): p. 208-214.
251. Bal, M.D. and N.C. Sahiner, *Turkish nursing students' attitudes and beliefs regarding sexual health*. Sexuality and Disability, 2015. **33**: p. 223-231.
252. Ilkkaracan, P., *Exploring the context of women's sexuality in Eastern Turkey*. Reproductive Health Matters, 1998. **6**(12): p. 66-75.

8. EKLER

EK 1. SOSYODEMOGRAİK VERİ FORMU

OLGU RAPOR FORMU

PKOS TANILI KADINLARDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE CİNSEL DOYUM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Form No:	Formun doldurulduğu tarih:
<u>BÖLÜM I- SOSYODEMOGRAİK ÖZELLİKLER</u>	
1)Hastanın Adı-Soyadı:	7)Kimle yaşadığı (Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.):
2)Protokol Numarası:	-Yalnız
3)Yaş:	-Eş
4)Medeni durum:	-Çocuk/lar
-Bekar	-Aile
-Evli	-Diğer
-Dul	8)Mesleği
-Boşanmış	-Çalışıyor
5)Çocuk:	-Çalışmıyor
-Var	Çalışıyor ise belirtiniz:
-yok	9)Gelir düzeyi:
6)Eğitim durumu:	-Düşük (Geliri giderinden az)
-Okur yazar	-Orta (Geliri giderine denk)
-İlkokul mezunu	-Yüksek (Geliri giderinden çok)
-Ortaokul mezunu	
-Lise mezunu	10)Telefon:
-Ön lisans mezunu	
-Lisans mezunu	
-Yüksek lisans/Doktora mezunu	

<u>BÖLÜM II- ALIŞKANLIKLARINA YÖNELİK BİLGİLER</u>	<u>BÖLÜM III- SAĞLIK DURUMUNA İLİŞKİN BİLGİLER</u>
11)Sigara kullanımı: -Evet -Hayır Var ise kullanım miktarı ve süresi:	14)Boy: Kilo: BKİ:
12)Alkol kullanımı: -Evet -Hayır Var ise kullanım miktarı ve süresi:	15)Kronik Hastalık -Var -Yok
13)Madde kullanımı: -Evet -Hayır	16)Düzenli kullandığı ilaç - Var -Yok
	17)Bakılan kan parametreleri -LH -FSH -PRL -Östradiol -Total Testosteron -Insulin Direnci -Tiroid fonksiyon testi o TSH o T4 o T3

18)Akne -var -yok 19)İnfertilite -Var -Yok 20)Androjenik Alopesi -Var -Yok 21)Hirsutizm -Var -Yok 22)Akantosis Nigricans -Var -Yok 23)Adet Düzensizliği -Var -Yok	<u>BÖLÜM IV CİNSEL YAŞAM/PARTNER İLE İLGİLİ FAKTÖRLER</u> 24) Partneri ile ilişki Süresi 25) Cinsel İlişki Sıklığı -Haftada -Ayda 26) Mastürbasyon -var/sıklığı -Yok
---	---

BÖLÜM V- KULLANILAN TESTLER VE ÖLÇEKLER

27)HADS puanı

28)Golombok-Rust puanı

29)ASEX puanı

30)RSA puanı

EK 2. HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HADÖ)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

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.

- ☐ 0 Çoğu zaman ☐ 1 Zaman zaman, bazen
☐ 2 Birçok zaman ☐ 3 Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ 0 Aynı eskisi kadar ☐ 1 Yalnızca biraz eskisi kadar
☐ 2 Pek eskisi kadar değil ☐ 3 Hiçbir zaman

3. Sanki kötü bir şey olacağı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ 0 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
☐ 1 Evet, ama çok da şiddetli değil
☐ 2 Biraz, ama beni pek endişelendiriyor
☐ 3 Hayır, hiç de öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ 0 Her zaman olduğu kadar ☐ 1 Kesinlikle o kadar değil
☐ 2 Şimdi pek o kadar değil ☐ 3 Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ 0 Çoğu zaman ☐ 1 Zaman zaman, çok sık değil
☐ 2 Birçok zaman ☐ 3 Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ 0 Hiçbir zaman ☐ 1 Bazen
☐ 2 Sık değil ☐ 3 Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

- ☐ 0 Kesinlikle ☐ 1 Sık değil
☐ 2 Genellikle ☐ 3 Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ 0 Hemen hemen her zaman ☐ 1 Bazen
☐ 2 Çok sık ☐ 3 Hiçbir zaman

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

- ☐ 0 Hiçbir zaman ☐ 1 Oldukça sık
☐ 2 Bazen ☐ 3 Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ 0 Kesinlikle
☐ 1 Gerektiği kadar özen göstermiyorum
☐ 2 Pek o kadar özen göstermeyebilirim
☐ 3 Her zamanki kadar özen gösteriyorum

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

- ☐ 0 Gerçekten de çok fazla ☐ 1 Çok fazla değil
☐ 2 Oldukça fazla ☐ 3 Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ 0 Her zaman olduğu kadar
☐ 1 Her zamankinden biraz daha az
☐ 2 Her zamankinden kesinlikle daha az
☐ 3 Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ 0 Gerçekten de çok sık ☐ 1 Çok sık değil
☐ 2 Oldukça sık ☐ 3 Hiçbir zaman

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

- ☐ 0 Sıklıkla ☐ 1 Pek sık değil
☐ 2 Bazen ☐ 3 Çok seyrek

Mavi renkli kutu içinde şıkları olan sorular anksiyete, turuncu renkli altı çizgili şıkları olan sorular depresyon skorlarını verir. 0-7 puan: normal ||| 8-10puan: sınırda ||| 11ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon _____ Anksiyete _____

EK 3. YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ (YİPDÖ)

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	
Her zaman bir çözüm bulurum	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	
Başarılması zordur	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	
Diğer kişilerle birlikte	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	
Benimkinden farklıdır	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	
Hiç kimseyle tartışmam	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	
Çözemem	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	
Nasıl başaracağımı bilirim	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ...	
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	
Önemli değildir	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim	
Çok mutlu	Çok mutsuz
12. Beni ...	
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	
Olduğuna çok inanırım	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum	
Ümit verici	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	
Zamanımı planlama	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	
Kolayca yapabildiğim	Yapmakta zorlandığım

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği Devamı

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...											
Birbirinden bağımsız						Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş					
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...											
Zayıftır						Güçlüdür					
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...											
Çok fazla güvenmem						Tamamen güvenirim					
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...											
Belirsizdir						İyi düşünülmüştür					
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...											
Günlük yaşamımda yoktur						Günlük yaşamımı kolaylaştırır					
22. Yeni insanlarla tanışmak ...											
Benim için zordur						Benim iyi olduğum bir konudur					
23. Zor zamanlarda, ailem ...											
Geleceğe pozitif bakar						Geleceği umutsuz görür					
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...											
Bana hemen haber verilir						Bana söylenmesi bir hayli zaman alır					
25. Diğerleriyle beraberken											
Kolayca gülerim						Nadiren gülerim					
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:											
Birbirlerini desteklemez biçimde						Birbirlerine bağlı biçimde					
27. Destek alırım											
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden						Hiç kimseden					
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır											
Her şeyi umutsuzca gören bir						Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma					
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...											
Zordur						Kolaydır					
30. İhtiyacım olduğunda ...											
Bana yardım edebilecek kimse yoktur						Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır					
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...											
Başa çıkmaya çalışırım						Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır					
32. Ailemde şunu severiz ...											
İşleri bağımsız olarak yapmayı						İşleri hep beraber yapmayı					
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...											
Yeteneklerimi beğenirler						Yeteneklerimi beğenmezler					

EK 4. GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ (GRCDÖ)

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

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

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

EK 5. ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)
ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

KADIN FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Orgazminız tatmin edici midir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

EK 6. ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E.Kurul –E2-23-3181 No’lu çalışma

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği’nde planlanan; Doç. Dr. Derya Güliz MERT’in sorumlu araştırmacısı olduğu “Polikistik Over Sendromu Tanılı Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılık ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliği ile uygun görülmüştür.

18/01/2023

Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
2 Nolu Etik Kurul Başkanı

Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara İrtibat; 2nolu Etik Kurul: B.Özkan
K.Çetindağ
G.Uzun

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Polikistik Over Sendromu Tanılı Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılık ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul
	AÇIK ADRESİ:	Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 ÇANKAYA /ANKARA
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Derya Güliz MERT			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Kliniği			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
DESTEKLEYİCİ	-			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	Diğer ise belirtiniz: Anket Çalışma (Dr. Ayşegül BİÇER'in tezi)			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

2 Nolu Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT

İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Polikistik Over Sendromu Tanılı Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılık ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLE N BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
	Karar No: E2-23-3181	Tarih: 18/01/2023		
KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Polikistik Over Sendromu Tanılı Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılık ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Çalışma		Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. İlkan TATAR	Anatomi	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Dilek ŞAHİN	Kadın Hastalıkları ve Doğum /Perinatoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Ali Nahit ŞENDUR	Tıbbi Onkoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Bilgen BAŞGÜT	Farmakoloji	Başkent Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Özlem Yılmaz TAŞDELEN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Bedia DİNÇ	Tıbbi Mikrobiyoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (S.B.Ü.)	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK	Acil Tıp	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hayriye Gözde KANMAZ KUTMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Ayça Tuba DUMANLI ÖZCAN	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Dilek ÖZTAŞ	Halk Sağlığı	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Muhammet Kadri ÇOLAKOĞLU	Gastroenteroloji Cerrahisi	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Sağ. Mens. Olm. Üye. Mehmet Hilmi SEÇİLMİŞ	İktisat Maliye	Emekli	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Av. Mesut KELEKÇİBAŞI	Hukuk	Serbest Avukat	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Mühendis Merve ÖZYÜKSEL	Biyomedikal Mühendis	Türk Standartları Enstitüsü Direktifler Müdürlüğü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

2 Nolu Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT

EK 7. TEZ KONUSU ONAY FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.02.2023-215591



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--215591
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik
Kurulu Kararları

17.02.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu 09.02.2023 tarihinde saat 14:00'da Gülhane Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Doç.Dr.Özhan ÖZDEMİR başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online katılımı ile toplanmıştır. Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 87 (seksen yedi) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet ÖZLER
Dekan V.

Ek: Karar

Dağıtım:
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığına
Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı
Başkanlığına
Nükleer Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığına
Fizyoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSR5MRE82B* Pin Kodu : 66352

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618

Bilgi için: Levent YILDIRIM

S NO	ADI SOYADI	GÖREV YERİ	TEZ KONUSU	SONUÇ
1.	Dr.Kaan ÇAKIR	GTF Sualtı ve Tıp Hekimliği Hiperbarik AD.Bşk.lığı	Gölhane Eğitim Araştırma Hastanesi Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp AD.Bşk.lığına son iki yılda başvuran ve hiperbarik oksijen tedavisi verilen femur başı avasküler nekroz tanılı hastalarda hiperbarik oksijen tedavisinin etkinliği	Kabul edildi.
2.	Dr. Ömer Batuhan AKINCI	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM	Eretil disfonksiyon ve prematür ejakülasyon tanısı konulan hastaların eşlerinde/partnerlerinde kadın cinsel fonksiyon bozukluklarının değerlendirilmesi	Kabul edildi.
3.	Dr. Tuna Eren ESEN	Ankara Şehir SUAM	Yeni nesil dizileme ile kopya sayısı değişikliklerinin araştırılması	Kabul edildi.
4.	Dr.Ayşegül BİÇER	Ankara Şehir SUAM	Polikistik Over Sendromu Tanılı Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılık ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	Kabul edildi.
5.	Dr. Turçun İLERİ AKDOĞAN	Ankara Şehir SUAM	Depresyonda Bağlanmanın Duygu Tanıma ve Duygu Regülasyonu ile İlişkinin İncelenmesi	Kabul edildi.
6.	Dr. Zeynep Şeyda KADIOĞLU	Ankara Şehir SUAM	Laparoskopik kolesistektomilerde postperatif bulantı kusmayı önlemede yüksek intraoperatif Fio2 nin yeri	Kabul edildi.
7.	Dr. Miray KARAMEHMETOĞLU	Ankara Şehir SUAM	İnme Hastalarında Konvansiyonel Rehabilitasyon Yöntemleriyle Kombine Edilmiş Serebellar İntermittant Teta Burst Stimülasyonun Yürüme, Denge ve Hastalık Anksiyetesi Üzerine Etkisi	Kabul edildi.
8.	Dr.Eren ÇAMUR	Ankara Şehir SUAM	Medial menisküs arka kök yırtıkları ile proksimal tibial morfoloji ve diz osteoartritin ilişkilenilmesi	Kabul edildi.
9.	Dr.Sevdenur Özdüzgün POLAT	Ankara Şehir SUAM	Diffüz büyük B hücreli lenfomalarda mikrovasküler dansitenin prognostik önemi,mikrovasküler yapılarıdaki Bel-2 ekspresyonu vemaşt hücreleri ile ilişkisi	Kabul edildi.
10.	Dr.İlham GARANTİ	Ankara Şehir SUAM	Post - COVID Dönemde Epilepsi hastalarındaki nöbet sıklığı ve EEG değişiklikleri	Kabul edildi.
11.	Dr.Bensu KOÇYİĞİTOĞLU	Ankara Şehir SUAM	Çocukluk çağı epilepsilerinin epilepsi tipi, etyolojisi, epilepsi sendromları ve tedaviye yanıt açısından retrospektif incelenmesi	Kabul edildi.
12.	Dr. Fatma KORKMAZ	Ankara Şehir SUAM	Koksartrozlu hastalarda femoral ve obturator sinirlerin artiküler dallarına uygulanan pulse radyofrekans tedavisinin etkinliğinin araştırılması	Kabul edildi.
13.	Dr. Esra Nur AÇIL	Ankara Şehir SUAM	Diz Osteoartriti Hastalarda Sarkopenik Obezitenin Klinik ve Radyolojik Değerlendirilmesi ve Ağrı, Fonksiyon, Denge ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi	Kabul edildi.
14.	Dr.Büşra Nur ÇAKIR AĞCA	GTF Fiziksel Tıp ve Reh AD.Bşk.lığı	Semptomatik Nöromasi olan alt ekstremitelerde amputasyonlu bireylerde ultrason eşliğinde uygulanan radyofrekans ablasyon ile steroid enjeksiyonunun karşılaştırılması	Kabul edildi.
15.	Dr. Büşra KASIM	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM	Kranial metastatik hormon reseptörü pozitif her 2 negatif meme kanserli hastaların klinik patolojik özellikleri ve sağ kalıma etkileyen parametrelerin değerlendirilmesi	Kabul edildi.
16.	Dr Ahmet Saki OĞUZ	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Çocuklarda Helicobacter pylori enfeksiyonunda klasik üçlü tedavi ile bizmut tuzu ilave edilmiş dörtlü tedavinin erakadikasyon oranlarının karşılaştırılması	Kabul edildi.
17.	Dr. Burak Can CENGİZ	Ankara Şehir SUAM	Akromegali hastalarında oral mukoza hastalıkları, Dental Hijyen durumunun değerlendirilmesi	Kabul edildi.
18.	Dr. Mehmet İbrahim ÖZET	Ankara Şehir SUAM	Primer Hipertansiyon Hastalarında Subklinik Ateroskleroz Belirteci Olarak Serum Asprosin Düzeyi	Kabul edildi.

EK 8. HASTA GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

 TITCK-KAD-D2	Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Hasta Grubu) Polikistik Over Sendromu(PCOS) Tanılı Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılık ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	 Tarih/Versiyon Sayfa 05.05.2019 / Ver3.0 1/1
---	---	---

1. Çalışmamızın adı “Polikistik Over Sendromu(PCOS) Tanılı Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılık ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”dir ve bir araştırmadır.

2. Bu çalışma bir araştırma çalışmasıdır.

3.Psikolojik dayanıklılık bireyin stresli olayların üstesinden gelebilmesi, iyileşme ve güçlenme becerisidir. Psikolojik dayanıklılık diğer ruhsal durumlarda uzun süredir bir araştırma konusu iken cinsellik ile ilgili bilgilerimiz kısıtlıdır. Araştırmanın amacı, PCOS tanılı kadınlarda psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyum arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Katılımcılara ortalama 45 dk sürecek bir görüşme yapılacak ve depresyon, anksiyete, cinsel doyum/sorunlar, psikolojik dayanıklılıklarını değerlendirmek için dört ölçek doldurulması istenecektir.

4. Araştırmaya PCOS tanılı 40 kadın, 40 sağlıklı gönüllünün katılması planlanmaktadır. Siz bu araştırmaya PCOS tanısı almanız sebebiyle hasta grubu olarak dahil edileceksiniz.

5. Araştırma kapsamında size herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

6. Araştırmada size herhangi bir girişimsel işlem uygulanmayacaktır. Yalnızca hekim tarafından ortalama 45 dk sürecek bir görüşme yapılarak kendinizle ilgili bilgilerin sorgulandığı bir anket formu ve ölçekler doldurulacak; sonrasında araştırmaya katılımınız sonlandırılacaktır.

7.Bu araştırma sırasında maruz kalacağınız herhangi bir risk bulunmamaktadır.

8.Araştırmada gönüllülerin katılımı ile PCOS tanılı kadınların psikolojik dayanıklılıkları ile cinsel doyum/sorunları arasındaki ilişki değerlendirilecektir. Şu an sizin için hedeflenen spesifik bir tedavi/yarar bulunmamakla birlikte bu araştırmaya katılmanız PCOS tanılı kadınların tedavisinde yer alan klinisyenlere bu alanda yol gösterici olacaktır.

9.Araştırmaya katılımınız isteğe bağlıdır, istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

10. Çalışmanın izleyicileri ve yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilirler, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla siz veya yasal temsilciniz söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız.

11. İlgili mevzuat gereğince kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacaktır, kamuoyuna açıklanmayacaktır; araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi, kimliğiniz gizli kalacaktır.

12.Araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra kendinizle ilgili bilgilerin sorgulandığı bir anket formu ve ölçekler doldurulduktan sonra araştırmaya katılımınız bitecektir.

 TITCK-KAD-D2	Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Hasta Grubu) Polikistik Over Sendromu(PCOS) Tanılı Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılık ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	 Tarih/Versiyon Sayfa 05.05.2019 / Ver3.0 1/1
---	--	---

13.Bu araştırmaya katılım sağlayan gönüllüler araştırma ve kendi hakları veya araştırmanın sonuçları ile ilgili herhangi bir soruları/bilgi edinme istekleri olduğunda, aşağıda iletişim bilgileri mevcut araştırmacı ile (Dr. Ayşegül Biçer) irtibata geçme hakkına sahiptir.

14.Gönüllü katılımcılar tarafından doldurulan ilgili ölçeklerin değerlendirilmesi hastanemizde yapılacaktır. Kişilerin herhangi bir biyolojik materyali alınmayacaktır.

Araştırmayla ilgili bilgi almak için iletişim bilgileri:
Dr. Ayşegül Biçer

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün adı-soyadı, imzası:	Araştırmacının adı-soyadı, imzası: Ayşegül Biçer
Tarih: ____/____/20__	Tarih: ____/____/20__

EK 9. SAĞLIKLI KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

 TITCK-KAD-D2	Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Sağlıklı Kontrol Grubu) Polikistik Over Sendromu(PCOS) Tanılı Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılık ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	 Tarih/Versiyon Sayfa 05.05.2019 / Ver3.0 1/1
---	---	---

1. Çalışmamızın adı “Polikistik Over Sendromu(PCOS) Tanılı Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılık ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”dir ve bir araştırmadır.
2. Bu çalışma bir araştırma çalışmasıdır.
3. Psikolojik dayanıklılık bireyin stresli olayların üstesinden gelebilmesi, iyileşme ve güçlenme becerisidir. Psikolojik dayanıklılık diğer ruhsal sorunlarda uzun süredir bir araştırma konusu iken cinsellik ile ilgili bilgilerimiz kısıtlıdır. Araştırmanın amacı, PCOS tanılı kadınlarda psikolojik dayanıklılık ve cinsel doyum arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Katılımcılara ortalama 45 dk sürecek bir görüşme yapılacak ve depresyon, anksiyete, cinsel doyum/sorunlar, psikolojik dayanıklılıklarını değerlendirmek için dört ölçek doldurulması istenecektir.
4. Araştırmaya PCOS tanılı 40 kadın, 40 sağlıklı gönüllünün katılımı planlanmaktadır. Siz bu araştırmaya sağlıklı gönüllü grubu olarak dahil edileceksiniz.
5. Araştırma kapsamında size herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.
6. Araştırmada size herhangi bir girişimsel işlem uygulanmayacaktır. Yalnızca hekim tarafından ortalama 45 dk sürecek bir görüşme yapılarak kendinizle ilgili bilgilerin sorgulandığı bir anket formu ve ölçekler doldurulacak; sonrasında araştırmaya katılımınız sonlandırılacaktır.
7. Bu araştırma sırasında maruz kalacağınız herhangi bir risk bulunmamaktadır.
8. Araştırmada gönüllülerin katılımı ile PCOS tanılı kadınların psikolojik dayanıklılıkları ile cinsel doyum/sorunları arasındaki ilişki değerlendirilecektir. Şu an sizin için hedeflenen spesifik bir tedavi/yarar bulunmamakla birlikte bu araştırmaya katılmanız PCOS tanılı kadınların tedavisinde yer alan klinisyenlere bu alanda yol gösterici olacaktır.
9. Araştırmaya katılımınız isteğe bağlıdır, istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.
10. Çalışmanın izleyicileri ve yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilirler, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla siz veya yasal temsilciniz söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız.
11. İlgili mevzuat gereğince kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacaktır, kamuoyuna açıklanmayacaktır; araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi, kimliğiniz gizli kalacaktır.
12. Araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra kendinizle ilgili bilgilerin sorgulandığı bir anket formu ve ölçekler doldurulduktan sonra araştırmaya katılımınız bitecektir.

 TITCK-KAD-D2	Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Sağlıklı Kontrol Grubu) Polikistik Over Sendromu(PCOS) Tanılı Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılık ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	 Tarih/Versiyon Sayfa 05.05.2019 / Ver3.0 1/1
---	---	---

13.Bu araştırmaya katılım sağlayan gönüllüler araştırma ve kendi hakları veya araştırmanın sonuçları ile ilgili herhangi bir soruları/bilgi edinme istekleri olduğunda, aşağıda iletişim bilgileri mevcut araştırmacı ile (Dr. Ayşegül Biçer) irtibata geçme hakkına sahiptirler.

14.Gönüllü katılımcılar tarafından doldurulan ilgili ölçeklerin değerlendirilmesi hastanemizde yapılacaktır. Kişilerin herhangi bir biyolojik materyali alınmayacaktır.

Araştırmayla ilgili bilgi almak için iletişim bilgileri:
Dr. Ayşegül Biçer

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün adı-soyadı, imzası:	Araştırmacının adı-soyadı, imzası: Ayşegül Biçer
Tarih: ____/____/20__	Tarih: ____/____/20__

EK 10. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Ayşegül Biçer

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi,
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği (2021-halen)

Dr.Burhan Nalbantoğlu Lefkoşa Devlet Hastanesi, Barış Ruh ve Sinir
Hastalıkları Hastanesi (2018-2021)

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (2012-2018)

Doğu Akdeniz Koleji (2005-2012)

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Asistan Hekim (2018-halen)

IV- Mesleki Deneyimi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi,
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Asistan Hekim (2021-halen)

Dr.Burhan Nalbantoğlu Lefkoşa Devlet Hastanesi, Barış Ruh ve Sinir
Hastalıkları Hastanesi (2018-2021)

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği