



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

BİR ÇİFT HASTALIĞI OLARAK EREKTİL

DİSFONKSİYON:

ALEKSİTİMİ, DUYGU DÜZENLEME VE ÇİFT

UYUMUNUN ETKİSİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşenur Çobanoğlu

ANKARA, 2022

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BİR ÇİFT HASTALIĞI OLARAK EREKTİL
DİSFONKSİYON:
ALEKSİTİMİ, DUYGU DÜZENLEME VE ÇİFT
UYUMUNUN ETKİSİ**

Dr. Ayşenur Çobanoğlu

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Görkem Karakaş Uğurlu

ANKARA, 2022

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BİR ÇİFT HASTALIĞI OLARAK EREKTİL DİSFONKSİYON:
ALEKSİTİMİ, DUYGU DÜZENLEME VE ÇİFT UYUMUNUN
ETKİSİ**

Dr. Ayşenur ÇOBANOĞLU

Tıpta Uzmanlık Tezi

Tez Savunma Tarihi

01.09.2022

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Görkem Karakaş Uğurlu

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Ali Çayköylü

Doç. Dr. Mustafa Uğurlu

Doç. Dr. Ersin Hatice Karşlıoğlu

Bu tezin uzmanlık derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

Dr. Ayşenur Çobanoğlu

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

01 /09/ 2022

Dr. Ayşenur Çobanoğlu

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim, desteklerini benden esirgemeyen Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Ali Çayköylü' ye,

Asistanlık sürecim boyunca eğitimim ve tezimin her aşamasında bana katkı sağlayan, kendilerinden öncelikle sağduyulu bir insan olmayı, mesleğimin her aşamasında insan hayatının temel alınmasını, hastalarımın beden ve ruh sağlıklarının iyiliğine yönelik çalışmamın gerektirdiği psikiyatri nosyonunu öğrendiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Görkem Karakaş Uğurlu ve Doç. Dr. Mustafa Uğurlu' ya,

Hayatımda biriktirdiğim güzel insanlardan olan, sevgisini, ilgisini ve yakınlığını her daim hissettiğim Uzm. Psk. Evrim Mızrak' a,

Hasta toplama aşamasında büyük katkılarını gördüğüm, tezimde ve hayatımda benden sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen canım arkadaşım Tuğba Bulut'a ve Alperen Bahri Ok' a

Birlikte büyüüp olgunlaştığımız, acı tatlı anılar biriktirdiğimiz çocukluk arkadaşım Kübra Çalışkan' a,

Kahkahalarıyla neşe bulduğum, duygudaşım Ebru Yücel'e

Güzel güneşli günler görüp göreceğimiz değerli dostum Sevinç Neroğlu' na,

İyi ki' lerimden olan güzel yürekli arkadaşım Şüheda Günbay' a,

Hem birlikte çalışmaktan hem de birlikte vakit geçirmekten keyif aldığım ve her aşamada destek gördüğüm ekip arkadaşlarıma, tüm asistan arkadaşlarım ve diğer mesai arkadaşlarıma,

Bana hep destek veren ve sevgilerini gösteren canım aileme teşekkürlerimi sunarım.

Sonsuz Teşekkürler.

Dr. Ayşenur ÇOBANOĞLU

Ankara,2022

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Erektıl Disfonksiyon.....	5
2.1.1. Erektıl Disfonksiyon Tanımı	5
2.1.2. Erektıl Disfonksiyon Tarihçesi.....	5
2.1.3. Erektıl Disfonksiyon Prevalansı.....	6
2.1.4. Ereksiyon Fonksiyonel Tipleri	7
2.1.4.1. Refleks Ereksiyon	7
2.1.4.2. Nokturnal Ereksiyon	7
2.1.4.3. Psikojenik Ereksiyon	7
2.1.5. Erektıl Disfonksiyon Sınıflaması	7
2.1.5.1. Psikojenik Erektıl Disfonksiyon	8
2.1.5.2. Organik Erektıl Disfonksiyon	8
2.1.5.3. Karma Tip Erektıl Disfonksiyon.....	8
2.1.6. Erektıl Disfonksiyon Psikojenik Etiyolojik Faktörler	9
2.1.7. Erektıl Disfonksiyon Organik Etiyolojik Faktörler.....	9
2.1.8. Penis Anatomisi.....	13
2.1.8.1. Penis Fonksiyonel Anatomisi	13
2.1.8.2. Penis Tabakaları	14
2.1.8.3. Penil Kan Akımı	15
2.1.8.4. Penis İnervasyonu	17
2.1.9. Ereksiyon Fizyolojisi.....	17
2.1.10. Ereksiyon Nörofizyolojisi	19
2.1.11. Erektıl Disfonksiyon Klinik Tanısı	21
2.1.12. Erektıl Disfonksiyon Tedavisi.....	23
2.1.12.1. Cinsel Terapi	24
2.1.12.2. Farmakoterapi	26
2.1.12.3. Vakum Cihazları	26

2.1.12.4. Penil Protez İmplantasyonu	26
2.1.12.5. Vasküler Cerrahiler	26
2.2. Aleksitimi	27
2.2.1. Aleksitimi Tanım ve Özellikleri.....	27
2.2.2. Aleksitimi Prevalansı	28
2.2.3. Aleksitimi ile İlişkili Kuramlar	29
2.2.4. Aleksitimi Genel Yaklaşımları.....	29
2.2.5. Aleksitimi ve Kişilerarası İlişkiler	32
2.2.6. Aleksitimi ve Eretil Disfonksiyon.....	32
2.3. Duygu Düzenleme	34
2.3.1. Duygu Tanımı	34
2.3.2. Duygu Düzenleme Tanımı	35
2.3.3. Duygu Düzenleme Özellikleri.....	35
2.3.4. Duygu Düzenleme Mekanizmaları.....	37
2.3.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü	39
2.3.6. Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Psikopatoloji.....	40
2.3.7. Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Eretil Disfonksiyon	42
2.4. Çift Uyumu.....	44
2.4.1. Çift Uyum Tanımı	44
2.4.2. Çift Uyum ile İlgili Yaklaşımlar	44
2.4.3. Çift Uyum ve Eretil Disfonksiyon	46
3. GEREÇ VE YÖNTEM	48
3.1. Araştırmanın Örnekleme ve Prosedür.....	48
3.2. Araştırma Dahil Edilme Kriterleri.....	49
3.3. Araştırma Dışı Bırakılma Kriterleri	49
3.4. Veri Toplama Araçları.....	50
3.4.1. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV)	50
3.4.2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	51
3.4.3. Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi Ölçeği (IIEF-5).....	51
3.4.4. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ).....	51
3.4.5. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)	52
3.4.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ-16).....	52
3.4.7. Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği (YÇUÖ).....	52

3.4.8. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	53
3.4.9. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	53
3.5. İstatistiksel Analiz	54
4. BULGULAR	55
5. TARTIŞMA	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	82
7. KAYNAKLAR.....	84
8. EKLER.....	105
EK-1. ETİK KURUL ONAY BELGESİ	105
EK-2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU HASTA	108
EK-3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU HASTA PARTNERİ.....	110
EK-4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU KONTROL GRUBU	112
EK-5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU KONTROL PARTNERİ.....	114
EK-6. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU HASTA	116
EK-7. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU KONTROL GRUBU.....	118
EK-8. ULUSLARARASI EREKTİL İŞLEV FORMU (IIEF-5).....	120
EK-9. GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ-ERKEK FORMU (GRCDÖ)	121
EK-10. GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ-KADIN FORMU (GRCDÖ).....	123
EK-11. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ-20).....	125
EK-12. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ (DDGÖ-16)	126
EK-13. YENİLENMİŞ ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ (YÇUÖ).....	127
EK-14. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (BAÖ).....	128
EK-15. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ).....	129

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada erektil disfonksiyon hastaları ile cinsel partnerleri ve sağlıklı erkekler ile onların cinsel partnerleri arasında aleksitimi, duygu düzenleme ve çift uyumu açısından farklılık olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Partner psikopatolojilerinin erektil disfonksiyondaki yerinin belirlenmesi, erektil disfonksiyonun bir çift hastalığı olarak incelenmesi gerektiği, tedavi stratejilerinde partnerlere yönelik de tedavi algoritmalarının geliştirilmesi yönünde farkındalık kazandırmak çalışmanın ikinci amaçları arasındadır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza DSM-5 tanı kriterlerine göre 'Erektil Disfonksiyon' tanısı alan ve organik etiyojisi saptanmayan 55 erkek hasta ve cinsel partneri ile 54 sağlıklı kontrol çifti dahil edilmiştir. Erkek katılımcılara Uluslararası Erektil İşlev Formu-5, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği erkek formu; kadın katılımcılara Toronto Aleksitimi Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği kadın formu karşılıklı görüşme yolu ile doldurtuldu.

Bulgular: Erektil disfonksiyon grubu ve sağlıklı kontrol grubu arasında demografik açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Erektil disfonksiyon grubunda kontrol grubuna göre anksiyete, depresyon, aleksitimi, cinsel işlevler, çift uyumu ve duygu düzenleme stratejileri bakımından anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır. Erektil disfonksiyon grubunda erektil disfonksiyon şiddeti ile aleksitimi, duygu düzenleme, partnerin aleksitimi düzeyi ve çift uyumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Erektil disfonksiyon grubunda erektil disfonksiyon şiddeti arttıkça TAÖ-1, TAÖ-toplam puan, DDGÖ-açıklık, DDGÖ-dürtü, DDGÖ-kabullenmeme, DDGÖ-toplam puanları ve erektil disfonksiyon partnerlerinde TAÖ-2-P puanları anlamlı ölçüde artmaktadır. ED hastalarında GRCDÖ empotans alt ölçek puanları arttıkça YÇUÖ uzlaşım alt ölçeği ve toplam puanları anlamlı ölçüde azalmaktadır. ED partnerleri ve kontrol grubu partnerleri arasında demografik açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ED partnerlerinde kontrol partnerlerine göre anksiyete,

depresyon, aleksitimi, cinsel işlevler, çift uyumu ve duygu düzenleme stratejileri bakımından anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır.

Sonuçlar: Bu çalışmanın sonuçları aleksitimi, duygu düzenleme stratejileri ve çift uyumunun erektil disfonksiyon psikopatolojisindeki önemini desteklemektedir. Bunun yanında bir çift hastalığı olarak ele alınan erektil disfonksiyonda partnerin psikolojik özelliklerinin önemini ortaya koyması bakımından ayrıca dikkate değerdir. Cinsel partnerlerin tedaviye katılımının gerekliliği dikkate değerdir.

Anahtar Kelimeler: Aleksitimi, Çift, Duygu Düzenleme, Eretil Disfonksiyon, Partner

ABSTRACT

Purpose: This research was executed aiming to investigate whether there is a difference in alexithymia, emotion regulation and dyadic adjustment between erectile dysfunction men and their partners and normal healthy men and their partners. Determination of the partner psychopathologies' place in erectile dysfunction, necessity of investigating the erectile dysfunction as partner illness and bringing awareness to the improvement of treatment algorithms that are specified for partners in treatment strategies are among the secondary objectives of this research.

Material-Method: 55 male patients diagnosed with 'Erectile Dysfunction' according to DSM-5 diagnose criteria and no organic etiology was found and their sexual partners and 54 healthy male and their sexual partners have been included to the study. By face to face interview method International Index of Erectile Function Form-5, Toronto Alexithymia Scale, Emotion Regulation Difficulty Scale, Renewed Partner Compatibility Scale, Beck Anxiety Scale, Beck Depression Scale, Golombok Rust Sexual Satisfaction Scale Male Form were filled with male participants, and Toronto Alexithymia Scale, Emotion Regulation Difficulty Scale, Renewed Partner Compatibility Scale, Beck Anxiety Scale, Beck Depression Scale, Golombok Rust Sexual Satisfaction Scale female form were filled with female participants.

Findings: There were no detected any significant differences between the erectile dysfunction group and the healthy control group in demographical way. The differences at significant level have been detected in erectile dysfunction group compared to control group in terms of anxiety, depression, alexithymia, sexual functionalities, partner compatibility and emotion regulation strategies. The meaningful correlation was detected between erectile dysfunction severity and alexithymia, emotion regulation, alexithymia level of partner and partner harmony. In erectile dysfunction group, in case of erectile dysfunction severity increases, Toronto Alexithymia Scale-1, Toronto Alexithymia Scale total points, Emotion Regulation Difficulty Scale Openness, Emotion Regulation Difficulty Scale Impulse, Emotion Regulation Difficulty Scale Disapproval Subscale and Emotion Regulation Difficulty Scale total points and erectile dysfunction patients 'sexual partners' Toronto Alexithymia Scale-2-P points are increased significantly. In erectile

dysfunction patients, as Impotence Subscale of Golombok Rust Sexual Satisfaction Scale Score increases, Renewed Dyadic Adjustment Scale's Consensus Subscale and Renewed Dyadic Adjustment Scale total points decrease significantly. There were no detected any meaningful differences between the sexual partners of erectile dysfunction group and the sexual partners of healthy control group. As comparison the sexual partners of erectile dysfunction group to the sexual partners of healthy group, meaningful differences have been found in terms of anxiety, depression, alexithymia, sexual functions, dyadic adjustment and emotion regulation strategies.

Results: The results of this study support the importance of alexithymia, emotion regulation strategies and dyadic adjustment in erectile dysfunction psychopathology. Besides that, the results are also notable in the view of exhibition the importance of a partner's psychological characteristics in erectile dysfunction which is covered as partner disease. The necessity of sexual partner participation into the treatment is also remarkable.

Keywords: Alexithymia, Couple, Emotional regulation, Erectile dysfunction, Partner

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1.	Eretil disfonksiyona neden olabilen tıbbi durumlar.....	12
Tablo 4.1.	Eretil disfonksiyon grubu ve sağlıklı kontrol grubu sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması	55
Tablo 4.2.	Eretil disfonksiyon grubunun tedavi başvuru özellikleri.....	56
Tablo 4.3.	Eretil disfonksiyon grubu ve kontrol grubunun ailede cinselliğin ele alınışı bakımından farklılıkları	57
Tablo 4.4.	Eretil disfonksiyon grubu ve kontrol grubunun cinsel ilişkide kaçınılan durumların varlığı bakımından karşılaştırılması	58
Tablo 4.5.	Eretil disfonksiyon grubu ve kontrol grubunun alkol kullanımı bakımından karşılaştırılması	58
Tablo 4.6.	Eretil disfonksiyon grubu ve kontrol grubunun Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	59
Tablo 4.7.	Eretil disfonksiyon grubu ve kontrol grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt ölçeklerinin karşılaştırılması	59
Tablo 4.8.	Eretil disfonksiyon grubu ve kontrol grubunun Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Erkek formu ve alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.9.	Eretil disfonksiyon grubu ve kontrol grubunun Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.10.	Eretil disfonksiyon grubu ve kontrol grubunun Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği ve alt ölçekleri açısından karşılaştırılması	61
Tablo 4.11.	Eretil disfonksiyon şiddeti ile aleksitimi, duygu düzenleme ve çift uyumu arasındaki ilişki.....	62
Tablo 4.12.	Duygu düzenleme gücünün eretil disfonksiyon yordayıcı etkisinin lojistik regresyon analizi sonuçları	62
Tablo 4.13.	Aleksitimi varlığının eretil disfonksiyon yordayıcı etkisinin lojistik regresyon analizi sonuçları	63
Tablo 4.14.	Çift uyumunun eretil disfonksiyon yordayıcı etkisinin lojistik regresyon analizi sonuçları.	63
Tablo 4.15.	Anksiyete ve depresyonun eretil disfonksiyon yordayıcı etkisinin lojistik regresyon analizi sonuçları	64
Tablo 4.16.	Eretil disfonksiyon partnerleri ve sağlıklı kontrol partnerlerinin sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması	64
Tablo 4.17.	Eretil disfonksiyon partnerleri ve kontrol grubu partnerlerinin ailede cinselliğin ele alınışı bakımından farkları	65
Tablo 4.18.	Eretil disfonksiyon partnerleri ve kontrol grubu partnerlerinin cinsel ilişkide kaçınılan durumların varlığı bakımından karşılaştırılması.....	66

Tablo 4.19. Eretil disfonksiyon partnerleri ve kontrol grubu partnerlerinin alkol kullanımı bakımından karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.20. Eretil disfonksiyon partnerleri ve kontrol grubu partnerlerinin Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.21. Eretil disfonksiyon partnerleri ve kontrol grubu partnerlerinin Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	68
Tablo 4.22. Eretil disfonksiyon partnerleri ve kontrol grubu partnerlerinin Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın formu ve alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	69
Tablo 4.23. Eretil disfonksiyon partnerleri ve kontrol grubu partnerlerinin Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	70
Tablo 4.24. Eretil disfonksiyon partnerleri ve kontrol gurubu partnerlerinin Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği ve alt ölçekleri açısından karşılaştırılması.....	70

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Penisin kesitsel görünümü	13
Şekil 2.2. Penis tabakaları	14
Şekil 2.3. Penis arteriyel sistemi	15
Şekil 2.4. Penis venöz sistemi.....	16
Şekil 2.5. Penis inervasyonu	17



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
CİB	: Cinsel İşlev Bozukluğu
DDGÖ	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
DDGÖ-P	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Partner
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ED	: Erektile Disfonksiyon
GRCDÖ-EF	: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Erkek Formu
GRCDÖ-KF	: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu
Hasta-P	: Hasta Partneri
IIEF-5	: International Index of Erectile Function
Kontrol-P	: Kontrol Partneri
SCID-5-CV	: DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
TAÖ	: Toronto Aleksitimi Ölçeği
TAÖ-1	: Toronto Aleksitimi Ölçeği duyguları tanımlamada güçlük alt ölçeği
TAÖ-2	: Toronto Aleksitimi Ölçeği duyguları sözel ifade edebilmede güçlük alt ölçeği
TAÖ-3	: Toronto Aleksitimi Ölçeği dışa dönük bilişsel yapıda düşünme alt ölçeği
TAÖ-1-P	: Toronto Aleksitimi Ölçeği duyguları tanımlamada güçlük alt ölçeği partner
TAÖ-2-P	: Toronto Aleksitimi Ölçeği duyguları sözel ifade edebilmede güçlük alt ölçeği partner
TAÖ-3-P	: Toronto Aleksitimi Ölçeği dışa dönük bilişsel yapıda düşünme alt ölçeği partner
YÇUÖ	: Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği
YÇUÖ-P	: Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği-Partner

EKLER DİZİNİ

EK-1. ETİK KURUL ONAY BELGESİ

EK-2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU HASTA

EK-3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU HASTA PARTNERİ

EK-4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU KONTROL GRUBU

EK-5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU KONTROL PARTNERİ

EK-6. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

EK-7. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU KONTROL GRUBU

EK-8. ULUSLARARASI EREKTİL İŞLEV FORMU (IIEF-5)

EK-9. GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ (GRCDÖ)

EK-10. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ-20)

EK-11. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ (DDGÖ-16)

EK-12. YENİLENMİŞ ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ (YÇUÖ)

EK-13. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (BAÖ)

EK-14. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

1. GİRİŞ

Eretil disfonksiyon, cinsel etkinlik esnasında sertleşmeyi sağlamada veya sürdürmede güçlük veya sertlik düzeyinde belirgin azalma durumlarından en az birinin 6 ay süre ile devam etmesiyle oluşan cinsel işlev bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Erkeğin yaşamının herhangi bir sürecinde eretil disfonksiyonla 1-2 kez karşılaşma oranının ise %70-75 olduğu belirtilmektedir (1). Türk Androloji Derneği'nin, ülkemizde 40 yaş üzeri erkek popülasyonunda yapmış olduğu bir çalışmaya göre ED görülme oranı %69.2'dir (2). Eretil disfonksiyon, bireylerin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmekte, psikososyal alanlarda da ciddi olumsuzluklara neden olabilmektedir (3,4).

ED organik nedenlere bağlı oluşsa dahi performans anksiyetesi de duruma eklenmektedir. Performans anksiyetesi, hemen hemen her hastada görülmekte ve eretil disfonksiyonun şiddetlenmesine neden olabilmektedir (5). Yapılan çalışmalardan elde edilen verilere bakıldığında, ED tedavisinde psikoterapinin eklendiği çalışma gruplarında en iyi tedavi yanıtının görülmesi hastalık doğasında psikojenik faktörlerin yerinin oldukça önemli olduğunu göstermektedir (5).

Psikojenik eretil disfonksiyon nedenlerini hazırlayıcı, tetikleyici, sürdürücü nedenler olmak üzere 3 ana başlıkta inceleyebiliriz (6). Hazırlayıcı nedenler içerisinde cinsel mitler, cinsel bilgi azlığı, yanlış bilgilendirmeler, travmatik cinsel yaşantılar, yetiştirilme tarzı, aile ortamının baskıcı olması, enest ilişki deneyimi bulunmaktadır (7). Tetikleyici nedenler içerisinde çift ilişkisinin dinamikleri (8), iletişim sorunları, ekstramarital ilişki olması, çiftler arası güven duygusunda problem olması, cinsel çekimin olmaması, pornografi bağımlılığı, eşlik eden diğer cinsel işlev bozuklukları, partnerde cinsel işlev bozukluğu olması, depresyon veya anksiyete bozukluğu (çiftlerden herhangi birinde veya her ikisinde), partnerin gebe veya laktasyon döneminde olması, bağlanma kaygısı, yoğun yaşam stresörlerinin varlığı bulunmaktadır (9). Sürdürücü nedenler içerisinde performans anksiyetesi (10), depresyon, alkol madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları (narsistik kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu), kısıtlı ön sevişme yer almaktadır (7).

Aleksitimi duyguları tanımlama ve duyguları karşı tarafa iletmede güçlük, duyguları ve bedensel duyuları ayırt edebilmede yaşanan güçlük, hayal gücüyle üretilen yaratıcı etkinliklerin azlığı, kendi deneyimlerindense dışsal olaylara odaklanmayı tercih etme şeklinde tanımlanmaktadır (11). Psikosomatik hastalarla yapılan çalışmalarda kullanılmaya başlanan aleksitimi terimi zamanla duygulanım patolojilerini içeren çoğu ruhsal hastalık grubunda da kullanılmaya başlanmıştır. Depresyon ve anksiyete bozuklukları öncelikli olmak üzere duygudurum bozuklukları, alkol bağımlılığı, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozukluklarında da klinik bir kavram olarak kullanılmaya başlanmış ve ruhsal hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerinde yardımcı bir parametre olarak yol gösterici nitelik kazanmıştır.

Doğu toplumlarında Batı toplumlarına kıyasla aleksitimi görülme oranı daha fazladır (12). Ataerkil toplum yapısı ve erkek cinsiyet aleksitimi geliştirmeye yatkınlık sağlamaktadır (13). Aleksitimik bireyler partner ilişkisinden kaçınmakta, partnerinin duygularını fark edemeyip onlarla empati yapamadıklarından ilişkiyi sürdürmekte zorlanmakta ve hem kendi hem de partnerlerinin cinsel doyumları (14) ve kişilerarası ilişkilerdeki işlevsellikleri de düşük olmaktadır (15).

Psikojenik ED hastalarının aleksitimi düzeyleri kontrol gruplarından yüksektir (16). Aleksitimi ve ED arasındaki bu ilişkinin aleksitimik bireyin uyarılma gibi bedensel duyuları tanımlayamaması, bu duyguları partnere iletmede güçlük çekmesi, partnerden gelen dönütleri algılayamaması sebepleriyle oluştuğu düşünülmektedir. Bu güçlükler cinsel ilişkinin kalitesini azaltabilmektedir (14).

Duygu düzenleme, duygunun yoğun olduğu zamanlarda duygunun yönetimini sağlayabilme, duygulara esnek yanıtlar oluşturabilme, duygusal motivasyon süreçleri üzerinde kontrol sağlayabilme, duygusal yanıtların farkına varabilme ve duygusal yanıtları değiştirebilmeyi içeren dışsal ve içsel süreçler olarak tanımlanmaktadır (17). Duygu düzenleme kontrolünde; olumsuz duygulanımın düzenlenmesi, ruminasyon-dikkat dağıtma, yapıcı düşünme, iyimserlik, dürtüsellik, davranışsal engellenebilme, kısıtlanabilme, duygu dışavurumundaki ambivalans, hazzı erteleyebilme, aleksitimi, farkındalık, savunma mekanizmaları düzenekleri, ego kontrolü, duygusal zeka bileşenleri rol oynamaktadır (18). Duygu düzenleme süreçleri, çift ilişkisinde de önemli rol oynamaktadır (19). Duygu düzenleme kapasitesi yüksek bireylerin çift uyumları da yüksek olmaktadır (20).

Cinsel yaşamın önemli bileşenleri arasında olumsuz duygulanımı düzenleyebilme, duyguları tanımlayabilme, duyguları partnere iletebilme bulunmaktadır. ED hastaları, öfke ve mutsuzluk duygularını ifade etmekte zorluklar yaşamaktadır (21). Psikojenik ED hastalarında olumsuz duygularla baş etme güçlükleri arttıkça ED şiddeti de artmaktadır (22).

Çift uyumu; çiftlerin gündelik yaşantılarına, yeniliklere uyum sağlayabilme yetenekleri ve birbirleriyle uyumlu şekilde değişim gösterebilmeleri olarak tanımlanmaktadır (23). Çift uyumunun önemli bileşenleri; ilişki memnuniyeti, çift fikir birliği, ikili uyum ve sevgiyi ifade edebilme yetisi şeklindedir. Çift ilişkisinde cinsel doyum, erkek bireyin partnerinin isteklerini anlayabilmesine ve cinselliklerinde uyum içerisinde hareket edebilmesine bağlıdır (24). İlişkide cinsel yaşamı canlı tutabilmek için partnere olumlu geri bildirimler vermek ve yeniliklere açık olmak önemlidir. Bu mevcut gereksinimler karşılanmadığında, partnerler cinselliğe olan ilgilerini kaybedebilmektedir (25). Aleksitimik erkeklerin partnerinin isteklerini anlayıp ona yönelik hareket etmekte güçlük çekebileceğini ve çift uyumlarının da bozuk olabileceğini düşünmekteyiz.

Cinsel işlev bozuklukları çift ilişkisindeki problemlere sekonder olarak ortaya çıkabilmekte, çift ilişki dinamiğinde yaşanan çatışmaların taşındığı bir araç ve sorunların birer ifadesi olarak kullanılabilir (26). ED partnerlerinde de yüksek oranda CİB olabileceği düşünülmektedir ve yapılan araştırmalar da bu görüşü destekler niteliktedir (27). Çalışmamızda çiftleri cinsel işlevler açısından cinsel doyum ölçekleriyle değerlendireceğiz.

ED hastalarında çiftlerin iletişiminin kuvvetli olması, cinsel uyumlarının iyi olması, kadın partnerin cinselliğe ilgisinin olması, tedaviye çiftin katılımının yüksek olması tedavi başarısını artırmaktadır (28). Yapılan literatür taramasında ED partnerlerinin aleksitimi düzeylerinin ve partnerlerin duygu düzenleme stratejilerinde yaşadıkları güçlüğü ilişkiyi araştırarak herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma; partner psikopatolojilerinin ED hastalığındaki yerinin araştırıldığı, ED ile partner ilişkisinin aleksitimi, duygu düzenleme ve çift uyumu parametreleriyle incelendiği ilk çalışma özelliğini taşımaktadır. ED'nin bir çift hastalığı olarak incelenmesi gerektiği, tedavi stratejilerinde partnerlere de yer verilmesi, bu sayede ED tedavi arayışlarına çift şeklinde başvuruların tedavi başarısını artırabileceği, yeni

tedavi stratejilerinin geliştirilebilmesinde öncülük edebileceği, multifaktöriyel tedavi yaklaşımlarına yer verilmesinin olumlu sonuçlar yaratabileceği amaçlanmaktadır. Çalışmamızda ED partnerlerine de yer vermemiz literatüre katkı sağlamaktadır.

Literatür verilerine bakıldığında; ED hastalığında duygu düzenleme süreç güçlüklerine yönelik çalışmaların yeterli olmadığı, ED partnerlerinin duygu düzenleme süreçlerinin incelenmediği, duygu düzenleme sürecinin çift sorunu olarak değil de bireysel bir sorun olarak ele alındığının farkına varılmaktadır. Çalışmamızda ED partnerlerinin de duygu düzenleme süreçleri incelenmiştir. Tedavi stratejilerinde duygu düzenleme güçlüklerine yönelik çalışmaların önemli bir yeri olabileceğini düşünmekteyiz.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Erektıl Disfonksiyon

2.1.1. Erektıl Disfonksiyon Tanımı

Erektıl disfonksiyon (ED), Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-5 tanı kılavuzuna göre en az 6 ay süre ile hemen hemen her cinsel etkinlikte sertleşmeyi sağlamada, sürdürmede güçlük veya sertlik düzeyinde belirgin azalma durumlarından en az birinin olması ve bu durumun kişide belirgin bir sıkıntıya neden olması şeklinde tanımlanmaktadır (29). ED genellikle cinsel birleşmeye izin vermemektedir ve partner ilişkisindeki anlaşmazlıkların önemli bir nedenidir.

2.1.2. Erektıl Disfonksiyon Tarihçesi

Tarihsel süreç içerisinde ereksiyon işleviyle ilgili olarak Leonardo Da Vinci *“Penis, onu kendi iradesi ile sertleştirmek veya küçültmek isteyen efendisinin emirlerine itaat etmez. Bunun yerine efendisi uykudayken kendi başına sertleşir. Penisin kendi aklının olduğu söylenmelidir.”* düşünmektedir.

Ereksiyon fonksiyonu alanında yapılan çalışmalar tarihsel süreç içerisinde şu şekilde sıralanmaktadır:

-Leonardo Da Vinci, cinsel anatomi ve cinsel fizyoloji üzerine çalışmalar yapmıştır.

-De Graf, 17. yüzyılda kadavrada tam ereksiyon fazını görselleştiren ilk çalışmayı yapmıştır.

-19. yüzyılda parasempatik sinir sisteminin ereksiyon fizyolojisindeki yerinin önemi üzerinde durulmaktadır.

-20. yüzyılda corpus cavernosum penis venöz sisteminde geriye dönüşün engellenip kanın göllenmesiyle ereksiyonun oluştuğu düşüncesi kabul görmektedir.

-1994'te NPT (Nocturnal Penil Tümesans), ED etiolojisinin psikojenik veya organik ayrımının yapılmasında kullanılmaya başlanmıştır.

-1980'lerde intrakavernöz vazoaktif enjeksiyonlar ED tanısında kullanılmaya başlanmıştır.

-Sonrasından günümüze kadar kavernöz cisim biyopsisi, dinamik MR, corporal kan parsiyel oksijen basıncı tayini, görsel cinsel uyaran testi, kavernöz cisim elektrik aktivitesi tayini teknikleri geliştirilmiştir (30).

2.1.3. Erektile Disfonksiyon Prevalansı

ED görülme sıklığı yaşla beraber artmakta ve dünyada önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir (31). Çeşitli toplumlarda ED ile ilgili yapılan prevalans çalışmalarının sonuçları oldukça değişkendir. ED hastalarının cinsellikle ilgili konularda kendilerini ifade etmekte yaşadıkları güçlükleri, tedavi arayışlarının toplum tarafından yanlış anlaşılabilceği ile ilgili korkuları, partnerlerini tedavi sürecine dahil etmekteki çekinceleri, mortal bir hastalık tablosu olmaması nedeniyle doktor başvuru oranlarının hasta popülasyonunun azınlık kısmını temsil ettiğı düşünölmektedir (32).

MMAS (Massachusetts Male Aging Study)'a göre, 40-70 yaş arasındaki erkeklerde ED görülme sıklığı %52'dir; bunun %17'si hafif derecede ED, %25'i orta derecede ED ve %10'u ağır derecede ED şeklindedir (33). İngiltere'de 30-80 yaş arasındaki erkeklerde yapılan bir başka çalışmada ise ED yaygınlığı %19, bir erkeğın yaşamının herhangi bir sürecinde benzer bir sorunla 1-2 kez karşılaşma oranının ise %70-75 olduğı belirtilmektedir (1). Türk Androloji Derneğinin, Türkiye'de 40 yaş üzeri erkek popülasyonunda yaptığı çalışmaya göre ED görülme oranı %69.2'dir, bu oranın %33.2'si hafif ED, %27.5'i orta ED, %8.5'i de ağır derecede ED şeklindedir (2). Yapılan araştırmalar sonucunda, Dünya'da 2025 yılında toplam ED olan erkek sayısının yaklaşık 322 milyon olabileceğı, 65 yaş üzeri nüfusun %15'inin ED olabileceğı düşünölmektedir (34).

2.1.4. Ereksiyon Fonksiyonel Tipleri

Ereksiyon fonksiyonel tipleri; refleks, noktural, psikojenik ereksiyon olmak üzere 3'e ayrılmaktadır (35). Psikojenik ED hastalarında noktural, psikojenik, refleks ereksiyonlar oluşabilmektedir. ED etiyojisi ayırıcı tanısında sorgulanması gereken önemli bir noktadır.

2.1.4.1. Refleks Ereksiyon

Refleks ereksiyon, penise direk temas yoluyla uyarın vermekle oluşan ereksiyon tipidir (35). Afferent sinir lifleri penisin dorsal sinir lifleriyle, efferent sinir lifleri ise sakral parasempatik sinir lifleriyle sağlanmaktadır. S2-S4 sakral spinal sinir lifleri, pelvik sinir lifleri, pudental ve kavernoöz sinir lifleri hasarında refleks ereksiyon yanıtı oluşmamaktadır (36).

2.1.4.2. Noktural Ereksiyon

Noktural ereksiyon, fizyolojik olarak uykuda görülen ereksiyon tipidir (35). Uykunun REM döneminde meydana gelmektedir. Bir gece içerisinde 4 ile 6 arasında noktural ereksiyon oluşmaktadır (36).

2.1.4.3. Psikojenik Ereksiyon

Psikojenik ereksiyon; görsel, işitsel, koku gibi duyuusal uyarınların hayal gücü ile erotize edilmesi sonucunda oluşan ereksiyon tipidir. Bu ereksiyon tipinde, parasempatik ve sempatik nöral yolların birlikte görev aldığı düşünülmektedir. Erkeklerde yaşla beraber psikojenik ereksiyonların sıklığı azalmaktadır. Erotik uyarınla dokunsal uyarın sinerjistik etki oluşturduğundan psikojenik ereksiyon ve refleks ereksiyon birlikteliği ereksiyon işlevini olumlu yönde etkilemektedir (36).

2.1.5. Erektıl Disfonksiyon Sınıflaması

ED bir hastalık olmasının yanı sıra kültürel, yasal, dini, ruhsal boyutları da olabilen bir patolojidir (32). ED başlamasında ve süregelenleşmesinde birden fazla etkenin rol aldığı bilinmektedir. ED etiyojisi organik, psikojenik ve mikst olmak

üzere üçe ayrılmaktadır (1). ED etiolojisinde, organik ve psikojenik faktörlerin birçok hastada beraber olmasıyla ayırıcı tanıda bazı güçlükler yaşanmaktadır. ED etiolojisi organik nedenlere bağlı olsa dahi bireyde performans anksiyetesi oluşturarak ED şiddetlenmesine neden olabilmekte ve etiolojinin genellikle karma (mikst) tipte olduğu düşünülmektedir (5).

2.1.5.1. Psikojenik Eretil Disfonksiyon

Psikojenik ED, ED etiolojisini açıklayabilecek altta yatan herhangi bir tıbbi patoloji olmaksızın ereksiyon mekanizmalarının merkezi inhibisyonuyla oluşan tipidir. Etiyolojik nedenler içerisinde; performans anksiyetesi, yakın geçmişteki yaşam olayları ve psikoseksüel gelişim süreçlerindeki aksaklıklar bulunmaktadır (37). Yapılan araştırmalar sonucunda psikojenik ED ile depresif duygudurum, benlik saygısı düşüklüğü, anksiyete bozuklukları ve psikososyal stresör varlığı ilişkilendirilmektedir (38). Ayrıca toplumun erkeklik kavramına büyük önem atfetmesi, kültüre özgü tabular, gerçekçi olmayan beklentiler (partnerin orgazmının sadece penetrasyonla mümkün olduğu inancı) de psikojenik ED hastalarında sıklıkla görülebilmektedir (5).

2.1.5.2. Organik Eretil Disfonksiyon

Organik erektile disfonksiyon, ereksiyon fiziolojisinde görev alan sinir-damar paketinde, hormonal sistemde, kavernoöz yapıda bozukluklara yol açabilen patolojilerle oluşup süregelenleşebilmektedir. Organik ED hastalarının %78'inde organik etiolojiye psikojenik faktörler de eklenmekte ve etioloji genellikle karma tipte olmaktadır (35). Artan yaşla damar sinir paketinde fonksiyon bozulmaları da sık görülebilmektedir (39).

2.1.5.3. Karma Tip Eretil Disfonksiyon

Karma tip erektile disfonksiyon hem organik hem de psikojenik faktörlerin bir arada bulunduğu ED tipidir. Genellikle organik etiyolojik faktörlerle birlikte başlayan ve zamanla bireyde bu duruma performans anksiyetesi gibi psikojenik faktörlerin de eklendiği tablodur (35). Birçok vakada organik etiyolojik faktörler ve

psikojenik faktörlerin iç içe olması sebebiyle karma tip erektil disfonksiyon sık görülmektedir (5).

2.1.6. Erektile Disfonksiyon Psikojenik Etiyolojik Faktörler

Psikojenik ED etiolojisinde; performans anksiyetesi, kişilik bozuklukları (narsistik, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu), olumsuz bilişsel inanışlar, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, psikotik bozukluklar yer almaktadır (40). Psikojenik ED nedenlerini hazırlayıcı, tetikleyici, sürdürücü nedenler olmak üzere 3 ana başlıkta inceleyebiliriz (6). Hazırlayıcı nedenler içerisinde cinsel mitler, cinsel bilgi azlığı, yanlış bilgilendirmeler, travmatik cinsel yaşantılar, yetiştirilme tarzı, aile ortamının baskıcı olması, ensest ilişki deneyimi bulunmaktadır (7). Tetikleyici nedenler içerisinde çift ilişkisinin dinamikleri (8), iletişim sorunları, ekstramarital ilişki, güven duygusunda problem oluşması, cinsel çekimin olmaması, pornografi bağımlılığı, eşlik eden diğer CİB, partnerde CİB olması, depresyon veya anksiyete bozuklukları (çiftlerden birinde veya her ikisinde), partnerin gebe veya laktasyon döneminde olması, bağlanma kaygısı, yoğun yaşam stresörlerinin varlığı bulunmaktadır (9). Sürdürücü nedenler içerisinde performans anksiyetesi (10), depresyon, alkol/madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları (narsistik kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu) ve kısıtlı ön sevişme yer almaktadır (7).

2.1.7. Erektile Disfonksiyon Organik Etiyolojik Faktörler

ED organik etiolojisinde yer alan nedenlerin bir kısmı diabetes mellitus, hiperlipidemi, hipertansiyon, metabolik sendrom, epilepsi, multipl skleroz, kalp ve damar hastalıkları, Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı, hiperprolaktinemi, hipogonadizm, hipo/hipertiroidi, maligniteler, alkol-madde kullanımı, iyatrojenik sebepler, postoperatif değişiklikler, ilaç kullanımı (antihipertansifler, antidepresanlar, antipsikotikler...) şeklindedir (6,41).

Artan yaşla, ED görülme sıklığı artmaktadır (42). Ayrıca yaşlılıkta partner kaybı, kalıcı ve yakın ilişki kurmakta da zorluklar yaşanması cinsel işlev bozukluklarına yatkınlık oluşturmaktadır (42).

Sigara, endotel disfonksiyonuna yol açar, eNOS salınımını azaltır, süperoksit radikalleri üretir, medial elastik liflerin kalsifikasyonu ile ateroskleroza yol açıp ED'ye sebep olabilmektedir (43).

Ateroskleroz, 50 yaş üzeri erkeklerin %40-50'sinde ED etiolojisinde saptanabilmektedir (44). Aortailiak damarda aterom plağı ve periferik vasküler hastalığı olan erkeklerde ED görülme sıklığı yaklaşık %50 düzeyindedir (45).

Diabetes mellitus, ED organik etiolojisinde yer alan bir diğer önemli kronik hastalıklardandır. Penil damarlar da dahil olmak üzere tüm vücutta endotel fonksiyonunda bozulmayla ED'ye sebep olabilmektedir (46). İtalya'da yapılan çok merkezli bir prevalans çalışmasına göre diabetes mellitus hastalarında ED görülme oranı %35.8 düzeyindedir (47).

Endokrinolojik hastalıklar, ED vakalarının %5'inden azında etiolojik neden olabilmektedir. Testosteron, cinsel istek ve nokturnal ereksiyonların sıklığını artırmaktadır (45). Hipogonadotropik hipogonadizm, hipergonadotropik hipogonadizm, hiperprolaktinemi, hiperöstrojenizm tablosu oluşturan hastalıklar endokrinolojik etiolojiye örnek olarak verilebilir.

İlaçlar, santral sinir sistemi üzerine etkili olan ilaçlar (klonidin, fenotiyazin, metildopa...), antikolinerjik etkili ilaçlar (antimuskarinikler, antihistaminikler, klonidin, antidepresanlar, antipsikotikler), hiperprolaktinemi yapan ilaçlar (östrojenler, antipsikotikler, metoklopramid, metildopa), sempatolitik etkili ajanlar, antiandrojenik etkili olan ajanlar (spironolakton, östrojenler, siproteron asetat, ketokonazol) ED etiolojisinde yer almaktadır (45).

Diğer nedenler, iyatrojenik (cerrahi) nedenler, penil hastalıklar, nörolojik hastalıklar, travma, renal hastalıklar, kronik karaciğer hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları şeklindedir. Radikal prostatektomi sonrası pelvik pleksus ve kavernoza sinirler zarar görebilmektedir. Radikal prostatektomi sinir koruyucu şekilde yapılmışsa %15-%57 arasında, sinir koruyucu olmayan girişimler ise %74'lere kadar varabilen ED oluşabilme oranı bulunmaktadır (48). Penil hastalıklardan Peyronie hastalığı (49), epispadias, hipospadias, mikropenis, fimozis, eksternal genitalya kanserleri de ED etiolojisinde yer almaktadır (50). Nörolojik nedenler içerisinde ise Parkinson hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, ensefalit, temporal lob epilepsisi,

omurilik travmaları (T12 seviyesinin üzerindeki omurilik segmentinde tam kord lezyonu olan hastalarda psikojenik ereksiyonlar mümkün olmamaktadır), multiple skleroz, diyabetik nöropati, radikal pelvik cerrahi yer almaktadır (45). Üretra yaralanması ile beraber olan pelvis kırıkları sonrası ED sıklığı artmaktadır (51). Hemodiyaliz hastalarında ED prevalansı %41 ile %98 arasında değişmektedir (52). Kronik renal yetmezlik hipotalamohipofizogonadal aksın işlevinde bozulmalara yol açar, GnRH salınımının pulsatil kontrolü bozulur, hipogonadizm oluşur (53). Ayrıca renal hastalıklarda plazma testosteronunda azalma, FSH ve LH seviyelerinde azalma, yüksek testosteron eliminasyon profili, bozulmuş leyding hücre üretiminin de ED'ye yol açabileceği düşünülmektedir (54). KOAH hastalarında kronik hipoksi, kronik inflamasyon, sigara, ilaç kullanımı sebebiyle ED görülme sıklığı artmaktadır (43). Kronik karaciğer hastalıklarında da östrojen seviyesinin yükselmesi ve testosteron seviyesinin düşmesi sebebiyle ED görülme sıklığı artmaktadır (55).

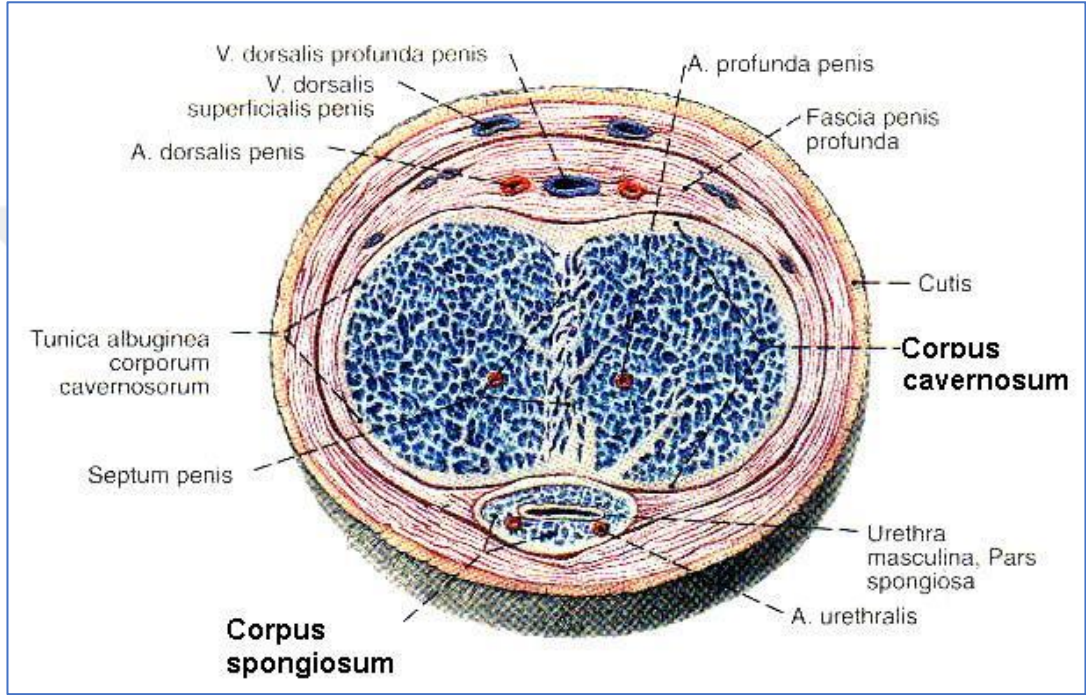
Tablo 2.1. Erektile disfonksiyona neden olabilen tıbbi durumlar (56) (revize edilmiştir)

Sistemik Hastalıklar	Ateroskleroz Diabetes mellitus Koroner arter hastalığı Hipertansiyon Maligniteler
Psikiyatrik Hastalıklar	Depresif bozukluklar Anksiyete bozuklukları Widower sendromu
Endokrinolojik Hastalıklar	Hipergonadotropik hipogonadizm Hipogonadotropik hipogonadizm Hiperprolaktinemi Hipertiroidi/ hipotiroidi Hiperöstrojenizm
Nörolojik Hastalıklar	Temporal lob epilepsisi Serebrovasküler hastalıklar Multipl Skleroz Gullian-Barre sendromu Parkinson hastalığı Omurilik travmaları
Penil Hastalıklar	Peyronie hastalığı Epispadias Hipospadias Fimozis
Renal Hastalıklar	Kronik renal yetmezlik
Göğüs hastalıkları	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
Karaciğer Hastalıkları	Kronik karaciğer yetmezliği
Otoimmün Hastalıklar	Poliglandüler otoimmün hastalıklar
Hematolojik Hastalıklar	Orak hücreli anemi Lösemiler
Enfeksiyon Hastalıkları	Brucella Tüberküloz Tripanosomiasis

2.1.8. Penis Anatomisi

2.1.8.1. Penis Fonksiyonel Anatomisi

Penis, iki adet corpus kavernosum ve bir adet üretrayı çevreleyen corpus spongiosum olmak üzere üç adet silindirik cismin cilt tarafından çevrenmesi sonucu oluşmaktadır (56).



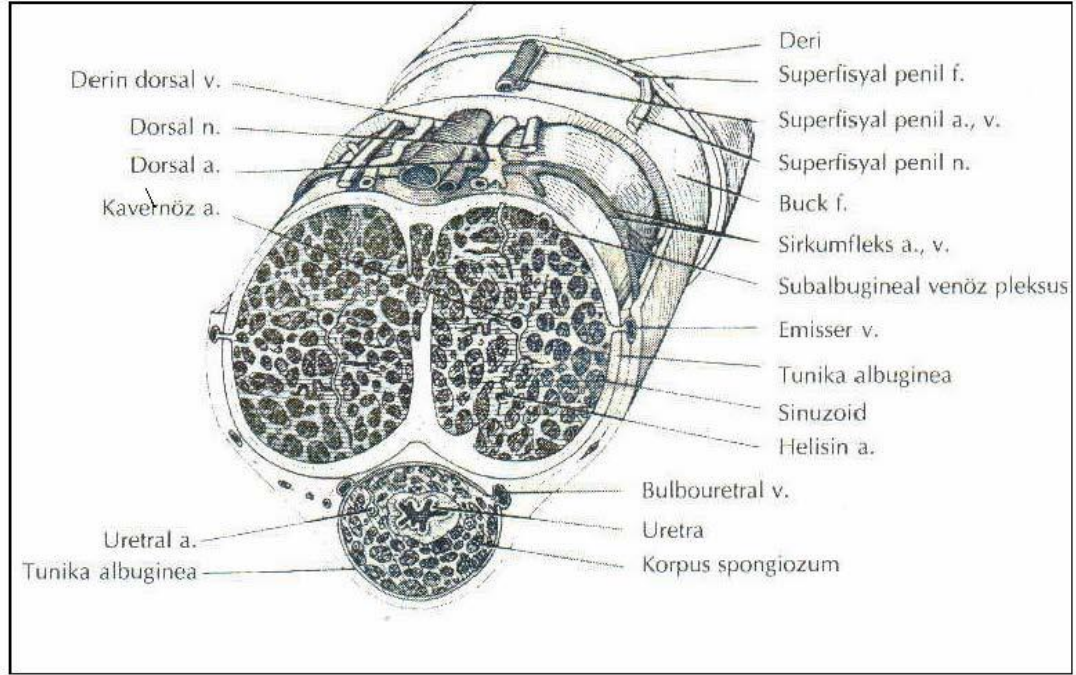
Şekil 2.1. Penisin kesitsel görünümü (56)

Amerikada erkek populasyon üzerinde yürütülen bir çalışma sonucunda penis boyu ortalaması flask halde, pubopenil kısımdan penil meatusa kadar 8.8 cm, gerilmiş şekilde 12.4 cm olarak ölçülmüştür. Yine aynı çalışmada ereksiyon halindeki penis boyu ortalama olarak 12.9 cm olarak ölçülmüştür (57). 2010 yılında Türkiye erişkin 1132 erkek katılımcıyla yürütülen bir çalışmada flask halde ortalama penis boyu 9.3 ± 1.3 cm ve gerilmiş şekilde penis boyu 13.7 ± 1.6 cm olarak ölçülmüştür (58).

Kavernöz cisimler kruslar vasıtasıyla iskiyal tuberositas ile birleşir. Spongioz cisim üretrayı çevreler ve glans penisi oluşturur. Her bir korporal cisim tunika albuginea gibi kalın bir fibröz kılıfla çevrilmiştir. Spongioz cisim, Buck fasiyası ile çevrili olan kavernozaal cisimlerden ayrılır. Ereksiyon esnasında kollajen lifler tunika

albugineanın genişlemesini kısıtlar. Kavernöz cisimler birbirlerine bağlı olan sinüzoidler denilen yapılardan oluşmaktadır (59).

2.1.8.2. Penis Tabakaları

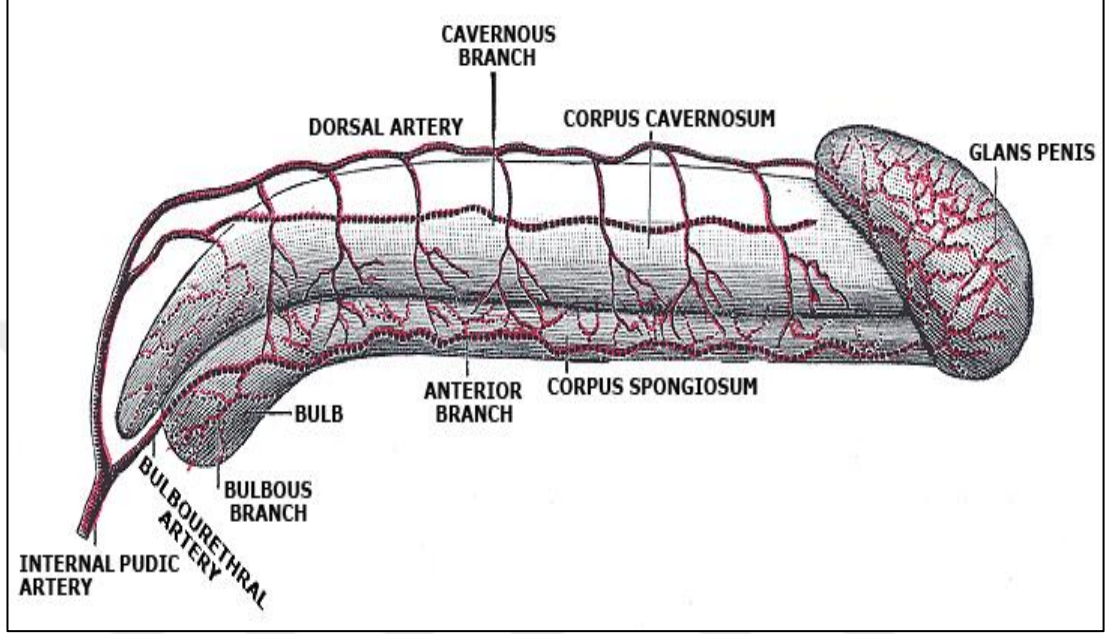


Şekil 2.2. Penis tabakaları (60)

Penisin anatomik tabakaları dıştan içe doğru penis derisi, yüzeysel fasya (Dartos fasyası), colles fasyası, Buck fasyası, tunica albuginea şeklindedir (61). Penil deride kıl kökü, ter bezi, yağ bezi yapıları bulunmaz. Corpus spongiosum penis tarafından oluşturulan glans penis, katlantılarla prepisyum penisi oluşturur. Penis derisinin ince olması ve cilt altı yağ dokusu bulunmaması sebebiyle rengi vücut rengine göre daha koyudur (62). Penil derinin alt kısmında bulunan Dartos fasyası, skrotum fasyasının devamı şeklindedir. Colles fasyası, karın ön duvarından scarpa yüzeysel fasyası şeklinde devamlılık gösterir. Buck fasyası, sıkı fibröz dokuya sahip bir fasyadır. Penisin vücut ile bağlantısını sağlar. Corpus spongiosum penis ve corpus cavernosum penis birleşim kısımlarında bölmeler oluşturur (63). Tunika albuginea her üç korpusu da saran sağlam fibröz yapıdır (61).

2.1.8.3. Penil Kan Akımı

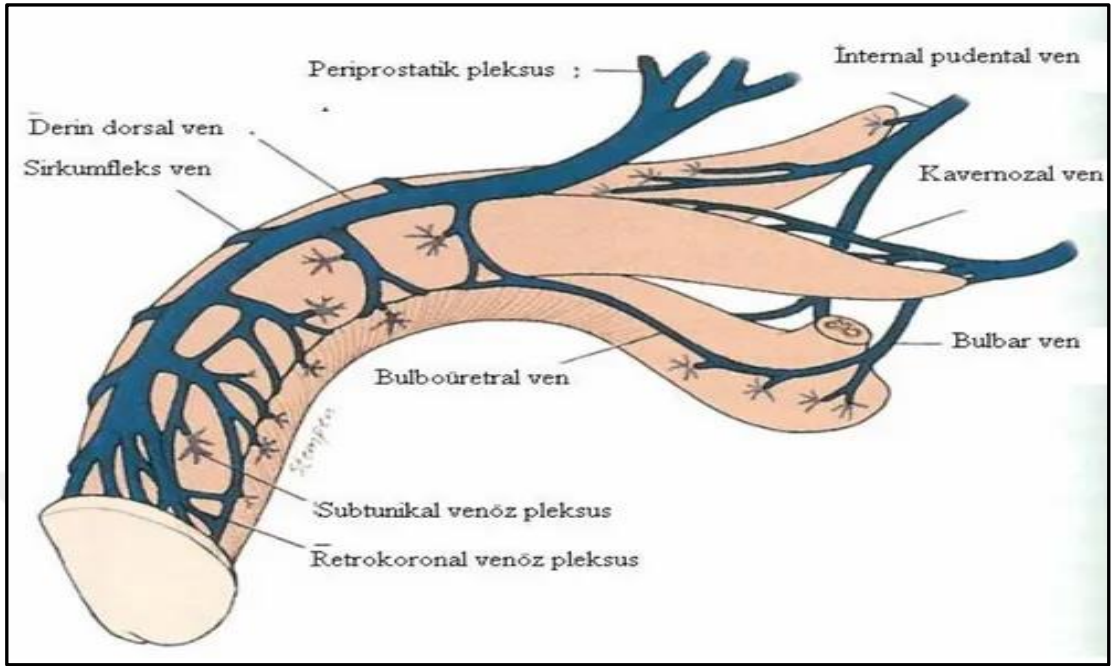
Penil bölgenin beslenmesini sağlayan esas ana arter internal iliak arterin dalı olan internal pudendal arterdir. Alcock kanalında penil arter dalını verir. Penil arter kavernoza, üretral, dorsal, bulbar arter olmak üzere uç dallarını vermektedir (64).



Şekil 2.3. Penis arteriyel sistemi (64)

Dorsal arter, penil fasyanın ve cildin beslenmesinde rol alır. Ereksiyon sırasında glans penisin dolgunlaşmasını sağlar. Kavernoza arter ise ereksiyonu sağlayan esas arterdir. Tunica albugineayı deler, corpus kavernoza girerek uç dallarını verir. Üretral arter, corpus spongiosum penis içerisinde ve üretranın her iki yanında seyrederek. Üretra ve glans penisin kanlanması sağlamaktadır. Cowper bezi ve proksimal üretral bulbusun kanlanması ise bulbar arter sağlamaktadır (65).

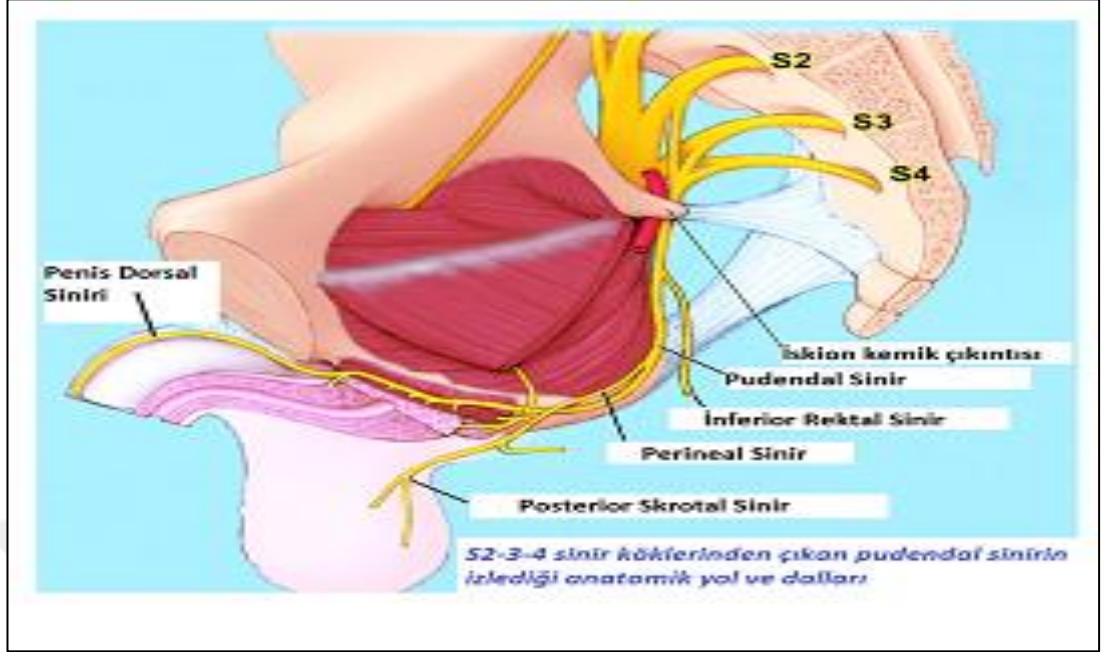
Penisin venöz drenajı; yüzeysel venöz, orta venöz ve derin venöz sistem şeklindedir (64).



Şekil 2.4. Penis venöz sistemi (64)

Yüzeysel venöz sistem, penis cildini ve penil dokunun alt kısmının venöz drenajını sağlar. Glans penis drenajı, orta venöz sistemden derin dorsal venöz sisteme doğru olmaktadır. Derin venöz sistem ise corpus spongiosum ve her iki corpus cavernosumun venöz drenajını sağlamaktadır. Postkavernözal venler birleşerek emisser venlerin oluşumunu sağlar (64). Emisser venler distalde derin dorsal vene, proksimalde internal pudental vene drene olmaktadır (66).

2.1.8.4. Penis İnervasyonu



Şekil 2.5. Penis inervasyonu (67)

Penisin somatik inervasyonu, S2-S3-S4 spinal sinirler vasıtasıyla sağlanmaktadır. İnsan ürogenital sistem organlarının otonomik inervasyonu hem sempatik noradrenerjik hem de parasempatik kolinerjik sinir lifleriyle sağlanmaktadır. Penisin sempatik sistem sinir lifleri lumbal L1-L2, parasempatik sistem sinir lifleri sakral S2-S3-S4 bölgelerinden sağlanmaktadır (68).

2.1.9. Ereksiyon Fizyolojisi

Penil ereksiyon, arteriyel ve kavernozaal bölgedeki düz kasların relaksasyonu ile sinüzoidlere doğru olan kan akım hızının artışı sonucu kanın sinüzoidler ve tunica albuginea bölgelerine dolması ve bunların arasında yer alan emisser venlerin bası sonucu kapanmasıyla birlikte sinüzoidler içinde bulunan kan miktarının artışıyla meydana gelen psikonörovasküler bir mekanizmadır (64). Penil ereksiyon; istirahat fazı, latent faz, tūmesans fazı, tam ereksiyon fazı, rijid ereksiyon fazı ve detūmesans fazı olmak üzere 6 fazdan oluşmaktadır.

İstirahat fazının esas nörotransmitteri noradrenalindir. Noradrenalin, penisin korporal düz kasında bulunan postsinaptik adrenerjik alfa reseptörlerini aktive eder. Dü z kas tonusu artar ve peniste kanlanma düşük seviyelerde tutulur. Penisin

beslenmesi, düz kasların noradrenalin etkisinde postsinaptik alfa-1 ve alfa-2 reseptörleri üzerinden olan çalışma prensibi ile sağlanır. İstirahat döneminde Doppler USG ile kavernoöz arter çapı 0.05 cm ve kavernoöz arter kan akım hızı 15 cm/sn'nin altında ölçülür (69).

Latent faz, seksüel uyarı sonrası kavernoöz sinir sonlanmalarından nörotransmitter salınımıyla penil arter, arteriol ve kavernoöz arterin dilatasyonu ile penis kanlanma artışının olduğu fazdır. Kanlanma artışıyla kan sinüzoidlere dolar. Subtunikal ven pleksuslarında basınç artışıyla venöz kan akımı engellenir. İntrakavernoöz kan basıncı 100 mm Hg düzeylerine kadar yükselir. Kavernoöz arterin çapı 2 katına çıkar. Sistol esnasında kan akım hızı 30 cm/sn düzeyindedir (70).

Tümesans fazı, tam ereksiyon fazına kadar intrakavernoöz basınç artışının devam ettiği fazdır. Penis çapı artar, penis boyu uzar. Bu fazda kan akımı yalnızca sistolik faz esnasında görülür (70).

Tam ereksiyon fazı, intrakavernoöz basınç artışının sistolik basınç düzeyine kadar yükselip sistolik basınç düzeyine yaklaştığı fazdır. Pudendal arter kan akım hızı istirahat fazından fazla ve tümesans fazından azdır (70).

Rijid ereksiyon fazı, iskiokavernoöz kasın kasılması ile intrakavernoöz basıncın arttığı fazdır. Bu faz, sadece mastürbasyon ve cinsel ilişki esnasında görülmekte ve genelde birkaç dakika sürmektedir (70).

Detümesans fazı başlangıç evresinde ejakülasyon oluşur, cinsel uyarı sonlanır, penis istirahat fazındaki gibi sempatik sinir sistemi ve noradrenalin hakimiyetindedir. Penil arter kan akımı istirahat fazına geri döner; ancak venöz kan akımında kompresyon devam etmektedir. Yavaş detümesans evresinde venöz kan akımında kompresyon ortadan kalkar. İntrakavernoöz basınçta azalma oluşmaya başlar. Hızlı detümesans evresinde ise intrakavernoöz basınçta azalma hızlı bir şekilde devam eder. Arteriyel ve venöz kan akımı istirahat fazına geri döner, penis flask hale gelir ve ereksiyon sonlanır (64).

2.1.10. Ereksiyon Nörofizyolojisi

Merkezi sinir sisteminin seksüel davranış ve cinsel istekle ilişkili bölgeleri başta medial/preoptik anterior hipotalamik bölge olmak üzere limbik sistem, talamus, hipotalamus şeklindedir (71). Bu bölgelerden çıkan uyarılar medulla spinalise oradan da periferik sinir sistemine geçmektedir. Ereksiyonun periferik kontrolü, medulla spinalis S2-S4 segmentleri parasempatik sinir lifleri ile sağlanmaktadır (72).

Ereksiyon oluşabilmesi için öncelikle görsel, işitsel veya taktıl uyarıların bulunması gereklidir (73). Gelen uyarılar öncelikle kortikal assosiasyon alanına, kortikal assosiasyon alanından amigdala aracılığıyla hipotalamustaki medial preoptik alana (MPOA) gelir. Amigdalanın ereksiyonu inhibe edici etkinliği bulunmaktadır. MPOA, ereksiyonun merkezi sinir sistemindeki kontrol bölgesidir. MPOA bölgesinde dopaminerjik etkinlik ereksiyon üzerine aktive edici, α -adrenerjik etkinlik ise inhibe edici özelliktedir. Paraventriküler nükleusun proerektıl etkinliği oksitosin aracılığıyla gerçekleşir. Ayrıca ereksiyon fonksiyonunun düzenlenmesinde pons ve medullada yer alan Barrington çekirdeğinin işlevi olduğu düşünülmektedir. Beyin sapı ve Barrington nükleusunun ereksiyon üzerine inhibe edici etkinliği ise serotonerjik yollarla sağlanmaktadır (74).

Penil ereksiyon erektıl dokulara giden efferent, otonomik ve somatik yolların aktivitesinin değişiklikleriyle oluşmaktadır. Sempatik sistem antierektıl, sakral parasempatik sistem ise proerektıldır. Ereksiyon kontrolünü sağlayan spinal nöronlara periferal ve supraspinal nöronal yollarla bilgi akışı sağlanır. Hem periferal hem de supraspinal bilgi ereksiyon oluşumu kontrolünü sağlamaktadır. Primer afferent bilgi; genitaler, spinal ara nöronlar, sempatik, parasempatik ve spinal çekirdekler vasıtasıyla oluşmaktadır. Bu sistem bilgi entegrasyonu ile refleks ereksiyonları oluşturmaktadır. Spinal nöronların çevresindeki aminerjik ve peptiderjik inen yolların düzenleyici etkinliği bulunmaktadır (75).

Efferent sempatik ve parasempatik nöronların postganglionik bölgesinde noradrenalin ve asetilkolin esas nörotransmitter olarak görev almaktadır. Sinaptik aralıkta asetilkolin nikotinic asetilkolin reseptörlerine, düz kas hücresinde muskarinic asetilkolin reseptörlerine bağlanarak etkinlik gösterir. Hem sempatik hem

de parasempatik lifler penise otonomik girdinin olduğu pelvik veya inferior hipogastrik pleksusa katılmaktadır (76).

Ereksiyon esnasında uyaran sonrası asetilkolin salınımı nonadrenerjik-nonkolinerjik sinir liflerinden ve endotel hücrelerinden NO salınımını uyarır. NO, vasküler endotelyumda L-argininden NO sentaz enzimi aracılığıyla sentezlenmektedir (77). Nöronal NO nöronal depolarizasyonu, endotelyal NO ise vazodilatasyonla penise gelen kan miktarını artırır. Endotel hücrelerinden NO ile vazoaaktif istestinal polipeptid (VIP) salınımı, guanilat siklaz enzimini uyarmaktadır. Guanilat siklaz enzimi, guanozin monofosfatın (GMP) siklik guanozin monofosfata (cGMP) dönüşümünü sağlayan enzimdir. NO sentezlenmesi ve soluble guanilil siklaza bağlanması erektil süreç için zorunludur (77). Ortamda artan cGMP, protein kinaz G (PKG) aktivasyonunu sağlayıp hücre içi kalsiyum girişini azaltarak hücre içinde kalsiyum miktarını azaltmaktadır. Diğer yandan prostoglandin E1 de adenilat siklaz enzimini aktive edip adenosin trifosfattan (ATP) siklik adenosin monofosfat (cAMP) oluşumunu artırmaktadır. cAMP de protein kinaz A (PKA) aktivasyonunu sağlayıp hücre içi kalsiyum miktarını azaltmaktadır (78). Bu mekanizmalarla corpus kavernosum peniste düz kaslar gevşer, arteriyel damarlar genişler, sinüzoidlere doğru olan kan akımı artar (79). Kanla dolan kavernoza sinüzoidler penil ereksiyonu oluşturur. Ereksiyonun sonlanmasında ise fosfodiesteraz 5 (PDE5) enzimi görev almaktadır. PDE-5, cGMP'nin hidrolizasyonunu sağlayıp GMP'ye dönüştürmektedir. NO sinyali ile oluşan cGMP'nin birikimini önlemektedir (80). Sempatik uyarı ile sinüzoidal düz kasların alfa adrenerjik ve endotelin 1 reseptörleri aracılığıyla kasılmasıyla sinüzoidlerdeki kan miktarı azalır ve ereksiyon sonlanır (81).

Ereksiyon sonlanımı için kontrol mekanizmalarındaki bir başka yolak ise RhoA/ Rho-kinaz yolağıdır. Penil sirkülasyonda Ca duyarlılığına aracılık edip penisin flask halde kalmasını sağlamaktadır (76). Antieretil mekanizmada görev almaktadır.

2.1.11. Erektile Disfonksiyon Klinik Tanısı

Sertleşme sorunu ile başvuran hasta ve cinsel partnerinden ayrıntılı anamnez almak doğru tanıyı koyabilmek ve tedavi sürecini yönetebilmek açısından önemlidir. Öncelikle mevcut sorunun ne zaman ve nasıl başladığı, nasıl bir süreç izlediği, sertleşme sorununun kişi cinsel açıdan etkin olduğundan beri mi yoksa olağan bir cinsel işlevsellik evresinden sonra mı başladığı, cinsel ilişkilerde ne sıklıkla görüldüğü, belli tür uyarımlar durumlar veya eşlerle sınırlı olup olmadığı, sertleşme sorununun cinsel işlevsellikte ne derece sıkıntı yarattığı sorgulanmalıdır. Klinik tanıda yardımcı olabilecek IIEF-5 ölçeği kullanılabilir. Ölçek, erektil disfonksiyon ağırlığını da kategorize edilebilir.

Erektile disfonksiyon DSM-5 tanı ölçütleri:

“A. Her cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75-100’ünde)

(belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), aşağıdaki üç belirtiden biri yaşanıyor olmalıdır:

1. Cinsel etkinlik sırasında sertleşme (ereksiyon) sağlamada belirgin güçlük çekme

2. Cinsel etkinliği bitirene dek sertleşmeyi (ereksiyonu) sürdürmede belirgin güçlük çekme

3. Sertlik düzeyinde belirgin azalma

B. A tanı ölçütlerindeki belirtiler, en az, yaklaşık altı aydır sürmektedir.

C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.

D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

**Olup olmadığını belirtiniz:*

Yaşam boyu: *Bu bozukluk, kişi cinsel açıdan etkin olduğundan beri vardır.*

Edinsel: *Bu bozukluk, oldukça olağan bir cinsel işlevsellik evresinden sonra başlamıştır.*

**Olup olmadığını belirtiniz:*

Yaygın: *Belirli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle sınırlı değildir.*

Durumsal: *Yalnızca belirli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle ortaya çıkar.*

**O sıradaki ağırlığını belirtiniz:*

Ağır olmayan: *A tanı ölçütlerindeki belirtiler, az sıkıntı doğurur.*

Orta derecede: *A tanı ölçütlerindeki belirtiler, orta düzeyde bir sıkıntı doğurur.*

Ağır: *A tanı ölçütlerindeki belirtiler, çok sıkıntı doğurur (82).”*

Hastadan ve partnerinden psikoseksüel gelişim öyküsü alınmalıdır. Cinselliğe ilişkin bilgi düzeyi ve bu bilgilere hangi kaynaklardan ulaştığı sorgulanmalıdır. Çiftin evlilik öyküsü ve halihazırdaki ilişkisi detaylandırılmalıdır. Organik etiyolojik faktörler; damar yapısını etkileyen (hipertansiyon, diabetes mellitus, sigara, ateroskleroz) faktörler, endokrinolojik faktörler (hipogonadizm, hipotiroidi, hipertiroidi, hiperprolaktinemi), nörolojik hastalıklar (Parkinson hastalığı, SVO, ensefalit, temporal lob epilepsisi, T12 seviyesi üzerindeki omurilik travmaları, multiple skleroz), ilaçlar (antikolinergikler, antihistaminikler, antipsikotikler, antidepressanlar), renal hastalıklar (kronik renal yetmezlik), KOAH, alkol kullanımı, kronik karaciğer hastalıkları, travma, penil hastalıklar, iyatrojenik girişimler sorgulanmalıdır. Organik etiyolojik faktörler açısından üroloji bölümü tarafından değerlendirme istenilmesi uygun bir yaklaşım olmaktadır. Üroloji bölümüne başvuran hastalardan rutin kan tetkikleri, hormonal profil, lipid profili görülmektedir.

Organik etioloji düşünölen bazı hastalarda ise intrakavernöz enjeksiyon, doppler ultrasonografi, nokturnal penil tñmesans testi istenebilmektedir.

ED Őikayetinin psikojenik veya organik etiolojiye bağlı olup olmadığını değerlendirebilmek için bazı yordayıcı faktörler bulunabilir. Bunlar; sertleşme sorunu kişi cinsel açıdan etkin olduğundan beri mevcutsa, cinsel ilişkilerin hepsinde görölüyorsa, yavaş yavaş ortaya çıkmışsa, pozisyon değişikliğiyle artan azalan sertlik varsa organik etioloji lehine düşünölebilir. Ancak hastada refleks ereksiyon, nokturnal ereksiyon, psikojenik ereksiyon oluşuyorsa ve başka partnerlerle cinsel etkinlik esnasında ereksiyon işlevinde herhangi bir bozukluk yaşanmıyorsa psikojenik erektil disfonksiyon lehine düşünölebilir (7).

ED hastalarına ayrıntılı fizik muayene yapılmalıdır. Fizik muayene esnasında sekonder seks karakterleri değerlendirilmeli, kan basıncı ölçölmeli, metabolik sendrom açısından değerlendirme yapılmalı, kardiovasküler sistem, nörolojik sistem ve ayrıntılı şekilde genitoüriner sistem muayenesi yapılmalıdır. Genitoüriner sistem muayenesinde penil anormalliklere (Peyronie hastalığı, hipospadias, epispadias), testiküler volüme, prostat büyüklüğüne, hipogonadizm belirteçlerine dikkat edilmelidir (83). Hastaların ereksiyon fonksiyonu değerlendirmesinde kullanılan ve hasta tarafından cevaplandırılan IIEF-5 ölçeği kullanılmaktadır. IIEF-5 ölçeği ayrıca ED ağırlığını da kategorize edebilmektedir.

2.1.12. Eretil Disfonksiyon Tedavisi

ED tedavisinde öncelikli olarak risk faktörlerinin düzenlenmesi gerekir. Organik etiolojik faktörlerde de belirttiğimiz üzere sigara ve alkol bağımlılığının tedavisinin sağlanması, diabetes mellitus ve hipertansiyon kontrol altına alınmalı, obezite ve metabolik sendrom açısından yaşam tarzı değişiklikleri özellikle de diyet ve egzersiz günlük yaşama eklenmelidir. Eretil disfonksiyona neden olabilecek ilaç kullanımı varsa mümkün olabildiğince değiştirilmeli ve tedavinin yeniden düzenlenmesi sağlanmalıdır. Yaşam tarzı değişiklikleri uygulandıktan sonra yer alan birinci basamak tedaviler cinsel terapi, farmakoterapi, vakum cihaz uygulamaları şeklindedir. İkinci basamak tedaviler, intrakavernozal enjeksiyon ve intraüretral ilaç uygulamaları şeklindedir. Üçüncü basamak tedavi seçenekleri penil protez uygulamaları, venöz ligasyon, penil revaskülarizasyon cerrahisi şeklindedir.

2.1.12.1. Cinsel Terapi

ED hastası psikiyatri polikliniğine genellikle tek başına gelmektedir, hastayı eşiyle beraber tedavi almaya ikna etmek zor olmaktadır. Sorunun kendisinde olduğunu, eşinin cinsel konulardan bahsetmekten çekindiğini, tedaviye katılım isteğinin olmayacağını, eşinin yanında sertleşme sorunundan bahsetmek istemeyeceğini belirtmektedir. Hastayla uygun terapötik ilişki ve terapötik iş birliği kurulduktan sonra hastanın partneriyle tedaviye katılımı kısmen de olsa sağlanabilmektedir. Hastanın partneri de tedavi seanslarında cinselliğini konuşabilme ve cinsellikten beklentilerini anlatabilme fırsatı bulmaktadır.

ED ve partnerini cinsel terapiye almadan önce terapiye uygunluk açısından değerlendirme seansı yapılmaktadır. Değerlendirme seansında önce ED hastasına yönelik sonra da çiftte yönelik değerlendirme yapılmaktadır. Çift, ayrıntılı şekilde değerlendirildikten sonra sorunlarının kısa bir formülasyonu yapılmaktadır. Bu aşamanın ayrıntılı şekilde yapılandırılması ve gerekli durumlarda uzatılması, değiştirilmesi ve alternatif tedavi yaklaşımlarının düşünülmesi uygun bir yaklaşım olmaktadır (84). Cinsel terapiye uygunluk koşulları; performans anksiyetesi, cinsel mitler, yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişikliklerin kabullenilememesi, dini inanışlara bağlı suçluluk duyguları, çift ilişkisinin dinamiklerinde kontrol ve yakınlık sorunlarının olması şeklindedir. Cinsel terapiye uygun olmayan şartlar; eş reddi, ekstramarital ilişki olması, ciddi mental bozukluk, çift ilişkisinde yoğun öfke ve düşmanlık duygularının olması, partnerlerin tedavi motivasyonlarının olmaması şeklindedir (83). Cinsel terapiye uygun olduğu belirlenen çiftler haftada bir olacak şekilde, ortalama tedavi süresi 2-4 ay arasında değişen terapi sürecine alınmaktadır.

Cinsel terapiye uygun olan çiftlere terapinin ilk seansı olan psikoeğitim seansı yapılmaktadır. Psikoeğitim seansında cinsellik kavramı, cinsel anatomi ve cinsel fizyoloji konularında ayrıntılı bilgilendirme, cinsel mitler ve yanlış bilişlerin yapılandırılması, çift ilişkisindeki yakınlığın geliştirilmesi konuları ele alınmaktadır. ED organik etiyojisi ile ilgili hastalıklar, artan yaş ile ereksiyon refrakter periyot süresinin uzayabileceği, sertleşme oluşabilmesi için daha yoğun miktarda veya taktik yolla uyaran verilmesinin gerekli olabileceği anlatılır. Bu bilgiler cinsel mitlerin yeniden yapılandırılması için önemlidir (7).

İlk seanstan itibaren cinsel birleşme yasağı konulur. Cinsel birleşme yasağı, performans odaklı cinsel birleşme düşüncesinin ve cinselliğe haz amaçlı değil de başarı odaklı bakış açısının ortadan kaldırılması için gereklidir. Bu yasak sonrası erkekte ön sevişme esnasında spontan ereksiyonlar yaşanmaktadır (7). İlk ev ödevleri verilir. Çiftlerin ev ödevlerini hemen hemen her gün veya en az oranda gün aşırı yapmaları istenmektedir. Ev ödev içeriği, ilk seanstan son seanslara doğru genital olmayan duyuşal odaklanma (sensate focus 1), genital duyuşal odaklanma (sensate focus 2) ardından vajinal odaklanma ve tam cinsel birleşme şeklindedir. ED hastası ereksiyon işlevine özel ve büyük bir önem atfetmektedir. Ereksiyon olmaması durumunu felaketleştirme eğiliminde olmaktadır (84). ED'yi oluşturan katastrofik düşüncelerin, seksüel performans esnasında kaygı düzeyini arttırması ve duyuşal odaklanmayı kesintiye uğratmasıyla oluşmaktadır (85). Cinsel terapi seanslarında duyuşal farkındalığına odaklanmanın amaçlanması ve ereksiyon işlevine odaklanmanın azaltılmasıyla zihinsel uyarılmayı arttırmak hedeflenmektedir (86). Duyuşal odaklanma (sensate focus) egzersizlerinin amacı performans anksiyetesini azaltıp cinsel hoşluk hissini yeniden deneyimleyip öğrenmeyi sağlamaktır. Cinsel zevk için doğal bir potansiyel olan bedenin ve partner bedenin keşfedilebilmesine olanak sağlamaktadır. Kaygı olmaksızın bir dizi davranışsal müdahale ile cinsel doyum deneyimlerinin yeniden öğrenilmesi amaçlanmaktadır (87).

Tedavide ele alınan yaygın sorunlardan birisi de ED hastalarının performans anksiyeteleri sebebiyle cinsel duyuşlara veya uyarılmaya karşı dikkat dağıtma ve bilişsel olarak anda kalamama şeklindeki reaksiyonlarıdır (85). Erkek ön sevişme kısmına performans anksiyetesi sebebiyle katılamamakta ve kadın ise partneri tarafından sevilip fiziksel yakınlık gösterilse bile keyif alamamaktadır. Bu kısımda erkeğin bilişlerinin dikkatli şekilde incelenmesi önemlidir. Ev ödevlerinde zorluk yaşandığında erkeğin buna tepkisel olarak kaçınma davranışı geliştirmesinin önlenmesi gerekmektedir (84). Duyum odaklı egzersizler sonrası kademeli şekilde cinsel birleşmeye geçiş hedeflenmektedir (88). İlerleyen seanslarda ereksiyon olduğunda sıkma egzersizi verilmektedir. Sıkma egzersiziyle sertlik kaybedilse dahi ön sevişmeye devam edildiği müddetçe sertliğin tekrardan oluşabileceğini hasta deneyimlemiş olmaktadır. ED hastalarında sertlik kaybedildiği zaman tekrar oluşamayacağı cinsel miti oldukça yaygındır. Sıkma egzersiziyle bu cinsel mit yıkılmakta, hastaların motivasyonu yükselmekte ve performans anksiyeteleri önemli

ölçüde azalmaktadır. Sıkma egzersizi sonrası kademeli şekilde cinsel birleşmeye geçiş planlanmaktadır (7).

2.1.12.2. Farmakoterapi

Tedavi seçeneklerinde ilk sırada non-invaziv tedavi yöntemleri tercih edilmektedir. PDE-5 inhibitörleri cGMP'nin GMP'ye dönüşümünü sağlayarak hücre içinde NO seviyesini artırıp ereksiyon nörofizyolojisinde önemli rol oynamaktadır (79). ED tedavisinde kullanılan farmakoterapi seçenekleri hormonal terapi, testosteron replasman tedavisi, yohimbin, apomorfin, fentolamin, fosfodiesteraz 5 inhibitörleri, antioksidan tedaviler, intraüretral prostoglandin E1, intrakavernozal enjektabl papaverin/fentolamin/prostoglandin E1 şeklindedir (89). İntrakavernozal enjeksiyon ve intraüretral ilaç uygulamaları invaziv yöntemler olduğundan ikincil basamak tedavi seçenekleri içerisinde yer almaktadır. İntrakavernozal enjeksiyon tedavisindeki kısıtlayıcı nokta ise hastanın enjeksiyonu hastane dışında ve kendi başına yapmasıdır (90).

2.1.12.3. Vakum Cihazları

Birincil basamak tedavilerden olan vakum cihaz uygulamaları konstriktör daire materyalinin penis köküne yerleşimini gerektirdiğinden hastalar tarafından pek tercih edilmemektedir (91).

2.1.12.4. Penil Protez İmplantasyonu

Birincil ve ikincil basamak tedavilerin başarısız olması sonucunda penil protez uygulamasına geçiş yapılabilmektedir. Protezler fonksiyonel olarak mekanik, tek parçalı hidrolik, çok parçalı hidrolik, semirijid şekildedir. Penil protez komplikasyonları yara yeri enfeksiyonu, ağrı, erozyon şeklindedir (92).

2.1.12.5. Vasküler Cerrahiler

ED tedavisinde penil revaskülarizasyon ve ven bağlama operasyonları uygulanabilmektedir (93).

2.2. Aleksitimi

2.2.1. Aleksitimi Tanım ve Özellikleri

Aleksitimi terimi ilk kez Sifneos tarafından 1973 yılında psikolojik bir fenomen olarak kullanılmıştır (94). Aleksitimi kelimesi, Yunanca'da kullanılan ve anlam olarak a= yok, lexis= söz ve thymos= duygu kelimelerinden türetilmiş bir kavramdır (95). Sifneos psikosomatik hastalarla olan çalışmalarında hastaların duygularını sözel, jest ve mimiklerle ifade etmekte güçlük çektiğini görüp 'aleksitimi' terimini ortaya atmıştır. Sifneos aleksitimiye duyguları tanımlama ve duyguları karşı tarafa iletmede güçlük, duyguları ve bedensel duyuları ayırt edebilmede yaşanan güçlük, hayal gücüyle üretilen yaratıcı etkinliklerin azlığı, kendi deneyimlerindense dışsal olaylara odaklanmayı tercih etme şekillerinde tanımlamaktadır (11). Duygusal farkındalığın az olması kişinin duyguya değil duygunun kişide oluşturduğu somatik yakınmalara odaklanmasına neden olmaktadır (96).

Taylor ve arkadaşları tarafından aleksitimi terimi 4 alt bileşenle incelenmiştir (97).

- ***Duyguları fark edebilme, tanımlayabilme, sözel olarak ifade edebilme, duyguları bedensel duyulardan ayırt edebilmede yaşanan güçlük***

Aleksitimik bireyler duygularını fark edebilme, tanımlayabilme, eyleme dökübilme, ifade edebilmede güçlükler yaşamaktadır. Duygularını tanımlayabilmek için uygun kelimeleri bulmakta zorlanırlar ve genellikle tekrarlayıcı kelimeler kullanırlar. Duygularını rahatsızlık hissi olarak ifade ederler. Mevcut güçlükler sebebiyle duygularını somatik yakınmalar şeklinde ifade etme eğilimleri yüksektir. Duygularını jest ve mimiklerle de ifade edemediklerinden genellikle donuk bir yüz ifadesine sahiptirler. Bu donuk yüz ifadesi sebebiyle iletişimde olduğu kişiler de onların duygularını anlamakta güçlük çekmektedir (11).

- ***Hayal gücünde yoksullaşma ve düşlem (fantezi) dünyasının kısıtlı olması***

Aleksitimik bireylerin hayal gücü yoksul ve fantezi dünyaları ise kısıtlıdır. Hayal ve fantezi dünyaları duygu içermez, yaratıcılıktan yoksundur, gerçeklikle

paralel olacak şekilde seyretmektedir. Aleksitimik bireyler, bu özellikleri sebebiyle diğer insanlar tarafından sıkıcı bireyler olarak tanımlanmaktadır. Rüya içeriklerinde dahi duygu yönünden yoksunluk devam etmektedir (11).

- ***İşevuruk/ işlemsel düşünme***

Aleksitimik bireylerde işevuruk/ işlemsel düşünme sistemi hakimdir. İşevuruk/ işlemsel düşünme içinde bulunulan anı ilgilendiren, art arda gelen eylemleri sadece tanımlayan, düşlemlerden yoksun olan düşünce sistemi olarak tanımlanır (97). Aleksitimik bireylerin sorunlarına genellikle somut ve pragmatik çözümler bulma eğilimleri yüksek olmaktadır. Bu eğilimleri sebebiyle sorunlarını anlayamamakta, sorunlarına anlık çözümler bulup sorunlarının derinlerine inememektedirler. Genellikle bastırma ve inkar savunma mekanizmalarını kullanırlar, çevrelerine uyum sağlama eğilimleri yüksektir (11).

- ***Dışa dönük bilişsel yapı***

Aleksitimik bireyler, dışa dönük bilişsel yapıdadır. Yani ilişkilerinde kendilerinden çok diğer kişilere ve çevresel etkenlere önem verirler (11), toplumsal uyumu sağlayabilmek için istek ve çabaları fazla olmaktadır. Çevreleri tarafından uyumlu, uysal kişiler olarak tanımlanmaktadırlar (97). Mcdougall bu durumu 'Pseudonormality' yani 'Yalancı normallik' olarak tanımlamaktadır (98).

2.2.2. Aleksitimi Prevalansı

Ruh sağlığı hekimlerine başvuran veya yönlendirilen bireylerin %35 kadarının aleksitimi kliniği gösterdiği belirtilmektedir (99). Tedavi başvurusu ve aktif ruhsal yakınması olmayan popülasyonda aleksitimi daha düşük yaygınlıkta görülmektedir (100). Yapılan çalışmalardan elde edilen veriler doğrultusunda aleksitimi prevalansı Fransa'da %17, Kanada'da %18.8, Finlandiya'da %13, İngiltere'de %17.9 olarak saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada ise aleksitimi görülme oranı erkekte %9.4, kadında ise %5.2 olarak bulunmuştur (101). Erkeklerde aleksitimi görülme oranının kadınlardan fazla olduğunu destekleyen ek çalışmalar da mevcuttur (101). Türkiye'de yapılan bir araştırmaya göre aleksitimi psikiyatrik hastalığı olan grupta %67.9 oranında ve en sık oranda gözlenmektedir. Kontrol grubunun ise %38.5 oranında aleksitimi kliniği gösterdiği gözlenmektedir (102).

2.2.3. Aleksitimi ile İlişkili Kuramlar

Nörobiyolojik modele göre, aleksitimik birey duygu hissettiği zaman beyinde duygu ile ilişkili bölge olan hipokampal bölgeden neokortekse otonomik yollar aracılığıyla iletim sağlanamamaktadır. Kişi, duygularını sözel yolla ifade etmek yerine beden dilini geliştirmek zorunda kalmaktadır. Aleksitimik özelliklerin çoğu limbik sistem ve neokorteks arasındaki iletişimsizlikten kaynaklanmaktadır (11).

Psikanalitik modele göre, aleksitimi bireyin psikoseksüel gelişimi esnasında anne-bebek arasındaki bağın bozulması sonucu oluşan durumu regüle edebilmek ve kaygıyı giderebilmeye yönelik olan savunma mekanizması olarak tanımlanmaktadır. Bu modele göre; çocukluğun erken dönemlerinde çocuğun içsel temsiller yaratamadığı, yetişkin dönemde içsel gereksinimlerine yönelik fantezi üretebilme yeteneğini geliştiremediği ve bunun sonucunda da hayal ve fantezi dünyalarının sınırlı kaldığı şeklindedir (98).

Bilişsel kurama göre ise bebek dünyaya geldiğinde duygularını ve bedensel duyularını ayırt edemez (103). Psikoseksüel gelişim sürecinde duygular bedensel duyulardan ayrıştırılmaya başlar, dil gelişimi ilerler, duygular sözel yolla ifade edilmeye başlar. Bu süreç içerisinde travmatik olaylara maruziyet, duygusal gelişim sürecini duraklatıp geriletebilir (104). Lane ve Schwartz' a göre ise aleksimi, duyguların ve bedensel duyuların ayrıştırılmaya başlandığı psikoseksüel gelişim sürecinde takılıp kalmaya bağlı oluşmakta şeklindedir (105).

2.2.4. Aleksitimi Genel Yaklaşımları

Aleksitimi etiyojisinde genetik faktörlerin önemli bir yerinin olduğu düşünülmektedir. Genetik açıdan incelendiğinde, primer olarak aleksitimiye genetik bir yatkınlığın olduğu düşünülmektedir (106). Genetik çalışmalarında, tek yumurta ikizlerinde aleksitimi görülme oranının çift yumurta ikizlerine göre daha fazla olduğu bulunmuştur (11). Primer olarak genetik yatkınlığı olan bireylerde sekonder olarak da travmatik olaylara maruziyet bireyde aleksitimi gelişime zemin hazırlamaktadır (104). Biyolojik modele göre ise aleksitimi sekonder olarak travmatik deneyimlerin beynin duygularla ilişkili kısmı olan sol hemisfer ve duyguların sözel ifadesiyle ilişkili kısmı olan sağ hemisfer arasındaki bağlantıda kopukluğa neden olması sonucu

oluşmakta şeklindedir (107). Freyberger'in tanımlamasında ise primer aleksitimi değişmez bir örüntü olarak, sekonder aleksitimi ise stresli yaşam olayları ya da travmatik yaşantıların ardından durumsal bir faktör olarak karşımıza çıkmakta ve aleksitimi kavramının doğasına ilişkin önemli bilgiler vermektedir. Buna karşın aleksitiminin klinik bir durum mu yoksa bir kişilik özelliği mi olduğu konusunda hala net bir görüş birliği bulunmamaktadır (108).

Hoppe ve Bogen, dirençli epilepsi tedavisinde komissurotomi yapılan hastalarda hemisferler arası bağlantının kesilmesi sonucu duyuşsal bilgi girdisinin sağ hemisferden sol hemisfere gidemediğini, duyuşsal bilginin sözel ifadesinin sağlanamadığını ve bunun sonucunda da duyguların somatizasyon şeklinde ifadesinin sağlandığını düşünmektedir. Aleksitimide de buna benzer bir mekanizmanın olabileceği düşünölmektedir (109).

Nemiah, aleksitimiği 3 yaklaşımla ele almaktadır. İlk yaklaşım inkâr modelidir. Bu modele göre, aleksitimik bireyler savunma mekanizmalarından bastırma ve inkarı sıklıkla kullanmaktadır. İnkâr mekanizmasıyla hayal dünyasında ve duyguları ifade etmede ketlenme ortaya çıkmaktadır. İkinci yaklaşım, bilişsel işlevleri içeren eksiklik modelidir. Üçüncü yaklaşım olan yapısal modele göre ise hemisferler arası yolaklardaki bağlantı eksikliği veya beyin yolakları arasındaki herhangi bir bozukluğun nöroanatomik anormalliğe sebep olması şeklindedir (110). Ruesch psikosomatik hastalarla yaptığı çalışmalarda, psikosomatik hastaları 'İnfantile personality' yani 'çocuksu kişilikler' olarak tanımlamaktadır (111). İnfantil kişilerin psikoseksüel gelişim sürecinde olgunlaşmalarının duraksadığını ve sözel veya sembolik ifade sistemlerinin de gelişemediğini düşünmektedir. İçsel sıkıntı ve gerginliklerini sözel ifadeyle, jest ve mimiklerle veya sembolik araçlarla azaltamadıklarını bunun için somatizasyon yolunu kullandıklarını belirtmektedir (111).

Martin ve Pihl, aleksitimik kişilerin duygularının farkında olmadıklarını ve bilişsel değerlendirmenin en basit şekli olan duygunun farkında olmadan fizyolojik yanıt vermeyi kullandıklarını düşünmektedir. Bu mekanizmayla da psikosomatik hastalıkların oluştuğunu belirtmektedir (112). Lazarus'a göre, duygular bireyde bilişsel değerlendirmeler neticesinde oluşmaktadır. Bilişsel değerlendirmelerin geniş bir yelpazesi bulunmaktadır. En basit şekli duygunun farkında olmayıp fizyolojik

tepki vermek iken en karmaşık haliyse düşünce, imgelem şeklinde sembollerle temsil edilmesidir (113).

Lesser, kültürler arasında aleksitimi düzeylerinin farklılıklar gösterdiğini belirtmektedir. Batı toplumlarında duyguların ifade edilmesi olgunluk göstergesi iken bazı doğu kültürlerinde duygu ifadesi hoş bir davranış olarak karşılanmamaktadır. Doğu kültürlerinde aleksitimi görülme sıklığı daha fazla olmaktadır (12). Levant, toplumsal cinsiyet rollerinin de aleksitimi ile ilişkili olduğunu düşünmektedir. Erkek cinsiyet, aleksitimik özellikler geliştirmeye daha yatkın olmaktadır. Erkeklerin bu durumu öğrenilen bir davranıştır. Ataerkil toplum yapısının da aleksitimi gelişimine yol açma ihtimali yüksektir (13). Sosyokültürel faktörler, aleksitimik özellikler geliştirmeye yatkınlık sağlamaktadır. Yapılan çalışmalar, aleksitimik özelliklerin gelişiminde stresin de önemli bir yeri olduğunu vurgulamaktadır. Borens ve arkadaşlarının psikosomatik hastalarda yaptıkları bir çalışmaya göre, sosyoekonomik düzey düşüklüğü duygu yüklü davranışların azlığı, hayal gücünün kısıtlılığı ve duyguları sözel yolla ifade edebilme kapasitesi azlığıyla ilişkili şeklindedir (114).

Çocuk-ebeveyn ilişkisinde anne çocuğun duygusal ihtiyaçlarını anlayamazsa, bu ihtiyaçlara sevgi ve şefkatle cevap veremezse, oyun oynama isteğini reddederse, hayal ve fantezi dünyasını paylaşmasına izin vermezse çocuğun duygusal olarak kendini ifade edebilme yetisi gelişmemektedir. Bu ortamda büyüyen çocukların duygularını ve fantezilerini paylaşabilmek için olumlu pekiştiricileri bulunmamaktadır. Psikoseksüel gelişimin ilerleyen evrelerinde kişiler arası ilişkileri duygu içermeyecek biçimde şekillenmekte ve sahte bir benlik geliştirmektedirler. Günlük yaşantılarında duygularıyla değil davranışlarıyla hareket eden, rasyonel olmaya çalışan, iletişim kurarken duygularını değil eylemlerini kullanan, hayal gücü oyun ve duygu paylaşımı yerine eylemleri içeren kişilerdir (115). Duygu dili ifadesi oluşumu sürecinde aile ve aile çevresinin etkileri belirgindir. Her ailenin iletişim kurabilme kapasitesini kültürel faktörler, duygusal stres sinyallerini işleyip onlara yanıt verebilme yetisi, bireyin duygusal desteğe olan ihtiyacı etkilemektedir. Duygu düzenleme becerisinde, öğrenme süreçlerinin de rolü büyüktür. Özdeşim yapma mekanizmasıyla somatizasyon öğrenilmektedir. Duygu ve düşünceleri düzenleme mekanizması olarak bastırma ve somatizasyonu öğrenip kullanan çocuklarda

aleksitimi görülme olasılığı artmaktadır. Aleksitiminin gözlem yoluyla öğrenmeyle oluşturulabilen kültürel bir boyutu da bulunmaktadır (116).

2.2.5. Aleksitimi ve Kişilerarası İlişkiler

Aleksitimik bireyler; partner ilişkisinden kaçınmakta, ilişkiyi sürdürmekte güçlük çekmekte, empati yapamadıklarından kişilerarası ilişkilerdeki işlevsellikleri genellikle düşük olmaktadır (15). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, aleksitimi puanları yüksek bireylerin yalnızlık oranlarının da yüksek olduğu saptanmıştır (117). Aleksitimik bireyler, partner ilişkisinde güçlük çeken ve partnerlerinin de ilişki doyumları genellikle düşük olan bireylerdir (118). Mevcut sorunun nedenleri; aleksitimik bireylerin kendi duygularının farkına varamaması, duygularını anlayamaması ve duygularını karşı tarafa sözel yolla ifade etmekte güçlük çekmesi şeklindedir. Partnerlerinin duygularını fark edemeyip partnerleriyle empati yapamamaktadırlar. Farkındalık düzeyleri, partnerleri ilişkilerindeki problemleri ifade ettikleri zaman ayırt edebilecek kadar düşük düzeydedir (118).

Aleksitimik erkekler genellikle bekarlardır. Aleksitimik kadınlar ise daha az sayıda romantik ilişki yaşamaktadır (119). Aleksitimi düzeyleri yüksek kişilerin yakın ilişkileri sürdürebilme yeteneği de oldukça düşüktür. Aleksitimik bireyler sıklıkla güvensiz bağlanma stiline sahiptir (120). İlişki kurup sürdürebilme yetenekleri düşük olduğundan genelde kendilerini toplumdan izole ederler (14). Yapılan bir araştırmaya göre, aleksitimi puanları arttıkça kişilerin romantik ilişki kurabilme ve ilişkiyi sürdürebilme yetenekleri azalmaktadır. Bu bireylerin romantik ilişkilerindeki cinsel doyumları da az olmaktadır (14). Duygusal zeka düzeyleri de genellikle düşüktür (121).

2.2.6. Aleksitimi ve Erektile Disfonksiyon

Madioni ve arkadaşlarının CİB hastalarıyla yaptıkları çalışmada, ED ve cinsel isteksizlik hastalarının aleksitimi düzeyleri kontrol gruplarından anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu çalışma, cinsel işlev bozukluklarında aleksitimi düzeylerine bakan ilk çalışmadır. Aleksitimi puanları yüksek bireylerin özellikle duyguları fark edebilme, tanımlayabilme ve sözel yolla ifade etmekte güçlük çekme alt ölçek puanları yüksektir (122). Bollinger ve arkadaşlarının sünnet olan erkeklerde

yaptıkları çalışmaya göre ise sünnetli erkeklerde aleksitimi görülme olasılığının kontrol gruplarına göre %19.9 yüksek olduğu, özellikle aleksitiminin duyguları tanımlayıp anlamlandırabilme kısmında güçlükler yaşadıkları ve ED ilaç kullanma olasılıklarının 4.53 kat daha fazla olduğu şeklindedir (123).

Yaşam boyu psikojenik ED (16) ve yaşam boyu prematür ejakülasyon olan erkeklerde (21) aleksitimi düzeyleri kontrol gruplarından anlamlı yüksektir. Aleksitimi ve CİB arasındaki bu ilişkinin aleksitimik bireyin uyarılma gibi bedensel duyuları tanımlayamaması, bu duyguları partnere iletmede güçlük çekmesi, partnerden gelen dönütleri algılayamaması gibi sebeplerle oluştuğu düşünülmektedir. Bu güçlüklerin de cinsel ilişkinin kalitesini azaltabileceği düşünülmektedir (14).

Humphreys ve arkadaşlarının çalışmasında, aleksitimi düzeyleri arttıkça çift ilişki memnuniyeti ve ilişkideki cinsel doyum düzeyleri azalmaktadır. Aleksitimik kadınlarda cinsel ilişki sıklığı da az olmaktadır (124). Aleksitimi ile yakınlık ilişkisinden rahatsızlık duyma, duygusal ilişkileri ikinci planda tutma, başkalarından onay alma ihtiyacı, kendine güvensizlik arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Aleksitimik bireyler, başkalarına güvenmeyen ve güçlü bir bağımsızlık ihtiyacı olan bireylerdir (120).

Wise ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, aleksitimik bireylerin depresif duyguduruma meyilli oldukları, CİB ve parafililerde de aleksitimi görülme oranlarının yüksek olduğu şeklindedir (125). Nörotisizm kişilik özellikleri ve performans kaygısı ED ile ilişkilendirilmektedir (126). Aleksitimi çift ilişkisinin başlamasını önlemekte, ilişkide çift uyumunun bozulmasına ve cinsel işlevlerde de bozulmalara neden olmaktadır. Cinsel işlevlerde güçlük yaşayan erkeklerde ilişkilerde kaygılı hissetme, eleştirilme korkusu, reddedilme duyarlılığı, suçluluk duygusu da daha sık görülmektedir. Aleksitimik bireyler, cinsel yaşamlarında daha kaygılı hissetme eğilimindedir. ED ve prematür ejakülasyon olgularında duygu düzenleme güçlükleri de daha sık gözlenmektedir. Güçlük yaşanan bazı kişilik özellikleri; hayal kırıklığını tolere edememe, benlik beklentilerinin yüksek oluşu, duygusal kontrolün düşük oluşu, başarısızlığa karşı artmış duyarlılık ve mükemmeliyetçi bakış açısı şeklindedir. Ereksiyon fonksiyonu kişilik özelliklerinden nörotisizm ile negatif yönde anlamlı ilişkili, dışa dönüklük ile pozitif yönde anlamlı

ilişkilidir (120). Aleksitimik erkeklerde bilinçli farkındalık azlığı, ejakülasyonu erteleyememe ve ereksiyon güçlükleri sık görülmektedir (127).

Aleksitimik kadınlarda cinsel birleşme sıklığı azalmakta, cinsel ilişkide mesafeli olma davranışı artmakta, cinsel tatmin düzeyleri de azalmaktadır. Her iki cinsiyette de cinsel doyum düzeyi azalması, cinsel ilişki esnasında utangaçlık duygusu ve sinirlilik daha sık gözlenmektedir. Dürtü kontrol bozuklukları, uyarılma bozuklukları, cinsel ağrı bozukluklarında da aleksitimi düzeyleri yüksektir. Aleksitimik bireyler soğuk, mesafeli, genellikle kaçınan şekilde güvensiz bağlanan ve insanlara karşı bu mesafeli tutumları cinsel yaşamlarına da yansıyan bireylerdir. Scimeca ve arkadaşları, aleksitiminin cinsel partnere karşı duyulan rahatsızlık hissi ve utanç duygusuyla ilişkili olduğunu ve bu bireylerin partnerlerini cinsel obje olarak görme ve ihmal etme eğiliminde olduklarını düşünmektedir (128). Beden duyularını tanımlayabilmekte zorluk yaşayan aleksitimik erkeklerde cinsel yanıt döngüsünün cinsel istek, sertleşme ve orgazm fazlarında güçlükler meydana gelmektedir (127).

2.3. Duygu Düzenleme

2.3.1. Duygu Tanımı

Duygu, tarihsel süreç içerisinde farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Duygu literatürde ilk kez 1884 yılında William James tarafından tanımlanmaktadır. James, duyguyu durumlara karşı verilen adaptif davranışsal ve fizyolojik tepkiler şeklinde tanımlamaktadır (129). Antik çağlarda Yunan filozofları ise duyguyu üst bilişsel süreçlere hizmet eden animistik, içgüdüler sayesinde oluşan, rasyonel olmayan fenomenler olarak tanımlamaktadır (130). Duygunun bir başka tanımı ise bireyin hayatta kalmasını ve dış ortama adaptif yanıtlar oluşturabilmesini sağlayan davranışsal tepkiler şeklindedir (131).

Duyguları tepki şeklinde ifade edebilmek, duyguları modüle etmeyi sağlamaktadır. Duygu tepki ifadesi kısa sürelidir. Davranışsal, deneyimsel, otonomik bileşenleri vardır ve nöroendokrin sistemlerdeki değişiklikleri içermektedir (132).

Duygunun biliş üzerinde düzenleyici etkinliği bulunmaktadır. Duyusal girdiler uyaran ipuçlarını kodlamada, temsil etmede, yanıt oluşturmada ve yanıt seçiminde kullanılmaktadır. Duygu, sosyal davranışın merkezi bir parçasıdır ve bilgi işleme sürecinde öncül olarak yer almaktadır (131). Yapılan son çalışmalar, duyguların çok farklı işlevleri olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalar, duyguların karar verme sürecini hızlandırabildiğini (133), bireye kendisi ve çevresi hakkında bilgi verebildiğini (134), bireyin çevreye uyumunu sağlayabildiğini, bir Őeyin iyi veya kötü olacağına dair ipuçları verebildiğini (135) göstermektedir.

2.3.2. Duygu Düzenleme Tanımı

Duygu düzenleme, duygunun yoğun olduğu zamanlarda duygunun yönetimini sağlayabilme, duygulara esnek yanıtlar oluşturabilme, duygusal motivasyon süreçleri üzerinde kontrol sağlayabilme, duygusal yanıtların farkına varabilme ve değiştirebilmeyi içeren dışsal ve içsel süreçler olarak tanımlanmaktadır. Bu duygu düzenleme süreçleri duyguların yönlendirdiği, motive etmeye çalıştığı davranışsal süreçlere esneklik sağlamak ve dışsal değişkenlere hızlı bir Şekilde yanıt verebilmek amacıyla davranışsal, fizyolojik ve tecrübelenmiş yanıtlardaki değişiklikleri kapsamaktadır (17).

2.3.3. Duygu Düzenleme Özellikleri

Duygu düzenleme becerileri ruh sağlığının korunmasını, kişinin çalışma hayatında çalışma kapasitesinin belirlenmesini, kişilerarası ilişkilerde işlevselliğin iyi olmasını sağlamaktadır (136). Duygusal ifadelerin anlamı ve birey tarafından anlamlandırılması duygusal dışavurumların farklı olmasını sağlamaktadır. Duygu düzenleme kapasitelerinin değişkenliği bireysel farklılıklardan kaynaklanabilmektedir. Duygu düzenleme süreçleri bebek dünyaya geldiği anda başlamaktadır ve bebeğin anneden ayrılmaya başladığı dönem duygu düzenleme becerilerinin yapılandırılması açısından önemli bir aşamadır. Bireyin mizacı, doğuştan getirdiği özellikleri, yaşamın erken dönemlerinde kendi başına duygu düzenleyebilme kapasitesi, akran ilişkileri duygu düzenleme becerileriyle yakından ilişkilidir (17).

Nörofizyolojik olgunlaşma, duygusal benlik gelişimine katkı sağlamaktadır. 1 yaşına kadar adrenokortikal ve parasempatik aktivite duygu düzenleme sürecinde görev almaktadır. Bebeğin 2-4 aylık olduğu dönemde yenidoğan refleksleri kademeli olarak baskılanmakta, düzenli uyku ve uyanıklık kalıpları ortaya çıkmakta, gülümseme, huzursuzlukta azalma, koşullu uyaranlara karşı tepki verme gibi duygusal değişiklikler oluşmaya başlamaktadır. 9-10 aylık bebekte frontal lob aktivitesindeki gelişimsel değişiklikler tepki eğilimleri üzerinde engelleyici kontroller oluşturmaktadır (137). Bebeklik döneminde bebeğin sıkıntılı olduğu durumlarda bakımverenin hızlıca, sevgi ve şefkatle bebeği sakinleştirebilmesi bebeğin duygu düzenleme becerilerinin gelişimine ve temel güven duygusunun oluşumuna zemin hazırlamaktadır (17). Bebeklik ve çocukluk döneminde istismar ve duygusal ihmale uğramış bireylerde duygu düzenleme süreçlerinde güçlüklerin olduğu görülmektedir (17).

Duygu düzenleme şekilleri çeşitlilik göstermektedir. Duygular bazen kişide yıkıcı ve yıpratıcı bazen de yapıcı ve düzenleyici rol oynayabilmektedir. Bu nedenle duygu düzenleme stratejilerindeki esas zorluk duyguların yıkıcı ve yapıcı özelliklerinin farkına varabilmek, duyguların yapıcı taraflarına odaklanıp onları koruyabilmek ve yıkıcı taraflarının etkinliğini sınırlayabilmektir (138). Olumsuz duyguyu azaltabilme kapasitesi yeterli birey, duygu düzenleme kapasitesi yüksek birey anlamına gelmektedir (139). Duygu düzenleme kapasitesi yüksek birey, performans odaklı işlerde de başarılı olmaktadır. Duygu düzenleme becerileri, yetkinlik ve benlik saygısının gelişimini sağlamaktadır (17). Ruh sağlığı çalışanları son dönemlerde duygu düzenleme becerilerinin organize davranışın temeli olduğunu düşünmektedir. Duygu düzenleme süreçlerinde mizaç farklılıklarının da önemli bir yeri olduğu düşünülmektedir (140). Kalıtsal olarak doğumla getirilen olumlu mizaç değişiklikleri (pozitif ve negatif affektif belirgin olan) yetiştirilme tarzıyla desteklendiklerinde duygu düzenleme kapasiteleri yüksek bireyler oluşmaktadır (141). Duygu düzenleme stratejilerindeki bireysel farklılıkların bireyin deneyimleriyle ve fizyolojik yanıt verebilme düzeyleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (18,142). Duygu düzenleme kontrolünde olumsuz duyguların düzenlenmesi, ruminasyon-dikkat dağıtma, yapıcı düşünme, iyimserlik, dürtüsellik, davranışsal engellenebilme, kısıtlanabilme, duygu dışavurumundaki ambivalans,

hazrı erteleyebilme, aleksitimi, bilinçli farkındalık, savunma mekanizmaları düzenekleri, ego kontrolü, duygusal zeka bileşenleri rol oynamaktadır (18).

Duygu düzenleme stratejisi aşamaları, bilinçli kontrollü veya bilinçdışı otomatik şekillerde olabilmektedir (20). Duygu düzenleme süreçleri multifaktöriyeldir ve bu süreçlere eşlik eden dinamik faktörler de farklılık gösterebildiğinden duygu düzenleme sürecinin kompleks bir yapısı olduğunu söyleyebiliriz. Duygu düzenleme süreçleri ayrıca çift ilişkisinde de önemli rol oynamaktadır (19). Duygu düzenleme kapasitesi yüksek bireylerin çift uyumları da yüksek olmaktadır (20).

Duygu düzenleme süreç modelinin bileşenleri arasında davranışsal aktiviteler, duyguları kategorize edebilme (135), duygu düzenleyici eylemlere neden olan süreçleri inceleyebilmek bulunmaktadır. Duygu düzenleme stratejileri 2 grupta incelenebilir. Birincisi duygu oluşmadan ve davranışsal veya fizyolojik tepki vermeden önce görülen öncül odaklı duygu düzenleme stratejileri, ikincisi duygu oluşup davranışsal veya fizyolojik tepki verildikten sonra görülen yanıt odaklı duygu düzenleme stratejileri şeklindedir (20). Duygu düzenleme süreci 5 kısımdan oluşmaktadır. Bunlar; durum seçimi, durum dönüştürülmesi, dikkati verme, bilişsel değişim, yanıt modülasyonu şeklindedir (20). Bunlardan durum seçimi, durum dönüştürülmesi, dikkati verme, bilişsel değişim öncül odaklı duygu düzenleme stratejisiyken; yanıt modülasyonu ise yanıt odaklı duygu düzenleme stratejisidir.

2.3.4. Duygu Düzenleme Mekanizmaları

Gross ‘Duygu Düzenleme Süreç Yönelimli Modeli’ ile duygu düzenleme sürecini 5 kategori halinde incelemektedir.

- ***Durum seçimi (Situation selection):*** Durum seçimi, bireyin durum karşısındaki tecrübelenmiş duyguyu anımsayarak belirli insanlara, yerlere, nesnelere yaklaşmayı veya bunlardan uzaklaşmayı tercih edebileceği duygu düzenleme sürecidir (20). Durum seçimi sürecini anlayabilmek için insanlarda duygu oluşturan durumları bilmek gerekmektedir. Duygulara göre oluşan durum seçimi öngörülebilir veya öngörülemez nitelikte olabilmektedir. Örneğin; utangaç kişiler anksiyetelerini azaltabilmek için uzun vadede sosyal

izolasyona uğrayacaklarını bilseler dahi kısa vadede sosyal ortamlardan kaçınmayı tercih etmektedir (20).

- ***Durum dönüştürülmesi (Situation modification):*** Dışsal faktörlerin düzenlenip yeni dışsal faktörlerle değiştirilmesi sonucu kişide duygu oluşumunun ve o duyguya verilecek yanıtın değiştirilebilmesinin hedeflendiği duygu düzenleme sürecidir. Örneğin; bireyin kendini rahatsız hissettirebilecek bir arkadaşının bulunduğu ortama girerken samimi olduğu bir arkadaşından yanında olmasını isteyebilmesi gibi mevcut durumda değişiklik yapıp oluşabilecek duygu yanıtını değiştirmenin hedeflendiği duygu düzenleme sürecidir (20).
- ***Dikkatte yayılma (Attentional deployment):*** Bireyin dikkatini duygu oluşabilecek veya yoğun duygu yanıtı oluşturabilecek durumdan uzaklaştırması, başka noktalara yönlendirmesi, durumun hangi yönünü seçeceğine odaklanması şeklinde tanımlanabilir. Duygu düzenleme sürecinde dikkati durumun duygusal olmayan kısımlarına odaklayabilir, duruma gösterilebilecek duygu yanıtını azaltabilmek için dikkati durumdan uzaklaştırabilir veya dikkat odağını değiştirebilir (20). Aksi şekilde de dikkati duygu tetikleyicilerine odaklamak için de kullanılabilir. Bu duygu düzenleme sürecinde, ruminasyon aktif olarak kullanılmakta ise yönlendirilmiş dikkati duygulara ve duygu yanıtlarına daha fazla yöneltebilir. Örneğin; depresif bozuklukta ruminasyon sıklıkla kullanılmaktadır. Bu durum, kişinin olumsuz duygulara daha fazla odaklanmasına ve depresif belirtilerinin şiddetlenmesine sebep olmaktadır (20). Hayal edilen durumları seçebilmek veya durumları değiştirebilmek amacıyla da kullanılabilir. Dikkat odağını değiştirme stratejileri dikkati başka yöne çevirme, konsantrasyon, ruminasyon şeklinde gruplandırılabilir.
- ***Bilişsel değişim (Cognitive change):*** Bireyin deneyimlerinden çıkarımları neticesinde duygularını göz önüne alarak durumun kendisindeki önem ve anlamını, kendinde oluşabilecek duygulara neden olan bilişsel süreçleri gözden geçirip değerlendirebildiği duygu düzenleme sürecidir (20).
- ***Yanıt modülasyonu (Response modulation):*** Yanıt modülasyonu duygular oluşuktan sonra kişinin fizyolojik, deneyimsel veya davranışsal tepkileri değerlendirip düzenleyebileceği duygu düzenleme sürecidir. Örneğin; bireyin

öfkeli hissettiği durumlarda nefes egzersizi yöntemiyle öfkesini azaltabilmesi, duygusal yanıtı değiştirerek duygunun bireydeki etkinliğini azaltabilmesi ve duygu düzenleme sürecini yönetebilmesi şeklindedir (20).

2.3.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme süreçlerinde yaşanan güçlükler ruhsal hastalıkların klinik seyrinde büyük önem taşımaktadır. Duygular, kişilerin bilgileri ve olayları kayıt hafızasına alabilmesinde ve işlemlendirebilmesinde kişilere kaynak oluşturabilmektedir (143). Cicchetti'ye göre duygu düzenleme güçlüğü, duygu düzenleme sürecinin gelişimsel özelliklerini yerine getirememe ve duyguların diğer işlemlerle entegrasyon sürecinde zorluklar yaşama olarak tanımlanmaktadır (144). Izard'e göre duygu düzenleme güçlüğü, duygusal deneyim ve duygulanım ifadesindeki kontrol zayıflığı olarak tanımlanmaktadır (145). Jakupcak'e göre ise saldırgan davranışların duygu düzenleme güçlüklerinin birer ifadesi olduğu şeklindedir (146).

Gratz ve Roemer tarafından duygu düzenleme güçlüğü geniş kapsamlı şekilde alt bileşenlerle tanımlanmaktadır (147). Bu alt bileşenler “farkındalık”, “açıklık”, “kabullenmeme”, “dürtü”, “amaçlar”, “stratejiler” olmak üzere 6 kategoriden oluşmaktadır.

- **Farkındalık:** Duygusal farkındalık olarak da tanımlanabilmektedir. Kişide duygu oluştuğunda duygularını kabul edememe ve duygularını anlayamama şeklinde tanımlanmaktadır.
- **Açıklık:** Kişide duygu oluştuğunda bu duyguyu anlayamaması ve oluşan duygunun ne olduğunu bilememesi şeklinde tanımlanmaktadır.
- **Kabullenmeme:** Kişide olumsuz duygu oluştuğunda bu duyguya yönelik olumsuz duygusal tepkiler verme eğilimi veya kişinin olumsuz duygularını kabullenmemesi şeklinde tanımlanmaktadır. Duygu düzenleme sürecinin kabullenmeme kısmında güçlük yaşanması kendine zarar verme davranışıyla ilişkilendirilmektedir.
- **Dürtü:** Kişide olumsuz duygu oluştuğunda dürtülerini ve davranışlarını kontrol etmekte güçlükler yaşaması şeklinde tanımlanmaktadır. Duygu

düzenleme sürecinin dürtü kısmında güçlük yaşanması çift ilişkisinde partneri suistimal davranışıyla ilişkilendirilmektedir.

- **Amaçlar:** Kişide olumsuz duygu oluştuğunda görevlerini ve sorumluluklarını yerine getirememesi ve o anda işlerine konsantre olamaması şeklinde tanımlanmaktadır.
- **Stratejiler:** Kişide olumsuz duygu oluştuğunda duygu düzenleme sürecini gerçekleştiremeyeceği, bu duygunun etkisinden çıkamayacağı, mevcut durumun çözümünün olmayacağına inanması şeklinde tanımlanmaktadır.

2.3.6. Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Psikopatoloji

Duygu düzenleme güçlükleri, son dönemde ruh sağlığı çalışanlarının dikkatini çekmeye başlamıştır ve bu konuda ağırlıklı olarak çalışmalar yürütülmeye başlanmıştır. Ruhsal hastalıkların çoğunun duygu düzenleme sürecinde güçlükler yaşama, olumsuz duygularla baş etmekte zorlanma, olumsuz duygulanımın süreklilik kazanması ve bu duruma kaygının eşlik etmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (130). Yapılan literatür taramasında da ruhsal hastalıklar ve duygu düzenleme güçlükleri arasındaki anlamlı ilişkiyi görebilmekteyiz. Ruhsal hastalıkların klinik seyrinde duygu düzenleme güçlüğü yaşayan hastalarda görülen ana semptomatoloji uygunsuz duygulanım, uzun süreli kaygı hali, duygulanımda daralma ve küntleşme, duygularından kaçınma, duygulanımda görülen ambivalans, bir duygunun sürekli baskın olması veya başka bir duygunun yokluğu ve sürekli olumsuz duygulara odaklanma şeklindedir (130). Anksiyete ve duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkinin dorsolateral prefrontal korteksi de içeren frontolimbik beyin bölgeleri nöral devrelerindeki anormalliklerle bağlantılı olduğu düşünülmektedir (148).

Yapılan literatür taramasında, ruhsal hastalıkların klinik seyrinde duygu düzenleme güçlükleri ile ilgili çalışmaların yürütüldüğü görülmektedir. Bowlby bağlanma kuramına göre, yaşamın erken dönemlerinde güvenli bağlanma stili oluşturamayan kişiler hayatları süresince yakın ilişkileri sürdürmekte zorluklar çekmekte ve duygu düzenleme güçlükleri yaşamaktadır (149). Linehan'ın borderline kişilik bozukluğu hastalarında yaptığı çalışmaya göre, borderline kişilik bozukluğu hastalarındaki temel patolojinin duygu düzenleme sürecinde yaşadıkları güçlükler olduğu ve bunun sonucunda da kendine zarar verme davranışlarının ortaya çıktığı

şeklindedir (148). Sosyal fobi hastalarında sıklıkla görülen sosyal izolasyon, duygusal yoksunluk, bastırma savunma mekanizması kişilere duygu ve düşüncelerini ifade etmelerinin insanlar tarafından olumsuz karşılanacağına ve sosyal ortamlardan kusurlu oldukları için kaçınmaları gerektiğini düşünmelerine neden olmaktadır. Duygularını kabullenememe, duygularını ifade edememe ve kaçınma davranışları duygu düzenleme güçlükleri yaşadıklarının göstergesidir. Ayrıca sosyal fobi hastalarında sıklıkla görülen başarısızlık, yetersizlik, karamsarlık düşünceleri bireyin kendisine ait olumsuz algıdır. Bu olumsuz algı ve olumsuz duygularla baş etmenin zor olabileceği, sosyal fobi belirtilerinin de şiddetlenebileceği beklenen bir sonuç olmaktadır (150). Travma sonrası stres bozukluğu semptomları şiddetli olan kişilerde duygularını kabullenememe, hedefe yönelik olan işlerini yerine getiremememe, olumsuz duygular yaşarken dürtü ve davranışlarının kontrolünü sağlayamama gibi duygu düzenleme güçlükleri de daha fazla olmaktadır (151). OKB hastalarında ise olumsuz duygulanımlarını düzenleyebilmek için genellikle bilişsel yeniden değerlendirme mekanizması kullanılmaktadır. Dorsomedial prefrontal korteks ile amigdala arasındaki yolağın aktivitesinde azalma kaygıyı ve olumsuz duygulanımı düzenleyebilmedeki güçlüklerle ilişkilendirilmektedir (152). OKB hastalarında duygu düzenleme süreçlerinde dorsolateral prefrontal korteks, dorsomedial prefrontal korteks ve amigdala arasındaki yolların aktivitelerinin azalmış olduğu görülmektedir (153). Trikotillomani hastalarında saç yolma davranışıyla duygu düzenleme stratejisi güçlükleri ilişkilidir. Ek tanı olarak depresyonun da bulunması duygu düzenleme güçlüklerini daha da şiddetlendirmektedir (154). Alkol kullanım bozukluğu hastalarında olumsuz duygulara tahammül edebilme becerisi önemlidir. Alkol kullanım bozukluğu hastalarında duygu düzenleme becerilerinin tedavi esnasında alkol kullanımını bırakabilme ve tedavi sonrası alkole tekrar başlama oranlarıyla bağlantılıdır (155). Ayrıca bu hastaların duygu düzenleme sürecinde güçlükler yaşamalarının önemli bir yordayıcısının da çocukluklarında yaşadıkları duygusal ihmal ve istismar olduğu düşünülmektedir (156). Yeme bozukluğu alt tiplerinin hepsinde kontrol gruplarına göre duygu düzenleme sürecinde daha fazla güçlük yaşanmaktadır. Yeme bozukluğu alt tipleri arasında duygu düzenleme süreç güçlüklerindeki önemli farklılık ise dürtü kontrolü aşamasında olmaktadır. Dürtü kontrolünü sağlayabilme konusunda en çok zorlanan yeme bozukluğu alt tipi ise anoreksiya nervoza kısıtlayıcı tip olmaktadır (157).

Kişilik bozukluklarında da duygu düzenleme sürecinde güçlükler yaşanmaktadır. A kümesi kişilik bozukluklarında (şizoid, şizotipal, paranoid kişilik) duygusal netlik ve duygunun farkına varabilme yetisi azdır. B kümesi kişilik bozuklukları içerisinde duygu düzenleme sürecinde en fazla güçlük yaşayan grup borderline kişilik bozukluğudur. Borderline kişilik bozukluğunda olumsuz duygularla baş edememe, kendisinin ve başkalarının duygularını tanımlayamama sebebiyle terk edilmişlik duygusu hakimdir (158). Antisosyal kişilik bozukluğunda da duygusal netlik, duygusal farkındalık ve olumsuz duyguyu düzenleyebilme kapasitesi oldukça düşüktür. Histrionik kişilik bozukluğunda duygusal farkındalık düşük olmaktadır. Narsistik kişilik bozukluğu olumsuz duygusunu kontrol edip düzenleyememektedir. C kümesi kişilik bozukluklarında da duygusal netlik, duygusunun farkındalık, olumsuz duygularla baş edebilme kapasitesi düşüktür ve kendi duygusal deneyimlerini önemsemeyip diğer kişilerin davranışsal tepkileriyle daha çok ilgilenmektedirler (158).

Kadın cinsel isteksizlik/uyarılma bozukluğu hastalarında da duygu düzenleme güçlükleri yaşanmaktadır. Bu hastalar benlik saygısında azalma, utanç, aldatılma korkusu ve kaygı gibi olumsuz duyguları regüle etmekte zorlanmaktadır (159). Bu sebeple kadın cinsel isteksizlik/uyarılma bozukluğu hastalarında ek tanı olarak depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları sık görülmektedir (160).

2.3.7. Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Eretil Disfonksiyon

Cinsel deneyim bilişleri, duyguları ve motivasyonel tepkileri düzenlemeyi içeren bir duygu düzenleme stratejisi gibidir. Duygular cinsel yanıt döngüsünde cinsel istek, uyarılma ve cinsel davranış üzerinde etkilidir. Cinsel ilişkide duyguları düzenleyememe cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir (161,162). Duygu tanıyabilme yetisi, özellikle iletişimin zayıf olduğu ilişkilerde partnerin cinsel tatminini fark edebilmekte önemli hale gelmektedir (163). Duygu düzenleme güçlükleri cinsel sağlığın bozulması, cinsel yanıt döngüsündeki zorluklar ve cinsel tatminsizlik ile ilişkilidir (164). Cinsel yaşamın önemli bileşenleri arasında olumsuz duygulanımı düzenleyebilme, duyguları tanımlayabilme ve duyguları partnere iletebilme bulunmaktadır. Cinsel işlev bozukluklarından biri olan ED hastalarında öfke ve mutsuzluk duygularını ifade etmekte zorluklar yaşanabilmektedir (21).

Psikojenik ED hastalarında olumsuz duygularla baş etme güçlükleri arttıkça ED şiddeti de artmaktadır. Nörodavranışsal modele göre, amigdala aktivasyonu görsel uyarının erotik uyarın şeklinde işlemlendirilmesinde görevlidir. Amigdalanın hem duygu düzenleme sürecinde hem de cinsel davranışlar üzerinde etkinliği bulunmaktadır (22). Prefrontal korteks ve amigdala arasındaki yolağın anormal aktivitesi sonucu, ED şiddeti artmakta ve olumsuz duyguları regüle etmekte güçlükler yaşanmaktadır (165).

Cinsel ilişki esnasında olumlu duygular cinsel tatmin yüksekliği ile ilişkililiken; korku, performans kaygısı, iğrenme cinsel istek ve uyarılmayı engellemektedir. Aksi şekilde de cinsel etkileşimlerde olumsuz duygulardan biri olan ruminasyonlar duygu düzenleme sürecini, cinsel sağlığı ve cinsel doyumunu olumsuz etkilemektedir (166). Duygusal bastırma mekanizmasını sık kullanan erkeklerde depresyon, cinsel ilişki doyum azlığı, uyarılma bozuklukları, cinsel isteksizlik daha sık görülmektedir. Duygu düzenleme süreçlerinde güçlük çekmeyen bireylerde depresyon, anksiyete ve ikili çatışma oranları azalmakta, ilişki doyumunu ve cinsel istek ise artmaktadır (160).

Duygu düzenleme güçlükleriyle seyreden ruhsal bozukluklardan biri ise cinsel işlev bozukluklarıdır. Duygu düzenleme güçlükleri cinsel sağlık sorunlarına ve anksiyete duyarlılığına yatkınlık oluşturmaktadır (167). Duygu tanıyabilme yeteneği arttıkça iletişim ve çift uyumu artmakta, partnere karşı önyargılı olma azalmaktadır (163). Cinsel istek ve uyarılma duygu düzenleme kapasitesi düşüklüğüyle beraber olduğunda performans kaygısı ve cinsel engellenmeye eğilim ile ilişkilendirilmektedir (168). Duygu odaklı başa çıkma stratejileri, cinsel işlev bozuklukları ve duygudurum bozukluklarında bütüncül tedavi aracı olarak kullanılabilir. Duygu odaklı başa çıkma stratejileri, çift ilişkisinin duygudurum üzerine etkilerini düzenlemektedir (169). Partnerlerin duygu düzenleme becerileri ve olumsuz duygulara katlanabilme yetileri çift uyumu, iletişim problemleri ve ilişki belirsizlikler açısından önemlidir (170).

Bilinçli farkındalık düzeyleri yüksek çiftlerin cinsel uyumları ve duygu düzenleme becerileri de iyi olmaktadır. Farkındalık temelli yaklaşımlar duygu düzenleme kapasitesini artırmaya, anda kalabilmeye, herhangi bir duyguyu bastırmamaya, müdahaleci ve kontrol edilemeyen düşünceleri düzenlemeye yardımcı

olmaktadır. Duygu düzenleme teknikleri, cinsel etkileşim bağlamlarında da duygusal kontrolü kolaylaştırabilmektedir (171). Çiftlerin cinsel problemlerinin kaynağı duygusal hayatları olabilmektedir ve bireylerin duygu düzenleme becerileri üzerinden eğitimi duygulanımla alakalı cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde kullanılabilir (172). Pawlowska ve arkadaşları yapmış oldukları çalışma ile dikkat dağıtımı, bilişsel yeniden değerlendirme ve yanıt modülasyonu ile ilgili duygu düzenleme süreçlerindeki becerilerin geliştirilmesinin cinsel uyarılma (ereksiyon) gibi cinsel hastalıkların tedavisinde faydalı olabileceğini önermektedir (171).

2.4. Çift Uyumu

2.4.1. Çift Uyumu Tanımı

Cinsel işlev bozuklukları değerlendirme sürecinde çift uyumunun önemli bir yeri bulunmaktadır. Çiftlerde yapılan çalışmalarda konu evlilik uyumu iken son yıllarda evli olmayan çiftler için de Spainer ve Cole tarafından çift uyumu kavramı geliştirilmiştir. Spainer'a göre çift uyumu çiftlerin gündelik yaşantılarına ve yeniliklere uyum sağlayabilme yetenekleri, ilişki süresince birbirlerine uyumlu şekilde değişim gösterebilmeleri olarak tanımlanmaktadır. Spainer çift uyumunun önemli bileşenlerinin ilişki memnuniyeti, çift fikir birliği, ikili uyum, sevgiyi ifade edebilme yetisi olduğunu düşünmektedir (23).

2.4.2. Çift Uyumu ile İlgili Yaklaşımlar

Çift uyumunun yüksek olması çiftler arası güven duygusu, bağlılık, gündelik işlerde eşitlik anlayışıyla hareket edebilmek, yeterli ve etkili iletişim stili, ilişki doyumu ve empati yapabilme yeteneği ile ilişkilidir (173). Çiftlerin gereksinimlerinin benzerliği arttıkça çift uyumu da artmaktadır (174). Empati yapabilme yeteneği, çift ilişkisinin niteliğiyle ilişkilidir ve cinsiyetler arası farklılık gösterebilmektedir (175). Çift ilişkisinde cinsiyete göre oluşan bir diğer farklılık ise cinselliktedir. Erkek cinsiyet duygusal yakınlığı artırabilmek amacıyla cinselliği bir araç olarak kullanmakta, kadın cinsiyet ise cinsel ilişki için duygusal yakınlığın olması gerektiğini düşünmektedir (176). Çift ilişkisinde cinsel doyum ise erkek

bireyin partnerinin isteklerini anlayabilmesine ve cinselliklerinde uyum içerisinde hareket edebilmesine bağlıdır (24).

Çiftleri sınıflandırılacak olursak canlı, geleneksel, uyumlu, uyumsuz olarak 4 sınıfa ayrılabilir. Canlı çiftler iletişim becerileri gelişmiş, ilişkide duygusal ve cinsel doyumları yüksek, genel olarak birbirleriyle uyumlu olan çiftlerdir. Geleneksel çiftler, ilişki doyumları düşük olan ancak ayrılma ve boşanma düşüncesi ise en az olan çiftlerdir. Uyumlu çiftler etkileşim içerisinde bulunabilen, her konuda fikir birliğine varabilen, aralarında sorun olduğunda çözümlenebilen çiftler olarak tanımlanabilir. Uyumsuz çiftler ise gerginlik yaşayan ve boşanma düşüncesi fazla olan çiftlerdir. (177). Çiftlerin mutluluğu birbirlerinden beklentilerinin karşılanmasıyla, evlilikte ilişki doyumunu ise çiftlerin arasındaki uyumun yüksek olması ile sağlanmaktadır (173). İlişki doyumunu, çift ilişkisinin her alanında hissedilen bireysel hoşnutsuzluk ve mutluluk duygularıdır (175). İlişki doyumunu ve çift uyumunu yüksek olan bir evlilikte cinsel doyum zorunlu bir ön koşul olmamakta, cinsel ilişki doyumunu yüksek olan çiftler ilişki doyumunu yüksek olan çiftler anlamına gelmemektedir. Tedavi arayışında olan CİB çiftlerinde partnerler arası karşılıklı saygının bulunduğu, çiftlerin birbirlerine esnek ve paylaşımcı davrandıkları, davranışlarının sorumluluğunu alabildikleri gözlenmektedir. CİB olan kadınlar, cinsel terapidenden aile terapisine göre daha fazla fayda görmektedir (178).

Depresif semptomatoloji çiftlerin olumsuz davranış paternlerini tetikleyebilir, sorun çözme yetilerindeki olumsuzlukları artırabilir, bireylerin evlilikleri hakkında olumsuz düşüncelerine sebep olabilir (179). Bireylerin ilişki sorunlarını çözebilme yetileri yaşamsal stresörlerden etkilenmekte ve çift uyumunu da etkilemektedir. Uyum sağlayıcı sorun çözme becerilerini sosyal yaşamlarında aktif kullanan bireylerin uyum becerileri artmakta ve evlilik uyumlarını da artırmaktadır. Uyum sağlayıcı sorun çözme yetisi olmayan birey, partnerini suçlayıcı davranabilir ve öfkesini kontrol etmekte güçlük çekebilir. Çift uyumundaki en önemli bileşen sağlıklı etkileşim ve uygun iletişim dili kullanabilmektir. Çiftlerden birinin yaşamsal stresörü olduğunda partnerinde hata arama düşüncesi artmakta, öfkesini kontrol etmekte güçlük çekmekte ve kendini mutsuz hissetmektedir. Bu durum, çiftler arasındaki iletişimin ve duygusal paylaşımın azalmasına neden olmaktadır (180).

Olumlu duygular, ilişki doyumu, partner bağlılığının azalması aşkın kaybolmasına; aşkın kaybolması da ilişkinin bitmesine yol açmaktadır. İlişkinin bitiş sebepleri genellikle ilişkide yaşanan mutsuzluk duygusu ve duygusal tatminsizlik olmaktadır (181). Duyguların ifade edilememesi ve aidiyetin partnere hissettirilememesi çift uyumsuzluğunun sebeplerindendir (182). Yapılan bazı çalışmalara göre, CİB çift ilişkisindeki problemlere sekonder olarak ortaya çıkmaktadır. Çift uyumu bozuk olan çiftlerde cinsellik çift ilişki dinamiğinde yaşanan çatışmaların taşındığı bir araç ve sorunların birer ifadesi olarak kullanılabilir (26).

2.4.3. Çift Uyumu ve Eretil Disfonksiyon

ED partnerleri cinsel sorunlarını yalnızca partnerleriyle konuşabilmekte ve diğer insanlarla paylaşmamaktadır (183). Her iki taraf da cinsel sorunlarını açık şekilde konuşmanın faydalı ve önemli olabileceğini düşünmektedir (184). İlişkide cinsel yaşamı canlı tutabilmek adına partnere olumlu geri bildirimler vermek ve yeniliklere açık olmak önemlidir. Bu gereksinimler karşılanmadığında partnerler cinselliğe olan ilgilerini kaybedebilmektedir (25).

Tedavi başvurusu olmayan ED hastalarının %34'ü partnerleri isterse doktora gitmeye istekli olduklarını bildirmişlerdir. ED partnerlerinin %42'si doktora gitmeleri için ED hastalarını teşvik etmektedir. Yine ED partnerlerinin %33'ü tedavide iş birliği yapmak istediklerini belirtmektedir (184). ED olan erkeklerin doktor başvuruları genellikle tek başlarına olmaktadır. ED partneri tedavi sürecine dahil edilmek istenildiğinde çoğu partner tedavi sürecine katılmak istememektedir (25). Bu partnerlerin bir kısmı cinsel işlev bozukluğunun cinsel dengeyi sağlayabileceğini düşünmektedir. ED olan erkeğin ereksiyon işlevinin iyileştirilmesi ve cinsel aktivite sıklığının artması bazı kadınları hoşnut etmeyebilir (185). ED partneri tedaviye dahil edildiğinde ise çiftin tedavi uyumu artmaktadır (25). ED partnerlerinde de yüksek oranda CİB olabileceği düşünülmektedir ve yapılan araştırmalar da bu görüşü destekler niteliktedir (27). ED partnerlerinde görülen cinsel işlev bozuklukları ise cinsel isteksizlik ve orgazm bozuklukları başta olmak üzere uyarılma bozuklukları ve disparoni şeklindedir (27).

ED partnerleri, ED oluştuktan sonra herhangi bir cinsel etkinlikte bulunmamakta ve fiziksel yakınlıkta bulunmaktan bile kaçınmaktadır (25). ED sonrası, ED partnerinde cinsel dürtülerde azalma görülmektedir (184). ED olan erkeklerin sadece %10'u son bir ay içerisinde partneriyle öpüşmüş ve çiftlerin sadece yarısı son iki buçuk yıl içerisinde cinsel aktivitede bulunmuştur (25). Çiftlerde cinsel birleşme sıklığı ve sevgiyi ifade etme miktarları azalmaktadır. ED olan erkekte performans anksiyetesi ve başarısızlık korkusuyla oluşan kaçınma davranışları her türlü fiziksel yakınlıktan uzaklaştırmaktadır. Erkek bireyin bu kaçınma davranışları, kadın partnerin çekici olmadığını ve cinsel işlev bozukluğundan kendilerinin sorumlu olduklarını düşünmelerine sebep olur. Bu kadınlar kendilerini reddedilmiş ve duygusal olarak tatminsiz hissetmektedir. Bunun sonucunda ED partnerinin benlik saygıları azalmakta, ED hastalarına öfkeleri artmakta, ED hastaları tarafından istenmediklerini düşünüp kendilerinde sorunlar aramaya başlamakta ve fiziksel yakınlık düzeylerinin eskisi gibi olmadığını düşünmektedirler (183). Çiftler arasında fiziksel mesafe artıp yakın temas miktarı azaldıkça da tek başına farmakoterapötik yaklaşımlar cinsel birliktelik oluşabilmesinde yeterli olamamaktadır (25). ED ve partnerlerinde yapılan çalışmalarda, ED partnerleri fiziksel yakınlıktan ve cinsel aktivitenin en çok ön sevişme kısmından hoşlandıklarını belirtmektedir. Cinsel yaşamın iyilik hali ise yalnızca cinsel birleşmeden ibaret olmamaktadır, özellikle kadın için ön sevişme ve cinsel birliktelik sonrası gösterilen davranış paterni daha önemli olabilmektedir (183).

ED olan erkeklerde tedaviyi bırakma oranları yüksek olmaktadır. Tedaviyi bırakma sebepleri ise motivasyonun düşük olması, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, kadın partnerin psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması, partnerler arası iletişim miktarının kısıtlı olması, kadının cinsel ilişki memnuniyetinin az olması şeklindedir. Tedavi öncesinde çiftler arası iletişimin kuvvetli olması, genel cinsel uyumlarının iyi olması, kadın partnerin cinselliğe ilgisinin olması, verilen ev ödevlerine çift katılımının yüksek olması tedavi başarısını artırmaktadır. Cinsel terapi sürecinde çiftlerde olumlu duygularda artma, olumsuz duygularda azalma gözlenmektedir (28).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örnekleme ve Prosedür

Çalışmamızın amacı ED hastalarında ve partnerlerinde sağlıklı kontrol grupları ve partnerlerine göre aleksitimi düzeyleri, duygu düzenleme güçlüğü ve çift uyumu açısından farklılık olup olmayacağını değerlendirilmesidir.

Çalışmamızın hasta grubunu Ankara Şehir Hastanesi üroloji polikliniklerine Kasım 2021 ve Mayıs 2022 tarihleri arasında tedavi amacıyla başvurup tarafımıza yönlendirilen, DSM-5'e göre yapılan klinik değerlendirmede 'Eretil Disfonksiyon' tanısı alan, eretil disfonksiyon etiyolojisinde organik etiyoloji saptanmayan ve çalışmaya katılmayı kabul ederek aydınlatılmış onam formunu imzalayan, en az 6 ay süreli birliktelikleri olan 55 erkek hasta ve cinsel partneri oluşturmaktadır. Hastaların her biri partneriyle birlikte değerlendirilip başka psikiyatrik ek tanı almamış ve cinsel işlev bozuklukları tanıları dışlanmış primer psikojenik eretil disfonksiyon hastalarıdır. Çalışmaya toplamda 55 hasta dahil edilmiştir. Çalışmanın sağlıklı kontrol grubunu ise sosyodemografik açıdan hasta grubuyla eşleştirilmiş, yapılan klinik görüşmeye göre DSM-5 cinsel işlev bozuklukları tanısı olmayan, cinsel partneriyle en az 6 ay süreli birliktelikleri olan, cinsel olarak aktif durumda olan 54 gönüllü erkek ve cinsel partneri oluşturmaktadır.

Tez çalışmamız, Ankara Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03/11/2021 tarih ve 2083 sayılı toplantısında değerlendirildi ve etik ilkelere uygun olduğuna oybirliğiyle karar verildi (Sayı: E1-21-2083). Çalışmalar, Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde gerçekleştirildi.

Her katılımcıya sosyodemografik veri formu doldurtuldu. Eretil disfonksiyon hastasına ereksiyon işlevini değerlendirebilmek amacıyla 5 sorudan oluşan IIEF-5 anket formu, aleksitimi düzeyini belirleyebilmek için TAÖ-20 ölçeği, duygu düzenleme güçlüğüne değerlendirebilmek için DDGÖ-16 ölçeği, çift uyumunu değerlendirilebilmek için YÇUÖ, anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirebilmek için BAÖ ve BDÖ, çiftler arası cinsel ilişki doyumunu değerlendirilebilmek için GRCDÖ erkek formu karşılıklı görüşme yolu ile doldurtuldu. ED cinsel partnerine TAÖ-20, DDGÖ-16, YÇUÖ, BAÖ ve BDÖ,

GRCDÖ kadın formu karşılıklı görüşme yoluyla doldurtuldu. Kontrol grubunda bulunan sağlıklı gönüllü erkeklere İİEF-5 anket formu, TAÖ-20, DDGÖ-16, YÇUÖ, BAÖ ve BDÖ, GRCDÖ erkek formu karşılıklı görüşme yolu ile doldurtuldu. Kontrol grubu cinsel partneri olarak araştırmamıza dahil edilen gönüllü kadınlara TAÖ-20, DDGÖ-16, YÇUÖ, BAÖ ve BDÖ, GRCDÖ kadın formu karşılıklı görüşme yoluyla doldurtuldu.

3.2. Araştırma Dahil Edilme Kriterleri

Psikojenik erektil disfonksiyon hastalarının araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- DSM 5'e göre erektil disfonksiyon tanı kriterlerini karşılamak,
- 18-60 yaş arasında olmak,
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- Okuma yazma biliyor olmak,
- Düzenli cinsel partnerinin olması (Aynı partnerle en az 6 ay süre ile ilişki)

Araştırmaya dahil edilecek olan sağlıklı gönüllü erkeklerin dahil edilme kriterleri:

- 18-60 yaş arasında olmak,
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- Okuma yazma biliyor olmak,
- Düzenli cinsel partnerinin olması (Aynı partnerle en az 6 ay süre ile ilişki)

Araştırmaya dahil edilecek olan cinsel partnerler için dahil edilme kriterleri:

- 18-60 yaş arasında olmak,
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- Okuma yazma biliyor olmak,
- Düzenli cinsel partnerinin olması (Aynı partnerle en az 6 ay süre ile ilişki)

3.3. Araştırma Dışı Bırakılma Kriterleri

Araştırmada dışlanma kriterleri:

- Aktif psikotik bulguya sahip olmak,
- 18-60 yaş aralığının dışında olmak,

- Klinik olarak komorbid psikiyatrik hastalıkların varlığı (mental retardasyon veya demans olması, alkol veya psikoaktif madde etkisinde olmak, psikotrop tedavi almak),

- DSM 5'e göre anksiyete bozukluğu ve depresyon tanısı almış olmak,

- Geçmişte suisid öyküsünün olması, muayenede aktif suisid düşüncesinin olması,

- Kronik, kontrolsüz genel tıbbi durumlar,

- Erektile disfonksiyon etiyolojisinin organik neden olması,

- DSM 5'e göre erkekler için ED dışında diğer cinsel işlev bozuklukları tanı kriterlerini karşılamak, kadınlar için aktif cinsel işlev bozukluğu tanısı almış olmasıdır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada katılımcıların sosyodemografik veri özelliklerini ve cinsel yaşamlarıyla ilgili bilgilerini değerlendirebilmek amacıyla Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, ereksiyon işlevinin değerlendirilmesi amacıyla Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeksi Ölçeği (IIEF-5), klinik değerlendirme amacıyla DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV), cinsel işlev ve cinsel doyum düzeyinin değerlendirilmesi için Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), aleksitimi düzeylerinin değerlendirilmesi için Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), duygu düzenleme güçlüğüne değerlendirilmesi için Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16), çift uyumunun değerlendirilmesi için Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği (YÇUÖ), anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi için Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır.

3.4.1. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV)

DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV), DSM-5 tanı kılavuzuna göre tanı koyabilmek için yapılandırılmış görüşme kılavuzudur. 2015 yılında First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (186). Türkçe geçerlilik ve

güvenilirlik çalışmaları Aydemir ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmıştır (187).

3.4.2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Katılımcıların sosyodemografik bilgilerini, cinsel yaşamlarını, erektil disfonksiyon tanı ve tedavi sürecini, çift ilişkisini, sigara ve alkol kullanımını incelemek için hazırlanmıştır. Form, toplamda 25 sorudan oluşmaktadır. Soruların bir kısmı açık uçlu bir kısmı da kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır. Ayrıca ED partnerinin, kontrol grubu ve partnerinin de sosyodemografik bilgilerini, cinsel yaşamlarını, çift ilişkisini, sigara ve alkol kullanımını incelemek amacıyla 21 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu düzenlenmiştir.

3.4.3. Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi Ölçeği (IIEF-5)

Ereksiyon işlevini değerlendirebilmek için Rosen tarafından 5 sorudan oluşturulan ölçektir (188). Ölçek; cinsel istek, ilişki memnuniyeti, cinsel işlev, orgazm işlevi, memnuniyet konularını değerlendirmektedir. Ayrıca ölçek ED şiddetini de kategorize edebilmektedir. 5-7 puan arası şiddetli ED, 8-11 puan arası orta dereceli ED, 12-16 puan arası hafif-orta dereceli ED, 17-21 puan arası hafif ED, 22-25 puan arası ise ED olmadığı şeklinde kategorize edilmektedir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması Turunç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (189).

3.4.4. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)

Golombok ve Rust tarafından 1986 yılında 28 maddeden oluşan, kadın ve erkek için ayrı ayrı formları düzenlenmiş, cinsel fonksiyonları değerlendirebilmek için geliştirilmiş bir ölçektir. Kadın ve erkek formlarında 5 tanesi ortak olan 7 alt bileşen bulunmaktadır. Ortak olan alt bileşenler; kaçınma davranışları, dokunma, cinsel doyum, cinsel ilişki sıklığıdır. Kadında vajinismus ve orgazm bozukluğuna, erkekte erektil disfonksiyon ve erken boşalmaya yönelik alt bileşenler bulunmaktadır. Ölçek değerlendirmesinde hem alt boyutlar hem de toplam boyutlar değerlendirilebilmektedir. Yüksek puanlar alt bileşendeki bozulmayı ifade

etmektedir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Tuğrul ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (190).

3.4.5. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Taylor ve arkadaşları tarafından 1994 yılında 20 maddeden oluşan aleksitimi düzeylerini değerlendirebilmek için geliştirilmiştir (191). Likert tipidir, her madde 1-5 arası puanla değerlendirilmektedir. Ölçeğin kesme puanı 51 puandır. 52-60 puan arasının aleksitimi olabileceği, 61 puan üzerinin ise aleksitimik bireyler olduğu kabul edilmektedir. Aleksitimi şiddeti puan yüksekliğiyle doğru orantılıdır. Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması 2009 yılında Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (192). Ölçeğin TAÖ-1, TAÖ-2, TAÖ-3 olmak üzere 3 alt ölçeği bulunmaktadır.

TAÖ-1: Duyguları fark edebilme ve tanımlayabilmede güçlük

TAÖ-2: Duyguları sözel ifade edebilmede ve duyguları bedensel duyumlardan ayırt edebilmede yaşanan güçlük

TAÖ-3: Dışa dönük bilişsel yapıda düşünme şeklindedir (191).

3.4.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ-16)

Gratz ve Roemer tarafından 2004 yılında 16 maddeden oluşan kısa form şeklinde geliştirilmiştir. Bu alt bileşenler “farkındalık”, “açıklık”, “kabullenmeme”, “dürtü”, “amaçlar”, “stratejiler” şeklindedir. Ölçek, 1 (Hiçbir zaman) ve 5 (Her zaman) olmak üzere 1’den 5’e kadar numaralandırılan 5 seçeneqli likert tipindedir. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır; ancak duygu düzenleme güçlüğü puan yüksekliğiyle doğru orantılıdır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2017 yılında Yiğit ve arkadaşları tarafından düzenlenmiştir (193).

3.4.7. Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği (YÇUÖ)

Çift uyum ölçeği, 1976 yılında Spainer tarafından 32 madde halinde düzenlenmiştir (23). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fışiloğlu ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılmıştır (194,195). Ölçek, 1995

yılında Busby ve arkadaşları tarafından 32 maddeden 14 maddelik formuna indirgenip yeniden düzenlenmiştir (196). Yenilenmiş çift uyum ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2017 yılında Bayraktaroğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (197). Bayraktaroğlu ve Çakıcı tarafından yapılmış ölçeğin faktör analizleri sonucu 1., 2., 3., 4., 5., 6. maddeleri uzlaşım faktörü; 7., 9., 11., 12., 13. maddeler doyum faktörü; 8., 10., 14. maddeler görüş birliği faktörü ile ilişkilidir. Ölçeğin 7., 8., 9., 10. maddeleri ters puanlanmaktadır. Uzlaşım faktörü; dini konular, muhabbet, sevgi gösterme, temel kararların alınması, cinsel yaşam, geleneksellik, mesleki kararlar konularında düşünce benzerlik oranıdır. Doyum faktörü içerisinde ilişkiyi bitirme tartışması sıklığı, evlilikten pişmanlık duyma, etkinliklere birlikte katılım oranı, teşvik edici fikir alışverişi sıklığı, birlikte bir iş üzerinde çalışabilme konuları bulunmaktadır. Görüş birliği faktörü içerisinde münakaşa sıklığı, birbirine sinirlenme sıklığı ve sakince bir şeyler hakkında tartışabilme sıklığı bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 70 puandır ve yüksek puanlar ilişki kalitesi ile pozitif koreledir (197).

3.4.8. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında anksiyete belirtilerini değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiştir. 21 maddeden oluşan dördümlük likert tipidir. 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır, toplam puan 63 puandır. 8-15 puan aralığı hafif düzeyde anksiyete, 16-25 puan aralığı orta düzeyde anksiyete, 26-63 puan aralığı ağır düzeyde anksiyete olarak belirlenmektedir (198). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (199). Anksiyete şiddeti puan yüksekliğiyle doğru orantılıdır.

3.4.9. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck tarafından 1961 yılında depresyon semptomatolojisini ve şiddetini ölçmek için düzenlenmiş olan bir ölçektir (200). Ölçek dördümlük likert tipidir ve 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme puanı 17 puandır. Depresyonun şiddeti alınan puan ile doğru orantılıdır. 0-9 puan arası depresyonun olmadığı, 10-16 puan arası hafif düzeyli depresyon, 17-24 puan arası orta düzeyli depresyon, 25 puan ve üzeri şiddetli depresyon lehinedir.

Ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 1988 yılında Hisli ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (201).

3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmamızda istatistiksel analizler SPSS 23.0 (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı) kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama (\pm) standart sapma, kesikli değişkenler için ise frekans ve yüzde olarak verilmiştir. İkili karşılaştırmalarda normal dağılım özelliklerini karşılayan değişkenler Student t test ile, karşılamayanlar ise Mann-Whitney U test ile karşılaştırılmıştır. Kesikli değişkenler arası karşılaştırmalar ise Ki-Kare testi ile yapılmıştır. Değişkenler arasındaki korelasyonlar Pearson ya da Spearman testi ile değerlendirilmiş olup bu korelasyonlar ve teorik bilgi dikkate alınarak değişkenler arasındaki ilişkiler modellenmiştir. Tüm analizlerde istatistiksel eşik değer olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Erektile disfonksiyon grubu ve sağlıklı kontrol grubu sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

			Hasta	Kontrol	p
Medeni hal	Bekar	n (%)	8 (14,5)	2 (3,7)	0,259
	Evli	n (%)	47 (85,4)	52 (96,3)	
Eğitim durumu	İlköğretim	n (%)	19 (34,6)	9 (16,7)	<0,001
	Lise	n (%)	11 (20,0)	36 (66,7)	
	Üniversite	n (%)	25 (45,4)	9 (16,7)	
Çalışma durumu	Evet	n (%)	43 (78,2)	49 (90,7)	0,071
	Hayır	n (%)	12 (21,8)	5 (9,3)	
Meslek	Memur	n (%)	12 (26,1)	14 (27,5)	0,290
	Kendi işi	n (%)	9 (19,6)	4 (7,8)	
	Öğrenci	n (%)	0 (0,0)	1 (2,0)	
	Diğer	n (%)	25 (54,4)	32 (62,7)	
Yaşadığı kişiler	Yalnız	n (%)	3 (5,5)	0 (0,0)	0,029
	Eş/partner ile	n (%)	37 (67,3)	47 (87,0)	
	Geniş aile	n (%)	15 (27,3)	7 (13,0)	
Yaşanılan yer	Kırsal	n (%)	7(12,8)	1 (1,9)	0,104
	Kentsel	n (%)	48 (87,3)	53 (98,2)	

Çalışmamıza 55 ED hastası ve cinsel partneri, 54 sağlıklı kontrol ve partneri olmak üzere toplamda 218 kişi dahil edilmiştir. ED yaş ortalaması 39.8±10.3 (min:29.5-maks:50.1) yıl iken, kontrol grubu yaş ortalaması 39.3±6.7 (min:32.6-maks:46) yıl olup aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. ED ve sağlıklı kontrol grupları arasında çalışma durumu, medeni durum, meslek ve yaşanılan yer bakımından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hasta grubunun çoğunluğunu ilköğretim ve üniversite mezunları oluştururken, kontrol grubunun çoğunluğunu ise lise mezunları oluşturmaktadır. ED grubunda geniş aile ile yaşamak kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.1). Beden kitle indeksi bakımından da her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.227).

Tablo 4.2. Erektile disfonksiyon grubunun tedavi başvuru özellikleri

			Hasta
Erektile disfonksiyon şikayetiyle daha önceden tedavi başvurusu	Evet	n (%)	51 (92,7)
	Hayır	n (%)	4 (7,3)
Tedavi başvurusunun kime yapıldığı	Psikiyatrist	n (%)	4 (7,3)
	Ürolog	n (%)	50 (90,9)
	Diğer	n (%)	1 (1,8)
Tedavi başvurusu için geçen ortalama süre	0-6 ay	n (%)	15 (27,8)
	6-12 ay	n (%)	10 (18,5)
	1-2 yıl	n (%)	18 (33,3)
	3-5 yıl	n (%)	8 (14,8)
	5 yıl üstü	n (%)	3 (5,6)
Psikiyatri bölümüne kim tarafından yönlendirildiği	Ruh sağlığı çalışanı	n (%)	2 (3,6)
	Ürolog	n (%)	48 (87,3)
	Kendisi	n (%)	5 (9,1)

51 (%92.7) ED hastası daha önce tedavi başvurusunda bulunmuş, başvurular genellikle üroloji bölümüne yapılmış, ED şikayeti başladıktan sonra yaklaşık 2 yıl içerisinde 43 (%79.6) ED hastası tedavi amaçlı doktor başvurusunda bulunmuştur (Tablo 4.2). 21 (%38.2) ED hastası partneriyle iletişim sorunu yaşadığını, kontrol grubunda 6 (%11.1) katılımcı partneriyle iletişim sorunu yaşadığını belirtmekte ve ED grubunda partneriyle iletişim sorunu yaşama kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($n_{\text{hasta}} = p=0.001$).

Tablo 4.3. Erektile disfonksiyon grubu ve kontrol grubunun ailede cinselliğin ele alınışı bakımından farklılıkları

			Hasta	Kontrol	p
Ailede cinselliğin konuşulması	Evet	n (%)	8 (14,5)	5 (9,3)	0,411
	Hayır	n (%)	47 (85,4)	49 (90,7)	
Cinsellik bilgi düzey yeterliliği	Evet	n (%)	12 (21,8)	37 (68,5)	<0,001
	Hayır	n (%)	4 (7,3)	1 (1,9)	
	Kısmen	n (%)	39 (70,9)	16 (29,6)	
Cinsellik bilgi kaynağı	Aile	n (%)	2 (3,6)	2 (3,7)	0,330
	Arkadaş	n (%)	24 (43,6)	14 (25,9)	
	Okul	n (%)	3 (5,5)	2 (3,7)	
	İnternet	n (%)	20 (36,4)	26 (48,1)	
	Kişiler ve dergiler	n (%)	6 (10,9)	10 (18,5)	

Ailede cinselliğin konuşulması, cinsel bilgiye ulaşma kaynakları açısından ED ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Arkadaş çevresi ve internet her iki grupta da en sık cinsel bilgiye ulaşma kaynağı olarak kullanılmaktadır. Cinsellik bilgi düzey yeterliliği açısından sağlıklı kontrol grupları cinsel bilgi düzeylerini anlamlı derecede yeterli değerlendirmektedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Erektile disfonksiyon grubu ve kontrol grubunun cinsel ilişkide kaçınılan durumların varlığı bakımından karşılaştırılması

			Hasta	Kontrol	p
Cinsel ilişkide kaçınılan durum varlığı	Evet	n (%)	19 (34,5)	13 (24,1)	0,230
	Hayır	n (%)	36 (65,5)	41 (75,9)	
Cinsel ilişkide kaçınılan durum	Aydınlık	n (%)	3 (14,3)	3 (21,4)	0,212
	Çıplaklık	n (%)	2 (9,5)	0 (0,0)	
	Cinsel organına dokunulması	n (%)	2 (9,5)	0 (0,0)	
	Partnerinin cinsel organına dokunmak	n (%)	3 (14,3)	0 (0,0)	
	Diğer	n (%)	11 (52,4)	11 (78,6)	

ED ve kontrol grubu katılımcılarında cinsel ilişkide kaçınılan durumların varlığı bakımından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Cinsel ilişkide kaçınılan durum varlığını belirten katılımcılar için kaçınılan durumlar ED grubunda diğer %52.4, partnerinin cinsel organına dokunmak %14.3, ortamın aydınlık olması %14.3, cinsel organına dokunulması %9.5, çıplaklık %9.5; kontrol grubunda diğer %78.6, ortamın aydınlık olması %21.4 şeklinde sıralamaktadır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Erektile disfonksiyon grubu ve kontrol grubunun alkol kullanımı bakımından karşılaştırılması

			Hasta	Kontrol	p
Alkol kullanımı	Hala içiyor	n (%)	16 (29,2)	22 (40,7)	0,039
	Bırakmış	n (%)	4 (7,3)	10 (18,5)	
	Hiç içmemiş	n (%)	35 (63,6)	22 (40,7)	

Alkol kullanım oranları kontrol grubunda ED grubuna kıyasla anlamlı yüksek bulunmuştur. ED grubunda 35 (%63.6) hasta hiç alkol tüketimi olmayan bireylerdir (Tablo 4.5). Sigara kullanımı bakımından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.774$).

ED grubu ilişki süresi ortalaması 13.4 ± 10.4 (min:3-maks:23.8) yıl iken kontrol grubu ilişki süresi ortalaması 12.7 ± 6.9 (min:5.8-maks:19.6) yıl olup her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.645$). ED grubunun ilk cinsel birleşme yaş ortalaması 21.3 ± 4.5 (min:16.8-maks:25.8) yıl iken kontrol grubunun ilk cinsel birleşme yaş ortalaması 20.1 ± 3.5 (min:16.6-maks:23.6) yıl olup her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.141$).

Tablo 4.6. Erektile disfonksiyon grubu ve kontrol grubunun Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		N	Ort.	Std. Sapma	F	p
BAÖ-T	Hasta	55	9,94	8,24	4,736	<0,001
	Kontrol	54	4,07	3,90		
BDÖ-T	Hasta	55	10,29	8,25	2,933	0,004
	Kontrol	54	6,09	6,57		

*BAÖ-T: Beck Anksiyete Ölçeği-Toplam Puan, BDÖ-T: Beck Depresyon Ölçeği-Toplam Puan

ED grubunda Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları kontrol grubundan anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Erektile disfonksiyon grubu ve kontrol grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt ölçeklerinin karşılaştırılması

		N	Ort.	Std. Sapma	F	p
TAÖ-1	Hasta	55	17,20	6,66	4,919	<0,001
	Kontrol	54	11,75	4,69		
TAÖ-2	Hasta	55	13,72	4,39	3,626	<0,001
	Kontrol	54	10,86	3,75		
TAÖ-3	Hasta	55	22,92	4,87	1,835	0,069
	Kontrol	54	21,44	3,41		

*TAÖ-1: Toronto Aleksitimi Ölçeği-duyguları tanımlamada güçlük, TAÖ-2: Toronto Aleksitimi Ölçeği-duyguları sözel ifade edebilmede güçlük, TAÖ-3: Toronto Aleksitimi Ölçeği-dışa dönük bilişsel yapıda düşünme

ED grubunda duyguları tanımlamada güçlük (TAÖ-1), duyguları sözel ifade edebilmede güçlük (TAÖ-2) alt ölçekleri ve TAÖ-toplam puanları kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptanmıştır. TAÖ-3 (dışa dönük bilişsel yapıda düşünme) puanlarında her iki grup arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Eretil disfonksiyon grubu ve kontrol grubunun Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Erkek formu ve alt ölçeklerinin karşılaştırılması

		N	Ort.	Std. Sapma	F	p
GRCDÖ-EF-Empotans	Hasta	55	7,90	2,62	12,695	<0,001
	Kontrol	54	2,18	2,03		
GRCDÖ-EF-Erken boşalma	Hasta	55	8,05	3,98	3,683	<0,001
	Kontrol	54	4,48	5,96		
GRCDÖ-EF-Dokunma	Hasta	55	2,23	2,72	3,063	0,003
	Kontrol	54	0,94	1,49		
GRCDÖ-EF-Kaçınma	Hasta	55	4,01	3,12	6,564	<0,001
	Kontrol	54	0,98	1,33		
GRCDÖ-EF-Doyum	Hasta	55	6,81	3,22	6,021	<0,001
	Kontrol	54	3,51	2,43		
GRCDÖ-EF-Sıklık	Hasta	55	4,80	2,01	5,551	<0,001
	Kontrol	54	2,81	1,70		
GRCDÖ-EF-İletişim	Hasta	55	3,09	2,48	3,510	0,001
	Kontrol	54	1,72	1,44		

*GRCDÖ-EF: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Erkek Formu

ED grubunda GRCDÖ erkek formu empotans, erken boşalma, dokunma, kaçınma, doyum, sıklık, iletişim olmak üzere tüm alt ölçekler ve toplam puan kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptanmıştır (Tablo 4.8). IIEF-5 puanları açısından ED grubu ortalaması 13.25±3.88 iken kontrol grubu ortalaması 23.66±1.06 olarak saptanmıştır.

ED grubunda YÇUÖ doyum, uzlaşım, görüş birliği olmak üzere tüm alt ölçekler ve toplam puanlar kontrol grubuna kıyasla anlamlı düşük saptanmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Erektile disfonksiyon şiddeti ile aleksitimi, duygu düzenleme ve çift uyumu arasındaki ilişki

	TAÖ -1	TAÖ -T	TAÖ -2-P	DDGÖ- Açıklık	DDGÖ- Dürtü	DDGÖ- Kabullememe	DDGÖ- T	YÇUÖ- Uzlaşım	YÇUÖ- T
GRCDÖ-EF-	r 0,27	0,277	0,286	0,290	0,393	0,284	0,333	-0,311	-0,288
Emp.	p 0,046	0,041	0,036	0,032	0,003	0,036	0,013	0,021	0,033

*GRCDÖ-EF-Emp.: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği Erkek Formu Empotans alt ölçeği

ED grubunda GRCDÖ empotans alt ölçek puanları arttıkça TAÖ-1, TAÖ toplam puanları, DDGÖ açıklık ve kabullenmeme alt ölçeği, DDGÖ toplam puanları ve ED partnerinde TAÖ-2-P puanları anlamlı ölçüde artmaktadır. ED grubunda GRCDÖ empotans alt ölçek puanları arttıkça YÇUÖ uzlaşım alt ölçeği ve YÇUÖ toplam puanları anlamlı ölçüde azalmaktadır (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Duygu düzenleme güçlüğünün erektil disfonksiyon yordayıcı etkisinin lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	SH	Wald	p	Exp(B)
DDGÖ- Kabullememe	0,417	0,126	10,929	0,001	1,517
DDGÖ- Stratejiler-P	0,186	0,055	11,329	0,001	1,205

a. Birinci basamağa alınan değişkenler: DDGÖ-açıklık, DDGÖ-amaçlar, DDGÖ-dürtüler, DDGÖ-stratejiler, DDGÖ-kabullenmeme, DDGÖ-açıklık-partner, DDGÖ-amaçlar-partner, DDGÖ-dürtüler-partner, DDGÖ-stratejiler-partner, DDGÖ-kabullenmeme-partner

ED grubunda DDGÖ kabullenmeme alt ölçek puanlarında 1 birimlik artış ED olma olasılığını 1.51 kat artırmakta, ED partnerlerinde DDGÖ stratejiler alt ölçek puanlarında 1 birimlik artış ED olma olasılığını 1.20 kat artırmaktadır (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Aleksitimi varlığının erektil disfonksiyon yordayıcı etkisinin lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	SH	Wald	p	Exp(B)
TAÖ-1	0,131	0,048	7,559	0,006	1,140
TAÖ-1-P	0,168	0,049	11,639	0,001	1,183
TAÖ-3-P	0,108	0,063	2,995	0,084	1,114

a. Birinci basamağa alınan değişkenler: TAÖ-1, TAÖ-2, TAÖ-3, TAÖ-1-P, TAÖ-2-P, TAÖ-3-P

ED grubunda TAÖ-1 alt ölçek puanlarında 1 birimlik artış ED olma olasılığını 1.14 kat artırmakta; ED partnerlerinin TAÖ-1 alt ölçek puanlarında 1 birimlik artış ED olma olasılığını 1.18 kat artırmakta, ED partnerlerinin TAÖ-3 alt ölçek puanlarında 1 birimlik artış da ED olma olasılığını 1.11 kat artırmaktadır (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Çift uyumunun erektil disfonksiyon yordayıcı etkisinin lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	SH	Wald	p	Exp(B)
YÇUÖ-Uzlaşım-P	-0,293	0,061	23,031	0,000	1,340

*YÇUÖ-Uzlaşım-P: Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği-Uzlaşım alt ölçeği-Partner

a. Birinci basamağa alınan değişkenler: YÇUÖ-uzlaşım, YÇUÖ-doyum, YÇUÖ-görüş birliği, YÇUÖ-uzlaşım-partner, YÇUÖ-doyum-partner, YÇUÖ-görüş birliği-partner

ED hastalarının partnerlerinin YÇUÖ uzlaşım alt ölçeği puanlarında 1 birimlik azalma ED olma olasılığını 1.34 kat artırmaktadır (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Anksiyete ve depresyonun erektil disfonksiyon yordayıcı etkisinin lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	SH	Wald	p	Exp(B)
BAÖ-T	0,155	0,047	11,081	0,001	1,168
BAÖ-T-P	0,108	0,032	11,285	0,001	1,114

*BAÖ-T: Beck Anksiyete Ölçeği-Toplam puan, BAÖ-T-P: Beck Anksiyete Ölçeği-Toplam puan-Partner

a. Birinci basamağa alınan değişkenler: BAÖ-T, BDÖ-T, BAÖ-T-P, BDÖ-T-P

ED grubunda BAÖ puanlarında 1 birimlik artış ED olma olasılığını 1.16 kat artırmakta, ED partnerinde BAÖ puanlarında 1 birimlik artış ED olma olasılığını 1.11 kat artırmaktadır (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Eretil disfonksiyon partnerleri ve sağlıklı kontrol partnerlerinin sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

			Hasta-P	Kontrol-P	p
Medeni durum	Bekar	n (%)	7 (12,7)	2 (3,7)	0,186
	Evli	n (%)	48 (82,7)	52 (96,3)	
Eğitim	İlköğretim	n (%)	21 (38,1)	12 (22,2)	<0,001
	Lise	n (%)	10 (18,2)	36 (66,7)	
	Üniversite	n (%)	24 (43,7)	6 (11,19)	
Çalışma durumu	Evet	n (%)	22 (40,0)	43 (79,6)	<0,001
	Hayır	n (%)	33 (60,0)	11 (20,4)	
Meslek	Memur	n (%)	9 (33,3)	27 (62,8)	0,032
	Kendi işi	n (%)	1 (3,7)	0 (0,0)	
	Öğrenci	n (%)	2 (7,4)	0 (0,0)	
	Diğer	n (%)	15 (55,6)	16 (37,2)	
Yaşadığı kişiler	Yalnız	n (%)	2 (3,6)	0 (0,0)	0,113
	Eş/Partner	n (%)	40 (72,7)	47 (87,0)	
	Geniş aile	n (%)	13 (23,6)	7 (13,0)	
Yaşanılan yer	Kırsal	n (%)	7 (12,8)	1 (1,9)	0,081
	Kentsel	n (%)	48 (87,3)	53 (98,1)	

ED partner yaş ortalaması 36.03±9.8 (min:26.2-maks:45.8) yıl iken, kontrol grubu partnerleri yaş ortalaması 36.3±6.8 (min:29.5-maks:43.1) yıl olup aralarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ED partnerleri ve kontrol grubu partnerleri arasında medeni durum, yaşanılan yer, yaşadıkları kişiler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. ED partnerlerinin çoğunluğunu ilköğretim ve üniversite mezunları oluştururken, kontrol grubu partnerlerinin çoğunluğunu ise lise mezunları oluşturmaktadır. ED partnerleri genellikle çalışmayan, kontrol grubu partnerleri ise memur olarak çalışan katılımcılardan oluşmaktadır (Tablo 4.16).

27 (%50.0) ED partneri ED hastasıyla iletişim sorunu yaşadığını, kontrol grubunda 7 (%13.0) katılımcı partneri partnerleriyle iletişim sorunu yaşadığını belirtmekte ve ED partnerlerinde ED hastasıyla iletişim sorunu yaşama, kontrol grubu partnerlerine kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($n_{\text{hasta}} = p=0<0.001$).

Tablo 4.17. Erektile disfonksiyon partnerleri ve kontrol grubu partnerlerinin ailede cinselliğin ele alınışı bakımından farkları

			Hasta-P	Kontrol-P	p
Ailede cinselliğin konuşulması	Evet	n (%)	4 (7,4)	6 (11,1)	0,507
	Hayır	n (%)	50 (92,6)	48 (88,9)	
Cinsellik bilgi düzey yeterliliği	Evet	n (%)	16 (29,6)	22 (40,7)	0,271
	Hayır	n (%)	7 (13,0)	3 (5,6)	
	Kısmen	n (%)	31 (57,4)	29 (53,7)	
Cinsellik bilgi kaynağı	Aile	n (%)	4 (7,4)	4 (7,4)	0,382
	Arkadaş	n (%)	20 (37,0)	14 (25,9)	
	Okul	n (%)	4 (7,4)	2 (3,7)	
	İnternet	n (%)	23 (42,6)	26 (48,1)	
	Kişiler ve Dergiler	n (%)	3 (5,6)	8 (14,8)	

ED partnerleri ve sağlıklı kontrol partnerlerinde ailede cinsellik konuşulan bir konu olmamakta, cinsellik bilgi düzey yeterliliği kısmen olmakta, cinsel bilgiye ulaşma kaynakları büyük oranda internet ve arkadaş çevresi olmakta ve her iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Erektile disfonksiyon partnerleri ve kontrol grubu partnerlerinin cinsel ilişkide kaçınılan durumların varlığı bakımından karşılaştırılması

			Hasta-P	Kontrol-P	p
Cinsel ilişkide kaçınılan durum varlığı	Evet	n (%)	28 (51,9)	35 (64,8)	0,172
	Hayır	n (%)	26 (48,1)	19 (35,2)	
	Aydınlık	n (%)	11 (36,7)	21 (60,0)	
Cinsel ilişkide kaçınılan durum	Çıplaklık	n (%)	5 (16,7)	2 (5,7)	0,130
	Cinsel organına dokunulması	n (%)	1 (3,3)	1 (2,9)	
	Partnerinin cinsel organına dokunmak	n (%)	3 (10,0)	0 (0,0)	
	Diğer	n (%)	10 (3,3)	11 (31,4)	

ED partnerleri ve kontrol partnerlerinde cinsel ilişkide kaçınılan durumların varlığı bakımından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Cinsel ilişkide kaçınılan durum varlığını belirten katılımcılar için kaçınılan durumlar ED partnerlerinde ortamın aydınlık olması %36.7, diğer %33.3, çıplaklık %16.7, partnerinin cinsel organına dokunma %10, cinsel organına dokunulması %3.3; kontrol partnerlerinde ortamın aydınlık olması %60, diğer %31.4, çıplaklık %5.7, cinsel organına dokunulması %2.9 şeklinde sıralamaktadır (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. Erektile disfonksiyon partnerleri ve kontrol grubu partnerlerinin alkol kullanımını bakımından karşılaştırılması

			Hasta-P	Kontrol-P	p
Alkol kullanımı	Hala içiyor	n (%)	5 (9,3)	16 (29,6)	0,013
	Bırakmış	n (%)	2 (3,7)	0 (0,0)	
	Hiç içmemiş	n (%)	47 (87,0)	38 (70,4)	

ED partnerlerinde alkol hiç içmemiş olma oranı kontrol partnerlerine göre anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 4.19). Alkol kullanımının her iki grup arasındaki bu anlamlı ilişkisinin sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeylerin yüksek oluşu,

hayata bakış açısında yasak ve kısıtlamaların daha az yer kaplaması, üstbenlik katılımının az olması, alkolün anksiyeteyi azaltıcı ve vazodilatör etkinliğinin bulunması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sigara kullanımı bakımından her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.562$).

ED partnerlerinde ilişki süresi ortalaması 13.4 ± 10.4 (min:3-maks:23.8) yıl iken kontrol partnerleri ilişki süresi ortalaması 12.5 ± 6.8 (min:5.7-maks:19.3) yıl olup her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.590$). ED partnerlerinin ilk cinsel birleşme yaş ortalaması 21.7 ± 3.9 (min:17.8-maks:25.6) yıl iken kontrol partnerlerinin ilk cinsel birleşme yaş ortalaması 21.9 ± 3.1 (min:18.8-maks:25.0) yıl olup her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.747$).

Tablo 4.20. Erektile disfonksiyon partnerleri ve kontrol grubu partnerlerinin Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması

		N	Ort.	Std. Sapma	F	p
BAÖ-T-P	Hasta-P	54	14,77	12,73	4,775	<0,001
	Kontrol-P	54	5,75	5,50		
BDÖ-T-P	Hasta-P	54	14,09	10,69	4,091	<0,001
	Kontrol-P	54	7,03	6,80		

*BAÖ-T-P: Beck Anksiyete Ölçeği-Toplam puan-partner, BDÖ-T-P: Beck Depresyon Ölçeği-Toplam puan-Partner, Hasta-P: Hasta Partneri, Kontrol-P: Kontrol Partneri

ED partnerlerinde BDÖ ve BAÖ toplam puanları kontrol partnerlerinden anlamlı yüksek saptanmıştır (Tablo 4.20).

Tablo 4.21. Erektile disfonksiyon partnerleri ve kontrol grubu partnerlerinin Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt ölçeklerinin karşılaştırılması

		N	Ort.	Std. Sapma	F	p
TAÖ-1 -P	Hasta-P	54	19,59	7,85	7,022	<0,001
	Kontrol-P	54	11,12	4,09		
TAÖ-2-P	Hasta-P	54	14,74	4,91	4,742	<0,001
	Kontrol-P	54	10,87	3,43		
TAÖ-3-P	Hasta	54	23,29	3,88	3,409	0,001
	Kontrol-P	54	20,48	4,66		

*TAÖ-1-P: Toronto Aleksitimi Ölçeği-duyguları tanımlamada güçlük-Partner, TAÖ-2-P: Toronto Aleksitimi Ölçeği-duyguları sözel ifade edebilmede güçlük-Partner, TAÖ-3-P: Toronto Aleksitimi Ölçeği-dışa dönük bilişsel yapıda düşünme-Partner

ED partnerlerinde TAÖ-1-P, TAÖ-2-P, TAÖ-3-P tüm alt ölçekleri ve TAÖ-toplam puanları kontrol partnerlerine göre anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 4.21).

Tablo 4.22. Erektile disfonksiyon partnerleri ve kontrol grubu partnerlerinin Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu ve alt ölçeklerinin karşılaştırılması

		N	Ort.	Std. Sapma	F	p
GRCDÖ-KF-Sıklık	Hasta-P	54	5,24	2,02	5,494	<0,001
	Kontrol-P	54	3,25	1,70		
GRCDÖ-KF-İletişim	Hasta-P	54	4,38	2,43	3,471	0,001
	Kontrol-P	54	2,90	1,97		
GRCDÖ-KF-Doyum	Hasta-P	54	8,72	3,87	7,370	<0,001
	Kontrol-P	54	4,03	2,60		
GRCDÖ-KF-Kaçınma	Hasta-P	54	4,35	3,73	2,271	0,025
	Kontrol-P	54	2,94	2,60		
GRCDÖ-KF-Dokunma	Hasta-P	54	4,81	4,02	2,235	0,028
	Kontrol-P	54	3,20	3,43		
GRCDÖ-KF-Vajinismus	Hasta-P	54	5,25	2,62	2,016	0,046
	Kontrol-P	54	4,24	2,62		
GRCDÖ-KF-Anorgazmi	Hasta-P	53	7,73	3,76	4,742	<0,001
	Kontrol-P	54	4,66	2,87		

ED partnerlerinde GRCDÖ kadın formu sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus, anorgazmi olmak üzere tüm alt ölçekler ve toplam puanlar kontrol partnerlerine göre anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 4.22).

Tablo 4.23. Erektile disfonksiyon partnerleri ve kontrol grubu partnerlerinin Duygu Dzenleme Gçlglü Öleği ve alt öleğeklerinin karşılaştırılması

		N	Ort.	Std. Sapma	F	p
DDGÖ-P-Açıklık	Hasta-P	53	2,98	2,35	2,879	0,005
	Kontrol-P	54	1,83	1,72		
DDGÖ-P-Amaçlar	Hasta-P	51	6,35	3,83	4,521	<0,001
	Kontrol-P	53	3,50	2,46		
DDGÖ-P-Dürtü	Hasta-P	53	4,75	3,75	5,018	<0,001
	Kontrol-P	54	1,87	1,92		
DDGÖ-P-Stratejiler	Hasta-P	53	8,88	9,28	4,401	<0,001
	Kontrol-P	54	2,92	3,54		
DDGÖ-P-Kabullenmeme	Hasta-P	53	4,15	3,72	4,088	<0,001
	Kontrol-P	53	1,81	1,87		

*DDGÖ-P: Duygu Dzenleme Gçlglü Öleği-Partner

ED partnerlerinde DDGÖ açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabullenmeme olmak üzere tüm alt öleğekler ve toplam puanlar kontrol partnerlerine göre anlamlı yüksek saptanmıştır (Tablo 4.23).

Tablo 4.24. Erektile disfonksiyon partnerleri ve kontrol grubu partnerlerinin Yenilenmiş Çift Uyum Öleği ve alt öleğekleri açısından karşılaştırılması

		N	Ort.	Std. Sapma	F	p
YÇUÖ-P-Uzlaşım	Hasta-P	52	19,63	5,86	-6,944	<0,001
	Kontrol-P	54	26,09	3,43		
YÇUÖ-P-Doyum	Hasta-P	53	15,92	4,23	-5,169	<0,001
	Kontrol-P	54	19,66	3,19		
YÇUÖ-P-Görüş birliği	Hasta-P	53	8,58	2,55	-3,447	0,001
	Kontrol-P	54	10,14	2,12		

*YÇUÖ-P: Yenilenmiş Çift Uyum Öleği-Partner

ED partnerlerinde YÇUÖ doyum, uzlaşım, görüş birliği olmak üzere tüm alt ölçekler ve toplam puanlar kontrol grubu partnerlerine göre anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (Tablo 4.24).



5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın sonuçları iki aşamada ele alınabilir. Birincisi ED olan erkeklere dair sonuçların yorumlanması ve ikincisi ise partnerlere ait sonuçların yorumlanmasıdır. Buna göre birinci bölümde ED olan erkeklerde sağlıklı kontrollere göre duygu düzenleme, aleksitimi, çift uyumu, cinsel doyum, anksiyete ve depresyon düzeyleri anlamlı derecede farklıdır. ED olan erkeklerde ED şiddeti ile TAÖ-1, TAÖ-toplam puan, DDGÖ-açıklık, dürtü, kabullenmeme ve toplam puanı ve YÇUÖ-uzlaşım ve toplam puanları arasındaki korelasyonlar önemlidir ve ED olma riskini artıran etkenler arasında hastaya ait TAÖ-1 ve DDGÖ-kabullenmeme, BAÖ puanları anlamlı bulunmuştur.

İkinci bölümde; ED hastalarının partnerlerinde sağlıklı kontrol partnerlerine göre duygu düzenleme, aleksitimi, çift uyumu, cinsel doyum, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. ED şiddeti ile partnerin TAÖ-2 alt ölçek puanları arasındaki korelasyon önemlidir ve ED olma riskini arttıran etkenler arasında partnerin DDGÖ-stratejiler, TAÖ-1, TAÖ-3, YÇUÖ uzlaşım, BAÖ puanları anlamlı etkiye sahip bulunmuştur.

Aleksitimi pek çok psikiyatrik hastalığın etiyopatogenezinde ve psikolojik açıklamalarda çoğu zaman yer alan kavramlardan biridir. Özellikle de “psikosomatik” literatürde sıklıkla bahsedilen aleksitimi kavramı bireyin duygularını fark etme, tanıma ve bu duyguları uygun yollarla ifade etme becerisindeki yetersizliklere işaret etmektedir. Cinsel yaşam gibi duyguların ön planda olduğu bir alanda böyle bir alandaki yetersizliklerin önemli sonuçları olabilir.

Madison ve arkadaşlarının CİB hastalarıyla yaptıkları çalışmada, ED olan hastalarda aleksitimi düzeyleri kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aleksitiminin CİB üzerine etkisinin araştırıldığı ilk çalışma olmakla beraber ED hastalığında aleksitimi şiddetinin yordayıcı bir faktör olabileceğini de ileri sürmüştür. Bollinger ve arkadaşlarının sünnet olan erkeklerde yaptıkları çalışmada sünnet olan erkeklerde ED için ilaç kullanma riskinin 4.53 kat yüksek olduğunu saptamış ve bunun nedeni olarak da sünnetli erkeklerde aleksitimi görülme olasılığının kontrol gruplarına göre %19.9 yüksek olması olarak açıklamışlardır (123).

Kauhanen ve arkadaşları aleksitimi ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkinin aleksitimik bireyin uyarılma gibi bedensel duyuları tanımlayamaması, bu duyguları partnere iletmede güçlük çekmesi, partnerden gelen dönütleri algılayamaması gibi sebeplerle cinsel ilişkinin kalitesini azaltabileceğini ortaya koymuştur (14). Uyarılma, yani beden duyularının algılanması ve yorumlanması sağlıklı bir ereksiyon için ön koşullardan biridir. Uyarılma “uyarana” bağlı olabileceği gibi uyarandan bağımsız olarak uyarıyı “algılayan” ve “yorumlayan” sisteme de bağlıdır. Aleksitimi, uyarının algılanması ve yorumlanması aşamasında önemli güçlüklerle ve buna bağlı olarak yeterli uyarılamamaya ve erektil disfonksiyona neden olabilir. Bu durumu da dikkate aldığımızda ED tedavi yaklaşımlarında duyu odaklanma (sensate focus) egzersizlerinin eklenmesinin aleksitimie de faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

Aleksitiminin bu doğrudan nörofizyolojik etkilerinden başka dolaylı etkileri de ED’ye neden olabilir. Fisher ve arkadaşları da ilişkide partnerlerin her ikisinin de cinsel sorunlarını açık şekilde konuşmanın faydalı ve önemli olabileceğini bildirerek çiftte dikkat çekmiştir (184). ED gibi cinsel işlev bozukluklarının birçoğunda hastalığın başlamasına neden olan faktörler yanında ve hatta bunlardan daha önemli olarak sürdürücü faktörler de söz konusudur. ED gelişen bir çiftte bu soruna dair duyguların doğru bir biçimde tanımlanıp çözüme katkı sağlayacak biçimde kullanılabilmesi problemin sonlanmasında büyük önem taşır. Ancak aleksitimik bireylerde muhtemelen bu alanda da sorunlar ortaya çıkmakta, hasta ve partner durum karşısında uygun yönlendirici sinyaller alamadıklarında problemin devam etmesine neden olacak davranışlar sergilemektedir. Nitekim Guttman ve arkadaşları aleksitimik bireylerin partner ilişkisinden kaçındıklarını, ilişkiyi sürdürmekte güçlük çektiklerini ve empati yapamamakta olduklarını gözlemlemiştir (15). Aleksitimi, çift ilişkisinin başlamasını güçleştirerek ya da ilişkide çift uyumunun bozulmasına neden olarak cinsel işlev bozukluklarına neden olabilir.

Cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerde ilişkilerde kaygılı hissetme, eleştirilme korkusu, reddedilme duyarlılığı, suçluluk duygusu daha sık gözlenmektedir. Aleksitimik bireyler, cinsel yaşamlarında daha kaygılı hissetmektedir (126). Çalışmamızın sonuçlarının da işaret ettiği gibi ED hastalarında hem aleksitimi hem de anksiyete ve depresyon düzeyleri kontrol gruplarına göre

anlamli derecede yuaksektir (202–204). Aleksitimik bireylerin kişilik özellikleri arasında hayal kırıklığını tolere edememe, benlik beklentilerinin yüksek oluşu, duygusal kontrolün düşük oluşu, başarısızlığa karşı artmış duyarlılık ve mükemmeliyetçi bakış açısı sık gözlenir (126). Bu kişilik özellikleri ED hastalarında performans anksiyetesini oluşturabilen veya var olan anksiyeteyi şiddetlendirebilen özelliklerdendir. Performans anksiyetesi nörofizyolojik olumsuz etkileri yanında kaçınma ve ilişkide açıklık sorunlarına da neden olarak ED’yi başlatan ve sürdüren en önemli etkenlerden biridir.

ED grubunda kontrol grubuna göre YÇUÖ doyum, uzlaşım, görüş birliği olmak üzere tüm alt ölçekler ve toplam puanlar da anlamlı düşük bulunmuştur. CİB’in kadın erkek ilişkisinde olumsuz etkileri olabileceği gibi cinsel yaşam dışında iletişim ve ilişki sorunları olan çiftlerde de CİB görülme oranları yüksektir. Her ne kadar sağlıklı erkeklere göre ED olan erkeklerde çift uyumu daha bozulmuş olsa da bunun ED ile ilişkisi hakkında sonuçları yorumlarken dikkatli olmak gerekebilir. Çünkü çalışmamızda lojistik regresyon sonuçları erkeğin çift uyumunu nasıl algıladığının ED üzerinde önemli bir etkisi olmadığını ortaya koymaktadır. Ancak biraz sonra bahsedileceği gibi partnerin çift uyumunu nasıl algıladığı ED gelişiminde önemli bir etken olarak etkisini sürdürmektedir.

Cinsel deneyim bilişler, duygular, motivasyonel tepkileri düzenlemeyi içeren bir duygu düzenleme stratejisi olarak düşünülebilir (161,162). Duygu düzenleme süreçleri cinsel yanıt döngüsünün cinsel istek, uyarılma, orgazm fazlarının tümü üzerinde etkilidir ve duygu düzenleme becerilerindeki zorluklar cinsel yanıt döngüsündeki zorluklarla ilişkilidir (164). Çalışmamızın sonucunda ED olan erkeklerde DDGÖ açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabullenmeme olmak üzere tüm alt ölçekler ve toplam puan kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Lojistik regresyon sonuçlarına göre ise DDGÖ-kabullenmeme puanları ile ED gelişimi arasında ilişki göstermiştir. DDGÖ-kabullenmeme, kişide olumsuz duygu oluştuğunda bu duyguya yönelik olumsuz duygusal tepkiler verme eğilimi veya kişinin olumsuz duygularını kabullenmemesi şeklinde tanımlanmaktadır. Duygu düzenleme sürecinin kabullenmeme kısmında güçlük yaşanması durumu kendine zarar verme davranışıyla da ilişkilendirilmektedir. ED olma olasılığı, erkekte olumsuz duygu oluştuğunda bu duyguya yönelik olumsuz duygusal tepkiler verme

eğilimi veya olumsuz duyguların kabullenmeme sürecindeki sorunlar ile ilişkilidir. Cinsel deneyimde olumlu duygular cinsel tatmin yüksekliği ile olumsuz duygular ise korku, performans kaygısı, iğrenme, ruminatif düşünme ile ilişkilendirilmektedir. Olumsuz duyguların oluşması ve kabullenilememesi cinsel istek ve uyarılmayı engellemektedir (166). Winters ve arkadaşları da duygu düzenleme kapasitesi düşük erkeklerde cinsel uyarılmanın performans kaygısı ve kaçınma davranışı ile olumsuz etkilendiğini düşünmektedir (168). Chen ve arkadaşlarının ED hastalarında yapmış oldukları çalışma, bu hastaların prefrontal korteks ve amigdala arasındaki yolakta gösterdikleri anormal aktivite ile olumsuz duyguları regüle etmekte güçlükler arasında ilişki olduğunu ve psikojenik ED hastalarında olumsuz duygularla baş etme güçlükleri arttıkça ED şiddetinin arttığını ortaya koymaktadır (165).

ED hastalarında erkeğin psikopatolojisinin yanında partnerin psikolojik özellikleri de önemlidir. Çalışmamızın sonuçları da bunu desteklemektedir ve partnerin aleksitimi alt boyutları TAÖ-1 ve TAÖ-3 puanları ile ED arasında anlamlı ilişki ortaya koymaktadır. Aleksitiminin boyutlarından bir olan “Dışa dönük bilişsel yapıda düşünme (TAÖ-3)” ilişkilerde kendinden çok çevreye önem verme, durumlara içsel tepkilerden ziyade dışsal tepkilere göre yanıt verme ve sıklıkla donuk yüz ifadesi kullanma şeklindedir. ED partnerlerinin dışa dönük bilişsel yapıda olup donuk yüz ifadesi kullanması ED hastaları tarafından partnerin duygularının anlaşılmasına, partner ilişkisi kurmalarının zorlaşmasına, kişilerarası ilişkilerinde işlevsellikte bozulmalara ve cinsel ilişki sıklığının azalmasına neden olmaktadır (124). Pumine ve arkadaşlarının çalışması da çalışmamızı destekler nitelikte olup çift ilişkisinde cinsel doyumun erkek bireyin partnerinin isteklerini anlayabilmesine ve cinselliklerinde uyum içerisinde hareket edebilmesine bağlı olduğu sonucuna ulaşmıştır (24). Krystal ve arkadaşlarının çalışmasında da aleksitimik bireylerin empati yeteneklerinin zayıf ve katı kuralcı kişilikler olduğu belirtilmektedir (104). Çalışmamızda ED partnerlerinde bir diğer aleksitimi boyutu olan “Duyguyu fark edebilme, tanımlayabilme (TAÖ-1)” zorlukları da ortaya konmuştur. Bu durumun sonuçlarından biri daha önce de bahsedildiği gibi erkek için olumlu geri bildirim sağlanamamasına neden olacaktır. Ancak ED gelişimi üzerindeki bir diğer önemli sonucu partnerin cinsel yaşamının kalitesi ne olursa olsun cinsel yaşamdan alacağı hazzı anlamamasını, yorumlayamamasını, ifade edebilmesini azaltabileceği ve bunun sonucunda partnerde ED’den bağımsız olarak da kaçınma ya da isteksizlik

ED partnerlerinde YÇUÖ uzlaşım alt ölçeğinin ED yordayıcı etkide olduğu görülmektedir. Uzlaşım alt ölçeği ilişkide temel kararların alınması, sevgi gösterme ve sohbet etme, cinsel yaşam gibi fiziksel ve duygusal yakınlığı temel alan bileşendir. Greef ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, erkek duygusal yakınlığı artırabilmek amacıyla cinselliği bir araç olarak kullanmakta ve kadın ise cinsel ilişki için duygusal yakınlığın olması gerektiğini düşünmektedir (176). Kadında çift olarak uzlaşım azaldıkça ilişkide kendini duygusal olarak yakın hissetmeme ve cinsellikten uzaklaşma görülmektedir. Yapılan çalışmalara göre, CİB çift ilişkisindeki problemlere sekonder ortaya çıkmakta ve cinsellik çift ilişki dinamiğindeki çatışmaların taşındığı bir araç ve sorunların birer ifadesi olarak kullanılmaktadır (26). Carroll ve arkadaşlarının çalışması ED hastalarında performans anksiyetesi ve başarısızlık korkusunun hastayı her türlü cinsel ve fiziksel yakınlaşmadan uzaklaştırdığını ve sevginin ifade edilmesinde zorluklara yol açtığını göstermektedir. Bunun sonucunda ED partnerleri de kendilerini reddedilmiş ve duygusal olarak tatminsiz hissetmekte, istenmediklerini düşünüp kendilerinde sorunlar aramaya başlamakta, partnerleriyle fiziksel yakınlık düzeylerinin eskisi gibi olmadığını düşünmektedir (183). Riley ve arkadaşlarının çalışmasında, çiftler arasında fiziksel mesafe artıp yakın temas miktarı azaldıkça tek başına farmakoterapötik yaklaşımlar cinsel birliktelik oluşabilmesinde yeterli olamamakta ve partnerin de tedaviye dahil edilmesi çiftin tedavi uyum ve başarısını artırmakta şeklindedir (25).

Çalışmamızın sekonder sonuçlarına göz atmak gerektiğinde ED grubunda cinsel yaşamda uyarılma, boşalma, cinsel temas, cinsel kaçınma, cinsellikten haz alma, cinsel ilişki sıklığı ve cinsel iletişim kısımlarında sorunlar saptanmıştır. Cinsel yaşam tüm boyutları ile bir bütündür ve bu boyutlar arasında karşılıklı etkileşim söz konusudur. Ereksiyon fonksiyonu yalnızca empotans bileşeniyle sınırlı kalmayıp cinsel yaşamın tüm bileşenlerinde bozulmalara yol açabilmektedir. ED performans anksiyetesine ve sekonder prematür ejakülayona neden olacak, cinsel ilişki sıklığını azaltacak ve cinsel doyumunu da bozacaktır.

Eretil disfonksiyon, partnerin cinsel sağlığı ve cinsel yaşamın boyutlarıyla da karşılıklı etkileşim içindedir. ED ve partnerinin cinsel birleşme sıklığı kontrol grubuna göre anlamlı düşüktür. Riley ve arkadaşlarının çalışmasında da kadınların

partnerlerinde ED sonrası çiftlerin cinsel etkinlikten ve fiziksel yakınlıktan kaçındıklarını göstermektedir (25). Greenstein ve arkadaşlarının çalışmasına göre ED partnerlerinde de CİB yüksek oranda görülmekte en sık da cinsel isteksizlik, orgazm bozuklukları, uyarılma bozuklukları şeklindedir (27). Riley ve arkadaşlarına göre ED partnerlerinin de CİB'ü vardır. Erkeklerde ED, kadında kendi cinsel problemlerinden uzaklaşmasına yardım olacak şekilde cinsel ilişki sıklığını azaltmaktadır. Bu sayede kadın kendi problemlerini inkar ederek sorunu geçici de olsa çözmüş olacaktır. Bu sebeple tedavi sürecine dahil olmak istememekte ve partnerin ereksiyon işlevi iyileşip cinsel aktivite sıklığının artmasından da hoşnut olmamaktadırlar (25). Fisher ve arkadaşlarına göre ise ED geliştikten sonra kadın partnerde cinsel dürtülerde azalma görülür (184). Çalışmamızın sonuçları da yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olup ED partneri tedavi sürecinde kendi rolünün farkına varamayıp tedavide etkin olamayacağını düşünmekte ve hastalığı çift hastalığından ziyade erkek partnerin hastalığı olarak gördüğü şeklindedir.

Anksiyete ve depresyon genel toplumda da sıklıkla gözlenen ve insanın yaşamında pek çok rolü olan ve fonksiyonlarını olumsuz etkileyen yaygın görülen belirtilerdendir. Anksiyete ve depresyon eşlerin birlikte geçirdikleri zamanı ve karşılıklı olumlu duyguları azaltmakta, iletişim güçlüklerine yol açarak çift ilişkisinde doyum ve uyumu bozmaktadır (205). Her ne kadar depresyon cinsel işlevleri olumsuz etkilese de ED için bizim sonuçlarımıza göre durum biraz farklı gibi görünmektedir. Çift uyumunda olduğu gibi ED olan erkeklerde depresyonun ED gelişiminde önemli bir etken olmadığı, ED olan erkek ve partnerinde anksiyetenin ED gelişiminde önemli bir faktör olduğu çalışmamızın sonuçlarındandır. Tutino ve arkadaşlarının çalışmasına göre, anksiyete duyarlılığı yüksek erkeklerde cinsel uyarılma bozuklukları ve cinsel yaşam kalitesinde azalma görülmektedir (206). ED grubu daha fazla psikolojik stresör tariflemektedir. Çalışmamızın sonuçlarıyla kısmen çelişen Dube ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre, kadınlarda daha yüksek oranda depresyon ve anksiyete görülmesine rağmen erkeklerde depresyon ve anksiyete cinsel işlev bozukluklarıyla daha yakın ilişkili şeklindedir (160). Silvaggi ve arkadaşlarının çalışmasına göre de nörotisizm ve dışa dönüklük kişilik özellikleri performans kaygısı ve ED ile ilişkilendirilmektedir (126).

Hem yaygın anksiyete bozukluğu hem de duygu düzenleme güçlükleri dorsolateral prefrontal korteksi de içeren frontolimbik beyin bölgelerindeki nöral devrelerdeki anormalliklerle ilişkilidir (148). Depresif semptomatoloji çiftlerin olumsuz davranış paternlerini tetikleyebilir, sorun çözme yetilerindeki olumsuzlukları artırabilir, çift uyumlarını olumsuz etkilemektedir (179). Carroll ve arkadaşlarına göre ise ED sonrası partnerler kendilerini reddedilmiş ve duygusal tatminsiz hissetmekte, benlik saygıları azalmakta, anksiyete düzeyleri de artmaktadır (183).

Çalışmamızın sosyodemografik veri formu sonuçlarında farklılıklar gözlenmektedir. ED grubunda geniş aile ile yaşamak kontrol grubuna kıyasla anlamlı bulunmuştur. Geniş aile ile yaşamak gelir düzey düşüklüğü, ataerkil düşünce yapısı, cinsel bilgi ve eğitim azlığı ile ilişkilendirilmektedir. Ahn ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, ED eğitim seviyesi ve gelir düzeyi düşüklüğüyle ilişkili bulunmuştur (207). ED grubu genellikle ilköğretim ve üniversite mezunlarından oluşurken sağlıklı kontrol grubu ise lise mezunlarından oluşmaktadır. 2020 yılında Chengfu Li ve arkadaşlarının çalışmasında ED hastalarında eğitim düzeyi kontrol grubuna kıyasla anlamlı düşük bulunmuştur. Bu durumun eğitim seviyesinin erektil sorunların farkındalığını artırdığını, tedavi motivasyonunu yükselttiğini ve tedavi kaynaklarına ulaşabilmeyi kolaylaştırdığını düşünmekteyiz (208). Ayrıca eğitim düzeyi arttıkça IIEF-5 skoru da artmaktadır (209).

ED olan erkekler üroloji bölümüne başvurup psikiyatri bölümüne üroloji bölümünden yönlendirmeler aracılığıyla başvurmaktadır. Nayir'in çalışmasında erkek hastaların CİB şikayetiyle %62.9 üroloji bölümüne, %8.5 psikiyatri bölümüne başvurdukları belirtilmektedir (202). Her iki grupta cinsel bilgiye ulaşma kaynakları arkadaş çevresi ve internet olarak belirtilmekte ve Yılmaz'ın yapmış olduğu çalışma ile uyumluluk göstermektedir. Ülkemiz genel eğitim sisteminde cinsel bilgilendirme yapılmaması, aile yapısının geleneksel olması ve cinselliğin konuşulmasının ayıp olduğu cinsel mitinin yaygın olmasıyla cinsellik konuşulabilen bir konu olmamaktadır.

Partneriyle iletişim sorunu yaşama, ED grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı bulunmuştur. CİB nedenleri arasında eşlerin uyumlarının olmaması ve iletişim sorunlarının olması da literatürle çalışmamızın sonuçlarının uyumlu

olduğunu göstermektedir (83). İlişkide cinsel yaşamı canlı tutabilmek için partnere geri bildirim verebilmek (25) ve ED terapi sürecinde devamlılığı sağlamak (84) için etkin iletişim önemlidir. Tedavi öncesinde iletişimi iyi olan çiftlerin genel cinsel uyumları ve tedavi başarıları da yüksek olmaktadır (28).

ED ve kontrol grubunda sigara kullanımı bakımından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yapılan literatür taramasında sigara kullanan erkeklerde penil erektil fonksiyonların kötü olduğu ve ED gelişme riskinin 1.5 kat fazla saptandığı bildirilmektedir (210). Çalışmamızda ED etiolojisinde, organik etiyolojik faktörleri ekarte etmek istediğimizden sigara kullanımının hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık oluşturmaması önem taşımaktadır. Kontrol ve partnerlerinde, ED ve partnerlerine göre alkol kullanımı anlamlı yüksek bulunmuştur. Alkol kullanımının; sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeylerin yüksek oluşu, hayata bakış açısında yasak ve kısıtlamaların daha az yer kaplaması, üstbenlik katılığının az olması, alkolün anksiyeteyi azaltıcı ve vazodilatör etkinliğinin bulunması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Nayir ve Karataş'ın çalışması da kontrol grubunda ED grubuna göre alkol kullanım oranlarını anlamlı yüksek bulmuştur (202,211).

Çalışmamızın avantaj ve kısıtlılıkları, yapılan literatür taramasında ED olan hastaların partnerlerinde diğer cinsel işlev bozukluklarını araştıran çalışmalar olmakla beraber bu partnerleri psikopatoloji açısından ele alan az sayıda çalışma vardır. Bizim çalışmamız ED olan erkek ve partnerlerinde çift uyumunun, aleksitimi düzeylerinin ve duygu düzenleme stratejilerindeki güçlüklerin ED ile ilişkisini bir arada inceleyen ilk çalışma olma özelliğine sahiptir. Bu çalışmayla ED hastalarının yanında cinsel partnerin psikolojik özellikleri aleksitimi ve duygu düzenleme açısından ele alınmıştır. Cinsel sağlık üzerinde araştırma yapmanın güçlükleri dikkate alındığında (çekinme, doğru bilgi vermek istememe, güven problemleri, toplumsal baskı, damgalanma endişesi) hastayı ve partneri beraber değerlendirmesi ve yeterli örneklem büyüklüğüne sahip olması bu çalışmanın avantajlarından. Bu çalışmanın sonuçları teorik bir bilgi olarak kalmayıp özellikle cinsel işlev bozuklukları terapisinde çifte müdahale edilecek psikolojik alanlara ve müdahale yöntemlerine ışık tutma özelliğine de sahiptir.

Bu çalışmaya alınan ED hastaları ve partnerleri tedavi arayışı olan çiftlerdir. Dolayısıyla tüm ED olan hasta ve partnerleri temsil etmeyebilir. Yani bu çalışmanın

örnekleme, örneğin daha iyi çift uyumuna sahip muhtemelen demografik özellikleri daha iyi olan çiftlerden oluşmaktadır. Ki bu durumun sonuçlara kısmen de olsa etkisi olabilir. Dolayısıyla sonuçların yorumlanmasında bu hususun dikkate alınması önerilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız ED'nin bir çift hastalığı olduğu, her iki partnerin de sahip olduğu bireysel psikolojik özelliklerden ve partner arasındaki iletişim ya da uyumdan etkilendiği sonucunu desteklemektedir. Çiftin bireysel olarak duygu tanımı ve duygu düzenlemedeki güçlükleri ED'nin gelişmesinde ya da sürmesinde önemli psikopatolojik özelliklerdir. ED de dahil olmak üzere cinsel işlev bozuklukları tedavisinde içerik ve teknik olarak çok farklı özellikler taşıyan cinsel terapiler önemli bir yer kaplamaktadır. Bu çalışmanın sonuçları bu tür terapilerin zenginleştirilmesine olanak sağlayacak yeni müdahale alanlarına işaret etmektedir. Ancak bu sonuçların uzunlamasına ve kontrolü çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Çalışmamızın sonuçları hipotezimizi doğrular şekilde ED ve partnerlerinde kontrol grubuna kıyasla aleksitimi düzeylerinin yüksek olduğu, duygu düzenleme sürecinde güçlükler yaşadıkları, çift uyumlarının ve cinsel doyum düzeylerinin de anlamlı düşük olduğu şeklindedir. ED hastalarında DDGÖ kabullenmeme, TAÖ-1, BAÖ puanları; ED partnerlerinde DDGÖ stratejiler, TAÖ-1, TAÖ-3, BAÖ puanları artması ve YÇUÖ uzlaşım puanlarının azalması ED olma olasılığını artırmaktadır. Tüm bu sonuçlar neticesinde, ED hastalığının sadece erkek bireyin hastalığı olmadığı, hipotezimizi destekler şekilde bir çift hastalığı olduğu sonucunu görmekteyiz.

Yapılan literatür taramasında ED ve partnerleri ile çift uyumunun, partnerlerin aleksitimi düzeyleri ve duygu düzenleme stratejilerinde yaşadıkları güçlüklerin ED ile ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma partner psikopatolojilerinin ED hastalığındaki yerinin araştırıldığı, ED ile partner ilişkisinin aleksitimi, duygu düzenleme ve çift uyumu parametreleriyle incelendiği ilk çalışma özelliğini taşımaktadır. ED'nin bir çift hastalığı olarak incelenmesi gerektiği, tedavi stratejilerinde partnerlere de yer verilmesi, bu sayede ED tedavi arayışlarına çift şeklinde başvuruların tedavi başarısını artırabileceği, yeni tedavi stratejilerinin geliştirilebilmesinde öncülük edebileceği, multifaktöriyel tedavi yaklaşımlarına yer verilmesinin olumlu sonuçlar yaratabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda ED partnerlerine de yer vermemiz literatüre katkı sağlamaktadır.

Literatür verilerine bakıldığında ED hastalığında duygu düzenleme süreç güçlüklerine yönelik çalışmaların yeterli olmadığı, ED partnerlerinin duygu düzenleme süreçlerinin incelenmediği, duygu düzenleme sürecinin çift sorunu olarak değil de bireysel bir sorun olarak ele alındığının farkına varılmaktadır. Çalışmamızda ED partnerlerinin de duygu düzenleme süreçleri incelenmiştir. ED partnerlerinin duygu düzenleme sürecinde stratejiler kısmında güçlüklerin yaşamasının ED olma olasılığını artırdığı gözlenmektedir. Tedavi stratejilerinde duygu düzenleme güçlüklerine yönelik çalışmaların önemli bir yeri olduğunu düşünmekteyiz.

ED tedavi yaklaşımlarında çift uyumunu artırmaya yönelik ED partnerlerine fiziksel yakınlık gösterme miktarının artırılması, sevgi ifade dilinin geliştirilmesi, hayatlarıyla ilgili temel kararlar alırken eşleriyle anlaşma içerisinde olmalarına yer verilmesinin tedavi başarısını artırabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızın sonuçlarına göre psikojenik ED hastalığının sadece erkek bireyin hastalığı olmadığı, partnerlerin her ikisinin de duygu düzenleme süreçlerinde bozukluklar olduğu, aleksitimi düzeylerinin yüksek olduğu ve çift uyumundaki bozulmalara sekonder oluştuğunu düşünmekteyiz. Partnerlerin her ikisine yönelik olarak duyguyu tanımlama, fark edebilme, ifade edebilmeye yönelik farkındalığın kazandırılması ve aleksitimik özelliklerin azaltılması, duygu düzenleme süreç becerilerinin geliştirilmesi, çift uyumunun artırılması ve anksiyete düzeylerinin azaltılmasına yönelik müdahalelerin ED cinsel terapisinde önemli bir yerinin olabileceğini düşünmekteyiz. ED cinsel terapisinde 3. kuşak duygu odaklı terapilere yer verilmesinin olumlu sonuçlar yaratabileceğini düşünmekteyiz. Bu çalışmanın sonuçlarının desteklenmeye ihtiyacı vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey', *International Journal of Impotence Research*, 2000, 12:305-311.
2. Akkuş E, Kadioğlu A, Esen A, Doran S, Ergen A. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: a population-based study, *European Urology*, 2002, 41:298-304.
3. Wagner G, De Tejada IS. Update on male erectile dysfunction, *BMJ.*, 1998, 316:678-682.
4. Melman A, Gingell JC. The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction, *The Journal of Urology*, 1999, 161(1):5-11.
5. Melnik T, Abdo C. Psychogenic erectile dysfunction: comparative study of three therapeutic approaches, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2005, 31(3):243-255.
6. Shamloul R, Ghanem H. Erectile dysfunction, *The Lancet*, 2013, 381(9861):153-165.
7. Kulacaoğlu F. Psikojenik nedenli erektil disfonksiyon, *Androloji Bülteni*, 2016, 18(67):230-232.
8. McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction, *The Journal of Sexual Medicine*, 2010, 7(1):327-336.
9. Besharat MA. Management strategies of sexual dysfunctions, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2001, 31(3):161-180.
10. Titchener, JL. *Human Sexual Inadequacy*, Boston, 1970: 465-467.
11. Lesser IM. A review of the alexithymia concept, *Psychosomatic Medicine*, 1981, 43:531-543.

12. Lesser IM. A critique of contributions to the alexithymia symposium, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1985, 44(2):82-88.
13. Levant RF. Toward the reconstruction of masculinity, *Journal of Family Psychology*, 1992, 5(3-4):379-402.
14. Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J, Wilson TW, Salonen JT. Social factors in alexithymia, *Comprehensive Psychiatry*, 1993, 34(5):330-335.
15. Guttman H, Laporte L. Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context, *Comprehensive Psychiatry*, 2002, 43(6):448-455.
16. Michetti PM, Rossi R, Bonanno D, Tiesi A, Simonelli C. Male sexuality and regulation of emotions: a study on the association between alexithymia and erectile dysfunction (ED), *International Journal of Impotence Research*, 2006, 18(2):170-174.
17. Thompson RA. Emotional regulation and emotional development, *Educational Psychology Review*, 1991, 3(4):269-307.
18. Feldman LA. Valence focus and arousal focus: individual differences in the structure of affective experience, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, 69(1):153-166.
19. Gottman JM. The roles of conflict engagement, escalation, and avoidance in marital interaction: a longitudinal view of five types of couples, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61(1):6-15.
20. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: an integrative review, *Review of General Psychology*, 1998, 2(3):271-299.
21. Michetti PM, Rossi R, Bonanno D, de Dominicis C, Iori F, Simonelli C. Dysregulation of emotions and premature ejaculation (PE): alexithymia in 100 outpatients, *The Journal of Sexual Medicine*, 2007, 4(5):1462-1467.
22. Kim TH, Kang HK, Jeong GW. Assessment of brain metabolites change during visual sexual stimulation in healthy women using functional MR spectroscopy, *The Journal of Sexual Medicine*, 2013, 10(4):1001-1011.

23. Spainer GB. Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads, *Journal of Marriage and the Family*, 1976, 38(1):15-28.
24. Pumine DM, Carey MP. Interpersonal communication and sexual adjustment: the roles of understanding and agreement, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, 65(6):1017-1025.
25. Riley A. The role of the partner in erectile dysfunction and its treatment, *International Journal of Impotence Research*, 2002, 14(1):105-109.
26. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Alpkan L, Eradamlar N. Cinsellik ve çift uyumu arasındaki ilişki: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma, *Düşünen Adam*, 2005, 18(2):72-81.
27. Greenstein A, Abramov L, Matzkin H, Chen J. Sexual dysfunction in women partners of men with erectile dysfunction, *International Journal of Impotence Research*, 2006, 18(1):44-46.
28. Hawton K, Catalan J, Fagg J. Sex therapy for erectile dysfunction: characteristics of couples, treatment outcome, and prognostic factors, *Archives of Sexual Behavior*, 1992, 21(2):161-175.
29. Impotence, NIH consensus development panel on impotence. *JAMA*, 1993, 270(1):83-90.
30. Peker A, Seçkin O. Erektel disfonksiyona yaklaşım, *SSK Tepecik Hast. Derg.*, 1996, 6(1-2):40-43.
31. Laumann EO, Paik A, Raymond RC. Sexual dysfunction in the united states prevalence and predictors, *Jama*, 1999, 281(6):537-544.
32. Benet AE, Melman A. The epidemiology of erectile dysfunction, *Urologic Clinics of North America*, 1995, 22(4):699-709.
33. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the massachusetts male aging study, *The Journal of Urology*, 1994, 151(1):54-61.

34. Ayta IA, Mckinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences, *BJU International*, 1999, 84(1):50-56.
35. Andersson KE, Wagner G. Physiology of penile erection, *Physiological Reviews*, 1995, 75(1):191-236.
36. Newman HF, Northup JD. Mechanism of human penile erection: an overview, *Urology*, 1981, 17(5):399-408.
37. Rosen RC. Psychogenic erectile dysfunction: classification and management, *Urologic Clinics of North America*, 2001, 28(2):269-278.
38. Aydın S, Ünal D, Erol H, Karaman İ, Yılmaz Y. Multicentral clinical evaluation of the aetiology of erectile dysfunction: a survey report, *International Urology and Nephrology*, 2001, 32(4):699-703.
39. Kefi A, Demir Ö, Seçil M, Adil Esen A. Risk faktörlü erektil disfonksiyon hastalarında doppler ultrasonografi, *Türk Üroloji Dergisi*, 2005, 31(2):202-206.
40. Melnik T, Abdo CH. Psychogenic erectile dysfunction: comparative study of three therapeutic approaches, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2005, 31(3):243-255.
41. Simopoulos EF, Trinidad AC. Male erectile dysfunction: integrating psychopharmacology and psychotherapy, *General Hospital Psychiatry*, 2013, 35(1):33-38.
42. Hart J, Weizman R. Sexual behavior in healthy married elderly men, *Archives of Sexual Behavior*, 1987, 16(1):39-44.
43. Kovac JR, Labbate C, Ramasamy R, Tang D, Lipshultz LI. Effects of cigarette smoking on erectile dysfunction, *First International Journal of Andrologia*, 2015, 47(10):1087-1092.

44. Kaiser FE, Viosca SP, Morley JE, Mooradian AD, Davis SS, Korenman SG. Impotence and aging: clinical and hormonal factors, *Journal of the American Geriatrics Society*, 1988, 36(6):511-519.
45. Persu C, Cauni V, Gutue S, Albu ES, Jinga V, Geavlete P. Diagnosis and treatment of erectile dysfunction-a practical update, *Journal of Medicine and Life*, 2009, 2(4):394-400.
46. Trussell JC, Legro RS. Erectile dysfunction: does insulin resistance play a part?, *Fertility and Sterility*, 2007, 88(4):771-778.
47. Fedele D, Coscelli C, Santeusanio F, Bortolotti A, Chatenoud L. Erectile dysfunction in diabetic subjects in Italy, *Diabetes Care*, 1998, 21(11):1973-1977.
48. Öjdeby G, Claezon A, Brekkan E, Häggman M, Norlén B. Urinary incontinence and sexual impotence after radical prostatectomy, *Scandinavian Journal of Urology Nephrology*, 1996, 30(6):473-477.
49. El-Sakka AI. Prevalence of Peyronie's disease among patients with erectile dysfunction, *European Urology*, 2006, 49(3):564-569.
50. Reddy SS, Inouye BM, Anele UA, Abdelwahab M, Le B, Gearhart JP. Sexual health outcomes in adults with complete male epispadias, *The Journal of Urology*, 2015, 194(4):1091-1095.
51. Harwood PJ, Grotz M, Eardley I, Giannoudis PV. Erectile dysfunction after fracture of the pelvis, *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 2005, 87(3):281-290.
52. Messina LE, Claro JA, Archimedes N, Andrade E, Ortiz V, Srougi M. Erectile dysfunction in patients with chronic renal failure, *International Braz J Urol.*, 2007, 33(5):673-678.
53. Bergendahl M, Evans WS, Veldhuis JD. Current concepts on ultradian rhythms of luteinizing hormone secretion in the human, *Human Reproduction Update*, 1996, 2(6):507-518.

54. Ayub W, Fletcher S. End-stage renal disease and erectile dysfunction. Is there any hope?, *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2000, 15(10):1525-1528.

55. Hasanain AFA, Mahdy RE, Mahran AM, Safwat AS, Mohamed AO, Abdel-Aal SM. Erectile dysfunction in patients with nonalcoholic fatty liver disease, *Arab Journal of Gastroenterology*, 2017, 18(1):21-24.

56. Miçooğullari U. Eretil Disfonksiyonlu Hastalarda Yeni Bir Oksidatif Parametre: Tiyol Disülfid Homeostazisi, Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2019.

57. Wessells H, Lue TF, McAninch JW. Penile length in the flaccid and erect states: guidelines for penile augmentation, *The Journal of Urology*, 1996, 156(3):995-997.

58. Aslan Y, Atan A, Aydın Ö, Naçacıoğlu V, Tuncel A, Kadioğlu A. Türkiye’de sağlıklı genç erkeklerde coğrafik bölgelere göre penis boyu: 1132 vakanın ölçüm bulguları, *Türk Üroloji Dergisi*, 2010, 36(1):43-48.

59. Anafarta K, Baykara M, Baydınç C. Ürogenital Organların Anatomik ve Histolojik Yapısı, İçinde: *Temel Üroloji*, 4. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 1998:1-2.

60. Uçar G. Karotid Arter İntima-Media Kalınlığı ve Brakial Arter Akıma Bağlı Genişleme Testinin Birlikte Kullanımının Damarsal Kökenli Eretil Disfonksiyonu Saptamadaki Rolü, Radyodiagnostik Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2006.

61. Brock G, Hsu GL, Nunes L, Von Heyden B, Lue TF. The anatomy of the tunica albuginea in the normal penis and Peyronie’s disease, *The Journal of Urology*, 1997, 157(1):276-281.

62. Tanagho EA. Anatomy of the Genitouriner Tract. In: Tanagho EA, McAninch JW (eds). *Smith’s General Urology*, 15th Edition, California, Lange med pub, 2000:1-16.

63. Levine LA, Kloner RA. Importance of asking questions about erectile dysfunction, *The American Journal of Cardiology*, 2000, 86(11):1210-1213.
64. Lue TF. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction. In: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Waughan ED (eds). *Campbell-Walsh Urology*, 7th Edition, Philadelphia, Saunders, 1998:688-721.
65. Dewire D, Lepor H. Anatomic considerations of the penis and its lymphatic drainage, *Urologic Clinics of North America*, 1992, 19(2):211-219.
66. Fitzpatrick TJ. The penile intercommunicating venous valvular system, *Journal of Urology*, 1982, 127(6):1099-1100.
67. Popeney C, Ansell V, Renney K. Pudendal entrapment as an etiology of chronic perineal pain: diagnosis and treatment, *Neurourology and Urodynamics*, 2007, 26(6):820-827.
68. Akand M, Yaman Ö. Penisin somatik ve otonomik innervasyonu, *Androloji Bülteni*, 2006, 26:196-197.
69. Kirkeby HJ, Forman A, Sorensen S, Andersson KE. Alpha-adrenoceptor function in isolated penile circumflex veins from potent and impotent men, *The Journal of Urology*, 1989, 142(5):1369-1371.
70. Lue TF, Takamura T, Umraiya M, Schmidt RA, Tanagho EA. Hemodynamics of canine corpora cavernosa during erection, *Urology*, 1984, 24(4):347-352.
71. Fowler CJ. The neurology of male sexual dysfunction and its investigation by clinical neurophysiological methods, *British Journal of Urology*, 1998, 81(6):785-795.
72. Slag MF, Morley JE, Elson MK, Trence DL, Nelson CJ, Nelson AE. Impotence in medical clinic outpatients, *Jama*, 1983, 249(13):1736-1740.
73. Nehra A, Moreland RB. Neurologic erectile dysfunction, *Urologic Clinics of North America*, 2001, 28(2):289-308.

74. Kaptan H, Kulaksızoğlu H, Kasımcan Ö. Lomber disk hernisi ve erektil disfonksiyon, *Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiyatri Arşivi*, 2011, 48(1):31-34.
75. Giuliano FA, Rampin O. Central neural regulation of penile erection, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2000, 24(5):517-533.
76. Priviero F, Leite R, Webb RC, Teixeira CE. Neurophysiological basis of penile erection, *Acta Pharmacologica Sinica*, 2007, 28(6):751-755.
77. Lue TF. Drug therapy, *The New England Journal of Medicine*, 2000, 342(24):1803-1813.
78. Ignarro LJ, Bush PA, Buga GM, Wood KS, Fukuto JM, Rajfer J. Nitric oxide and cyclic GMP formation upon electrical field stimulation cause relaxation of corpus cavernosum smooth muscle, *Biochemical and Biophysical Research Communications*, 1990, 170(2):843-850.
79. Rajfer J, Aronson WJ, Bush PA, Dorey FJ, Ignarro LJ. Nitric oxide as a mediator of relaxation of the corpus cavernosum in response to nonadrenergic, noncholinergic neurotransmission, *The New England Journal of Medicine*, 1992, 326(2):90-94.
80. Turko IV, Ballard SA, Francis SH, Corbin JD. Inhibition of cyclic GMP-binding cyclic GMP-specific phosphodiesterase (type 5) by sildenafil and related compounds, *Molecular Pharmacology*, 1999, 56(1):124-130.
81. Giuliano F, Rampin O. Neural control of erection, *Physiology and Behavior*, 2004, 83(2):189-201.
82. APA, *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*.
83. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2004, 7(Suppl 3):3-13.
84. Hawton K, Catalan J, Fagg J. Sex therapy for erectile dysfunction: characteristics of couples, treatment outcome, and prognostic factors, *Archives of Sexual Behavior*, 1992, 21(2):161-175.

85. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986, 54(2):140-148.
86. Schover LR, Leiblum SR. Commentary: the stagnation of sex therapy, *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 1994, 6(3):5-30.
87. Hawton K. The behavioral treatment of sexual dysfunction, *Brit. J. Psychiat.*, 1982, 140:94-101.
88. Weiner L, Clark A. Sensate focus: clarifying the Masters and Johnson's model, *Sexual and Relationship Therapy*, 2014, 29(3):307-319.
89. Eardley I, Donatucci C, Corbin J, El-Meliegy A, Hatzimouratidis K, McVary K. Pharmacotherapy for erectile dysfunction, *The Journal of Sexual Medicine*, 2010, 7(1):524-540.
90. Morales A, Condra M, Owen JA, Surridge DH, Fenemore J, Harris C. Is yohimbine effective in the treatment of organic impotence? results of a controlled trial, *The Journal of Urology*, 1987, 137(6):1168-1172.
91. Moul JW, McLeod DG. Negative pressure devices in the explanted penile prosthesis population, *The Journal of Urology*, 1989, 142(3):729-731.
92. Licht MR, Lewis RW, Wollan PC, Harris CD. Comparison of rigiscan and sleep laboratory nocturnal penile tumescens in the diagnosis of organic impotence, *The Journal of Urology*, 1995, 154(5):1740-1743.
93. Kawanishi Y, Kimura K, Nakanishi R, Kojima K, Numata A. Penile revascularization surgery for arteriogenic erectile dysfunction: the long-term efficacy rate calculated by survival analysis, *BJU International*, 2004, 94(3):361-368.
94. Way I, Yelsma P, Van Meter AM, Black-Pond C. Understanding alexithymia and language skills in children: implications for assessment and intervention, *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 2007, 38(2):128-139.

95. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1973, 22(2-6):255-262.
96. Taylor GJ, Bagby RM. Measurement of alexithymia: recommendations for clinical practise and future research, *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, 11(3):351-366.
97. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2000, 7:240-241.
98. McDougall J. Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1982, 38(1-4):81-90.
99. Lesser IM, Lesser BZ. Alexithymia: examining the development of a psychological concept, *The American Journal of Psychiatry*, 1983, 140(10):1305-1308.
100. Fernandez A, Sriram TG, Rajkumar S, Chandrasekar AN. Alexithymic characteristics in rheumatoid arthritis: a controlled study, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1989, 51(1):45-50.
101. Mason O, Tyson M, Jones C, Potts S. Alexithymia: its prevalence and correlates in a British undergraduate sample, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practise*, 2005, 78(1):113-125.
102. Yıldız B, Güllü A. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile aleksitimi arasındaki ilişki ve bazı sosyo-demografik değişkenlere göre incelenmesi, *Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2018, 9(1):113-131.
103. Krystal H. Alexithymia and psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy*, 1979, 33(1):17-31.
104. Krystal H. Integration and self-healing: affect, trauma, alexithymia, Hillsdale, NJ: Analytical Press, 1988.

105. Lane RD, Schwartz GE. Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology, *The American Journal of Psychiatry*, 1987, 144(2):133-143.
106. Fukunishi I, Tsuruta T, Hirabayashi N, Asukai N. Association of alexithymic characteristics and posttraumatic stress response following medical treatment for children with refractory hematological diseases, *Psychological Reports*, 2001, 89(3):527-534.
107. Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health, *Infant Mental Health Journal*, 2001, 22(1-2):201-269.
108. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977, 28(1/4):337-342.
109. Hoppe KD, Bogen JE. Alexithymia in twelve commissurotomy patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977, 28(1/4):148-155.
110. Nemiah JC. Alexithymia: theoretical considerations, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977, 28(1/4):199-206.
111. Ruesch J. The infantile personality; the core problem of psychosomatic medicine, *Psychosomatic Medicine*, 1948, 10(3).
112. Martin JB, Pihl RO. Influence of alexithymic characteristics on physiological and subjective stress responses in normal individuals, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1986, 45(2):66-77.
113. Lazarus RS. Thoughts on the relations between emotion and cognition, *American Psychologist*, 1982, 37(9):1019-1024.
114. Borens R, Schulte E, Jaensch W, Kortemme H. Is 'alexithymia' but a social phenomenon?, *Psychotherapy and Psychosomatics* 1977, 28(1/4):193-198.
115. Wolff HH. The contribution of the interview situation to the restriction of fantasy life and emotional experience in psychosomatic patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977, 28(1/4):58-67.

116. Stoudemire A. Somatothymia: parts I and II, *Psychosomatics*, 1991, 32(4):365-381.

117. Koçak R. Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve yalnızlığın bazı değişkenler açısından karşılaştırılması ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2003, 2(19):15-24.

118. Goleman D, Boyatzis R, McKee A. The emotional reality of teams, *Journal of Organizational Excellence*, 2002, 21(2):55-65.

119. Brody S. Alexithymia is inversely associated with women's frequency of vaginal intercourse, *Archives of Sexual Behavior*, 2003, 32(1):73-77.

120. Montebancci O, Codispoti M, Baldaro B, Rossi N. Adult attachment style and alexithymia, *Personality and Individual Differences*, 2004, 36(3):499-507.

121. Schutte NS, Malouff JM, Bobik C, Coston TD, Greeson C, Jedlicka C, vd. Emotional intelligence and interpersonal relations, *The Journal of Social Psychology*, 2001, 141(4):523-536.

122. Madioni F, Mammana LA. Toronto alexithymia scale in outpatients with sexual disorders, *Psychopathology*, 2001, 34(2):95-98.

123. Bollinger D, Van Howe RS. Alexithymia and circumcision trauma: a preliminary investigation, *International Journal of Men's Health*, 2011, 10(2):184-195.

124. Humphreys TP, Wood LM, Parker JD. Alexithymia and satisfaction in intimate relationships, *Personality and Individual Differences*, 2009, 46(1):43-47.

125. Wise TN, Osborne C, Strand J, Fagan PJ, Schmidt CW. Alexithymia in patients attending a sexual disorders clinic, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2002, 28(5):445-450.

126. Silvaggi M, Michetti P, Rossi R, Fabrizi A, Leonardo C. Extraversion and neuroticism in sexually dysfunctional men suffering from erectile dysfunction and premature ejaculation: a cross-sectional study, *Andrology (Los Angel)*, 2017, 6(1).

127. Berenguer C, Rebôlo C, Costa RM. Interoceptive awareness, alexithymia, and sexual function, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2019, 45(8):729-738.
128. Scimeca G, Bruno A, Pandolfo G, Micò U, Romeo VM, Abenavoli E, vd. Alexithymia, negative emotions, and sexual behavior in heterosexual university students from Italy, *Archives of Sexual Behavior*, 2012, 42(1):117-127.
129. James W. The physical basis of emotion, *Psychological Review*, 1994, 101(2):205-210.
130. Cole PM, Michel MK, Teti D. The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1994, 73-100.
131. Dodge KA. Emotion and social information processing. In: Garber J, Dodge KA (eds). *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*, Cambridge University Press, 1991:159-181.
132. Lang PJ. The emotion probe: studies of motivation and attention, *American Psychologist*, 1995, 50(5):372-385.
133. Oatley K, Johnson-Laird PN. Towards a cognitive theory of emotions. In: *Cognition and Emotion*, 1987, 1(1):29-50.
134. Schwarz N, Clore GL. Mood, misattribution, and judgments of well-being: informative and directive functions of affective states, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1983, 45(3):513-523.
135. Walden TA. Infant social referencing, In: Garber J, Dodge KA (eds). *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*, Cambridge University Press, 1991:69-88.
136. Axelrod SR, Perepletchikova F, Holtzman K, Sinha R. Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2011, 37(1):37-42.

137. Diamond A. Abilities and neural mechanisms underlying AB performance, *Child Development*, 1988, 59(2):523-527.
138. John OP, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development, *Journal of Personality*, 2004, 72(6):1301-1334.
139. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: an integrative review, *Review of General Psychology*, 1998, 2(3):271-299.
140. Derryberry D, Rothbart MK. Reactive and effortful processes in the organization of temperament, *Development and Psychopathology*, 1997, 9(4):633-652.
141. Bandura A. Social cognitive theory of social referencing. In:Feinman S (ed). *Social Referencing and the Social Construction of Reality in Infancy*, Boston, Springer, 1992:175-208.
142. Fox NA. Psychophysiological correlates of emotional reactivity during the first year of life, *Developmental Psychology*, 1989, 25(3):364-372.
143. Plutchik R. A general psychoevolutionary theory of emotion, In: Plutchik R, Kellerman H (eds). *Theories of Emotion*. Academic Press, 1980:3-33.
144. Cicchetti D. Fractures in the crystal: developmental psychopathology and the emergence of self, *Developmental Review*, 1991, 11(3):271-287.
145. Izard CE. Emotion theory and research: highlights, unanswered questions, and emerging issues, *Annual Review of Psychology*, 2009, 60:1-25.
146. Jakupcak M, Lisak D, Roemer L. The role of masculine ideology and masculine gender role stress in men's perpetration of relationship violence, *Psychology of Men and Masculinity*, 2002, 3(2):97-106.
147. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2004, 26(1):41-54.

148. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50(12):971-974.

149. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth, *Developmental Psychology*, 1992, 28(5):759-775.

150. Eldoğan D, Barışkın E. Erken dnem uyumsuz şema alanları ve sosyal fobi belirtileri: duygu dzenleme gclğnn aracı rol var mı?, *Trk Psikoloji Dergisi*, 2014, 29(74):108-115.

151. Tull MT, Barrett HM, McMillan ES, Roemer L. A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms, *Behavior Therapy*, 2007, 38(3):303-313.

152. Erk S, Mikschl A, Stier S, Ciaramidaro A, Gapp V, Weber B, vd. Acute and sustained effects of cognitive emotion regulation in major depression, *Journal of Neuroscience*, 2010, 30(47):15726-15734.

153. De Wit SJ, Alonso P, Schweren L, Mataix-Cols D, Lochner C, Menchn JM, vd. Multicenter voxel-based morphometry mega-analysis of structural brain scans in obsessive-compulsive disorder, *American Journal of Psychiatry*, 2014, 171(3):340-349.

154. Arabatzoudis T, Rehm IC, Nedeljkovic M, Moulding R. Emotion regulation in individuals with and without trichotillomania, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2017, 12:87-94.

155. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2011, 79(3):307-318.

156. Karagz B, Dağ İ. Kendini yaralama davranışlarında çocukluk dnemi istismarı ve ihmali ile duygu dzenleme gclğ arasındaki ilişki: alkol ve/ya madde bağımlısı bir grupta kendini yaralama davranışının incelenmesi, *Noropsikiyatri Arsivi*, 2015, 52(1):8-14.

157. Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, Bresslein E, Rudofsky G, Herzog W, Friederich HC. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders, *Comprehensive Psychiatry*, 2014, 55(3):565-571.
158. Leible TL, Snell WE. Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence, *Personality and Individual Differences*, 2004, 37(2):393-404.
159. Kingsberg SA. Attitudinal survey of women living with low sexual desire, *Journal of Women's Health*, 2014, 23(10):817-823.
160. Dubé JP, Corsini-Munt S, Muise A, Rosen NO. Emotion regulation in couples affected by female sexual interest/arousal disorder, *Archives of Sexual Behavior*, 2019, 48(8):2491-2506.
161. Janssen E, Everaerd W, Spiering M, Janssen J. Automatic processes and the appraisal of sexual stimuli: toward an information processing model of sexual arousal, *The Journal of Sex Research*, 2000, 37(1):8-23.
162. Payne KA, Binik YM, Amsel R, Khalifé S. When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain, *European Journal of Pain*, 2005, 9(4):427-436.
163. Fallis EE, Rehman US, Purdon C. Perceptions of partner sexual satisfaction in heterosexual committed relationships, *Archives of Sexual Behavior*, 2014, 43(3):541-550.
164. Fischer VJ, Andersson G, Billieux J, Vögele C. The relationship between emotion regulation and sexual function and satisfaction: a scoping review, *Sexual Medicine Reviews*, 2022, 10(2):195-208.
165. Chen J, Chen Y, Gao Q, Chen G, Dai Y, Yao Z, Lu Q. Impaired prefrontal-amygdala pathway, self-reported emotion, and erection in psychogenic erectile dysfunction patients with normal nocturnal erection, *Frontiers in Human Neuroscience*, 2018, 12(157).
166. Bancroft J, Graham CA, Janssen E, Sanders SA. The dual control model: current status and future directions, *Journal of Sex Research*, 2009, 46(2-3):121-142.

167. Tutino JS, Ouimet AJ, Shaughnessy K. How do psychological risk factors predict sexual outcomes? a comparison of four models of young women's sexual outcomes, *The Journal of Sexual Medicine*, 2017, 14(10):1232-1240.

168. Winters J, Christoff K, Gorzalka BB. Conscious regulation of sexual arousal in men, *Journal of Sex Research*, 2009, 46(4):330-343.

169. Wootten AC, Burney S, Foroudi F, Frydenberg M, Coleman G, Ng KT. Psychological adjustment of survivors of localised prostate cancer: investigating the role of dyadic adjustment, cognitive appraisal and coping style, *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2007, 16(11):994-1002.

170. Awada N, Bergeron S, Steben M, Hainault VA, Mcduff P. To say or not to say: dyadic ambivalence over emotional expression and its associations with pain, sexuality, and distress in couples coping with provoked vestibulodynia, *The Journal of Sexual Medicine*, 2014, 11(5):1271-1282.

171. Pawłowska A, Borg C, de Jong PJ. Up-regulating sexual arousal and down-regulating disgust while watching pornography: effects on sexual arousal and disgust, *The Journal of Sex Research*, 2021, 58(3):353-363.

172. Van Overveld M, Borg C. Brief emotion regulation training facilitates arousal control during sexual stimuli, *The Journal of Sex Research*, 2015, 52(9):996-1005.

173. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N, Alpkan RL. Evlilik uyumu, *Düşünen Adam*, 2005, 18(1):39-47.

174. Creamer M, Campbell IM. The role of interpersonal perception in dyadic adjustment, *British Journal of Clinical Psychology*, 1988, 44(3):424-430.

175. Yılmaz A. Eşler arasındaki uyum: kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2001, 4(4).

176. Greeff P, Hildegarde L, Malherbe A. Intimacy and marital satisfaction in spouses, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2001, 27(3):247-257.

177. Fowers BJ, Montel KH, Olson DH. Predicting marital success for premarital couple types based on prepare, *Journal of Marital and Family Therapy*, 1996, 22(1):103-119.

178. Hartman LM. The interface between sexual dysfunction and marital conflict, *The American Journal of Psychiatry*, 1980, 137(5).

179. Beach SR, O'Leary KD. Marital discord and dysphoria: for whom does the marital relationship predict depressive symptomatology?, *Journal of Social and Personal Relationships*, 1993, 10(3):405-420.

180. Cohan CL, Bradbury TN. Negative life events, marital interaction, and the longitudinal course of newlywed marriage, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 73(1):114-128.

181. Sprecher S. "I love you more today than yesterday": romantic partners' perceptions of changes in love and related affect over time, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999, 76(1):46-53.

182. Schaefer ES, Burnett CK. Stability and predictability of quality of women's marital relationships and demoralization, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, 53(6):1129-1136.

183. Carroll JL, Bagley DH. Evaluation of sexual satisfaction in partners of men experiencing erectile failure, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1990, 16(2):70-78.

184. Fisher WA, Rosen RC, Eardley I, Sand M, Goldstein I. Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: the female experience of men's attitudes to life events and sexuality (FEMALES) Study, *The Journal of Sexual Medicine*, 2005, 2(5):675-684.

185. Müller MJ, Ruof J, Graf-Morgenstem M, Porst H, Benkert O. Quality of partnership in patients with erectile dysfunction after sildenafil treatment, *Pharmacopsychiatry*, 2001, 34(3):91-95.

186. First MB. Structured clinical interview for the DSM (SCID). In: Robin L, Scott O (eds). *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. First Edition, 2015:1-6.

187. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Topak O, Çetin Ş, vd. DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin klinisyen versiyonunun türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2019, 30(1).

188. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 1997, 49(6):822-830.

189. Turunç T, Deveci S, Güvel S, Peşkirioğlu L. Uluslararası cinsel işlev indeksinin 5 soruluk versiyonunun (IIEF-5) Türkçe geçerlilik çalışmasının değerlendirilmesi, *Türk Üroloji Dergisi/Turkish Journal of Urology*, 2007, 33(1):45-49.

190. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1993, 4(2):83-88.

191. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item toronto alexithymia scale—II convergent, discriminant, and concurrent validity, *Journal of Psychosomatic Research*, 1994, 38(1):33-40.

192. Güleç H, Köse S, Güleç MY, Çitak S, Evren C, Borckardt J, Sayar K. Reliability and factorial validity of the turkish version of the 20-item toronto alexithymia scale (TAS-20), *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 2009, 19(3):214.

193. Yiğit İ, Guzey Yiğit M. Psychometric properties of turkish version of difficulties in emotion regulation scale-brief form (DERS-16), *Current Psychology*, 2019, 38(6):1503-1511.

194. Şendil G, Korkut Y. Evli çiftlerdeki çift uyumu ve evlilik çatışmasının demografik özellikler açısından incelenmesi, *Psikoloji Çalışmaları*, 2008, 28:15-34.

195. Fışıloğlu H, Demir A. Applicability of the dyadic adjustment scale for measurement of marital quality with turkish couples, *European Journal of Psychological Assessment*, 2000, 16(3):214-218.

196. Busby DM, Christensen C, Crane DR, Larson JH. A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales, *Journal of Marital and Family Therapy*, 1995, 21(3):289-308.

197. Bayraktaroglu HT, Cakici ET. Psychometric properties of revised form of the dyadic adjustment scale in a sample from North Cyprus. *International Journal of Educational Sciences*, 2017, 19(2-3):113-119.

198. Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56(6):893-897.

199. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmn H. Turkish version of the Beck anxiety inventory: psychometric properties, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1998, 12(2):163-172.

200. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 1961, 4(6):561-571.

201. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği, *J. Psychol.*, 1989, 7(23):3-13.

202. Nayir N. Edirne İl Merkezinde Yaşayan Erişkinlerde Cinsel İşlev Bozuklukları, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010.

203. Ata G, Yalçınkaya Alkar Ö, Hızlı F, Basar H. Erektile disfonksiyon ve/veya prematüre ejakülasyon tanısı alan erkeklerde çift uyumunu yordayan değişkenler nelerdir? cinsiyet rolleri, depresyon, anksiyete, stres, kişilik özellikleri ve benlik saygısı, *Androloji Bülteni*, 2021, 23(4):224-231.

204. Öyekçin DG, Gülpek D, Şahin EM, Mete L. Depression, anxiety, body image, sexual functioning, and dyadic adjustment associated with dialysis type in chronic renal failure, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2012, 43(3):227-241.

205. Çankaya S, Ateş HE. Covid-19 izolasyon sürecinde aşk; kadınların ilişki doyumu ve çift uyumunun cinsel sıkıntıya etkisi, *Bozok Tıp Dergisi*, 2021, 11(4):29-37.

206. Tutino JS, Shaughnessy K, Ouimet AJ. Looking at the bigger picture: young men's sexual health from a psychological perspective, *Journal of Health Psychology*, 2018, 23(2):345-358.

207. Ahn TY, Park JK, Lee SW, Hong JH, Park NC, Kim JJ, vd. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in Korean men: results of an epidemiological study, *The Journal of Sexual Medicine*, 2007, 4(5):1269-1276.

208. Li C, Sun J, Zhao H, Dai T. Association between frailty and erectile dysfunction among chinese elderly men, *BioMed Research International*, 2020.

209. Kałka D, Karpiński Ł, Gebala J, Rusiecki L, Bielous-Wilk A, Krauz ES. Sexual health of male cardiac patients-present status and expectations of patients with coronary heart disease, *Archives of Medical Science*, 2017, 13(2):302-310.

210. Shabsigh R, Fishman IJ, Schum C, Dunn JK. Cigarette smoking and other vascular risk factors in vasculogenic impotence, *Urology*, 1991, 38(3):227-231.

211. Karataş TC. Manisa Kent Merkezinde 20-40 Yaş Arası Eretil Disfonksiyon Prevalansı ve Eşlik Eden Faktörler, Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2007.

8. EKLER

EK-1. ETİK KURUL ONAY BELGESİ



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

Sayı : E.Kurul –E1-21-2083

2083-no'lu çalışma

Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yapılması planlanan “Bir Çift Hastalığı Olarak Erektile Disfonksiyon: Aleksitimi, Duygu Düzenleme ve Çift Uyumunun Etkisi” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

03/11/2021

Prof. Dr. Hürrem Bodur
Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Çift Hastalığı Olarak Eretil Disfonksiyon: Aleksitimi, Duygu Düzenleme ve Çift Uyumunun Etkisi
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. Hürrem BODUR					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kl.Mikrobiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Doğan UNCÜ	Tıbbi Onkoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mehmet Numan ALP	Göz Hastalıkları	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Birol KORUKLUOĞLU	Genel Cerrahi	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Berrak Gümüşkaya ÖCAL	Patoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Seyhan YAĞAR	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet Salih KAYA	Fizyoloji	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hayrettin Levent MAVİOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Afşin Emre KAYIPMAZ	Acil Tıp	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hatice SELÇUK	Kardiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hesna BEKTAŞ	Nöroloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat İsmail BAŞDAŞ	Hukuk	Ankara Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Çiğdem KOCAMAN	Mühendis	işletmeci	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR
İmza:



EK-2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU HASTA

ÇALIŞMANIN ADI: Bir Çift Hastalığı Olarak Erektile Disfonksiyon : Aleksitimi , Duygu Düzenleme ve Çift Uyumunun Etkisi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI

Bu çalışmada; erektil disfonksiyon hastalarında ve cinsel partnerlerinde duygu düzenleme, aleksitimi, çift uyumu açısından sağlıklı kontrollere göre farklılık olup olmadığı araştırılacaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ

Bu çalışmada, erektil disfonksiyon hastalarına ve cinsel partnerlerine klinik değerlendirme yapılacaktır ve hastaların ve partnerlerinin anamnezleri alınacaktır. Katılımcılara çalışmayla ilgili ölçek formları uygulanacaktır. Uygulanan ölçeklerle ilgili değerlendirme hususlarında gizlilik kurallarına uyulacaktır. Ayrıca, katılımcılara çalışma hakkında gerekli bilgileri de içeren gönüllü olur formu imzalatılacaktır. Ölçek formlarını doldururken ve muayene sırasında samimi ve dürüst olmak sizin sorumluluklarınızındadır.

ÇALIŞMADA YER ALMAMIN YARAR VE RİSKLERİ NELERDİR

Çalışmada yer almanız halinde cinsel anamneziniz alınacak, cinsel işlev bozuklukları açısından değerlendirmeniz yapılacak ve tarafınıza Dr Ayşenur Çobanoğlu tarafından cinsel bilgilendirme yapılacaktır.

Çalışmamızda invaziv işlem planlanmadığı için herhangi bir risk beklenmemektedir.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER

ADI: Ayşenur Çobanoğlu

GÖREVİ: Psikiyatri asistan doktor

TELEFON:

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih

Görüşmeyi yapan hekim

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih

EK-3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU HASTA PARTNERİ

CALIŞMANIN ADI: Bir Çift Hastalığı Olarak Eretil Disfonksiyon: Aleksitimi, Duygu Düzenleme ve Çift Uyumunun Etkisi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu' nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığımız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI

Bu çalışmada; erektil disfonksiyon hastalarında ve cinsel partnerlerinde duygu düzenleme, aleksitimi, çift uyumu açısından sağlıklı kontrollere göre farklılık olup olmadığı araştırılacaktır.

CALIŞMA İŞLEMLERİ

Bu çalışmada, erektil disfonksiyon hastalarıyla cinsel partnerlerine ve sağlıklı gönüllülerle cinsel partnerlerine klinik değerlendirme yapılacak ve anamnezleri alınacaktır. Katılımcılara çalışmayla ilgili ölçek formları uygulanacaktır. Uygulanan ölçeklerle ilgili değerlendirme hususlarında gizlilik kurallarına uyulacaktır. Ayrıca, katılımcılara çalışma hakkında gerekli bilgileri de içeren gönüllü olur formu imzalatılacaktır. Ölçek formlarını doldururken ve muayene sırasında samimi ve dürüst olmak sizin sorumluluklarınızındandır.

CALIŞMADA YER ALMAMIN YARAR VE RİSKLERİ NELERDİR

Çalışmada yer almanız halinde cinsel anamneziniz alınacak, cinsel işlev bozuklukları açısından değerlendirmeniz yapılacaktır. Psikojenik erektil disfonksiyon hastasının cinsel partneri olarak çalışmamıza dahil edileceksiniz.

Çalışmamızda yer almanızın yararı, cinsel işlev bozuklukları açısından ayrıntılı psikiyatrik değerlendirilip cinsel partnerinizle tarafınıza cinsel bilgilendirme yapılacak olmasıdır.

Çalışmamızda sağlıklı gönüllülerle cinsel partnerleri ve erektil disfonksiyon hastalarıyla cinsel partnerleri arasında bakılan değişkenler açısından fark olup olmadığı araştırılacaktır.

Çalışmamızda invaziv işlem planlanmadığı için herhangi bir risk beklenmemektedir.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER

ADI: Ayşenur Çobanoğlu

GÖREVİ: Psikiyatri asistan doktor

TELEFON:

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih

Görüşmeyi yapan hekim

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih

EK-4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU KONTROL GRUBU

CALIŞMANIN ADI: Bir Çift Hastalığı Olarak Eretil Disfonksiyon: Aleksitimi, Duygu Düzenleme ve Çift Uyumunun Etkisi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve kullanılacak tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI

Bu çalışmada; erektil disfonksiyon hastalarında ve cinsel partnerlerinde duygu düzenleme, aleksitimi, çift uyumu açısından sağlıklı kontrollere göre farklılık olup olmadığı araştırılacaktır.

CALIŞMA İŞLEMLERİ

Bu çalışmada, erektil disfonksiyon hastalarıyla cinsel partnerlerine ve sağlıklı gönüllülerle cinsel partnerlerine klinik değerlendirme yapılacak ve anamnezleri alınacaktır. Katılımcılara çalışmayla ilgili ölçek formları uygulanacaktır. Uygulanan ölçeklerle ilgili değerlendirme hususlarında gizlilik kurallarına uyulacaktır. Ayrıca, katılımcılara çalışma hakkında gerekli bilgileri de içeren gönüllü olur formu imzalatılacaktır. Ölçek formlarını doldururken ve muayene sırasında samimi ve dürüst olmak sizin sorumluluklarınızındadır.

CALIŞMADA YER ALMAMIN YARAR VE RİSKLERİ NELERDİR

Çalışmada yer almanız halinde cinsel anamneziniz alınacak, cinsel işlev bozuklukları açısından değerlendirmeniz yapılacaktır. DSM 5'e göre erektil disfonksiyon tanı kriterlerini karşılamamanız halinde sağlıklı gönüllü olarak çalışmamıza dahil edileceksiniz.

Çalışmamızda yer almanızın yararı, cinsel işlev bozuklukları açısından ayrıntılı psikiyatrik değerlendirilip tarafınıza cinsel bilgilendirme yapılacak olmasıdır.

Çalışmamızda sağlıklı gönüllülerle cinsel partnerleri ve erektil disfonksiyon hastalarıyla cinsel partnerleri arasında bakılan değişkenler açısından fark olup olmadığı araştırılacaktır.

Çalışmamızda invaziv işlem planlanmadığı için herhangi bir risk beklenmemektedir.

BU CALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER

ADI: Ayşenur Çobanoğlu

GÖREVİ: Psikiyatri asistan doktor

TELEFON:

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih

Görüşmeyi yapan hekim

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih

EK-5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU KONTROL PARTNERİ

CALIŞMANIN ADI: Bir Çift Hastalığı Olarak Eretil Disfonksiyon: Aleksitimi, Duygu Düzenleme ve Çift Uyumunun Etkisi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI

Bu çalışmada; erektil disfonksiyon hastalarında ve cinsel partnerlerinde duygu düzenleme, aleksitimi, çift uyumu açısından sağlıklı kontrollere göre farklılık olup olmadığı araştırılacaktır.

CALIŞMA İŞLEMLERİ

Bu çalışmada, erektil disfonksiyon hastalarıyla cinsel partnerlerine ve sağlıklı gönüllülerle cinsel partnerlerine klinik değerlendirme yapılacak ve anamnezleri alınacaktır. Katılımcılara çalışmayla ilgili ölçek formları uygulanacaktır. Uygulanan ölçeklerle ilgili değerlendirme hususlarında gizlilik kurallarına uyulacaktır. Ayrıca, katılımcılara çalışma hakkında gerekli bilgileri de içeren gönüllü olur formu imzalatılacaktır. Ölçek formlarını doldururken ve muayene sırasında samimi ve dürüst olmak sizin sorumluluklarınızındadır.

CALIŞMADA YER ALMAMIN YARAR VE RİSKLERİ NELERDİR

Çalışmada yer almanız halinde cinsel anamneziniz alınacak, cinsel işlev bozuklukları açısından değerlendirmeniz yapılacaktır. Cinsel partnerinizin DSM 5'e göre erektil disfonksiyon tanı kriterlerini karşılamaması halinde sağlıklı gönüllü erkeğin cinsel partneri olarak çalışmamıza dahil edileceksiniz.

Çalışmamızda yer almanızın yararı, cinsel işlev bozuklukları açısından ayrıntılı psikiyatrik değerlendirilip cinsel partnerinizle tarafınıza cinsel bilgilendirme yapılacak olmasıdır.

Çalışmamızda sağlıklı gönüllülerle cinsel partnerleri ve erektil disfonksiyon hastalarıyla cinsel partnerleri arasında bakılan değişkenler açısından fark olup olmadığı araştırılacaktır.

Çalışmamızda invaziv işlem planlanmadığı için herhangi bir risk beklenmemektedir.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER

ADI: Ayşenur Çobanoğlu

GÖREVİ: Psikiyatri asistan doktor

TELEFON:

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih

Görüşmeyi yapan hekim

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih

EK-6. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU HASTA

1. Ad-Soyad :
2. Yaş :
3. Telefon :
4. Medeni hal:
(1)Bekar (2)Evli (3)Birlikte yaşıyor (4)Boşanmış veya dul
5. Partneriniz ile ilişki süreniz:
6. Şu anda yaşadığınız yer:
(1) Köy (2)Kasaba/İlçe (3)Küçük şehir (4)Büyük şehir (5)Yurtdışı
7. Eğitim durumunuz:
(1) Okur-yazar
(2) İlkokul mezunu
(3) Ortaokul mezunu
(4) Lise mezunu
(5) Üniversite ve yüksekokul mezunu
(6) Lisansüstü öğrenim mezunu
8. Şu anda çalışıyor musunuz?
(1) Evet (2)Hayır
9. Eğer çalışıyorsanız mesleğiniz nedir?
(1) Devlet memuru (2) Kendi işimi yapıyorum (3) Öğrenci (4) Diğer
10. Kiminle yaşıyorsunuz?
(1) Yalnız (2) Eşi/Partneri ile (3) Geniş aile (Kendi ailesinden veya eşi/partnerinin ailesinden birileri ile aynı evde)
11. Daha önceden erektil disfonksiyon nedeniyle tedavi başvurunuz oldu mu?
(1) Evet (2) Hayır
12. Eğer başvurunuz olduysa kime?
(1) Psikiyatrist (2) Psikolog (3) Üroloji doktoru (4) Diğer
13. Eretil disfonksiyon şikayetiniz başladıktan ne kadar süre sonra tedavi başvurunuz oldu?
(1) 0-6 ay
(2) 6-12 ay
(3) 1-2 yıl
(3) 3-5 yıl
(4) 5 yıl üstü

- 14.** Psikiyatriye kim tarafından yönlendirildiniz?
(1) Psikiyatri (2) Ürolog (3) Dahiliye (4) Arkadaş (5) Kendisi
- 15.** Cinsel birleşmeyi ilk denediğiniz yaş?
- 16.** Eşinizle iletişim sorunu yaşıyor musunuz?
(1) Evet (2) Hayır
- 17.** Eğer eşinizle iletişim sorunu yaşıyorsanız bununla ilgili tedavi başvurunuz oldu mu?
(1) Evet (2)Hayır
- 18.** Ailenizde cinsellik konuşulan bir konu muydu?
(1) Evet (2) Hayır
- 19.** Cinsellikle ilgili yeterince bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?
(1) Evet (2) Hayır (3) Kısmen
- 20.** Evet/kısmen ise cinsellikle ilgili bilgilere hangi kaynaktan ulaştınız?
(1) Aile (2) Arkadaş çevresi (3)Okul (4) İnternet (5) Kişiler ve dergiler
- 21.** Cinsel ilişki sırasında kaçındığınız durumlar var mı?
(1) Evet (2) Hayır
- 22.** Var ise kaçındığınız durum/durumlar nedir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
(1) Ortamın aydınlık olması
(2) Çıplaklık
(3) Kendi cinsel organıma dokunulması
(4) Partnerinin cinsel organına dokunmak
(5) Diğer
- 23.** Sigara kullanır mısınız?
(1) Hala içiyorum
(2) Bıraktım
(3) Hiç içmedim
- 24.** Alkol kullanır mısınız?
(1) Hala içiyorum
(2) Bıraktım
(3) Hiç içmedim
- 25.** Beden kitle indeksiniz hangi düzeydedir?
(1) Zayıf
(2) Normal
(3) Fazla kilolu
(4) Aşırı kilolu
(5) Morbid aşırı kilolu

EK-7. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU KONTROL GRUBU

1. Ad-Soyad :
2. Yaş :
3. Telefon :
4. Medeni hal:
(1)Bekar (2)Evli (3)Birlikte yaşıyor (4)Boşanmış veya dul
5. Partneriniz ile ilişki süreniz:
6. Şu anda yaşadığınız yer:
(1) Köy (2)Kasaba/İlçe (3)Küçük şehir (4)Büyük şehir (5)Yurtdışı
7. Eğitim durumunuz:
(1) Okur-yazar
(2) İlkokul mezunu
(3) Ortaokul mezunu
(4) Lise mezunu
(5) Üniversite ve yüksekokul mezunu
(6) Lisansüstü öğrenim mezunu
8. Şu anda çalışıyor musunuz?
(1) Evet (2)Hayır
9. Eğer çalışıyorsanız mesleğiniz nedir?
(1) Devlet memuru (2) Kendi işimi yapıyorum (3) Öğrenci (4) Diğer
10. Kiminle yaşıyorsunuz?
(1) Yalnız (2) Eşi/Partneri ile (3) Geniş aile (Kendi ailesinden veya eşi/ partnerinin ailesinden birileri ile aynı evde)
11. Cinsel birleşmeyi ilk denediğiniz yaş?
12. Eşinizle iletişim sorunu yaşıyor musunuz?
(1) Evet (2) Hayır
13. Eğer eşinizle iletişim sorunu yaşıyorsanız bununla ilgili tedavi başvurunuz oldu mu?
(1) Evet (2)Hayır
14. Ailenizde cinsellik konuşulan bir konu muydu?
(1) Evet (2) Hayır
15. Cinsellikle ilgili yeterince bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?
(1) Evet (2) Hayır (3) Kısmen

16. Evet/kısmen ise cinsellikle ilgili bilgilere hangi kaynaktan ulaştınız?
(1) Aile (2) Arkadaş çevresi (3)Okul (4) İnternet (5) Kişiler ve dergiler

17. Cinsel ilişki sırasında kaçındığınız durumlar var mı?
(1) Evet (2) Hayır

18. Var ise kaçındığınız durum/durumlar nedir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
(1) Ortamın aydınlık olması
(2) Çıplaklık
(3) Kendi cinsel organıma dokunulması
(4) Partnerinin cinsel organına dokunmak
(5) Diğer

19. Sigara kullanır mısınız?
(1) Hala içiyorum
(2) Bıraktım
(3) Hiç içmedim

20. Alkol kullanır mısınız?
(1) Hala içiyorum
(2) Bıraktım
(3) Hiç içmedim

21. Beden kitle indeksiniz hangi düzeydedir?
(1) Zayıf
(2) Normal
(3) Fazla kilolu
(4) Aşırı kilolu
(5) Morbid aşırı kilolu

EK-8. ULUSLARARASI EREKTİL İŞLEV FORMU (IIEF-5)

IIEF-5						
Ad Soyad:			Tarih: //			
Son 6 ay içerisinde;						Sizin puanınız
1-Sertleşme sağlama ve sürdürme konusunda kendinize olan güveniniz hangi düzeydeydi?	Çok düşük	Düşük	Orta	Yüksek	Çok yüksek	
	1	2	3	4	5	
2-Cinsel uyarı ile sertleşme sağladığınızda, bu sertleşme ne sıklıkla içeriye (vajene /hazneye) girmek için yeterliydi?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman	
	1	2	3	4	5	
3-Cinsel birleşme öncesinde sağladığınız sertleşmeyi içeriye (vajene/hazneye) girdikten sonra ne sıklıkta sürdürebildiniz?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman	
	1	2	3	4	5	
4-Cinsel birleşme sırasında, sertliği ilişkinin sonuna kadar sürdürmekte ne derece zorlandınız?	Aşırı zorlandım	Çok zorlandım	Zorlandım	Biraz zorlandım	Hiç zorlanmadım	
	1	2	3	4	5	
5- Cinsel birleşme girişimleriniz sizce ne sıklıkta tatmin ediciydi?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısından çok fazla	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman	
	1	2	3	4	5	
Skor						

	Skor	Kategori
Şiddetli	5-7	1
Orta	8-11	2
Hafif-orta	12-16	3
Hafif	17-21	4
ED yok	22-25	5
ED Kategorisi		

EK-9. GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ-ERKEK FORMU (GRCDÖ)

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

Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkla ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki boş alanı işaretleyerek cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

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

Cevaplar	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?					
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?					
3. Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız?					
4. Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz erken olduğunu düşünürseniz, boşalmayı geciktirebilir misiniz?					
5. Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tekdüze (monoton) buluyor musunuz?					
6. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?					
7. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, tedirgin ve endişeli olur musunuz?					
8. Cinsel organınızın, eşinizin cinsel organına girmesinden zevk alır mısınız?					
9. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız?					
10. İlişki sırasında cinsel organınızın sertleşmediği olur mu?					
11. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?					
12. Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?					
13. Cinsel birleşme sırasında erken boşalmayı engelleyebilir misiniz?					

Cevaplar	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
14. Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?					
15. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar buluyor musunuz?					
16. Ön sevişme (öpme, okşama gibi) sırasında cinsel organınızın sertleştiği olur mu?					
17. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (hastalık gibi durumlar dışında)					
18. Eşinizle karşılıklı mastürbasyon yapmaktan (kendinizi tatmin etmekten) zevk alır mısınız?					
19. Eşinizle sevişmek istediğinizde, ilişkiyi siz başlatır mısınız?					
20. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?					
21. İsteddiğiniz kadar sık cinsel ilişkide bulunur musunuz?					
22. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?					
23. Cinsel birleşme sırasında, cinsel organınızın sertliğini kaybettiği olur mu?					
24. Cinsel organınız, eşinizin cinsel organına girer girmez istemeden boşaldığınız olur mu?					
25. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?					
26. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?					
27. Cinsel organınız, eşinizin cinsel organına girmek üzereyken, istemeden boşaldığınız olur mu?					
28. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?					

EK-10. GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ-KADIN FORMU (GRCDÖ)

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

Cevaplandırırken

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkla ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki boş alanı işaretleyerek cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

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

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?					
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız?					
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi durumlar dışında)					
4. Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?					
5. Sizce, sizin ve eşinizin ön sevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığı zaman yeterli mi?					
6. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının girmeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?					
7. Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?					
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir misiniz?					
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?					
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz?					
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?					
12. Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız olur musunuz?					

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, rahatsız olur musunuz?					
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 alır mısınız?					
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?					
21. Ön sevişme sırasında eşiniz bızırınızı (kitoris) 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 oluşunu 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) ulaşıyor musunuz?					

EK-11. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ-20)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlenmeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmıyorsunuz, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiği tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.....	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.....	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazı azaltır.....	1	2	3	4	5

EK-12. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ (DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek boşluğu (X) ile işaretleyiniz.

	Hemen hemen hiç (% 0-10)	Bazen (% 11-35)	Yaklaşık Yarı yarıya (% 36-65)	Çoğu zaman (% 66-90)	Hemen hemen her zaman (% 91-100)
1. Duyularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
7. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.					
9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde Davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

EK-13. YENİLENMİŞ ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ (YÇUÖ)

Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği

Aşağıdaki konularda eşinizle anlaşıp anlaşamadığınızı ilgili kutucuğa (X) işareti koyarak belirtiniz.

		Hiçbir zaman anlaşamayız	Nadiren anlaşırız	Bazen anlaşırız	Oldukça sık anlaşırız	Çoğu zaman anlaşırız
1	Dini konular					
2	Muhabbet-sevgi gösterme					
3	Temel kararların alınması					
4	Cinsel yaşam					
5	Geleneksellik					
6	Mesleki kararlar					

Aşağıda eşinizle ve evliliğinizle ilgili bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyup size ne derece uygun olduğunu ilgili kutucuğa (X) işareti koyarak belirtiniz.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Çoğu zaman
7	İlişkinizi bitirmeyi ne sıklıkta tartışırsınız?					
8	Eşinizle ne sıklıkla münakaşa edersiniz?					
9	Evlendiğiniz için pişmanlık duyar mısınız?					
10	Ne sıklıkla birbirinizin sinirlenmesine neden olursunuz?					
11	Siz ve eşiniz ev dışı etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız?					
12	Ne sıklıkla teşvik edici fikir alışverişinde bulunursunuz?					
13	Ne sıklıkla bir iş üzerinde birlikte çalışırsınız?					
14	Ne sıklıkla bir şeyi sakince tartışırsınız?					

EK-14. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (BAÖ)

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

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

Toplam BECK-A skoru:.....

EK-15. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

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

Toplam BECK-D skoru:.....