

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Okan ÇALIYURT

**BİPOLAR I BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA VE
EŞLERİNDE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Hatice CEVİZ

EDİRNE-2013

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince eğitimim, hedeflerim ve motivasyonum konusunda her zaman katkıda bulunan, tezimin her aşamasında beni destekleyen ve yardımını esirgemeyen Prof. Dr. Okan ÇALIYURT'a, eğitimim süresince bilgilerinden sürekli faydalandığım Prof. Dr. Ercan ABAY'a, Prof. Dr M. Erdal VARDAR'a, Prof. Dr. Cengiz TUĞLU'ya, Yrd. Doç. Dr. Yasemin GÖRGÜLÜ'ye, Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR'a, Yrd. Doç. Dr. M. Bülent SÖNMEZ'e, fırsat buldukça beyin fırtınası yaptığımız, psikiyatriyi daha da çok sevmemi sağlayan çalışma arkadaşlarımdan tümüne, en önemlisi de, bugünlere gelmemi sağlayan sevgili aileme çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
BİPOLAR BOZUKLUK.....	3
CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI	13
BİPOLAR BOZUKLUKTA CİNSEL İŞLEVSELLİK.....	33
GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
BULGULAR.....	46
TARTIŞMA	87
SONUÇLAR.....	108
ÖZET	111
SUMMARY	113
KAYNAKLAR.....	115
EKLER	

KISALTMALAR

BB	Bipolar Bozukluk
BDZ	Benzodiyazepin
CİB	Cinsel İşlev Bozukluğu
cGMP	Siklik Guanozin Monofosfat
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-Dördüncü Baskı)
ED	Eretil Disfonksiyon
EKT	Elektrokonvulzif Terapi
FDA	United States Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
HAM-D	Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
ICD	International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması)
GRCDÖ	Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği
MMQ	Maudsley Marital Questionnaire (Maudsley Evlilik Anketi)
MMQ-M	Maudsley Marital Questionnaire-Marital (Maudsley Evlilik Anketi-Evlilik)
MMQ-S	Maudsley Marital Questionnaire-Sexual (Maudsley Evlilik Anketi-Cinsel)
PE	Prematür Ejekülasyon
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders

(DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme)

SNRI	Selective Serotonin-Noradrenaline Reuptake Inhibitor (Seçici Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü)
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü)
STAI	State/Trait Anxiety Inventory (Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği)
STAI D	State/Trait Anxiety Inventory/State (Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği/Durumluk)
STAI S	State/Trait Anxiety Inventory/Trait (Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği/Sürekli)
YMRS	Young Mani Rating Scale (Young Mani Derecelendirme Ölçeği)

GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (BB), belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan mani, hipomani, karma ve depresif ataklarla giden ve ataklar arasında kişinin ötimik duyguduruma dönebildiği, kronik seyirli bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (1).

Bipolar bozukluk, BB I ve BB II olmak üzere iki ayrı klinik durum olarak görülmektedir. BB I'in başlıca özelliği, bir ya da birden çok manik atağın ya da karma atağın ortaya çıkması ile belirli klinik gidişe sahip olmasıdır. BB I toplum örneklemelerinde yaşam boyu yaygınlığı %0.4-1.6 arasında değişmektedir. Hastaların atak dönemlerinde toplumsal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarını önemli derecede kısıtlayan bir bozukluktur (2).

Bipolar I bozukluğu, sıklıkla kişide fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda önemli bozulmalara yol açabilmekte ve hem hastalığın kendisi, hem de tedavide kullanılan ilaçların olası yan etkileri yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Bipolar I bozukluğun manik dönemlerinde genellikle cinsel istekte ve riskli cinsel davranışlarda artış gözlenebilmektedir. Bu durum depresif dönemlerde tersine dönebilmekte, tekrarlayan ataklarla birlikte cinsel davranışta değişiklikler olabilmektedir. BB hastaları için cinsel partnerleri belirlemek ve ilişkiyi devam ettirmek sürekli bir sorun olabilmektedir. Ciddi psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin %30-70'inin cinsel açıdan aktif olduğu bildirilmiştir (3). BB tanısı olan hastalar, oldukça uzun bir süre, çoğunlukla da ömür boyu tıbbi tedavi almak durumundadırlar. Bu tedavilerin gerek kısa gerek uzun dönemde cinsel işlevlerde bozulmaya sebep olabileceği bilinmektedir (4-6).

Cinsel işlev, cinsel uyarana yanıt olarak fizyolojik, psikolojik ve sosyal alandaki tepkiler ya da süreçlerin bütünü olarak ifade edilebilir. Cinsel işlevselliğin bozulması, cinselliğin

evreleri olan istek, uyarılma ve orgazm evrelerinin biri ya da daha fazlasında gözlenebilmektedir. Cinsel işlev bozuklukları (CİB), cinsel istek bozuklukları, cinsel uyarılma bozuklukları, orgazmla ilişkili bozukluklar ve cinsel ağrı bozuklukları olarak sınıflandırılmaktadır (7). Kronik psikiyatrik hastalıklarda, cinsel işlevleri etkileyen beyin bölgelerinin etkilenmesi, tedavide kullanılan psikotrop ilaçların etkisi ve hastalığın getirdiği sosyal damgalanma sonuç olarak CİB'e yol açabilmektedir (8).

Bipolar I bozukluğu olan hastalar, gerek bu bozukluk nedeniyle, gerek tedavide kullanılan antipsikotikler, duygudurum düzenleyiciler ve antidepresanların yan etkileri nedeniyle sıklıkla CİB bildirmektedir. Klinikte sık karşımıza çıkan bu durum klinisyenler tarafından zaman zaman gözden kaçmaktadır.

Bu araştırmanın amacı, remisyonda olan BB I tanısı olan hastalar ve eşlerinde CİB sıklığını ve tiplerini ve bununla ilişkili sosyodemografik ve klinik değişkenleri araştırmak ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmaktır.

GENEL BİLGİLER

BİPOLAR BOZUKLUK

Tanım

Bipolar bozukluk, tekrarlayan mani, hipomani, karma ve depresif ataklarla giden ve ataklar arasında kişinin ötimik duyguduruma dönebildiği, kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur (1).

Bipolar bozukluğun, BB I ve BB II olarak adlandırılan iki ayrı klinik görünümü mevcuttur. BB I, bir ya da birden fazla manik ya da karma atağın varlığı ile belirli bir klinik görünüm oluşturmaktadır. BB I yaşam boyu yaygınlığı, toplum örneklemelerinde %0.4-1.6 arasında değişmektedir. BB I sosyal, mesleki işlevsellikte bozulma, intihar riski, sık yineleme gibi nedenlerle kişi ve çevresindekilerin yaşamını olumsuz yönde etkilemekte ve yeti yitimine neden olmaktadır (2).

Tarihçe

Duygudurum bozuklukları ile ilişkili gözlemler, insanlık tarihi boyunca, değişik çağlarda, toplumlarda ve dinlerde yer almıştır. Hipokrat (M.Ö. 460-377) insanda duygudurum ve beden sıvıları arasında bağlantı kurmuş, hafif kanlı mizaç, ağır kanlı mizaç, kara sevdalı mizaç ve sinirli mizaç olarak birbirinden farklı dört mizaç tanımlamıştır. Hipokrat “kara safra” anlamına gelen melankoli terimiyle, karaciğer ve safra yollarındaki bozukluklardan kaynaklanan durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik, uykusuzluk, kaygı, yetersizlik ve intihar düşünceleriyle ortaya çıkan bir hastalık tablosu tanımlamıştır (9).

Yunan ve Latin kaynaklar ağır depresyon ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanımlanmıştır. Homeros, İlyada destanında Yunanca’da öfke ve gazap anlamına gelen “mani” sözcüğünü kullanmıştır (1).

Eski Yunanlılar döneminde yüksek, abartılı duygudurumla kendini belli eden bir “delilik” durumunun farkına varılmış ve gözlenen durumun melankoliyle bağlantısını ise MS. birinci YY.da Soranus ortaya atmıştır. Soranus maniyi bazı hastalarda melankoliyle ardarda seyreden, şiddeti değişken bir hastalık olarak tanımlamıştır. İki temel duygudurum arasındaki bağlantının, ilk olarak Kapadokya’lı Arateus tarafından (MS. 150) açıkça tanımlanmış olduğu bilinmektedir. Arateus günümüzde tanımlanan mani ve melankolinin aynı etiyolojik süreçten gelen iki farklı görünüm olduğunu düşünmüş ve tepkiselliği yüksek, çabuk sinirlenen ve kolay uyarılabilir kişilerde mani, içedönük, anhedoni ve depresif kişilik özellikleri olanlarda ise melankolinin daha sık görülebileceğini, yani karakter ile bipolar duygudurum bozukluğu arasındaki ilişki olabileceğini ortaya atmış ilk kişi olarak bilinmektedir (10).

Mani ve melankoli bağlantısı yaklaşık 17 yüzyıl sonra, 1854’de Jules Falret’nin “folie circulaire” (döngüsel ruh hastalığı) ve Jules Baillarger’nin “folie a la double forme” (çifte biçimli ruh hastalığı) kavramlarıyla yeniden ortaya çıkmıştır. Falret’nin döngüsel hastalık kavramının, büyük ölçüde düzenli döngüsellik gösteren ve herhangi bir belirtinin gözlenmediği dönemleri de içeren bir kavram olduğu düşünülebilir. Aynı zamanda klinik seyrin, özellikle kısa iyilik dönemlerinin görüldüğü hastalarda daha kötü olduğu o sıralarda ortaya atılmıştır (1,9).

On dokuzuncu yüzyılda, hastanede yatan hastalarla ilgili gözlemler, bazı psikotik hastaların diğerlerinden farklı olarak kendiliğinden iyileşmeler gösterdiğini ve bu hastalıkların periyodik olarak ortaya çıktığını göstermiştir. 1840 yılında Esquirol, depresyon ve maninin diğer bilinen kronik akıl hastalıklarından farklı olduğunu belirtmiştir (1).

Modern nozolojik (tanımlayıcı) psikiyatrinin kurucusu olan Kraepelin, 1895 yılında manik-depresif hastalığı tanımlayarak, bu hastalık için üç önemli tanı ölçütü olarak; depresyon tarzında çökkün duygudurum ya da öfori tarzında yoğun emosyonel durum, daha önceki sağlıklı duyguduruma ve işlevselliğe geri dönebilme ve yaşam boyunca tekrarlayan birden fazla atak yaşaması ölçütlerini tanımlamıştır. Kraepelin’ in ‘dementia precox’ ve ‘manik depresif psikoz’ayrımını yapması, psikiyatrinin modernleşmesinde en önemli sınıflandırma adımı olarak kabul edilmektedir (11).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) III sınıflama sisteminin 1980 yılında kullanıma girmesiyle birlikte “affektif bozukluklar” tanımı ilk kez kullanılmış ve major depresyon ve BB arasında temel ayrım yapılmıştır. DSM III-R sınıflama sisteminde ise,

“duygudurum bozuklukları” terimi tercih edilmiştir. DSM-IV’ün 1994’te kullanıma girmesi ile, BB; BB I, BB II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan BB olarak 4 alt tip şeklinde tanımlanmıştır. Son olarak, 2000 yılında kullanıma giren DSM-IV-TR sınıflandırmasında ise genel tıbbi duruma ve madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu da sınıflandırmaya eklenmiştir (7).

Tanı

Bipolar bozukluk, 2000 yılında yayımlanan DSM-IV-TR Tanı sisteminde, ‘Duygudurum Bozuklukları’ kategorisi içinde yer almaktadır. Duygudurum bozuklukları, depresif bozukluklar, bipolar bozukluklar, genel tıbbi bir duruma bağlı duygudurum bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu başlıkları altında sınıflandırılmıştır. BB; mani, hipomani, karma ve depresif atakların belli bir düzen olmaksızın tekrarladığı, ataklar arasında ötimik dönemlerin olduğu bir bozukluktur. BB I’de en az bir manik ya da karma atağın, BB II’de manik ve karma dönemin olmaması ile birlikte, hipomanik ve depresif atakların varlığı söz konusudur. Manik dönem DSM-IV’e göre olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl duygudurumun olduğu bir dönem olarak tariflenmektedir. Hipomanik dönemin ve manik dönemin benzer semptomları olmasına rağmen sosyal ve mesleki işlevsellik hipomanik dönemde belirgin olarak etkilenmez. Karma dönem en az 1 hafta süreyle depresif ve manik dönem kriterlerinin karşılandığı dönemle belirlidir. Depresif dönem ise depresif duygudurumun ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı bir ilgi kaybının ya da artık bunlardan zevk alamamanın olduğu en az 2 hafta süren bir dönemin olmasıdır (7).

Bipolar Bozukluk Tanı Ölçütleri

Bipolar bozukluk tip I:

- A. En az bir manik ya da karma bir dönem vardır.
- B. Depresif dönem geçirilmiştir ya da ilerde ortaya çıkacağı varsayılmaktadır.
- C. Duygudurum dönemleri şizoaftaktif bozukluğa uymamaktadır.
- D. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur.
- E. Belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Bipolar bozukluk tip I için, birbirinden farklı altı tanı ölçütleri seti vardır:

- a. Tek manik atak, b. En son atak hipomanik, c. En son atak manik, d. En son atak karma,

e. En son atak depresif, f. En son atak belirlenmemiş (7).

Bipolar Spektrum Kavramı

Bipolar/unipolar ayrımının arada kalan pek çok afektif durumu tanımsız bıraktığının fark edilmesiyle birlikte BB'nin, kaynağı Kraepelin'e dek uzanan, spektrum olarak değerlendirilmesi günümüzde yeniden gündeme gelmiştir (12,13). Akiskal, BB I ve BB II'nin dışında farklı klinik özellikleri olan ara gruplar olduğundan söz etmiştir. Akiskal'in üzerinde durduğu diğer konular, tedavi ile ortaya çıkan hipomanik ya da manik kaymanın da BB olarak düşünülmesi gerektiği, karma maniler kadar karma depresyonların da varlığı, BB II'de depresyonun belirgin rolü ve kişilik bozuklukları ile BB arasındaki ilişkidir. Hipertimik mizaç ve/veya bipolar aile öyküsü varlığında tekrarlayan depresif dönemlerle giden durumlar için "yalancı unipolar" tanımını kullanmış ve bunların tüm unipolar depresyon hastalarının %10-20'sini oluşturduğunu bildirmiştir (14).

Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi

Bipolar bozukluk yaşam boyu yaygınlığı %0.4-1.6 arasında değişmektedir (2). Toplum örneğinde yaygınlık oranları, BB I için %1, BB II için %1.1 ve eşikaltı BB için %2.4 olarak değişebilmektedir (15).

Tekrarlayan majör depresif atakları olan kişilerin yaklaşık %10-15'i BB I geliştirmektedir. Karma atağın daha çok genç erişkinlerde ortaya çıktığı bildirilmiştir (9).

Weissman ve ark.'ın (2) 10 ülke kapsamında yaptıkları bir araştırmada, BB yaygınlık oranının benzer olduğu, cinsiyetler arasında ve başlangıç yaşları arasında fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bipolar bozukluk başlangıç yaşı, adölesan çağ ya da 20'li yaşlardır, genellikle de unipolar depresyonun başlangıç yaşından belirgin biçimde düşüktür. İleri yaşta ilk mani dönemi yaşanması çok nadirdir. Son araştırmalara göre, alkol kullanımı ve ilaç kötüye kullanımı hastalığın başlangıç yaşının daha erken olmasına yol açabilir. BB I ve BB II'nin başlangıç yaşı birbirine yakın olmakla birlikte, BB II'nin biraz daha geç başladığı bilinmektedir (16).

Başlangıç yaşı açısından cinsiyetler arasında önemli bir fark saptanmamıştır. Bipolar bozuklukta tüm alt gruplar birlikte değerlendirildiğinde, kadın ve erkeklerde benzer oranda gözlemlendiği saptanmıştır. Bununla birlikte BB II'de ve bazı özel alt gruplarda (karma/disforik mani, mevsimsel depresyon, atipik görünümlü bipolar depresyon, hızlı döngülü BB)

kadınlarda hastalık oranları daha yüksektir. Atak tipi açısından bakıldığında, manik dönemler erkeklerde daha sık gözlenirken, depresif dönemler kadınlarda daha sık görülmektedir (17).

Angst (18), 16 yıllık bir izlem çalışmasında, BB olan erkek hastalarda atakların % 35'inin mani ve % 36'sının depresif; kadınlarda % 14'ünün mani ve % 60'ının depresif olduğunu belirtmiştir.

Kadınlarda postpartum dönem, BB için önemli bir risk faktörüdür. Bu dönemde hastalığın alevlenmesi sık görülmektedir. BB olan kadın hastaların yaklaşık % 30-50'si postpartum dönemde hastalık yaşamaktadır (19).

İlk atak sonrasında kadınlarda tekrarlama olasılığı daha fazladır ve risk orta- ileri yaştaki kadınlarda gençlere göre daha yüksektir. Hastalık başlangıcının genç yaşta olmasının, tekrarlama riskini arttırdığı bilinmektedir (20).

Bipolar bozukluk, hastalığın seyri, sonlanması ve tedaviye yanıtı açısından kişilerarası büyük farklılıklar gösterse de, yineleyici ve yaşam boyu süren bir hastalıktır. Hastaların % 90'ında hastalık, tekrarlayan bir seyir göstermektedir (7).

Bekar, dul veya boşanmış kişilerde BB yaygınlığının evlilere göre hafifçe yüksek olduğuna dair veriler mevcuttur. Bunun nedenleri arasında yalnız yaşama, ya da eşinden ayrılmanın yarattığı stresin hastalığı tetiklemesi ya da hastalığın kendisinin yarattığı sıkıntıların eşi ile arasında sorunlara ve ayrılmaya sebep olduğu düşünülebilir. Hastalarda boşanma oranının topluma göre 3 kat fazla bulunduğu bildirilmiştir. Ancak, bu durum hastalık için risk faktörü olmaktan çok, hastalığın evlilik ilişkilerindeki olumsuz etkilerine bağlanmıştır (21).

Bipolar Bozuklukta Etiyoloji

Bipolar bozukluğun etiyolojik temelini araştırmaya yönelik yoğun çabalara karşın, kesin nedeni halen bilinmemektedir. Çoklu etiyolojik etkenlerin (genetik, biokimyasal, psikodinamik ve çevresel) karmaşık bir şekilde etkileşimde bulunduğu düşünülmektedir (22). Aşağıda sırasıyla genetik, biyokimyasal, psikodinamik ve çevresel etkenler tartışılacaktır.

Genetik faktörler: Bipolar bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında BB görülme riski % 5-10 olup, genel popülasyona göre 6-7 kat artmış görünmektedir (23). Mitchell ve ark.'ın (24), 1993 yılında yayınladığı derlemesinde, aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında BB için güçlü bir genetik yatkınlık olduğunu belirtmiştir. BB için eş hastalanma oranının, monozigotlarda % 60-70, dizigotlarda ise % 20 olarak saptandığı bildirilmiştir.

Moleküler genetik araştırmalarda BB ile ilgili en çok araştırılan 13q, 22q kromozomları ve X kromozomundaki Serotonin 2C genidir. Bağlantı alışmaları ya da aday gen yaklaşımı ile kaydedilen önemli ilerlemeler olmakla birlikte halen psikiyatri genetiği çok genli/çok etkenli bir bozukluk olan BB’de rol oynayan özgül mutasyonların belirlenmesinden uzaktır (25).

Kindling modeli: İlk manik ya da depresif atağın, çeşitli stresli yaşam olaylarıyla tetiklenmesi ve daha sonraki ataklarda, kişinin beyinde ortaya çıkmış biyokimyasal değişikliklerin süreçte yer aldığı düşünülen ateşleme modelidir. Bu değişiklikler, hastalığa duyarlılığı artırarak diğer stres etkenlerine yatkınlığı artırır. Bu duyarlılaşma süreci, bir dış stresör olmadan da, atakların kendiliğinden oluşmasına kadar devam eder. Bu durum, hastalığın ilerlemesine paralel olarak ataklardaki sıklığın da artmasına neden olur (26).

Biyokimyasal değişiklikler: Serotonerjik ve noradrenerjik etkinlikte azalmanın duygudurum bozuklukları için yatkınlığa yol açabileceği çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (18). Mani tablolarının kokain, L-Dopa gibi dopaminerjik maddeleri artıran ilaçlarla uyarılabilmesi, buna karşılık antipsikotik ilaçlar gibi dopamin antagonistlerinin anti-manik etkinliğe sahip olması, mani oluşumunda dopaminerjik sistemin rolünün tartışılmasına neden olmuştur. Manide dopaminerjik sistem aktivitesinde artmanın, depresif epizodda ise azalmanın olduğu bildirilmiştir (27).

Asetilkolin salınımının artması depresyon, azalmasının ise mani ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Gama amino bütirik asit (GABA) işlevinin artışıyla ilişkilendirilen antidepresan etki, GABA’nın duygudurumun kontrolündeki olası rolünü düşündürmektedir. Beyinde glutamat reseptörlerinin blokajının, duygudurumu düzenleyici bir etkiye sahip olduğu ileri sürülmektedir (28).

Bazı araştırmacılar bipolaritenin sirkadiyen ritmi düzenleyen sistemlerdeki genetik bir kusurla ilişkili olabileceğini ileri sürmektedir (29). Melatonin hormonunun nokturnal sekresyonunun düşüklüğü, triptofana yetersiz prolaktin yanıtı, folikül stimülan hormon bazal salınımı ve erkeklerde testosteron düzeyinin düşüklüğü, kortizol salınımının sirkadiyen ritminde bozulmalar, bildirilen nöroendokrin düzensizliklerdir. Çok sayıda araştırmada hızlı döngülü BB olanlarda yüksek oranda subklinik hipotiroidi saptanmıştır (30).

Beyin görüntüleme alışmaları: Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile yapılan yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında, BB’de özellikle

sağ serebral ventrikül hacminde genişleme, amigdala hacminde artış, singulat korteksin hacminde ve glial hücrelerinde azalma, bazal ganglionlarda hiperintens lezyon artışı, hipokampal alandaki hücre gruplarında atrofi ve yoğunluk azalması izlendiği bildirilmiştir. Serebellar vermis, lateral ventrikül ve diğer prefrontal bölgelerdeki (örneğin sol inferior) anormalliklerin, tekrarlayan duygudurum ataklarında ortaya çıktığı ve hastalığın seyri ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (31).

Psikanalitik yaklaşım ve psikososyal faktörler: Psikanalitik açıdan duygudurum bozukluklarına bakıldığında, Freud depresyonu “sevgi nesnesinin kaybı” ile açıklamıştır. Yas tutan kişide gerçek bir sevgi nesnesi vardır, depresyonda ise gerçek bir sevgi nesnesi olabilir ya da olmayabilir. Freud bu nedenle gerçek sevgi nesnesi kaybı yoksa bilinçdışı imgesel bir kaybının var olması gerektiğini vurgulamıştır (32).

Maninin ise, altta yatan depresyona karşı bir savunma ya da ‘bir kaçış yolu’ olduğu düşünülmüştür. Melanie Klein, maninin başkalarını idealize etme, agresyon ve yıkıcılığını yadsıma ve kayıp sevgi objesinde onarım amaçlı bir savunma işleyişi olduğunu ileri sürmüştür (32).

Bilişsel-davranışçı yaklaşım: Bilişsel yaklaşım daha çok depresyonun açıklamasına yönelmiştir. Beck’e göre, kişinin erken yaşantılarındaki sıkıntılı olaylar, kendisi ve dünya ile ilgili bazı temel işlevsel olmayan şemaların gelişmesine yol açmaktadır. Bu şemalar daha sonra algıları organize etmede ve davranışları yönlendirmede kullanılırlar ve son derece katı, değişmeye dirençli ve bu nedenle de işlevsel değildirler. Kişinin yaşamında bu şema ya da şemaları aktive eden kritik olayların meydana gelmesi, depresyon gelişimine zemin hazırlar (33).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda, unipolar depresyona benzer şekilde olumsuz kendilik algısı, daha fazla başarı ihtiyacı hissetme, diğer kişilere daha fazla bağımlılık şeklinde bilişsel stillerin olduğu bilinmektedir (34).

Bipolar Bozukluk Klinik Özellikler ve Prognozu

Bipolar bozukluğun başlangıç yaşı konusunda, daha önceki araştırmalarda ilk tedavi aldığı veya ilk hastane yatışındaki yaş, başlangıç yaşı olarak kabul ediliyordu. Ancak tanısız ölçütlerin gelişmesi ile birlikte, ilk majör duygudurum atak dönemindeki yaş, başlangıç yaşı olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Bu tanım kullanıldığında, başlangıç yaşının geriye dönük belirlenmesi güçtür. Belirtilerin başlangıç zamanıyla hastaneye başvuru zamanları sıklıkla

tutmayabilir. Çoğu durumda belirtiler tedaviye başvurmadan aylar ya da yıllar önce başlar (35).

Bipolar bozukluk epizodik ve yineleyici bir gidiş gösterir. Atak sayısı arttıkça döngü uzunluğunun (bir atağın başlangıcından sonraki atağın başlangıcına kadar geçen süre) kısalma eğilimi gösterdiği bildirilmiştir. Bir manik atak ortalama 5-10 hafta, bipolar depresif atak 19 hafta, bipolar karma atak ise 36 hafta sürebilmektedir (36).

Bipolar I bozukluğu kötü prognoz göstergeleri arasında hastalık öncesindeki işlevselliğin bozuk olması, alkol bağımlılığı komorbiditesi, ataklarda psikotik özelliklerin eşlik etmesi, ataklar arasında eşikaltı manik, hipomanik ya da depresif belirtilerin olması, cinsiyetin erkek olması sayılabilir (37).

Genel topluma oranla; BB olan hastalardaki boşanma oranı 3 kat, işsizlik oranı 2 kat daha fazladır. Manik dönemde aşırı para harcama, trafik kazası yapma ya da suç işleme gibi kişinin kendine ve çevreye zarar verici olaylar ya da alkol madde kötüye kullanımı gibi durumlar da çok sık izlenebilir. Tedavi harcamaları, hastaneye yatırılma, iş gücü kaybı gibi nedenlerle ekonomik kayıplara neden olabilir (38).

Coryell ve ark. (39), 6 yıl boyunca 148 BB hastayı izlemişler, normal kontrollerle karşılaştırıldıklarında, anlamlı olarak farklı bir şekilde eğitim ve mesleki durumlarını geliştiremediklerini ve izlemin son senesinde anlamlı oranda daha fazla işsiz olduklarını gözlemişlerdir. Yaş olarak normal kontrollerle eşleştirilmiş olmalarına rağmen evlenme oranları kontrol grubunun yarısı, evli olanlarda ise boşanma veya ayrı yaşama oranları iki kat daha fazla bulunmuştur. Kişilerarası ilişkiler, cinsel işlevler, eğlenme-dinlenme uğraşları ve hayattan tatmin olma açılarından da kontrollere göre daha çok sorun yaşadıkları bildirilmiştir.

İntihar girişimi, duygudurum bozukluklarında görülen en ciddi komplikasyonlardan biridir. Yaşam boyu intihar girişimi, BB'de %29.2, majör depresyonda %15.9 olarak saptanmıştır. Bipolar depresyonu olanlarda intihar düşüncesi %79 olup mani veya karma dönemlere göre daha sık görülmektedir (40).

Bipolar Bozukluk Tedavisi

Duygudurum düzenleyiciler: 'Duygudurum düzenleyici' kavramı ilk olarak 1980'lerde gündeme gelmiş ve genel olarak kabul görmüştür. İlk tanımlaması ise, BB'nin en azından bir yönüne etki gösteren (mani, depresyon, döngü sıklığı, epizod sayısı, eşik altı belirtiler) ve hastalığın diğer yönlerini kötüleştirmeyen ilaçlar şeklinde yapılmıştır. Duygudurum düzenleyiciler içerisinde, lityum ve epilepsi tedavisinde kullanılan valproik asit (VPA), karbamezepin, lamotrijin, gabapentin ve topiramat sayılabilir (41).

Akut mani tedavisinde lityum monoterapisi uygulanan hastalarda %70-80 yanıt alınabilirken, karma atak, hızlı döngülülük, psikotik özellikli mani, madde kötüye kullanımı ile birliktelik ve serebral patolojilerin varlığında lityuma yanıt oranı düşer (42).

Lityumun antidepresan etkisi antimanik etkisinden daha geç (yaklaşık 3-6 hafta) ortaya çıkmaktadır. Antidepresan etkinliğinin gözlenmesi için yüksek dozlarda kullanımı önerilmektedir (43).

Kararlı serum lityum konsantrasyonu (0.8-1.2 mmol/L) sağlandıktan sonra lityum kan düzeyinin 1-3 aylık sıklıklarla değerlendirilmesi gerekmektedir. Ek tıbbi hastalık söz konusu ise lityum kan düzeylerinin daha sıklıkla izlemi ve gelişebilecek lityum toksisitesinin önlenmesi için kan düzeyinin 1.0 mmol/L altında tutulması önerilmektedir (44).

Valproat preparat olarak sodyum tuzu ya da asit olarak bulunur. Divalproeks, valproik asitle ve sodyum valproatın belirli bir oranda karışımından oluşmuştur. İlacın serbest kısmı kan-beyin bariyerini aşarak beyin omurilik sıvısına (BOS) geçer. Yarı ömrü yaklaşık 10-16 saattir. Karaciğer mikrozomal enzim sisteminin oksidasyonu ile yıkılır ve atılır (45).

Valproatın antiepileptik ve duygudurum düzenleyici etkilerinin mekanizması kesin olarak bilinmemekle birlikte, beyinde inhibitör bir nörotransmitter olan gama amino bütirik asit (GABA)'ın etkinliğini artırır. Limbik kindlingi önleyerek manik belirtileri ve epileptik nöbetleri engeller (46).

Bulantı, kusma, diyare, ataksi, tremor, sedasyon, ensefalopati, letarji, saç dökülmesi, agranülositoz, hemoraji, ödem, asit ve polikistik over sendromu sıkça görülen yan etkilerindendir. VPA BB manik atak sıklığını azaltır. Etkili kan düzeyi sağlandıktan birkaç gün sonra antimanik etki ortaya çıkmaya başlar (47). Özellikle hızlı döngülü BB, karma mani, geç başlangıçlı mani ve organik hastalıkların eşlik ettiği manilerde ortalama %60 oranında etkilidir (48). BB depresif ataklardaki etkisi manik ataklardaki kadar yeterli değildir (49).

Post ve ark.'ın (50) araştırmasında, disforik özellik, EEG anomalisi ve madde kullanımının eşlik ettiği tablolarda VPA'nın lityumdan daha etkin olduğu belirtilmiştir.

Karbamezepin, imipramine benzer bir moleküler yapıya sahiptir. %70-80 oranında plazma proteinlerine bağlanır. İlacın serbest kısmı kan-beyin bariyerini aşarak BOS'a geçer. Yarıömrü yaklaşık 18-54 saattir. Karaciğerde sitokrom P450 enzimleri ile metabolize olur. Metaboliti glukoronidlere dönüştürülür ve idrar yoluyla atılır (51).

Karbamezepinin başlıca yan etkileri; bulantı, kusma, konstipasyon, diyare, iştahsızlık baş dönmesi, ataksi, sedasyon, aplastik anemi, agranülositoz, hepatit, ekfoliyatif dermatit, eritema multiforme, Stevens-Johnson sendromu ve toksik epidermal nekrolizdir (52).

Karbamezepinin etkinliği tedaviye başlangıcından yaklaşık 2-3 hafta sonra başlar ve genellikle %50-70 oranında etkindir. Lityuma yanıt vermeyen, hızlı döngülü, duygudurumu hastalıkla uyumsuz, eştanılı bazı hastaların ve BB II tanılı hastalar ve disforik manili hastalarda etkili bulunmuştur (53).

Antiepileptik olarak kullanılan lamotrijin, hızlı emilir, alındıktan 2-4 saat sonra en yüksek plazma konsantrasyonuna ulaşır. VPA ile birlikte kullanıldığında yarı ömrü uzar, karbamezepinle birlikte kullanıldığında ise kısılır. Yan etkileri arasında baş dönmesi, bulantı, kusma, ataksi, somnolans, baş ağrısı, çift görme, bulanık görme, döküntü, Stevens-Johnson Sendromu ve toksik epidermal nekroliz yer alır (54).

Lamotrijin BB olan hastalarda manik ve depresif epizodlar ve koruyucu tedavide kullanılabilir. Özellikle depresif ataklarının profilaksisinde öne çıkması nedeniyle 2003 yılında BB tedavisinde Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onayı almasını sağlamıştır (55).

Antipsikotikler: Tipik antipsikotik ilaçlar, özellikle duygudurum düzenleyici monoterapisinin yetersiz kaldığı durumlarda, psikotik özellikli manide, BB'nin tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Tedavide oldukça etkin olmalarına rağmen, ekstrapiramidal ve endokrinolojik yan etkileri nedeniyle günümüzde yavaş yavaş kullanımı azalmaktadır (56).

Atipik antipsikotik ilaçlar arasında, bugüne kadar olanzapin, risperidon, ketiyapin, ziprasidon ve aripiprazolün antimanik etkinliği bildirilmiştir. Bu ilaçlar tek başına ya da duygudurum düzenleyici ile kombine olarak kullanılabilir. Depresif atak ve idame tedavisindeki etkinlikleri ile ilgili veriler halen sınırlıdır. Olanzapin ve ketiyapinin antidepresan etkinlikleri çeşitli araştırmalarda kanıtlanmıştır. İdame tedavisinde kullanımlarında metabolik yan etkiler aısından özellikle dikkat edilmesi gerekmektedir (57).

Antidepresanlar: Antidepresanlar BB'nin depresif atağında, duygudurum düzenleyiciler ile birlikte kullanılmaktadır. BB tedavisinde kullanılan antidepresanların, manik kaymaya sebep olabileceği, hızlı döngölülüğe ve karma atakların ortaya çıkmasına sebep olabileceği düşünülerek, unipolar depresyonda kullanılan süreden daha kısa sürelerde kullanılması önerilmektedir. Karşılaştırmalı araştırmalarda, manik kayma aısından en güvenilir ajan, dopaminerjik yoldan etki gösteren bupropiondur. Etkinlik aısından yeterliliği bilinse de, norepinefrin üzerinden etki gösteren trisiklik ve seçici serotonin-noradrenalin gerilim inhibitörü (SNRI) antidepresanların kullanılmasının, manik kayma riskini artırabileceği akılda tutularak tedavinin düzenlenmesi gerekmektedir (58-61).

Diğer tedaviler: Benzodiazepinler (BDZ) manik atak ve daha seyrek olarak depresif ataklarda, diğer tedavilere ek olarak kullanılabilir. Gabapentin ve topiramet duyudurum düzenleyici olarak kullanılan alternatif tedavi seçenekleridir. BB tedavisinde fenitoin, tiagabin, maksiletin, tamoksifen, donepezil, primidon ve omega 3 yağ asitleri ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır (62).

Elektrokonvulzif terapi (EKT)'nin BB depresif atakta olduğu gibi, manide de etkili bir tedavi olduğu gösterilmiştir. EKT'nin manideki etkinliği ile ilgili kanıtlar, kısmen şiddetli manik hastaların araştırmalara alınmasındaki güçlükler nedeni ile sınırlı olsa da, bulgular etkinliği desteklemektedir (63).

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Cinsellik Tanımı

Cinsellik, cinsel haz alma ve iki insanın uyum içerisindeki birlikteliklerini içeren; her toplumda sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri olan özel bir yaşantı olarak tanımlanabilmektedir. Cinsellik, yoğun haz duygularıyla ilişkili olmakla birlikte, haz almaya yönelik her davranışın cinsellik içerdiği söylenemez. Temelde cinsellik, haz almaya yönelik davranışların tümünü içermese de fiziksel birleşmeden öte bir anlam taşımaktadır (64).

İnsan cinsel davranışı tek bir davranış kalıbına uymaz. Bu farklılık, insandan insana değişeceği gibi insanın kendi yaşamında da etkileşimleri ve olgunlaşması ile de değişebilmektedir. Bireyin toplum içindeki ilişkileri, yaşam koşulları, içinde bulunduğu kültür, cinsiyeti, yaşı, yaşamı boyunca cinsel deneyimlerini ne kadar geliştirdiği gibi çeşitli etkenler bu farkları belirler. Cinsellik biyolojik dürtülerin ürünü olmanın yanında, bir sosyalizasyon sürecidir. Cinsellik öğrenilen bir kavramdır. Kültürel, biyolojik ve psikolojik birçok değişkenin etkilemesi ile şekillenir (65).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlıklı cinselliği, “fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal bileşenleri olumlu yönde bütünleştiren, zenginleştiren ve kişiliği, iletişimi, sevgiyi geliştiren bütünleşme” olarak tanımlamaktadır (66).

Cinsel İşlev

İnsanda cinsel işlev, cinsel uyarana gösterilen fizyolojik, psikolojik ve sosyal tepki ya da süreçlerin bütünü olarak ifade edilebilir (64).

Cinsel İşlevin Fizyolojisi

Cinsellik alanında ilk olarak anılan gözlemsel çalışma, William Masters ve Virginia Johnson'un cinsel tepkiler üzerine yaptıkları çalışmadır. Bu araştırmacılar, bir hastanenin ses geçirmez bir laboratuvarında 10.000'den fazla orgazmı gözlemlemiş ve ölçmüşlerdir (67). Cinsel tepki süreci ile ilgili olarak Masters ve Johnson'un ortaya koyduğu model cinsel işlev bozukluklarının çağdaş sınıflamalarına temel oluşturmuştur. Bu araştırmanın sonuçlarına göre insanda cinsel yanıt dört aşamalı bir döngü şeklinde gerçekleşir: uyarılma, plato, orgazm ve çözülme aşamaları. Araştırmalara göre insanda cinsel yanıt, bedenin genital bölgelerinde ortaya çıkan vazokonjesyon, nöromuskuler gerilim ve miyotoni reaksiyonları ile ortaya çıkmaktadır (68,69).

Helen Kaplan (70), 1970'lerde, cinsel yanıtta, uyarılma ve orgazm evrelerine ek olarak, cinsel isteğin de önemli bir rol oynadığını ve cinsel isteğin tüm bu fizyolojik yanıtların başlatıcısı olduğunu ortaya çıkarmıştır. Diğer iki evreden bağımsız olarak karmaşık nöroendokrin ve psikolojik sürecin belirlediği cinsel istek aşaması tıpkı diğer iki evrede olduğu gibi farklı klinik sendromlara yol açmakta, farklı tedavi yaklaşımlarını gerekli kılmaktaydı. Böylece bu evrenin de diğer iki evreye ek olarak sınıflandırmalarda yer alması gerektiği anlaşılmıştır.

Kaplan ayrıca, cinsel işlevlerin bifazik niteliğini vurgulamış, cinsel yanıtın birbirlerinden görece bağımsız iki ayrı bölümden oluştuğunu ortaya koymuştur. İlk bölüm uyarılma ve plato evrelerini içermekte ve parasempatik sistem tarafından innerve edilmekte, ikinci bölüm ise orgazm evresini içermekte ve sempatik sistem tarafından innerve edilmektedir. Ayrıca bu iki bölüm, travma, ilaç ve yaş gibi fiziksel etkenlere karşı farklı derecede hassasiyet göstermekte ve farklı psikopatolojik mekanizmalarla birbirinden kesin hatlarla ayrılan farklı klinik sendromlara yol açmaktadır (71).

Cinsel işlev söz konusu olduğunda, diğer önemli bir etken cinsel partnerin durumudur. Patel ve ark. (72) tarafından yapılan bir çalışmada uyarılma, orgazm ve cinsel zevkin en önemli etkeninin cinsel partnerin durumu ile ilgili olduğu bildirilmektedir.

İnsanda cinsel davranış ve cinsel işlevin, merkezi sinir sistemi ve endokrin sistem ile nörokimyasal, nörofizyolojik ve psikolojik süreçlerin karşılıklı etkileşimi ile karakterize, kompleks bir davranış paterni olduğu düşünülmektedir. Sağlıklı ve doyumlu bir cinsel yaşam, bu süreçlerin tümünün tam olarak işlev görmesiyle mümkün olabilir. Merkezi sinir sisteminin cinsel yaşamla ilişkili olduğu düşünülen bölgeler, serebral korteks, frontal korteks, limbik sistem, bazal gangliyonlar (nukleus akkumbens, striatum), hipotalamus (anterior hipotalamik

medial preoptik çekirdek, posterior hipotalamik ventromedial çekirdek) ve hipofiz bezi olarak sayılabilir (73).

Frontal korteks hem cinsel dürtülerin kontrol edilmesinde, hem de cinsel uyarıların algılanmasında rol oynar. İnsanlarda cinsellikle ilgili filmleri seyrederken beyin korteksinde özellikle orbitofrontal, oksipitotemporal, medial prefrontal korteks, sol anterior singulat ve sağ kaudat nukleus, insular, hipotalamus, talamus, ventral striatum (nukleus akkumbens) ve amigdala gibi bölgelerin aktifleştigi bildirilmiştir. Özellikle frontal korteks lezyonları ve demanslarda cinsel dizinhibisyon ve buna bağlı olarak parafilik ya da parafilik olmayan hiperseksüalite görülebilmektedir (67-69).

Limbik sistemde bulunan hipokampus, mamiller cisimler, ön talamik çekirdekler, ventral tegmental alan, nükleus akkumbens, medial prefrontal korteks ve ventral medial nukleus gibi yapıların uyarılması ile erkeklerde penil ereksiyon oluşur. Limbik sistemdeki dopaminerjik nöronların özellikle cinsel motivasyon ve ödülle ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Hipotalamus insanda cinsel eş seçimi ve cinsel istekle ilişkilidir (74). Hipotalamusun bir parçası olan paraventriküler çekirdek ve bu bölgedeki oksitosinerjik nöronlar ereksiyonda görev almaktadır (75).

Beyin sapı, spinal cinsel refleksler üzerinde hem inhibitör ve hem de eksitatör kontrole sahiptir ve bu kontrolü serotonin aracılığıyla yapar (76). Cinsel işlevle ilgili olduğu düşünülen hormonlardan oksitosin, luteinizan hormon serbestleştirici hormon, büyüme hormonu, testosteron ve dehidroepiandrosteron her iki cinsten de cinsel işlevi artırırken, östrojen kadında cinsel işlevin artmasına, erkekte ise azalmasına yol açmaktadır. Progesteron, prolaktin, tiroid hormonları, kortizol ve melatonin ise her iki cinsten cinsel işlevde azalma meydana getiren hormonlardır (77).

Cinsel Yanıtın Evreleri

İstek/uyarılma evresi: Cinsel etkinlik konusunda fanteziler ve cinsel ilişkiye girme isteği, öznel olarak hissedilen haz duygusu ve cinsel uyarılmanın gözlenebilir değişikliklerini içerir. Erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi ile erkekte ereksiyon, kadında vajinal lubrikasyon ortaya çıkar, bütün bedende yaygın vazokonjesyon ve miyotoni meydana gelir. Erkeklerde uyarılma evresinde penil ereksiyon, skrotum derisinde kalınlaşma ve gerilme ve testislerde yükselme izlenir (68,69). Kadında başlıca değişiklikler pelviste vazokonjesyon, memelerde kabarma, meme uçlarında ereksiyon, lubrikasyon, labium majorlerin yükselmesi, labium minorlerin labium majorlere doğru çıkıntı oluşturmaları, vajenin boyunda ve çapında artma olarak görülmektedir (78).

Cinsel uyarının süre ve yoğunluğuna göre gösterilen tepkinin şiddeti hızlı ya da yavaş bir biçimde artar. Kişiyeye uygun, yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarı karşısında tepki çok kısa sürebileceği gibi, kişiyeye fiziksel ya da psikolojik açıdan uygun düşmeyen bir cinsel uyarı durumunda ya da cinsel uyarı aralıklarla sürdürölmüşse tepki uzayabilir ya da kaybolabilir (79).

Plato evresi: Uyarılma evresinin bir parçası ve devamı niteliğinde olan bu evrede, etkili cinsel uyarının sürdürölmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte, haz duygusu ve cinsel gerilim artarak yükselir. Orgazm evresine giriş niteliğini taşımaktadır (69).

Plato evresinin sonuna doğru orgazm öncesi Cowper bezleri ve üretral meatustan mukoid sekresyon salınır. Evrenin sonuna doğru hiperventilasyon, taşikardi ve kan basıncı artışı izlenir (69,78,80).

Orgazm evresi: Evreler arasında en kısa süren ancak cinsel haz açısından en yoğun evredir. Erkeklerde ejakölasyon, kadında perine ve vajina dış 1/3'lük kısmında ritmik kasılmalar meydana gelir. Orgazm kadında klitoral bölge ve vajinada; erkeklerde ise penis ve prostatta yoğunluk kazanır. Orgazm sırasında anal sfinkterlerde istemsiz kasılmalar olabilir (69,80).

Çözölme evresi: Son evredir. Her iki cinsiyette, orgazm ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda plato evresini takiben genital bölgelerde ve bedenin tümünde, önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde aynı sırayla kaybolması ile karakterizedir. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına, ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmemesine göre oldukça değişken olabilmektedir (69,80).

Kadınlar, çözölme evresinde cinsel uyarının yeniden başlamasıyla birlikte, yeniden uyarılıp orgazm olabilme potansiyeline sahipken, erkeklerde süresi kişiyeye ve yaşa göre değişebilen bir refrakter dönem yaşarlar. Refrakter dönemin sonuna kadar, erkeklerin bir cinsel uyarana yeniden yanıt verip ereksiyon ya da orgazm olmaları mümkün değildir. Bu nedenle, erkeklerin tek tip bir cinsel yanıt döngüsü olmasına karşılık, kadınlarda oldukça değişken olabilmektedir (81,82).

Cinsel Bozuklukların Tanısı

DSM IV-TR'de tüm cinsel bozukluklar üç kısımda belirtilmiştir:

1) Cinsel işlev bozuklukları,

2) Parafililer

3) Cinsel kimlik bozuklukları.

Cinsel işlev bozuklukları, istek, uyarılma ve orgazm bozuklukları ve cinsel ağrı bozuklukları olarak sınıflandırılmaktadır. Parafililer, olağan cinsel uyarıların dışındaki unsurlarla cinsel doyumun sağlandığı durumlardır. Cinsel kimlik bozuklukları, karşı cinsiyetle sürekli ve güçlü bir özdeşim kurma halidir (7).

Cinsel İstek Bozuklukları

Azalmış cinsel istek bozukluğu:

A. Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel fantezilerin ve cinsel istekte bulunma isteğinin az olması (ya da hiç olmaması). Klinisyen, kişinin yaşı ve yaşam koşulları gibi cinsel işlevselliğini etkileyen etkenleri göz önünde bulundurarak cinsel isteğin azaldığı ya da hiç olmadığı yargısına varır.

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

C. Bu bozukluk, başka bir eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir CİB dışında) ve sadece bir maddenin (örn, kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (7).

Cinsel tiksinti bozukluğu:

A. Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, bir cinsel eş ile ilişki kurmaktan tiksinti duyma ve bundan tümüyle (ya da hemen tümüyle) kaçınma.

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

C. Bu bozukluk, başka bir eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir CİB dışında) (7).

Cinsel Uyarılma Bozuklukları

Kadında cinsel uyarılma bozukluğu:

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

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

C. Bu bozukluk, başka bir eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir CİB dışında) ve sadece bir maddenin (örn, kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (7).

Erkeklerde erektil bozukluk:

- A. Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, yeterli bir ereksiyon sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene dek bunu sürdürememe.
- B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası zorluklara neden olur.
- C. Bu bozukluk, başka bir eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir CİB dışında) ve sadece bir maddenin (örn, kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (7).

Orgazm ile ilişkili Bozukluklar

Kadında orgazm bozukluğu:

- A. Olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi ya da hiç olmaması. Kadınlar, orgazmı tetikleyen uyarının türü ya da yoğunluğu açısından büyük değişkenlik gösterirler. Kadında orgazm bozukluğu tanısı, kadının yaşı, cinsel deneyimi ve aldığı cinsel uyarıların yeterliliği açısından bakıldığında, klinisyenin kadının orgazm olma yetisinin beklenenden daha az olduğu yargısına varması temeline dayanmalıdır.
- B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası zorluklara neden olur.
- C. Bu bozukluk, başka bir eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir CİB dışında) ve sadece bir maddenin (örn, kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (7).

Erkeklerde orgazm bozukluğu:

- A. Klinisyenin, kişinin yaşını göz önünde bulundurduğunda, yoğunluğunun ve süresinin yeterli olduğunu düşündüğü cinsel etkinlik sırasında, olağan bir cinsel uyarılma sonrası, sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, orgazmın gecikmesi ya da hiç olmaması.
- B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası zorluklara neden olur.
- C. Bu bozukluk, başka bir eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir CİB dışında) ve sadece bir maddenin (örn, kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (7).

Prematür Ejekülasyon:

- A. Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, çok az bir cinsel uyarılma ile ve kişinin istemesinden önce, vajinaya girme öncesi, girer girmez ya da hemen sonra ejakülasyonun olması. Klinisyen, yaş, cinsel eş ya da durumun yeni olması ve son zamanlardaki cinsel

etkinliğin sıklığı gibi uyarılma evresinin süresini etkileyen etkenleri göz önünde bulundurmalıdır.

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

C. Prematür ejakülasyon (PE) sadece bir maddenin (örn, opiatların bırakılması) doğrudan etkilerine bağlı değildir (7).

Cinsel Ağrı Bozuklukları

Disparoni:

A. Erkeklerde ya da kadında cinsel ilişkiye eşlik eden, sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde eşlik eden genital ağrının olması.

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

C. Bu bozukluğa, sadece vajinismus ya da ıslanmanın olmaması neden olmamaktadır ve bu bozukluk başka bir eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir CİB dışında) ve sadece bir maddenin (örn, kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (7).

Vajinismus:

A. Vajinanın dış üçte birindeki kaslarda koitusu engelleyecek bir biçimde, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması.

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

C. Bu bozukluk, başka bir eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (örn, somatizasyon bozukluğu) ve sadece genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (7).

Cinsel İşlev Bozuklukları Klinik Alt Belirleyiciler

Ortaya çıkış biçimine göre:

A. Yaşam boyu: CİB cinsel işlevselliğin başlamasından bu yana mevcuttur.

B. Edinilmiş tip: CİB yalnızca bir dönem olağan cinsel işlevsellikten sonra gelişmiştir (7).

Yaşanış şekline göre:

A. Yaygın: CİB belli türden uyarı, durum ya da eş ile sınırlı değildir.

B. Durumsal: CİB, belli türde uyarı, durum ya da eş ile sınırlıdır. Çoğu zaman işlev bozuklukları bir eş ile cinsel ilişki sırasında ortaya çıksa bile, bazı olgularda mastürbasyon sırasında ortaya çıkan işlev bozukluklarını belirlemek için de uygun olabilir (7).

Etiyolojisine göre:

A. Psikolojik: CİB'in başlaması, şiddetlenmesi, alevlenmesi ya da sürmesinde psikolojik etkenlerin başlıca rolü vardır ve CİB'in etiyolojisinde genel tıbbi durumlar ve maddeler rol oynamamaktadır.

B. Çoğul etiyoloji: CİB'in başlaması, şiddetlenmesi, alevlenmesi ya da sürmesinde psikolojik etkenlerin rolü olduğu yargısına varılmıştır veya genel tıbbi bir durum ya da madde kullanımının da katkıda bulunduğu, ancak CİB'i açıklamaya yetmediği yargısına da varılmıştır (7).

Cinsel İşlev Bozuklukları Epidemiyolojisi

Cinsel işlev bozukluklarına toplumda çok sık rastlanmaktadır. Yapılan araştırmalar, kadın ya da erkek ayrımı olmaksızın, en az her üç kişiden birinin yaşamlarının herhangi bir döneminde en az bir CİB yaşadığını ortaya koymaktadır. Genel değerlendirme ile kadınlarda CİB yaygınlığı: cinsel istek azlığı %27-33, uyarılma bozukluğu %10-18, orgazm bozukluğu %5-25, dispareni-vajinismus %3-11; erkeklerde: cinsel istek azlığı %16, erektil disfonksiyon (ED) %5-50, PE %21-35 ve diğer orgazm bozuklukları %3-4 oranında bildirilmiştir (83).

Cinsel işlev bozukluğu konusunda yapılmış en önemli araştırmalardan biri Laumann ve ark.'ın (84) 2005 yılında yaptığı ülkemizin de içinde bulunduğu, 29 ülkeyi kapsayan geniş örneklemli araştırmasıdır. Araştırmada, 40-80 yaş aralığında 13.382 kadın ve 13.618 erkek katılımcıda CİB değerlendirilmiş, kadınlarda lubrikasyon eksikliği, anorgazmi, cinsel istek azlığı ile ve erkeklerde ereksiyon sorunları ile yaş arasında önemli bir ilişki saptanmıştır. Araştırmada, erkeklerde en çok görülen CİB'in PE (%14) ve ED (%10), kadınlarda ise cinsel istek azlığı (%21), anorgazmi (%16) ve lubrikasyon sorunları (%16) olduğu bulunmuştur. Cinsel sorunların yaşlanma süreci ve fiziksel sorunlarla ilişkisinin kadınlardan ziyade erkek katılımcılarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir. CİB'in, fizyolojik ve psikolojik etkilerle meydana geldiğini destekleyen bir bulgu olarak bütün katılımcılarda cinsel sorunlarla yaş ve depresyonun ilişkili olduğu belirtilmiştir. Eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum, eşler arasındaki ilişkinin niteliği ve ilişki sorunları CİB ile ilişkili bulunmuştur.

Konya'da evli çiftler üzerinde yapılan CİB ile ilgili toplum tabanlı bir araştırmada, erkeklerde ED %14.5, PE %29.3, kadınlarda vajinismus %15.3, anorgazmi %5.3 oranında saptanmıştır (85).

Edirne'de 2010 yılında yapılan bir araştırmada, 601 kadın katılımcının %41'inde CİB, 802 erkek katılımcının %50.7'sinde ED saptandığı bildirilmiştir. Kadında CİB ve erkekte

ED'in yaşın artması ve depresyon olasılığı ile arttığı, eğitim düzeyi yükseldikçe azaldığı belirtilmiştir (86).

Bu oranlara baktığımızda, CİB'in toplumun önemli bir kesimini ilgilendirdiği anlaşılmaktadır. Ama bir sorunun önemi yalnızca görölme sıklığının yüksek olmasında değil, ayrıca o sorunun yol açtığı zarar, hekime ve sağlık sistemine başvuru oranı, bu alandaki tedavi olanakları, toplum tarafından ne ölçüde sorun olarak algılandığı ve çevreyle ne ölçüde paylaşıldığı gibi unsurlar tarafından da belirlenmektedir. Bu açılardan bakıldığında, cinsel sorunların ancak son yıllarda önem kazanmaya başladığı görölmektedir. Çok sık görölmelerine, başarıyla tedavi edilmelerine rağmen, ne yazık ki, cinsel yakınmalar ile hekimlere başvuru oranı hala oldukça düşüktür (80).

Çeşitli toplum ve kültürlerde yapılan araştırmalar, CİB görölme sıklığı açısından birbirine benzer sonuçlar vermektedir. Ancak, kültürel ve toplumsal etkenlerle ortaya çıkan bazı farklılıklar da göze çarpmaktadır. Örneğin, ölkemizde olduğu gibi muhafazakar toplumlarda cinselliğin yasaklanması, cinsel eğitimin yetersizliği, cinselliğin bir tabu olarak görölmesi ve bekaretin önemszenmesi gibi etkenler kadınlarda vajinismusun ve cinsel isteksizliğin, erkeklerde ise çeşitli ejakölasyon bozukluklarının, cinsel özgürlüğün egemen olduğu toplumlara göre daha yüksek oranlarda rastlanmasına yol açmaktadır. Cinsel deneyimin yetersiz olduğu toplumsal kesim ya da gençlerde, erkeklerde erken boşalma, kadınlarda ise orgazm bozukluklarına, diğer kesimlerden daha sık rastlandığı gözlenmektedir (83).

Genel olarak bakıldığında kadın cinsel işlev bozukluğu için bir karşılaştırma yapmak gerekirse, ölkemizde %30-67, İran'da %31-91, ABD'de %33, Mısır'da %68 oranında gözlenmektedir (87-92).

Hekime başvuran olguların yaş dağılımları da farklılık göstermektedir. Gelişmiş batı ölkelerinde daha çok ileri yaşlardaki kişiler başvururken, gelişmekte olan ölkelerde ve doğu toplumlarında daha çok genç-orta yaş kuşağın hekime başvurduğu gözlenmektedir (80).

Cinsel İşlev Bozukluklarının Etiyolojisi

Psikanalitik yaklaşım: Bu yaklaşım, cinsel sorunların çocukluk yaşantılarından köken alan bilinçdişı çatışmaların çözölememesinden kaynaklandığını öngörür. Fallik dönemdeki ödipal karmaşanın çözölememesi ve kastrasyon korkusunun devam etmesi, erişkinlikte yaşanan cinsel sorunların sebebi olabilir. Oral ve anal dönemdeki sorunlar da etiyolojik etken olabilir. Bunlar arasında, saldırganlık inhibisyonu, cinsel nesneye yönelik saldırgan ve persekütif fanteziler sayılabilir (93).

Psikanalitik açıdan vajinismusun kökeni, ilk çocukluğa dayanan çözülmemiş bilinçdışı psikoseksüel çatışmalara karşı bir savunma olarak görülmektedir. Bu çözülmemiş bilinç dışı çatışmaların temelinde penise imrenme bulunmaktadır. Erkeğin vajinal girişi engellenerek uyarılmış olan erkek hüsrana uğratılmakta, penisin kendisine olan düşmanlık penisin işlevine doğru yer değiştirmekte ve penis işlevsiz kılınmakta ve fantezide erkek kastre edilerek öç alınmaktadır (94,95).

Davranışçı yaklaşım: Psikanalitik yaklaşımdan tamamen farklı bir bakış açısından köken alan davranışçı yaklaşımda, insandaki tüm diğer davranışlar gibi cinsel davranışların da öğrenildiği görüşü esas alınmaktadır. Buna göre uyumsuz davranışlar, yanlış öğrenmeler sonucunda sonradan edinilmiş tutumlar olarak kabul edilir.

Davranışçı tedavide ortak özellik alıştırma ilkesidir. Alıştırma, bireyi anksiyete oluşturan ve kaçınma davranışıyla sonuçlanan durum ve nesnelere maruz bırakılarak kaçınma davranışının sönmesi ve alışma durumunun ortaya çıkması hedeflenir (96).

Modern yaklaşımlar: Bu yaklaşımların temeli 1970 yılında Masters ve Johnson tarafından atılmıştır. Bu yaklaşım, CİB'in nedeni konusunda oldukça esnektir. CİB'in heterojen bir grup olduğu ve etiolojisinde pek çok faktörün rol oynayabileceği vurgulanmaktadır. Bu yaklaşımda, CİB'in temelinde psikoseksüel gelişim aşamalarındaki aksaklıklar ve yanlış öğrenilmiş davranışların yanı sıra özellikle eşler arasındaki ilişkinin ve cinsel bilgi eksikliğinin çok önemli rol oynadıkları belirtilmiştir (97,98).

Cinsel işlev bozukluğu etiolojisinde sayılabilecek psikososyal faktörler, yanlış öğrenilmiş cinsel davranışlar, eksik ya da yanlış cinsel bilgi, cinsellikle ilgili yanlış ve abartılı beklentiler, geleneksel ve tutucu yetiştirilme biçimi, utanma, suçluluk ve günahkarlık duyguları, eşler arasındaki uyumsuzluk ve iletişim sorunları, evlilik içi çatışmalar, eşin cinsel sorunlarının olması, eşinde ya da kendisinde var olan başta depresyon olmak üzere cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyen çeşitli psikiyatrik bozukluklar ve kişinin başta cinsel organlar olmak üzere kendi bedeniyle ilgili olumsuz düşünce ve inançlarıdır (98).

Eş uyumu: Psikolojik, sosyal ve biyolojik faktörlerin etkileşimi ile şekillenen cinsellikte, bu faktörlerden birisinin etkilenmesi işlevselliği değiştirebilmektedir. Cinsel sorun ne olursa olsun, eşlerin birbirleriyle iletişimi ve sorun paylaşımları çok önemlidir. Eş ilişkisi, insan ilişkisinin tanımı içinde yer alan modelin özel bir durumudur.

Evlilik, fiziksel çekim, biyolojik birleşme ve sosyal bütünleşmenin ötesinde bir sözleşme ve karşılıklı memnuniyeti sağlayan sorumluluk almayı içermektedir. Bu bütünleşmenin yeterince sağlanamadığı, derin kültürel ve bireysel farklılıkların olduğu evlilikler, uyum sorunları ile yıpranabilmekte, kişilerarası ilişkilerde zorluklara yol açabilmektedir (99).

Araştırmalar, eşle ilişki sorunları konusunda kime sorumluluk yüklendiği ile evlilik uyumu arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Evlilik ilişkisinde eşlerini suçlayan kadınların evlilik doyumlarının daha az olduğu, ilişki doyum verici ise, eşin olumsuz davranışlarına daha az sorumluluk yüklendiği bilinmektedir (100).

Eşler arasındaki etkin bir iletişim, çatışmaların çözülmesini, ilişkide doyum sağlamaktadır. Böylece, eşler arası iletişimin önemli bir yönünü oluşturan cinsel alanda da doyum verici ilişkiler sağlanabilmektedir. Araştırmacılar, cinselliğin evlilikteki doyum için öneminin, evliliğin üzerinden birkaç yıl geçmeden ortaya çıkmadığı fikrindedirler (101,102).

Rust ve ark.'ın (99) yaptığı, evlilikte mutsuzluk ve CİB arasındaki ilişkinin değerlendirildiği araştırmada, erkeklerde evlilikte mutluluk ve cinsellik arasındaki ilişkinin, kadınlara oranla daha güçlü olduğu belirtilmiştir. Özellikle, erkeklerdeki PE ve ED'in, evlilikte mutsuzluk konusunda, kadınlardaki orgazm bozukluğu ve vajinismustan daha etkili olduğu ileri sürülmüştür.

Cinsel işlev ve evlilikte mutluluk arasındaki ilişkiyi araştıran başka bir araştırmada, belirgin bir şekilde, cinsel doyum, çiftlerin bunu algılayış biçimi ve cinsel ilişki sıklığı gibi etmenlerin, evlilikte mutluluk ile doğru orantılı olduğu belirtilmiştir. Buna karşılık, olumsuz duygusal tepkilerin artışı, cinsel ilişki sıklığı ve doyumunun azalması oranında, evlilikte mutluluğun azaldığı görülmüştür (102).

Evlilikte cinsel yaşamı çiftin genel iletişiminden ayrı düşünmek mümkün değildir. Dolayısıyla eşler arasında iletişimsizliğin ya da çatışmaların cinsel işlevi de etkilemesi beklenen bir durumdur. Cinsel sorunlar da genel çatışmalara ya da duygusal uzaklaşmalara yol açmaktadır (99).

Bir araştırmada, CİB olan erkeklerin eşleri, cinsel ilişki sıklığı alanında sorun yaşamakta iken, ilginç olarak CİB olan kadınların eşleri, ilişki sıklığı sorununu önde gelen bir sorun gibi görmemekteydi. Bunun olası nedeni, erkeklerin daha baskın, cinsellikle ilişkili alanlarda daha atak bir tutum içinde olmaları olarak yorumlanabilir (103).

Cinsel işlev bozuklukları ve evlilik yaşamının birbiri ile etkileşim içinde olduğu görülmekte, evli CİB olgularında, eş ilişkilerinin dikkate alınması ve tedavi sürecine eşlerin de katılması, önemli bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır (99).

Cinsel İşlev Bozukluğunda Hazırlayıcı, Başlatıcı ve Sürdürücü Faktörler

Hazırlayıcı faktörler: Cinsel eğitimin yetersizliği, hem hastada hem eşinde cinsellikle ilgili gerçekçi olmayan beklentilere neden olabilir. Cinsel mitler, ve yetersiz cinsel deneyim, bireylerin cinselliği sınırlı yaşamasına, yaşadığı deneyimleri yanlış yorumlamasına sebep olabilir (104).

Tutucu, yasaklayıcı bir çevrede büyüme, dini ve kültürel etkenler ile tutucu ve kısıtlayıcı ortamlar, cinsellikle ilgili suçluluk duygularına yol açarak cinselliğin bastırılmasına neden olabilir. Geleneksel ve tutucu ailelerde genellikle çocuklara yeterli bilgi verilmediği gibi, cinsellik “ayıp”, “günah”, “pis” ya da en azından “kötü” olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca bu ailelerde kız-erkek arkadaşlıkları da yanlış ve yasak olarak görülmektedir. Dolayısıyla böyle bir ortamda yetişen çocuklar ve gençler hem karşı cinsle ilişkiler hem de kendi cinsellikleri konusunda yeterli deneyime sahip olamadan evlenmektedir. Bu gençler için cinsellikle ilgili hemen her şey utanma ve suçlanma duygularına yol açmaktadır. Bir yandan kendisi ve eşlerinin bedenleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, bir yandan utanç ve suçluluk duyguları özellikle kadında vaginismus ve erkekte erken boşalma sorunlarının ortaya çıkmasında hazırlayıcı bir faktördür. Özellikle vaginismusun ülkemizde ve müslüman ülkelerde batı ülkelerinden daha sık görülmesinin en belirgin nedenlerinden birinin geleneksel ve tutucu aile ortamları olduğu düşünülmektedir (105).

Kişinin çocukluk yaşantıları ve içinde yetiştiği aile ortamı CİB açısından önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalarda vajinismus ve anorgazmi olan kadınların, aile ortamlarında otoriter bir tutum içinde yetiştirildikleri, şiddet ve fiziksel istismara maruz kaldıkları bildirilmektedir. Fiziksel istismar gibi cinsel istismarın CİB’e yol açtığı görülmektedir. Anne-baba arasındaki uyumsuzluk, özellikle fiziksel istismar ve şiddet, CİB’in etiyolojisinde rol oynamaktadır (106,107).

Ekonomik sorunlar, yoğun ve stresli yaşam koşullarının CİB’e zemin hazırlayabileceği bildirilmektedir. Eş ile ilişkideki uyumsuzluk ile CİB’ib ilişkili olduğu bilinmektedir. Özellikle kadınlarda kendini güvende hissetmemenin, cinsel ilişkiyi olumsuz yönde etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir. Eşler arasındaki sevgi ve saygının ifade edilmemesi ya da evlilik dışı ilişki varlığı, cinsel sorunların ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir (106,107). Bazı kişilik özellikleri ve psikoseksüel roldeki güvensizlik CİB’de hazırlayıcı faktörler arasında sayılabilir (80).

Başlatıcı faktörler: Bir CİB’in ortaya çıkmasında rol oynayan organik ve psikolojik çeşitli faktörlerden oluşur. Özellikle vasküler dolaşım bozukluklarına sebep olan diyabet,

hipertansiyon, kalp hastalıkları gibi sistemik ve kronik bedensel hastalıklar CİB'in başlamasına neden olabilmektedir. Fiziksel hastalıkların yanında, tedavi için kullanılan ilaçların da CİB'e yol açtığı bilinmektedir. Bu ilaçlar arasında, diüretikler, antihipertansifler, çeşitli psikotrop ilaçlar, bağımlılık yapan alkol ve çeşitli maddeler, nikotin, kafein, antiülser ilaçlar, antihistaminikler, antikonvülzanlar, astım ilaçları, kardiyolojik ilaçlar ve antikanser ilaçlar sayılabilir (104).

Başta depresyon, anksiyete bozuklukları ve psikotik bozukluklar olmak üzere çeşitli psikiyatrik hastalıklar, CİB ortaya çıkmasında önemli bir rol oynarlar. Yaşlılık, gebelik, laktasyon, menopoz gibi biyolojik, hormonal ve psikolojik değişikliklerin orta çıktığı yaşam dönemlerinde CİB ortaya çıkabilir (68).

Cinsel istek, cinsel birleşme sıklığı ve ereksiyon gibi konulardaki abartılı performans beklentileri, özellikle bu beklentilerin gerçekleşmediği durumlarda performans anksiyetesine yol açarak CİB'e neden olabilmektedir. Psikojenik ED'nin oluşumunda ve devam etmesinde performans anksiyetesi çok önemli bir yer tutmaktadır (80).

Bazı durumlarda bir CİB, diğer bir işlev bozukluğuna ikincil olarak gelişebilmektedir. Örneğin PE, daha sonra ED'ye yol açabildiği gibi orgazm bozuklukları cinsel istek bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (105).

Eşlerden herhangi birinde var olan CİB, bir süre sonra diğer eşte çeşitli cinsel sorunlara yol açabilmektedir. Diğer eşte de cinsel sorunların ortaya çıkması, karşılıklı olarak var olan sorunların ağırlaşmasına ve bir kısır döngünün oluşmasına yol açmaktadır. Boşanma, ayrılma ya da ölüm gibi nedenlerle eş kaybı, bireyde geçici de olsa cinsel sorunlara neden olabilir (102).

Sürdürücü faktörler: Cinsel işlev bozukluğu hangi nedenle başlamış olursa olsun, sürdürücü etkenlerin devreye girmesi, sorunun süregelenleşmesine neden olabilmektedir. Bedensel ve psikiyatrik hastalıklar, ilaç, alkol ve uyuşturucu madde kullanımları gibi başlatıcı etkenler, çözümlenmediklerinde, sürdürücü etkenlere dönüşebilirler. En sık rastlanan sürdürücü etken ise performans anksiyetesidir (104).

Cinsellikle ilgili suçluluk ve günahkarlık duyguları, olumsuz beklentiler ve eşler arasında devam eden iletişim sorunları sık rastlanan sürdürücü etkenlerdendir. Eşin çekiciliğini kaybetmesi, özellikle erkeklerde var olan yaklaşma korkusu cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyebilir. Yetersiz cinsel eğitim ve cinsel mitler, yalnızca hazırlayıcı değil ayrıca sürdürücü etken olarak işlev görürler (80,104).

Cinsel İşlev Bozuklukları Epidemiyolojisi

Azalmış cinsel istek bozukluğu: Diğer işlev bozukluklarının günümüzde nesnel ölçüm ve tanımlamaları mümkünken cinsel isteğe ait böyle bir bilimsel ölçüm yoktur. Dolayısıyla, araştırmacılar, araştırmalarda kullanılmak üzere, kişi ya da çiftlerin bazı davranışsal ya da öznel deneyimlerinin ifadesine göre bazı ölçütler oluşturmuşlardır (105,108). Araştırmacılar tarafından, 55 yaş altı için düşük cinsel ilişki sıklığını “2 haftada birden daha az olduğu durumlar” olarak belirlenmiştir. Ancak sıklık çoğu zaman cinsel istek bozukluğu için güvenli bir kriter olmamaktadır (108).

Ayrıca, cinsel istek olağan olarak dalgalanma göstermektedir. Tanı açısından önemli olan ve klinik pratiğe sık yansıyan diğer bir konu da, eşler arasındaki cinsel istek uyumsuzluğudur. Yani, eşlerden birinin diğerinden fazla istekli olması söz konusudur ve sıklıkla klinik başvuruda cinsel istekte azalma varmış gibi aktarılabilmektedir. Cinsel ilgisi eşine göre daha az olan partner bireysel olarak değerlendirildiğinde cinsel ilgi ve isteği mevcuttur ancak eşiyile ilişkisinde yetersiz görünmektedir. Bu nedenle, tanısız değerlendirme için her iki eşle de görüşmeye gereksinim olmaktadır (70).

Azalmış cinsel istek bozukluğu, gerek toplumda gerek klinik başvuruda, kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Yaşam boyu tipte azalmış cinsel istek bozukluğu olan kişilerde başlangıç yaşı genellikle ergenlik dönemidir. Sıklıkla, bu bozukluk, bir dönem yeterli cinsel istek sonrasında, stres verici yaşam olaylarıyla ya da kişilerarası ilişki zorluklarıyla bağlantılı olarak erişkinlikte gelişir (105).

Kaplan (70), cinsel istek bozukluğu olanların çoğunda sorunun edinsel olduğunu, normal bir işlevselliğin ardından cinsel istek kaybı yaşadıklarını, olguların daha küçük bir kısmının ise (%21) hayatlarında hiçbir zaman cinsel isteklerinin normal olmayıp, genital temastan korktuklarını belirtmiştir.

Genelleşmiş ya da yaygın azalmış cinsel istek bozukluğu olan hastalar her türlü cinsel aktiviteye yönelik ilgilerini kaybetmişlerdir. Cinsel istek bozukluğunun klinik pratikte en sık görülen durumsal şeklinde ise, bozukluk bir eş ve ya özgül bir cinsel etkinlik ile sınırlıdır. Kaplan (70), cinsel isteği azalmış olan olguların %72’sinde partner özgüllüğü bulunduğunu, partner özgüllüğü olanların çoğunun da erkek olduğunu, kadınlarda ise yaygın formun daha sık görüldüğünü bildirmiştir.

Cinsel tiksinti bozukluğu: Cinsel istek azlığına ve diğer CİB’e göre daha nadir olarak görülür. Bu soruna ülkemizde rastlanması nadir değildir. Bozukluğun ağırlığına göre, cinsel tiksinti, cinsel yaşamın genital salgılar ya da cinsel birleşme gibi belirli yönüne odaklanabilir

ya da öpme ve dokunma da dahil tüm cinsel uyarılara karşı yaygın bir iğrenme olarak da ortaya çıkabilir (80).

Seyrek rastlanan ve tedavisi zor olan bir hastalık olarak bilinmektedir. Kadınlarda daha sık görüldüğü ve tedavide en etkin yöntemin davranışçı duyarsızlaştırma yöntemi olduğu konusunda görüş birliği vardır (109).

Ayrırcı tanıda dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta bu bozukluğun sıklıkla azalmış cinsel istek ile birlikte oluşudur ve hatta bazı araştırmacılar bu iki bozukluk arasındaki sınırların belirsiz olduğuna işaret edilmektedir. Schover ve LoPiccolo (110), cinsel tiksinti bozukluğunu, hafif formunda azalmış cinsel istek bozukluğunun bulunduğu diğer ucunda ise fobik düzeyde cinsel kaçınmaların bulunduğu bir doğrultuda değerlendirmeyi uygun bulmuştur.

Kadın cinsel uyarılma bozukluğu: Uyarılma bozuklukları, kadında kendini cinsel ilişkiye hazırlık evresinde ortaya çıkması gereken süreçlerin (vajinanın ıslanması gibi) ortaya çıkmaması, ya da yetersiz olması durumudur. İlişki sorunları, depresyon, ilaç kullanımı, kronik hastalık, östrojen yetmezliği ve nörolojik hastalıklara (multipl skleroz gibi) bağlı ikincil olarak ortaya çıkabilir. Diğer nedenler, geçmişte cinsel tacize maruz kalmış olmak, cinsellik hakkında olumsuz duygular taşımak, ilişkiye ait problemler, özgüven azlığı, vücudunu beğenmeme ve kontrolü kaybetme korkusudur (111).

Erkeklerde erektil disfonksiyon: Eretil disfonksiyonun ortaya çıkmasında ve sürmesinde çok sayıda etkenin iç içe olduğu ve karşılıklı olarak birbirlerini etkilediği bilinmektedir. Psikojenik ve organik nedenler çoğu kez iç içe olabilmekte ve ayrırcı tanıda zorluklar yaratabilmektedir. Psikojenik nedenler olarak, performans anksiyetesi, olumsuz biliş, kişilik bozuklukları (obsesif, narsisistik, bağımlı gibi), depresyon, anksiyete bozuklukları, psikozlar ve diğer psikotik bozukluklar sayılabilir. Kişide organik bir neden olsa bile ED ortaya çıktığında genelde performans anksiyetesi eklendiğinden psikojenik nedenler dışındakileri karma nedenler olarak tanımlayabiliriz. Yaygın nitelikte ED, psikojenik inhibisyon, latent ya da açık homoseksüelite durumlarında görülebilmektedir (112).

Eretil disfonksiyonun akut olarak ortaya çıkması, partnere, cinsel etkinliğe, cinsiyete, zamana, mekana özgü olarak değişkenlik göstermesi, cinsel birleşme dışında ereksiyonun yeterli olması ED'nin daha çok durumsal olarak görüldüğünü, etiyolojinin psikojenik olduğunu düşündürür (66;74).

Eretil disfonksiyon, birincil ve ikincil olarak ortaya çıkabilmektedir. İkincil olarak, cinsel isteksizliğe, PE'ye, partnerde CİB'e ve evlilik sorunlarına ikincil olarak ortaya çıkabilmektedir. En sık olarak partnerdeki vajinismusa ikincil ED görülebilmektedir (112).

Massachusetts Male Aging Study (MMAS) araştırmasında 40-70 yaşları arasındaki erkeklerde %52 oranında ED görüldüğü belirtilmektedir (113).

Türk Androloji Derneği' nin yaptığı araştırmaya göre, Türkiye' de 40 yaş üzerinde %65 oranında ED görüldüğü bildirilmiştir. Aslında PE daha fazla görülmesine rağmen, CİB ile başvuru oranı açısından ED ilk sırada yer almaktadır. Bunun sebebi ED'nin cinsel birleşmeye engel teşkil etmesidir (114).

Eretil disfonksiyonun en sık organik nedeni vasküler hemo dinamik değişikliklerdir. 50 yaş üzeri erkeklerde, arteriyosklerotik damar hastalıkları tüm ED etiyolojisinin %50'sini oluşturmaktadır. Diyabet, yaşlılık, depresyon, nörolojik hastalıklar, sigara ve alkol kullanımı etiyolojide yer alan diğer durumlardır (113).

Kadında orgazm bozukluğu: Normal bir uyarılma döneminden sonra orgazm olamama durumu gençlerde ve cinsel ilişkiye yeni başlamış olan ve bu yüzden tecrübesi az olan kadınlarda daha sık görülür. Kadınların %5-10'u hayatlarının hiç bir döneminde orgazm olmaz ve buna birincil anorgazmi adı verilir (115).

Edinilmiş anorgazmi primer anorgazmiden daha az görülmektedir. Mastürbasyonla ve cinsel ilişki dışında kalan uyarılarla, mesela elle veya oral klitoral uyarıyla rahatlıkla orgazm olabilen kadın gerçek bir cinsel ilişkide orgazm olamayabilir. Bazı kadınlar eşiyle aynı zamanda orgazm olamamaktan, her ilişkide orgazm olamamaktan veya her ilişkide ancak bir kez orgazm olmaktan yakınırlar. Ancak birçok çiftin beraberce orgazm olamadıkları, çoğu kadının ilişki öncesi dönemde orgazm olduğu (direkt klitoral uyarıyla) bir gerçektir (116).

Erkeklerde orgazm bozukluğu: Cinsel sorun nedeniyle başvurular içerisinde en az karşılaşılan durum, retarde ejakülasyondur. Retarde ejakülasyon ya da geç boşalma olarak bilinen bu bozukluk, boşalmanın mastürbasyon, uyku ve ilişki sırasında hiç olmaması, kısmen olması ya da uzun sürmesi ve süresinin uzamasının sıkıntı oluşturduğu bir uyarılma sonunda oluşan ejakülasyon şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Boşalma hiç olmuyorsa, organik patoloji ön planda düşünülmelidir. Genellikle aşırı kontrollü ve partnerine karşı hostilete duyguları hisseden erkeklerde görüldüğü ileri sürülmektedir (117).

Prematür ejakülasyon: Prematür ejakülasyon tanımı konusunda halen tartışmalar devam etmektedir. Tanımlamada ejakülasyon süresinin mi yoksa denetim yetisinin varlığının mı kullanılacağı konusunda farklı görüşler mevcuttur (118).

Helen Kaplan (119) bozukluğun, ejakülasyon üzerinde denetimin olup olmamasına göre tanımlanması gerektiği görüşündedir. Bu açıdan PE, kişinin boşalma/orgazm üzerinde istemli kortikal denetimi ya da ertelemeyi öğrenememesidir. PE ergenlik döneminde neredeyse hemen her erkekte gözlenen fizyolojik bir durumdur. Sonrasında boşalma denetiminin sağlanması, cinsel deneyimler yolu ile olmaktadır. Bu, gelişimsel ve yapısal bir süreçtir. Öğrenme sürecini etkileyecek olumsuz ya da yoğun anksiyete içeren deneyimler ve diğer psişik faktörler, kontrol becerisinin kazanılması sürecini bozabilir.

Prematür ejakülasyon, erkeklerde en sık gözlenen CİB'dir. Yaygınlığı, Laumann ve ark.'ın (91) araştırmasında %14, Montrossi ve ark.'ın (120) araştırmasında %30 olarak bildirilmiştir. Yaygınlığının 18-59 yaş aralığında sabit olduğu bildirilmiştir.

Prematür ejakülasyon kişinin kendisinde ve partnerinde ikincil CİB'e sebep olabilir ya da var olan sorunları ağırlaştırabilir. Performans anksiyetesi, cinsel doyumda azalma, partnerde cinsel doyum azalması, uzun vadede cinsel istekte azalma ve ED'ye yol açabilmektedir. Partnerdeki en sık gözlenebilen sorun, orgazm bozukluğu ve azalmış cinsel istek bozukluğudur (83).

Prematür ejakülasyon zamanla çökkün duyguduruma ve depresyona yol açabilmektedir. PE ve sosyal fobi ilişkisi uzun zamandır bilinmekle birlikte, her iki sorunun ergenlik döneminde ortaya çıkması birbirlerine neden oluşturmaktan çok, benzer bir yatkinlikle açıklanabilmektedir (118).

Tedavide start-stop (başla-bitir) ve sıkma teknikleri oldukça başarılı olmaktadır. Bunun yanında geciktirici ürünler hipoestezi yapmaları nedeniyle boşalma süresini uzatırlar ancak hem kişide hem de partnerde uyarılmayı bozduğu için önerilmemektedir. SSRI'lar ejakülasyonu geciktirici yan etkilerinden yararlanılarak kullanılmaktadır ancak tedavi edici ilaç olarak tanımlanmaları yanlıştır. Çünkü ilacın kullanımının getireceği istenmeyen yan etkiler ve uzun süreli kullanım göz önüne alındığında, durum avantajlı olmamaktadır (121).

Disparoni: Erkeklerde kadınlara oranla daha az sıklıkla görülen bu bozukluk, genellikle Peyronie hastalığı ve prostatit gibi tıbbi bir bozukluğa bağlı olarak oluşmaktadır (117).

Kadınlarda, vajinismus dışında kalan nedenlerle ortaya çıkan cinsel ilişkide ağrı durumudur. Uzun süreli devam etmesi anorgazmi ve istek azalması gibi sorunları beraberinde getirebilmektedir. Disparoni genç kadınlarda yaklaşık % 5 oranında görülmektedir.

Postmenopozal dönemde sıklığı değişmekle birlikte, yaşla birlikte büyük oranda artmaktadır (%12–45) (84,122).

Yüzeyel dispareniinin en önemli nedenleri arasında kronik enfeksiyonlar ve klitorisin irritasyonu ve aşırı duyarlılığı yer alır. Kalın himen, epizyotomi skarı, vajinit, menopoza döneminde ortaya çıkan vajinal atrofi dispareniye neden olabilir. Daha derinlerde ortaya çıkan ağrı ise konjenital kısa vajina, sistit ve üretrit, kronik enfeksiyonlar, endometriozis, pelviste kitle, barsak hastalıkları, genital organlarda sarkma söz konusu olabilir. Orgazm esnasında ortaya çıkan uterus kasılmaları da bazen ağrı duyulmasına neden olabilir. Yine cinsellikle ilgili çocukluktan gelen olumsuz önyargılar, cinsel taciz öyküsü, partnerle ilişkide olumsuzluklar dispareniye neden olabilmektedir. Tedavide etkene yönelik yaklaşımda bulunulur (111).

Vajinismus: Vajinismus, ülkemizde, CİB tedavisi için başvuran kadınların en sık başvuru nedenidir. Ülkemizde, batı ülkelerinde bildirilen oranlardan çok daha fazla görülmektedir. Cinsel eğitimsizliğin, cinsellikle ilgili tutucu değer yargılarının, cinsel mitlerin, bekaret kavramına verilen abartılı önemin, yetersiz cinsel deneyimin, kültürdeki cinsel tabuların bu durumda rolü olduğu söylenebilir (123).

Cinsel birleşmeye yönelik ilk girişimde ortaya çıktığı için birincil bir cinsel sorundur. İlk cinsel girişiminde vajinismus sorunu ile karşılaşan kadın, normalde tüm cinsel aktivitelere katılabilmesine rağmen cinsel birleşme aşamasına geldiğinde oluşan kasılmalar sonucu cinsel birleşmeyi tamamlayamaz. Bazen de jinekolojik muayene sonrası gelişebilir. Vakaların çoğunda hastalar vajinal muayeneye izin vermezler (106).

Ülkemizde Konya’da yapılan toplum tabanlı bir araştırmada, kadınlarda %15.3, Diyarbakır’da yapılan bir araştırmada %42.7 oranında vajinismus saptandığı bildirilmiştir (85,124).

Birincil vajinismus, bazı yazarlara göre, ‘tamamlanmamış evlilik’, kadının cinsel hayatının başlangıcından beri cinsel ilişki yaşayamamasıdır. Edinsel vajinismusta ise, daha öncesinde koitus gerçekleştirmiş olan bir kadında durumsal olarak istemsiz kasılmaların görülmesidir ki genellikle bu durum dispareni ile ilişkilendirilmiştir (125).

Vajinismus sorunu olan kadınlar genellikle suçluluk ve utanç duygusu hissedebilmekte ve özgüveni sarsılmaktadır. Erkek ise eşine karşı nefret duyabilir, durumu istenmeme, reddedilme olarak algılayabilir ve bundan dolayı cinsel istekte azalma ve ereksiyon güçlükleri yaşayabilir. Defalarca yaşanan başarısız deneyimler sonucu çiftlerde, çözümlenemeyen bu sorun nedeniyle cinsellik dışındaki ilişkileri de bozulmaktadır. Sıklıkla adli olaylara,

boşanmaya, tecavüz girişimi ya da fiziksel şiddet davranışlarına rastlanılabilir. Cinsel terapi ile bu sorun, yüksek tedavi başarı oranı ile tedavi edilebilmektedir (111,125).

Cinsel İşlev Bozukluklarının Tedavisi

Farmakolojik tedavi: Prematür ejakülasyonda SSRI grubu antidepresanlar, cinsel terapinin çeşitli nedenlerle uygulanamadığı, düzenli partnerin olmadığı durumlarda ya da özellikle dirençli olgularda doğrudan ya da terapiye ek olarak uygulanabilirler (121).

Son yıllarda kullanımı gittikçe artan sildenafil, bir fosfodiesteraz 5 inhibitörüdür. Kavernoz dokudaki siklik guanozin monofosfatın (cGMP) yıkımından sorumlu olan bu enzimin inhibisyonu ile birlikte kavernoz dokudaki cGMP oranı azalmamakta ve cGMP'nin ereksiyonu sağlayıcı ve kolaylaştırıcı etkisi güçlenmektedir. FDA, 1998 yılında sildenafilin ED'de kullanılmasına onay vermiştir. Yapılan çift kör plasebo kontrollü çok sayıda araştırmada, sildenafilin plaseboya üstünlüğü kanıtlanmıştır. Yapılan araştırmalar, sildenafilin %50 ile %80 arasında değişen oranlarda klinik etkinlik gösterdiğini ortaya çıkarmaktadır. Farklı yaş gruplarında, diyabet ve hipertansiyonu bulunan, antihipertansif ilaç kullanan, omurilik hasarı olan, transüretal prostat rezeksiyonu ya da radikal prostatektomi operasyonu geçirmiş olan farklı ve özgül hasta gruplarında yürütölen çalışmalarda da sildenafil etkili bulunmuştur (126,127).

Sildenafilin hastalar tarafından genel olarak iyi tolere edildiğı belirtilmektedir. Nitrat içeren ilaçlar ile birlikte kullanımı kontrendikedir. Birlikte kullanıldığında, nitratların hipotansif etkisini potansiyalize etmekte ve ölüme kadar gidebilecek bir sürece yol açma riski bulunmaktadır (128).

Son yıllarda, özellikle fosfodiesteraz 5 inhibitörlerinin kadın CİB'de kullanılması ile ilgili araştırmalar artmıştır. Sildenafilin vajinal kan akımını arttırarak lubrikasyonun artmasına neden olması ile, teorik olarak lubrikasyon sorunları olan kadınlarda cinsel haz ve doyumunu arttıracağı beklenmiştir. Uyarılma bozukluğu olan, histerektomili ve doğal menapozdaki kadınlarda sildenafilin (25–100 mg) etkisini değerlendiren çift-kör plasebo kontrollü bir araştırmada, sildenafil verilen grupta plaseboya göre anlamlı olarak daha fazla doyum ve duyum artışı bildirilmiştir (129,130).

Şimdiye kadar yapılan araştırmalar sonucunda, sildenafilin kadınların belli bir grubunda, özellikle uyarılma problemleri olan, ancak eş zamanlı istek problemleri olmayanlar üzerinde etkisinin olabileceğı düşünülmektedir. Testesteron replasman/suplementasyon tedavisi, son yıllarda menapoz dönemindeki ve özellikle cerrahi/iyatrojenik olarak gelişen menapoz dönemindeki olgularda önerilmektedir. Bu tedavi henüz FDA tarafından onaylanmamış ve

rutin kullanıma girmemiş olmasına rağmen, birçok merkezde seçilmiş olgularda kullanılmaktadır (131).

Günümüzde kadın CİB tedavisinde FDA onayı almış bir ilaç henüz mevcut değildir. Geliştirme aşamasında olan ilaçlar arasında, dopamin reseptör agonistleri, seçici olmayan α -1 ve α -2 agonistleri, alfa melanosit stimüle edici hormon analogları, prostoglandinler ve androjenler (testosteron, östrojen-androjen kombinasyonları ve androjenik etkili diyet ürünleri) sayılabilir (130).

Cinsel terapi: Cinsel terapi, cinsel sorunları ve kaygıları olan bireyler ya da çiftler için kullanılan bir tedavi yöntemi olarak tanımlanabilir. Cinselliğin yaşamın olumlu bir parçası olabileceği, ilişkilerin ödüllendirici olabileceği ve duygusal ve fiziksel yakınlığın arzulanan bir hedef olduğu gibi çıkış noktalarına dayanır. Cinsel terapi kişilerin yada çiftlerin cinsellik ve ilişkileri ile ilgili konuları, bu konularda bilgili ve yardımcı olmaya istekli bir profesyonelle konuşup paylaşabilecekleri destekleyici bir ortam sağlar (132).

Günümüzde cinsel terapi oturumları genellikle haftada bir kez uygulanır. Hasta ya da çift, oturumlar arasında verilen davranışsal ödevleri üzerinde çalışmaya başladıktan sonra, bu cinsel egzersizlerle olan pratiklerine daha fazla zaman ayrılması için 2 haftada bir yapılan oturumlarla devam edilebilir. Tedavinin süresi olguya göre değişmekle birlikte, çoğu olguya 10-12 seansın ardından tedavi hedeflerinin gözden geçirileceği ve ek seansların faydalı olup olmayacağını değerlendirilmesi gerektiği söylenebilir (132).

Terapiye katılım açısından hastanın tek başına katılımı yerine çift olarak katılımın, tedavide daha olumlu sonuçlara yol açtığı bilinmektedir. Çiftler değerlendirilirken, eşlerle ayrı ayrı da görüşülmelidir. Bu görüşmelerde, terapistin eğer varsa partnerle paylaşılması istenmeyen noktaları sorgulaması gerekir. Cinsel terapide partneri olmayan hastalar da değerlendirilir. Psiko-eğitim ve tek başına yapılabilecek cinsel egzersizler önerilir ve genellikle çift terapisinden daha kısa süreli terapi uygulanır (133).

Cinsel terapide ek olarak psikodinamik, davranışçı yaklaşımlar ve evlilik terapisi kullanılabilir. Birçok terapist genellikle bu yaklaşımlara ihtiyaç duymaktadır. Cinsel terapinin en önemli hedefi, önceden belirlenmiş nesnel cinsellik ölçütleri yerine, en etkili yöntemleri kullanarak hasta ya da çiftlerde daha tatminkar bir ilişki ve yaşam kalitesine ulaşmalarına yardımcı olmalarını sağlamaktır (132).

BİPOLAR BOZUKLUKTA CİNSEL İŞLEVSELLİK

Bipolar bozuklukta cinsel işlevsellik ve CİB konusunda literatür oldukça kısıtlıdır. Yapılan araştırmalar, genellikle hastalardaki cinsel istismar hikayesini araştırmış ya da kullanılan ilaç tedavilerine bağlı bir yan etki olarak CİB'i ele almışlardır (6,134).

Mani ve depresyonun insan cinsel davranışı üzerinde farklı etkileri görülebilmektedir. Manik atakta sık rastlanan bir bulgu olmakla birlikte, hatta paradoksal olarak bazı depresif durumlarda hiperseksüalite görülebildiği bildirilmiştir (134).

Sık sık partner değişikliği yaşayan kişilerde ruhsal hastalık riskinin daha fazla olduğunu bildiren araştırmalar mevcuttur. Geniş örneklemli bir araştırmada, son yıl içinde iki veya daha fazla cinsel partneri olan kişilerde, ruhsal hastalık riski, daha az prezervatif kullanımı, depresyon ve intihar riskinin arttığı belirtilmiştir (135).

Duygudurum bozukluklarında görülen CİB nedenlerinin belirlenmesi oldukça zor olabilmektedir. Libido azalması, depresyonun çekirdek semptomlarından olan anhedoniye bağlı olarak gelişebilir. Ayırıcı tanıda birincil CİB, genel tıbbi duruma bağlı CİB ve madde ya da ilaç kullanımına bağlı CİB de düşünülmelidir. DSM-IV-TR'de CİB tanısı koymak için, başka bir eksen I tanısı ile (başka bir CİB hariç) açıklanamayacağı ve bir madde, ilaç ya da genel tıbbi durumun etkilerine bağlı olarak ortaya çıkmaması gerektiği belirtilmektedir. Buna rağmen, klinik pratikte bazı psikiyatristler tarafından bu durum göz ardı edilmektedir (7,136).

Cinsel işlev bozukluğu konusunda, hastalığın kendi başına etkisini görmek için remisyon dönemi daha güvenilir bilgiler verebilir. Cinsel istek azalmasını psikotropik ilaçlarla ilişkilendirmek zordur çünkü psikiyatrik bozukluklar kendi başına, önemli ölçüde cinsel istek düzeyini etkilemektedir. Ayrıca libido azalmasının ölçümü daha zor, daha öznel bir durum olması nedeniyle durum daha da karmaşıklaşmaktadır (137).

Dell'Osso ve ark. (136), 11 akademik psikiyatri biriminde yatarak tedavi görmekte olan, 60 BB depresyon ve 82 unipolar depresyon hastası ve kontrol grubunda CİB ve intihar girişimi öyküsü ilişkisini araştırmıştır. Katılımcılarda yaşam boyu cinsel istek, uyarılma ve orgazm yeteneği gibi cinsel yanıt döngüsünün üç basamağında da, duygudurum bozukluğu olan grupta, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla sorun bildirildiği bildirilmiştir. BB depresyon tanılı hastalarda yaşam boyu cinsel aktivite artışı ve cinsel ilişkide gelişigüzellik, diğer iki gruptan anlamlı derecede daha yüksek olarak bildirilmiştir. Duygudurum bozukluğu olan hasta grubunda, cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm aşamalarındaki yaşam boyu bozukluk, intihar girişimi öyküsü ile ilişkili bulunmuştur. BB depresyon tanılı hastalarda yaşam boyu gözlenen ölüm düşünceleri ile sık cinsel partner değiştirme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. İntihar girişimi öyküsünün, duygudurum

bozukluğu olan grupta, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. BB depresyon ve unipolar depresyon tanılı hastalarda intihar girişimi öyküsü açısından fark bulunmamıştır. Hastaların klinik durumu, kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği puanları, bozukluğun şiddeti, tek ya da tekrarlayan atakların olması gibi faktörler düzeltildikten sonra bile, CİB ve intihar girişimi öyküsü arasında istatistiksel anlamlılığın devam ettiği bildirilmiştir. Araştırmanın sonuçlarıyla ilgili, duygudurum bozukluklarında önceki yaşanmış CİB'in, hastanın intihar düşüncesi ya da girişimi konusunda belirleyici olabileceği çıkarılabilir.

Lityum Kullanımının Etkisi

Lityum kullanımı ile CİB ilişkisini araştıran az sayıda araştırma mevcuttur. Aizenberg ve ark.'ın (138) yaptığı araştırmada, BB ve şizoaffektif bozukluğu olan, remisyonda ve tek başına lityum kullanan 35 erkek katılımcıda CİB değerlendirilmiş ve katılımcıların %23'ünde cinsel düşüncelerde azalma ve %20'sinde cinsel ilişki sırasında ereksiyon kaybı bildirmiştir. Cinsel aktivitede alınan doyumun korunmuş olduğu ve var olan cinsel sorunların hastalara sıkıntı yaratacak ya da tedavi uyumsuzluğuna yol açacak düzeyde olmadığı belirtilmiştir. Ölçülen serum lityum düzeyleri ile bildirilen CİB arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bipolar I ve II bozukluğa sahip olan remisyondaki hastalarda, tek başına uzun süreli lityum kullanımının cinsel işlevlere olan etkisini değerlendiren bir araştırmada, hastalarda kontrol grubuna göre cinsel ilişki sıklığı ve cinsel istekte azalmanın daha yüksek oranda bildirildiği belirlenmiştir. Ayrıca, hastaların %18'i, cinsel sorunlarının BB'nin başlangıcından itibaren ve %30'u lityum kullanmaya başladıktan sonra görüldüğünü bildirmiştir (139).

Bipolar bozukluğu olan ve profilaktik lityum tedavisi alan 24 hasta ile yapılan retrospektif bir araştırmada, hasta ve kontrol grubunda benzer oranda CİB saptanmasına rağmen, BB olan hastalarda kontrol grubuna göre şimdiki cinsel doyumun daha düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir (140).

Bipolar I bozukluğu olan iki erkek hastada lityum kullanımına bağlı CİB olgu bildirimi mevcuttur. Hastalardan birinde, ikame plasebo tedavisi ile CİB'in hızla kaybolduğu, diğerinde lityum kullanmaya devam edilmesine rağmen, sorunun spontan gerilediği bildirilmiştir (141).

Valproik Asit Kullanımının Etkisi

Literatürde BB olan ve VPA kullanan hastalarda CİB'i değerlendiren bir araştırma bulunamamıştır. Buna rağmen epileptik genç kızlarda VPA kullanımının hiperandrojenizm gibi endokrinolojik yan etkileri bildirilmektedir (142).

Mekanizması net olarak bilinmemekle birlikte, antiepileptik ilaçlar hormon profili ve cinsel fonksiyonda değişiklikler yapabilmektedir. VPA kullanımı ile retrograd ejakülasyon olgu bildirimi mevcuttur (143).

Kadınlarda, özellikle 20 yaşından önce VPA tedavisi başlanan hastalarda, polikistik over ya da hiperandrogenizm görülme sıklığı %80'lere varan oranda bildirilmiştir. VPA'nın epilepsi tanılı erkek hastalarda ve hayvanlarda üreme hormonlarını ve sperm parametrelerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (142,143).

Akdeniz ve ark. (144), VPA kullanan BB olan hastalarla, epilepsi tedavisi için VPA kullanan kadın hastalarda üreme hormonları ve metabolik parametrelerdeki değişiklikleri karşılaştırmıştır. Her iki grupta serum total testosteron düzeyinde artış olmasına rağmen, hirsutizm puanları, epileptik hastalarda BB olan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Luteinizan hormon/folikül uyarıcı hormon oranı, epileptik hastalarda BB olan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Karbamazepin Kullanımının Etkisi

Karbamazepin kullanımının, serumda seks steroidleri, tiroid hormonları ve seks hormonu bağlayıcı globulin düzeylerini değiştirdiği bilinmektedir. Bu endokrin değişiklikler, cinsel istekte azalma, ED ve epilepsi hastalarında menstrüel düzensizliklere yol açabilmektedir. Yapılan araştırmalarda, puberte döneminde olumsuz etkileri ve fertilizasyon üzerine etkileri bildirilmiştir (145).

Yetişkin erkeklerde karbamazepin kullanımını ile seminal değişiklikler, sperm hareketliliğinde ya da konsantrasyonunda azalma ve spermelerde morfolojik değişiklikler bildiren araştırmalar mevcuttur (146,147).

Fokal epilepsi tanısıyla izlenen ve karbamazepin tedavisi altındaki 40 erkek hastada serum seks hormonları ve CİB değerlendirilmiş, CİB'in yüksek oranda görüldüğü, en sık CİB'in cinsel istek azalması olduğu, ancak CİB'in serumdaki hormonal değişikliklerle ilişkili olmadığı bildirilmiştir (148).

Lamotrijin Kullanımının Etkisi

Epileptik hastalarda lamotrijin kullanımının seks hormonlarına etkisi, genellikle VPA'dan daha nadir görülmektedir (149). Lamotrijin, enzim indükleyici bir antiepileptik olmadığı için, erkeklerde testosteron ve estradiol metabolizmasına etki göstermeyerek bir avantaj sunabilir. Epileptik erkeklerde enzim indükleyici antiepileptikten lamotrijine geçiş

yapıldığında, üreme ve cinsel fonksiyonlarda iyileşme göstermesi bu düşüncüyü desteklemektedir (150).

Lamotrijinle tedavi edilen 141 epilepsi hastası üzerinde yapılan 8 aylık izlem çalışmasında, 79 hasta lamotrijin monoterapisi alırken, 62 hasta istenilen etkinliğe ulaşılamaması ya da yan etkiler nedeniyle önceki bir antiepileptik ilaçtan lamotrijine geçilmiştir. Lamotrijinle tedaviye başlayan kadınlarda genel cinsel işlevsellik puanlarında ve alt ölçeklerde (istek, arzu, uyarılma ve orgazm) belirgin iyileşme saptanırken, erkeklerde sadece zevk alt ölçeğinde anlamlı değişim gözlemlendiği bildirilmiştir (151).

Benzodiyazepin Kullanımının Etkisi

Benzodiyazepin kullanımı ile ilişkili CİB konusunda yeterli araştırma mevcut değildir. BB tanısı olan hastalarda BDZ kullanımı ile ilişkili CİB'i değerlendiren tek çalışmada, remisyonda BB olan 104 hastada, hastaların %49'unda lityum ve BDZ kombinasyonu, %35'inde tek başına lityum, %17'sinde trisiklik antidepresan, %17'sinde antipsikotik, %10'unda triptofan ve %1'inde karbamazepin kullanımı mevcut iken, araştırmacıların kendi hazırladığı anketle cinsel işlevler değerlendirilmiştir. Eşzamanlı olarak serum lityum düzeyi ve plazma prolaktin konsantrasyonu ölçülmüştür. BDZ ile lityum kombinasyonu tedavisi alan grupta %49, tek başına lityum ile tedavi edilenlerde %14, diğer ilaçlarla lityum kombinasyonunda %17 oranında CİB bildirilmiştir. Serum lityum düzeyi ve plazma prolaktin konsantrasyonu ile CİB arasında ilişki saptanmamıştır. Erkek katılımcıların %43'ünde cinsel istekte azalma, %40'ında ereksiyon gücü, %36'sında orgazm bozukluğu ve %32'sinde ejakülat miktarında azalma olduğu bildirilmiştir. Kadın katılımcıların %40'ında cinsel istekte azalma, %26'sında orgazm bozukluğu ve %4'ünde orgazm sırasında ağrı bildirilmiştir. Kadın ve erkek katılımcılarda CİB sıklığı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kullanılan BDZ'nin, %86 oranında klonazepam olduğu bildirilmiştir. Çoklu regresyon analizi yapıldığında, lityum ve BDZ kombinasyonunun erkeklerde, ereksiyon gücü ve orgazm kalitesinde azalma ile ilişkili bulunduğu bildirilmiştir (5).

Alprazolam ile oluşturulan bildirilen orgazm bozukluğu, lorazepam ile PE olgu sunumları mevcuttur (152,153). Klonazepam kullanımı ile ilgili cinsel dizinhibisyon olgu bildirimi mevcuttur (154).

Benzodiyazepin kullanan 29 kadın ve 80 erkek ayaktan tedavi gören psikiyatrik hastada, BDZ kullanımına bağlı yan etkiler değerlendirilmiş ve katılımcıların üçte birinde cinsel istek değişikliği bildirilmiştir (155).

Antidepresan Kullanımının Etkisi

Trisiklik antidepresanlar, cinsel işlevler üzerindeki yan etkileri iyi bilinen antidepresan grubu olarak belirtilmektedir. Bunların arasında en az cinsel yan etkilere neden olanlar, dezipramin ve nortriptilin, orta derecede cinsel yan etkilere neden olanlar protriptilin ve imipramin; en çok cinsel yan etkilere neden olanlar klomipramin, amitriptilin ve doksepin olarak belirtilmektedir (156).

Seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) grubu antidepresanların cinsel işlevler üzerindeki olumsuz etkileri, esas olarak serotonin aktivitesinde yol açtıkları artış ve kortizol, opioid ve prolaktin düzeylerinde yol açtıkları artışla ilişkilendirilmiştir (157). SSRI'ların orgazm gecikmesi veya anorgazmi yapıcı yan etkilerinin, serotonin tip 2 reseptör aracılı noradrenerjik inhibisyon yapmaları ile ilgili olduğu bilinmektedir (158).

Çok merkezli yapılan bir araştırmada fluoksetin, sertralin, fluvoksamin ve paroksetin alan 344 hastada cinsel yan etkiler değerlendirilmiş ve katılımcıların %58'inde CİB bildirilmiştir. En yüksek oranda CİB, %65 ile paroksetin alan grupta saptanmıştır. Fluvokseminle %59, sertralinle %56 ve fluoksetinle %54 oranında CİB saptandığı bildirilmiştir (159).

Çeşitli SSRI grubu antidepresanların, SNRI grubundan olan venlafaksin ve milnasipranın, trisiklik antidepresanların ve tianeptinin yol açtığı CİB ile ilgili olarak Fransa'da 4557 hasta üzerinde gerçekleştirilen ELIXIR araştırmasında, SSRI kullanan katılımcıların %74.2'sinde, SNRI kullanan katılımcıların %73.5'inde, trisiklik antidepresan kullanan katılımcıların % 75.5'inde CİB saptanmıştır. Tianeptin kullanan katılımcılarda, diğer ilaç gruplarına göre anlamlı olarak daha düşük oranda CİB olduğu, hiç antidepresan almayan grupla aralarında anlamlı fark gözlenmediği bildirilmiştir. Araştırmada en sık tanımlanan CİB, libidoda azalma (%57.6), daha seyrek olarak da orgazm ve ejakülasyon sorunları olmuştur (160).

Clayton ve ark.'ın (161) 2002 yılında yaptıkları geniş örneklemlili bir araştırmada, venlafaksin, uzun salınımlı venlafaksin, sitalopram, fluoksetin, paroksetin, sertralin, mirtazapin, nefazodon ve bupropionun cinsel işlevler üzerine etkileri değerlendirilmiş ve venlafaksin ve uzun salınımlı venlafaksin CİB'e yol açıcı etkisi SSRI'lara benzer oranlarda (%36-43) bulunmuştur.

Trazodon seçici fakat zayıf serotonin geri alım inhibisyonu yapan bir antidepresandır. Ciddi bir cinsel yan etkisi olan priapizm 1/1.000-1/10.000 arasında değişen oranlarda görülmektedir. Erkek hastalarda kullanım öncesi priapizm konusunda bilgilendirilmeli ve uyarılmalıdır (162).

Mirtazapin hem noradrenalin hem de serotonin salınımından sorumlu olan noradrenerjik α_2 otoresseptörleri bloke etmesinin yanında, serotonerjik tip 2 ve tip 3 reseptörleri de bloke eder. Bu nedenle mirtazapinle daha seyrek ve daha az şiddetli CİB bildirilmektedir (163).

Bupropion, dopamin ve noradrenalin üzerinden etki gösteren bir antidepresandır. Artmış dopaminerjik salınımın cinsel işlevler üzerinde uyarıcı etkileri dolayısıyla, CİB'e sebep olmadığı gibi, diğer antidepresan ilaç tedavileriyle ortaya çıkan CİB'i engellemek amacıyla kullanılabilir (164).

Antipsikotik Kullanımın Etkisi

Bipolar bozukluğun remisyon döneminde, hastalığın kendisinden daha çok kullanılan ilaçlar nedeniyle CİB'e rastlanmaktadır. Buna rağmen, BB I tanılı hastalarda antipsikotik kullanımına bağlı CİB konusunda çok az araştırma mevcuttur.

Nagaraj ve ark.'ın (6) yaptığı çalışmada, BB I olan remisyonda 108 erkek hasta örneğinde, 53 katılımcı tipik antipsikotik, 55 katılımcı en az 6 hafta boyunca atipik antipsikotik tedavisi altında iken, Udvalg for kliniske undersøgelser (UKU) yan etki ölçeği ile cinsel işlevler değerlendirilmiştir. Örneklemin %66'sında, istek, uyarılma ve orgazm dönemlerinden oluşan cinsel yanıt döngüsünün en az bir aşamasında bozukluk saptandığı bildirilmiştir. ED, örneklemin %42'sinde ve en yaygın şikayet olarak kaydedilmiştir. Bütün hastaların, %39'u cinsel istek azalması, %17.6'sı ejakülasyon bozukluğu, %14.8'i orgazm bozukluğu bildirmiştir. ED, tipik antipsikotik alan BB olan hastalarda, atipik antipsikotik alan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olarak bildirilmiştir. Tipik ve atipik antipsikotik kullanan gruplarda, diğer CİB sıklığı açısından bir farklılık saptanmamıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre, BB'de antipsikotik kullanımı ile CİB yan etkisi görülmesi oldukça sık olmaktadır.

Şizofrenide antipsikotik kullanımına bağlı CİB'i araştıran çok sayıda araştırma mevcuttur. Bu araştırmaların sonucuna dayanarak antipsikotiklerin sıkça CİB yan etkisine neden olduğunu bilinmektedir (165-167). BB I'de CİB, hem hastalığın kendisine bağlı, hem antipsikotik kullanımı ile, hem de duygudurum düzenleyiciler, BDZ'ler ve antidepresanlar ile oluşabilir. Bazı araştırmalarda hasta popülasyonu karışık seçilmiş (affektif ve affektif olmayan psikoz) ve affektif psikozda CİB, diğer gruba göre daha az bulunmuştur (8,168,169). Kockott ve ark. (168), 100 şizofreni, 58 affektif bozukluk, 30 kontrol grubundan oluşan örnekleme cinsel işlevleri incelemiş, şizofreni hastalarında %49, affektif bozuklukta %36.2, kontrol grubunda %13.3 oranında CİB saptandığı bildirilmiştir. Araştırmada, psikiyatrik hasta grubunda en sık görülen CİB, cinsel istekte azalma olarak bildirilmiştir.

Raja ve ark.'ın (8), şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve BB olan hastalarda cinsel davranışları değerlendirdiği araştırmada, en sık olarak cinsel istek azlığı bildirilmiştir. Araştırmada, CİB'in şizofreni tanısı ve kadın cinsiyet ile ilişkili olduğu, ayrıca hastalarda doğum kontrol ve korunma yöntemlerine uyumsuzluğun görüldüğü ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar için risk taşındığı bildirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

ÖRNEKLEM

Bu araştırmada Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde araştırmaya dahil edilmesi hesaplanan hasta sayısına ulaşabilmek için 6 aylık bir süre gerektiğinden, Ekim 2011- Nisan 2012 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre remisyonda BB I tanı ölçütlerini karşılayan, son iki aydır tedavisinde değişiklik yapılmamış olan 58 evli hasta örneklem olarak alındı. Araştırmada 58 hastanın, bilinen herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan eşleri örnekleme dahil edildi. Araştırmanın kontrol grubunu, hasta ve eşleri ile, yaş ve eğitim düzeyine göre eşleştirilmiş sağlıklı 62 evli çift oluşturdu. Hasta ve eşleri grubunda 116, kontrol grubunda 124 kişi olmak üzere toplam 240 katılımcı örnekleme oluşturdu.

Araştırmaya alınmadan önce, hastalar, eşleri ve kontrol grubunu oluşturan çiftler araştırmayla ilgili bilgilendirildi ve imzalı onayları alındı. Araştırma, 6 Temmuz 2011 tarih ve TÜBADK 2011/152 numaralı protokol numarası ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Ek 1).

Bipolar I Bozukluğu Olan Hastalar İçin Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

- 1- DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre BB I tanısı almış ve remisyonda olması,
- 2- BB I tanısının DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) ile doğrulanmış olması,
- 3-Son 2 ay içerisinde manik, depresif, hipomanik ya da karma atak geçirilmemiş olması,
- 4-Son iki aydır aynı tedaviyi kullanıyor olması,

5-Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) puanının 8'in altında ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) puanının 12'nin altında olması,

6-Başka bir psikiyatrik Eksen I ek tanısı olmaması.

Tüm Katılımcılar İçin Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

1-Yazılı bilgilendirilmiş onay vermiş olması,

2-18-65 yaş arasında olması,

3-Evli olması,

4-CİB'e yol açabilecek bilinen diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalığı, ürolojik, enfeksiyöz ya da jinekolojik hastalıklar gibi organik bir hastalığa sahip olmaması,

5-CİB ile ilişkili olabilecek BB I tedavisi dışında herhangi bir tedavi almaması,

6-Gebe olmaması,

7-Alkol ve madde bağımlısı olmaması (nikotin bağımlılığı hariç),

8-Klinik olarak testleri yapmaya yeterli zeka düzeyine sahip olması.

Araştırmadan dışlanma ölçütleri ise, araştırmaya alınma koşullarına aykırı bir durumun olması ve bekar, dul, ayrı yaşayan ya da boşanmış olma olarak belirlendi. Hastaların eşlerinde ve kontrol grubunda araştırma grubuna dahil edilebilmeleri için ek olarak, bilinen psikiyatrik bozukluk ya da psikotrop ilaç kullanımı olmaması koşulu arandı.

YÖNTEM

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran 58 hastada yapılan psikiyatrik değerlendirme ile DSM-IV-TR'ye göre remisyonda BB I tanısı alan hastalarda, SCID-I uygulanarak BB I tanısı doğrulandı. Takiben, HAM-D ve YMDÖ uygulandı. HAM-D'den 8 veya daha az, YMDÖ'den 12 veya daha az puan alan olgular remisyonda kabul edildi. Araştırmaya alınmadan önce, hastalar, eşleri ve kontrol grubunu oluşturan çiftler araştırmayla ilgili bilgilendirildi ve imzalı onayları alındı.

Toplam 71 hasta ile görüşüldü, 8 hasta ve 4 hasta eşi araştırmaya katılmayı kabul etmedi, 1 hasta BB II tanı ölçütlerini karşıladığı için araştırma dışında bırakıldı ve 58 BB I tanılı hasta araştırmaya alındı.

Araştırmaya uygun bulunan remisyon dönemindeki olgulara, araştırmacının kendisi tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ve BB I için klinik değerlendirme formu, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) erkek ve kadın formları, Durumluk/Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI) ve Maudsley Evlilik Anketi (MMQ) uygulandı.

Araştırmada 58 BB I tanısı olan hasta ve psikiyatrik bozukluk öyküsü ve daha önce psikotrop ilaç kullanımı olmayan 58 hasta eşi ve kontrol grubunu oluşturan 62 çift, yani 124 katılımcı araştırmaya dahil edildi. Eşler ve kontrol grubunu oluşturan çiftlere, araştırmacının kendisi tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, GRCDÖ (erkek ve kadın formları), STAI ve MMQ uygulandı.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyodemografik Veri Formu

Tüm katılımcılara, araştırmanın amaçları göz önünde bulundurularak ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak hazırlanmış bir sosyodemografik veri formu uygulandı. Bu form; yaş, cinsiyet, doğum yeri, öğrenim düzeyi, meslek, iş durumu, evlilik sayısı, evlilik yılı, eşin çalışma durumu, eşi ile tanışma şekli, çocuk sayısı, ailenin gelir düzeyi, birlikte yaşadığı kişiler, alışkanlıklar, ek tıbbi hastalık, sosyal ilişkiler ve cinsel bilgilerin araştırıldığı soruları kapsamaktadır (Ek 5).

DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, 1997 yılında DSM-IV'e yönelik olarak hazırlanan, First ve ark. (170) tarafından geliştirilmiş şu anda veya yaşam boyu psikiyatrik birinci eksen tanısı koymaya yönelik yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Özkürkçügil ve ark. (171) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması tamamlanmıştır. Araştırmada, katılımcı hasta grubunda, SCID-I'in BB I tanısı koymak için kullanılan alt bölümü uygulanmıştır (Ek 2).

Bipolar I bozukluk İçin Klinik Değerlendirme Formu

Araştırmada, BB I olan katılımcılara, klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve araştırmanın amaçları göz önünde bulundurularak hazırlanmış BB I için klinik değerlendirme formu uygulandı. Bu form; hastalığın başladığı yaş ve ilk tedavi yaşı, ilk atak tipi, geçirilmiş manik, depresif ve karma atakların sayısı, hızlı döngülülük, ataklarda psikotik özellik, son atak tipi, hastanede yatış sayısı, EKT tedavisi alıp almadığı, ilaç uyumu, daha önceki intihar girişimi, şimdiye kadar tipik antipsikotik, atipik antipsikotik, lityum karbonat, VPA, karbamazepin, lamotrijin ve antidepresan ilaçları kullanıp kullanmadığı ve kullandıysa ne kadar süre kullandığı ve son iki aydır aldığı tedavi sorularını kapsamaktadır (Ek 6).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, depresyon değerlendirme ölçekleri içinde en yaygın olarak kullanılan ölçektir. Bir kez klinisyen tarafından tanı konulduktan sonra, depresyonun şiddetini ölçmek, belirti örüntüsünü saptamak ve tedaviye yanıtı değerlendirmek için kullanılan ve görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir.

Hamilton (172) tarafından 17 maddeli olarak geliştirilen ölçeğe sonraki yıllarda bazı maddeler eklenerek 21 ve 24 maddeli ölçekler geliştirilmiştir. Ölçekte, depresif mizaç, intihar, iş ve aktivitelerde bozulma, retardasyon, ajitasyon, gastrointestinal belirtiler, genel somatik belirtiler, hipokondriyak belirtiler, içgörü, iştah ve kilo kaybı, uykusuzluk ve anksiyete gibi depresyon belirtileri sorgulanmaktadır. HAM-D’de 0-2 arası üçlü ve 0-4 arası beşli likert tipi puanlandırma şekilleri kullanılmaktadır. HAM-D’ye göre toplam puanlaması: 0-7 depresyon yok, 8-12 hafif düzeyde depresyon, 13-17 orta düzeyde depresyon, 18-29 majör depresyon, 30-52 ağır majör depresyon şeklindedir (Ek 4). Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Akdemir ve ark. (173) tarafından yapılmıştır.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Bipolar I bozuklukta, manik atağın şiddetini ve zamanla değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış, görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. Young ve ark. (174) tarafından geliştirilen bu ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, irritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği, yıkıcı ve saldırgan davranış, dış görünüm ve içgörü gibi mani belirtileri sorgulanmaktadır. Bu maddelerin yedisi beşli likert tipinde, diğer dördü dokuzlu likert tipinde puanlandırılmıştır (Ek 3). Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Karadağ ve ark. (175) tarafından yapılmıştır.

Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, heteroseksüel çiftler için cinsel ilişkinin niteliği ve CİB’i değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Kadın ve erkek için ayrı formları mevcuttur. Genel işlevsellik puanının yanı sıra her iki cinsiyet için cinsel ilişki sıklığı, iletişim, cinsel doyum, bedensel temas, kaçınma; erkek katılımcılar için ED ve PE; kadın katılımcılar için anorgazmi ve vajinismus alt testlerine ilişkin puanlar elde edilmektedir. Ölçek 56 maddeden oluşmaktadır. Her madde için 5 dereceli likert tipi yanıt anahtarı mevcuttur. Yanıt seçenekleri, ‘hiçbir zaman’, ‘nadiren’, ‘bazen’, ‘genellikle’, ‘her zaman’ şeklindedir. Ham puanlar 1 ile 9 arası standart puanlara dönüştürülebilmekte, 5 ve üzeri

puanlar cinsel soruna işaret etmektedir (Ek 7). Geçerlik ve güvenilirlik katsayıları daha yüksek olduğu için değerlendirmenin toplam puan üzerinden yapılması önerilse de, değerlendirmede alt ölçeklerin de kullanılabileceği ifade edilmiştir (176).

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliğini araştıran iki ayrı çalışma mevcuttur. Tuğrul ve ark. (177) hem kadın hem erkekler üzerinde, Gülçat (178) ise yalnız erkekler üzerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapmıştır. Sonuçta, elde edilen veriler Türk örneklemini için, ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği

Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve ark. (179) tarafından 1970'de geliştirilmiş olan STAI, Spielberger'in iki faktörlü kaygı kuramından yola çıkarak hazırlanmıştır. Kısa ifadelerden oluşan öz değerlendirme anketidir. STAI toplam 40 maddelik iki ayrı ölçekten oluşmaktadır.

Durumluk kaygı ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini tanımlamasına yöneliktir. Sürekli kaygı ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini tanımlamasını gerektirir.

Ölçeğin uygulandığı katılımcının, durumluk kaygı ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamiyle seçeneklerinden birini işaretlemesi istenir. Sürekli kaygı ölçeğinde maddelerin ifade ettiği düşünce, duygu ya da davranışların sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) hemen her zaman seçeneklerinden biri işaretlemesi istenir (179) (Ek 8). Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Öner ve ark. (180) tarafından yapılmıştır.

Maudsley Evlilik Anketi

Bu anket, evliliğe ve cinsel yaşamdaki doyuma ilişkin alt ölçekleri bulunan bir öz bildirim anketidir. Evlilikle ilgili alt ölçek 0 ile 8 arasında puan alınabilen 10 sorudan oluşmaktadır ve elde edilen puan arttıkça evlilik ilişkisindeki bozulmaya karşılık gelir. Aynı ölçeğin 5 sorudan oluşan ve eşlerin cinsel yaşamlarının kalitesini belirlemeye yarayan cinsel yaşam alt ölçeği bulunmaktadır. Evlilik ilişkisi doyumu 0-80 puan, cinsel ilişki doyumu 0-40 puan arasında değerlendirilir (Ek 9). Ölçek, 1978 yılında Crowe ve ark. (181) tarafından geliştirilmiş, henüz Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Bu araştırmada, Erden (182) tarafından 2009'da yapılan tıpta uzmanlık tezinden alınan Türkçe çeviri kullanılmıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Katılımcılardan elde edilen veriler gözden geçirildikten sonra dijital ortama aktarılmıştır. Dijital veriler yeniden gözden geçirilip aktarma işlemindeki hatalar giderilmiştir. STATISTICA AXA 7.1 istatistik paket programı (seri numarası: AXA507C775506FAN3) kullanılarak uygun analizler yürütülmüştür. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t test; üç ve üzeri olan grupların karşılaştırmalarında tek yönlü ANOVA testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HSD testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, üç ve üzeri olan grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson χ^2 testi (ki-kare testi), Fisher kesin test ve Kolmogrov-Smirnov iki örnek testi kullanılmıştır. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde, normal dağılım gösteren parametrelerde Pearson, normal dağılım göstermeyen parametrelerde ise Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Bu araştırmada, Ekim 2011- Nisan 2012 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran, DSM-IV-TR'ye göre remisyonda BB I tanı ölçütlerini karşılayan, son iki aydır tedavisinde değişiklik yapılmamış olan 58 evli hasta örneklem olarak alınmıştır. Bu 58 hastanın, bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan eşleri örnekleme dahil edilmiştir. Araştırmanın kontrol grubunu, hasta ve eşleri ile yaş ve eğitim düzeyine göre eşleştirilmiş sağlıklı 62 evli çift (124 katılımcı) oluşturmuştur. Araştırmaya katılan bütün katılımcılar heteroseksüel olduğunu bildirmiştir.

Araştırmaya alınan 58 hastanın, %53.4'ü (n=31) kadın, %46.6'sı (n=27) erkek cinsiyete sahipti. Hastaların yaşları 24-56 arasında dağılmakta ve yaş ortalaması 40.33 ± 7.45 idi. Kadın hastaların yaş ortalaması 37.58 ± 6.89 (24-54), erkek hastaların yaş ortalaması 43.48 ± 6.89 (27-56) idi. Erkek hastaların yaş ortalaması, kadın hastaların yaş ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir ($t=3.25$, $p=0.002$). Hasta eşleri grubunda, katılımcılar 24-55 yaşları arasında dağılmakta ve yaş ortalaması 39.33 ± 6.47 idi. Kadın katılımcıların yaş ortalaması 39.00 ± 6.63 (24-55), erkek katılımcıların yaş ortalaması 39.61 ± 6.43 (28-55) idi. Hasta eşleri grubundaki kadın ve erkek katılımcıların yaş ortalamaları benzer olarak saptanmıştır ($t=0.35$, $p=0.723$). Kontrol grubunda, katılımcıların yaşları 25-58 arasında dağılmakta ve yaş ortalaması 37.84 ± 7.53 idi. Kadın katılımcıların yaş ortalaması 35.63 ± 6.78 (25-53), erkek katılımcıların yaş ortalaması 39.58 ± 7.51 (26-58) idi. Kontrol grubunda, erkek katılımcıların yaş ortalaması, kadın katılımcıların yaş ortalamasından anlamlı olarak

yüksek tespit edilmiştir ($t=3.10$, $p=0.002$). Hastalar, eşleri ve kontrol grubunda, üç grubun yaş ortalamaları benzer olarak saptanmıştır ($F=2.51$, $p=0.083$).

Katılımcıların eğitim düzeyleri, ilköğretim okulu (8 yıl), lise (11-12 yıl) ve üniversite (15-16 yıl) olarak ayrılmıştır. Tablo 1’de, katılımcıların grup ve cinsiyetlerine göre eğitim düzeylerinin dağılımı gösterilmiştir. Hasta, hasta eşi ve kontrol grubundaki kadın ve erkek katılımcılarda eğitim düzeyleri benzer olarak saptanmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların grup ve cinsiyetlerine göre eğitim düzeylerinin dağılımı

Katılımcı Cinsiyeti	Eğitim Düzeyi	Katılımcı Grubu			p
		Hasta n(%)	Hasta eşi n(%)	Kontrol n(%)	
Erkek	İlköğretim okulu	8(%29.6)	7(%22.6)	20(%32.3)	$\chi^2=3.91$ $p=0.403$
	Lise	15(%55.6)	13(%41.9)	26(%41.9)	
	Üniversite	4(%14.8)	11(%35.5)	16(%25.8)	
Kadın	İlköğretim okulu	11(%35.5)	14(%51.9)	28(%45.2)	$\chi^2=2.27$ $p=0.679$
	Lise	15(%48.4)	8(%29.6)	24(%38.7)	
	Üniversite	5(%16.1)	5(%18.5)	10(%16.1)	

Hastaların çalışma durumlarına bakıldığında, %60.3’ü ($n=35$) çalışıyor, %32.8’i ($n=19$) ev hanımı, %6.9’u ($n=4$) emekli idi. Hasta eşleri grubundaki katılımcıların, %63.8’i ($n=37$) çalışıyor, %24.1’i ($n=14$) ev hanımı, %12.1’i ($n=7$) emekli idi. Kontrol grubundaki katılımcıların, %66.1’i ($n=82$) çalışıyor, %29’u ($n=36$) ev hanımı, %4.8’i ($n=6$) emekli idi.

Hastalar, hasta eşleri ve kontrol grubundaki katılımcıların çalışma durumları, cinsiyetlere göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde, gruplar arasında benzer bir dağılım olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların grup ve cinsiyetlerine göre çalışma durumlarının dağılımı

Cinsiyet	Çalışma Durumu	Katılımcı Grubu			p
		Hasta n(%)	Hasta eşi n(%)	Kontrol n(%)	
Kadın	Çalışıyor	10(%32.3)	10(%37)	26(%41.9)	$\chi^2=0.84$ $p=0.656$
	Çalışmıyor	21(%67.7)	17(%63)	36(%58.1)	
Erkek	Çalışıyor	25(%92.6)	27(%87.1)	56(%90.3)	$\chi^2=0.49$ $p=0.779$
	Çalışmıyor	2(%7.4)	4(%12.9)	6(%9.7)	

Hastaların meslek dağılımına bakıldığında, %20.7'si (n=12) işçi, %39.7'si (n=23) memur, %1.7'si (n=1) yönetici, %5.2'si (n=3) esnaf, %32.8'i (n=19) ev hanımı idi. Hasta eşlerinin % 24.1'i (n=14) işçi, %43.1'i (n=25) memur, %8.6'sı (n=5) esnaf, %24.1'i (n=14) ev hanımı idi. Kontrol grubunda katılımcıların %24.2'si (n=30) işçi, %33.9'u (n=42) memur, %0.8'i (n=1) yönetici, %11.3'ü (n=14) esnaf, %29.8'i (n=37) ev hanımı idi. Üç gruptaki katılımcıların meslekleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=4.67$, $p=0.792$).

Katılımcıların hepsi evliydi. Hasta grubunda, evlilik sayısına bakıldığında, kadın hastaların % 93.5'i (n=29) bir, %6.5'i (n=2) iki ve üstü sayıda, erkek hastaların %81.5'i (n=22) bir, %18.5'i (n=5) iki ve üstü sayıda evlilik yapmıştı. Hasta eşleri grubunda evlilik sayısına bakıldığında, kadın katılımcıların %85.2'si (n=23) bir, %14.8'i (n=4) iki ve üstü sayıda, erkek katılımcıların %93.5'i (n=29) bir, %6.5'i (n=2) iki ve üstü sayıda evlilik yapmıştı. Kontrol grubunda, kadın katılımcıların % 93.5'i (n= 58) bir, %6.5'i (n=4) iki ve üstü sayıda, erkek katılımcıların %93.5'i (n=58) bir, %6.5'i (n=4) iki ve üstü sayıda evlilik yapmıştı. Evlilik sayıları açısından hasta, hasta eşi ve kontrol grubu arasında, her iki cinsiyette anlamlı farklılık saptanmamıştır (kadınlar için $\chi^2=1.91$, $p=0.384$, erkekler için $\chi^2=3.65$, $p=0.160$).

Evlilik sürelerine bakıldığında, kadın hastaların %16.1'inde (n=5) 5 yıl ve altı, %38.7'sinde (n=12) 6-10 yıl, %29'unda (n=9) 11-20 yıl, %16.1'inde (n=5) 21 yıl ve üstü idi. Erkek hastaların evlilik süresi, %7.4'ünde (n=2) 5 yıl ve altı, %18.5'inde (n=5) 6-10 yıl, %29.6'sında (n=8) 11-20 yıl, %44.4'ünde (n=12) 21 yıl ve üstü idi. Hasta eşleri grubunda evlilik süresi, kadın katılımcıların %7.4'ünde (n=2) 5 yıl ve altı, %18.5'inde (n=5) 6-10 yıl, %29.6'sında (n=8) 11-20 yıl, %44.4'ünde (n=12) 21 yıl ve üstü, erkek

katılımcıların %16.1'inde (n=5) 5 yıl ve altı, %38.7'sinde (n=12) 6-10 yıl, %29'unda (n=9) 11-20 yıl, %16.1'inde (n=5) 21 yıl ve üstü idi. Kontrol grubundaki katılımcılarda evlilik süresi, kadın katılımcıların %16.1'inde (n=10) 5 yıl ve altı, %45.2'sinde (n=28) 6-10 yıl, %21'inde (n=13) 11-20 yıl, %17.7'sinde (n=11) 21 yıl ve üstü, erkek katılımcıların %16.1'inde (n=10) 5 yıl ve altı, %45.2'sinde (n=28) 6-10 yıl, %21'inde (n=13) 11-20 yıl, %17.7'sinde (n=11) 21 yıl ve üstü idi. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubunda evlilik süreleri, her iki cinsiyette benzer olarak tespit edilmiştir (kadın katılımcılar için $\chi^2=12.21$, $p=0.057$, erkek katılımcılar için $\chi^2=12.21$, $p=0.057$).

Hasta ve eşleri grubu ile kontrol grubundaki çiftlerin eşle tanışma şekline göre dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir. Görücü usülü veya aile aracılığı ile tanışma, hasta ve eşleri grubunda daha fazla iken, flört ederek veya iletişim araçları aracılığı ile tanışma ise kontrol grubunda daha fazla idi. Eşle tanışma şekli arasında, iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=4.69$, $p=0.030$).

Tablo 3. Hasta ve eşleri grubu ile kontrol grubundaki çiftlerin eşle tanışma şekline göre dağılımı

Eşle Tanışma Şekli	Katılımcı Grubu		p
	Hasta ve eşleri n(%)	Kontrol grubu n(%)	
Aile aracılığı ile veya görücü usülü	28(%48.3)	18(%29)	$\chi^2=4.69$ $p=0.030^*$
Flört ederek veya iletişim araçları aracılığı ile	30(%51.7)	44(%71)	

* $p<0.05$

Hastaların çocuk sayılarına bakıldığında, kadın hastaların %19.4'ünün (n=6) çocuğu yok iken, %35.5'inin (n=11) bir, %32.3'ünün (n=10) iki, %12.9'unun (n=4) üç veya daha fazla sayıda çocuğu vardı. Erkek hastaların %7.4'ünün (n=2) çocuğu yok iken, %25.9'unun (n=7) bir, %48.1'inin (n=13) iki, %18.5'inin (n=5) üç veya daha fazla sayıda çocuğu vardı. Hasta eşleri grubundaki kadın katılımcıların %7.4'ünün (n=2) çocuğu yok iken, %29.6'sının (n=8) bir, %48.1'inin (n=13) iki çocuğu, %14.8'inin (n=4) üç veya daha fazla sayıda; erkek katılımcıların %22.6'sının (n=7) çocuğu yok iken, %35.5'inin

(n=11) bir, %29'unun (n=9) iki, %12.9'unun (n=4) üç veya daha fazla sayıda çocuğu vardı.

Kontrol grubundaki kadın katılımcıların %19.4'ünün (n=12) çocuğu yok iken, %46.8'inin (n=29) bir, %27.4'ünün (n=17) iki, %6.5'inin (n=4) üç veya daha fazla sayıda, erkek katılımcıların %19.4'ünün (n=12) çocuğu yok iken, %46.8'inin (n=29) bir, %27.4'ünün (n=17) iki, %6.5'inin (n=4) üç veya daha fazla sayıda çocuğu vardı. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubunda, çocuk sayıları açısından her iki cinsiyette anlamlı farklılık saptanmamıştır (kadınlar için $\chi^2=7.49$, $p=0.278$, erkekler için $\chi^2=9.71$, $p=0.137$).

Araştırmanın yapıldığı dönemde katılımcıların aynı evde kimlerle birlikte yaşadıkları sorgulandığında, hasta ve eşleri grubunda yalnız eşi ile yaşayanlar %22.4 (n=26), eş ve çocukları ile yaşayanlar %69 (n=80), eş, çocuk ve akrabaları ile yaşayanlar %8.6 (n=10) oranında idi. Kontrol grubundaki katılımcılarda, yalnız eşi ile yaşayanlar %21 (n=26), eş ve çocukları ile yaşayanlar %79 (n=98) oranında idi. Eş ve çocuk ile birlikte akrabalar ile yaşama, hasta ve eşleri grubunda, kontrol grubuna göre daha fazla idi. Birlikte yaşadığı kişi ya da kişiler açısından, iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2= 8.73$, $p=0.013$).

Aylık gelir düzeyleri, ailenin aylık toplam gelir düzeyine göre hesaplanmıştır. Hasta ve eşleri grubunda ailelerin aylık gelir düzeyleri, %24.1'inde (n=28) 1.000 lira altı, %37.9'unda (n=44) 1.000-2.000 lira, %15.5'inde (n=18) 2.000-3.000 lira, % 22.4'ünde (n=26) 3.000 lira ve üzerinde idi. Kontrol grubunda ailelerin aylık gelir düzeyleri, %11.3'ünde (n=14) 1.000 lira altı, %48,4'ünde (n=60) 1.000-2.000 lira, %22.6'sında (n=28) 2.000-3.000 lira, % 17.7'sinde (n=22) 3.000 lira ve üzerinde idi. Aylık gelir düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2= 9.37$, $p=0.025$).

Hastaların %44.8'inde (n=26) psikoaktif madde kullanımı mevcuttu ve bu sigaraydı. Hastaların %5.2'sinde (n=3) bağımlılık ya da kötüye kullanım ölçütlerini karşılamayan alkol kullanımı mevcuttu. Erkek hastaların %63'ünde (n=17), kadın hastaların %29'unda (n=9) psikoaktif madde kullanımı mevcuttu ve bu sigaraydı. Psikoaktif madde kullanımı ve sigara kullanımı erkek hastalarda, kadın hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir ($\chi^2= 6.71$, $p=0.01$). Erkek hastaların %7.4'ünde (n=2), kadın hastaların %3.2'sinde (n=1) bağımlılık ya da kötüye kullanım ölçütlerini karşılamayan alkol kullanımı mevcuttu.

Hastaların %8.6'sında (n=5) geçirilmiş bir operasyon bildirilmiştir. Kadın hastaların %16.1'inde (n=5) geçirilmiş bir operasyon bildirilmişti ve bu operasyonların tamamı seksiyo operasyonu idi. Erkek hastalarda geçirilmiş operasyon bildirilmemiştir.

Hasta eşleri grubundaki katılımcıların, %37.9'unda (n=22) psikoaktif madde kullanımı mevcuttu. Hasta eşleri grubundaki katılımcıların %36.2'inde (n=21) sigara kullanımı mevcuttu. Hasta eşlerinin %6.9'unda (n=4) bağımlılık ya da kötüye kullanım ölçütlerini karşılamayan alkol kullanımı mevcuttu. Hasta eşleri grubunda, erkek katılımcıların %45.2'sinde (n=14), kadın katılımcıların %29.6'sında (n=8) psikoaktif madde kullanımı mevcuttu. Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda, psikoaktif madde kullanımı, her iki cinsiyette benzer saptanmıştır ($\chi^2=1.47$, $p=0.224$). Erkek katılımcıların %41.9'unda (n=13), kadın katılımcıların %29.6'sında (n=8) sigara kullanımı mevcuttu. Hasta eşleri grubunda, sigara kullanımı açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0.49$, $p=0.331$). Hasta eşleri grubunda erkek katılımcıların %12.9'unda (n=4) bağımlılık ya da kötüye kullanım ölçütlerini karşılamayan alkol kullanımı mevcuttu. Hasta eşleri grubundaki kadın katılımcılarda alkol kullanımı bildirilmemişti. Hasta eşlerinin %3.4'ünde (n=2) geçirilmiş bir operasyon bildirilmiştir. Kadın katılımcıların %7.4'ünde (n=2), geçirilmiş operasyon bildirilmiştir ve bu operasyonların tamamı seksiyö operasyonu idi. Hasta eşleri grubundaki erkek katılımcılarda geçirilmiş operasyon bildirilmemiştir.

Kontrol grubundaki katılımcıların %39.5'inde (n=49) psikoaktif madde kullanımı mevcuttu. Katılımcıların %35.5'inde (n=44) sigara kullanımı mevcuttu. Kontrol grubundaki katılımcıların %16.9'unda (n=21) bağımlılık ya da kötüye kullanım ölçütlerini karşılamayan alkol kullanımı mevcuttu. Kontrol grubunda, erkek katılımcıların %53.2'sinde (n=33), kadın katılımcıların %25.8'inde (n=16) psikoaktif madde kullanımı mevcuttu. Psikoaktif madde kullanımı, erkek katılımcılarda, kadın katılımcılara göre daha fazla idi ($\chi^2=9.75$, $p=0.002$). Erkek katılımcıların %46.8'inde (n=29), kadın katılımcıların %24.2'sinde (n=15) sigara kullanımı mevcuttu. Erkek katılımcıların, kadın katılımcılara göre sigara kullanımı daha fazla idi ($\chi^2=6.90$, $p=0.009$). Erkek katılımcıların %29'unda (n=18), kadın katılımcıların %4.8'inde (n=3) bağımlılık ya da kötüye kullanım ölçütlerini karşılamayan alkol kullanımı mevcuttu. Erkek katılımcıların, kadın katılımcılara göre alkol kullanımı daha fazla idi ($\chi^2=12.89$, $p=0.000$). Kontrol grubunda %2.4'ünde (n=3) geçirilmiş bir operasyon bildirilmiştir. Erkek katılımcıların %3.2'sinde (n=2), kadın katılımcıların %1.6'sında (n=1), geçirilmiş operasyon bildirilmiştir.

Psikoaktif madde kullanımı açısından hasta, hasta eşleri ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0.65$, $p=0.719$). Cinsiyetlere göre psikoaktif madde kullanımı ayrı ayrı değerlendirildiğinde, erkek katılımcılar için hasta, hasta eşleri ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ve

kadın katılımcılar için hasta, hasta eşleri ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (erkek katılımcılar için $\chi^2=1.83$, $p=0.399$, kadın katılımcılar için $\chi^2=0.187$, $p=0.911$).

Sigara kullanımı açısından da hasta, hasta eşleri ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=1.56$, $p=0.458$). Cinsiyetlere göre sigara kullanımı ayrı ayrı değerlendirildiğinde, erkek katılımcılar için hasta, hasta eşleri ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ve kadın katılımcılar için hasta, hasta eşleri ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (erkek katılımcılar için $\chi^2=2.84$, $p=0.241$, kadın katılımcılar için $\chi^2=0.404$, $p=0.817$).

Bağımlılık ya da kötüye kullanım ölçütlerini karşılamayan alkol kullanımı, hasta ve hasta eşleri grubunda benzer saptanmıştır ($\chi^2=0.152$, $p=0.697$). Hasta eşleri ve kontrol grubundaki katılımcılarda bağımlılık ya da kötüye kullanım ölçütlerini karşılamayan alkol kullanımı benzer saptanmıştır ($\chi^2=3.36$, $p=0.067$). Kontrol grubundaki katılımcılarda, hastalara göre bağımlılık ya da kötüye kullanım ölçütlerini karşılamayan alkol kullanımı daha yüksek saptanmıştır ($\chi^2=4.77$, $p=0.029$).

Tüm katılımcılarda, kişinin işine olan ilgisi, kendi fiziksel görünümüne gösterdiği önem, başka kişiler ile ilişkisinin niteliği ve hobilere ayırdığı zamanın büyüklüğü, subjektif olarak değerlendirilmiştir ve bu değerlerin karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmiştir. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki katılımcılarda bu değerler üç grupta benzer olarak saptanmıştır.

İlk cinsel bilgi kaynağı, hasta grubundaki erkek katılımcıların %59.3'ünde ($n=16$) aile veya arkadaş, %37'sinde ($n=10$) görsel ve yazılı kaynaklar olarak bildirmiştir. Erkek hastaların %3.7'si ($n=1$) başkalarından ya da diğer kaynaklardan cinsel bilgi almadığını bildirmiştir. İlk cinsel bilgi kaynağı, hasta grubundaki kadın katılımcıların %54.8'inde ($n=17$) aile veya arkadaş, %22.6'sında ($n=7$) yazılı ve görsel kaynaklar, %22.6'sında ($n=7$) eş olarak bildirilmiştir.

İlk cinsel bilgi kaynağı, hasta eşleri grubundaki erkek katılımcıların %58.1'inde ($n=18$) aile veya arkadaş, %35.5'inde ($n=11$) görsel ve yazılı kaynaklar olarak bildirilmiştir. Hasta eşi grubundaki erkek katılımcıların %6.5'i ($n=2$) başkalarından ya da diğer kaynaklardan cinsel bilgi almadığını bildirmiştir. İlk cinsel bilgi kaynağı, hasta eşi grubundaki kadın katılımcıların %59.3'ünde ($n=16$) aile veya arkadaş, %14.8'inde ($n=4$) yazılı ve görsel kaynaklar, %22.2'sinde ($n=6$) eş olarak bildirilmiştir. Hasta eşleri grubundaki kadın katılımcıların %3.7'si ($n=1$) başkalarından ya da diğer kaynaklardan cinsel bilgi almadığını bildirmiştir.

İlk cinsel bilgi kaynağı, kontrol grubundaki erkek katılımcıların %33.9'unda (n=21) aile veya arkadaş, %62.9'unda (n=39) görsel ve yazılı kaynaklar olarak bildirilmiştir. Kontrol grubundaki erkek katılımcıların %3.2'si (n=2) başkalarından ya da diğer kaynaklardan cinsel bilgi almadığını bildirmiştir. İlk cinsel bilgi kaynağı, kontrol grubundaki kadın katılımcıların %64.5'inde (n=40) aile veya arkadaş, %14.5'ünde (n=9) yazılı ve görsel kaynaklar, %19.4'ünde (n=12) eş olarak bildirilmiştir. Kontrol grubundaki kadın katılımcıların %1.6'sı (n=1) başkalarından ya da diğer kaynaklardan cinsel bilgi almadığını bildirmiştir.

Hasta, hasta eşi ve kontrol grubundaki erkek katılımcılar, ilk cinsel bilgi kaynağı açısından anlamlı farklılık göstermemiştir ve hasta, hasta eşi ve kontrol grubundaki kadın katılımcılar, ilk cinsel bilgi kaynağı açısından anlamlı farklılık göstermemiştir (erkek katılımcılar için $\chi^2=8.82$, $p=0.066$, kadın katılımcılar için $\chi^2=2.53$, $p=0.864$).

Tablo 4. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubunda işe olan ilgi, kendi fiziksel görünümüne gösterilen önem, başka kişilerle ilişkinin niteliği ve hobilere ayrılan zamanın büyüklüğünün karşılaştırılması

		Katılımcı Grubu			p
		Hasta n(%)	Hasta eşleri n(%)	Kontrol n(%)	
İşe olan ilgi	Yeterli	41(%70.7)	36(%62.1)	81(%65.3)	$\chi^2=0.98$ $p=0.610$
	Orta-az	17(%29.3)	21(%37.9)	43(%34.7)	
Kendi fiziksel görünümüne gösterilen önem	Yeterli	18(%31)	11(%19)	47(%37.9)	$\chi^2=8.27$ $p=0.082$
	Orta	37(%63.8)	40(%69)	70(%56.5)	
	Az	3(%5.2)	7(%12.1)	7(%5.6)	
Bşkaları ile ilişkinin niteliği	Yeterli	8(%13.8)	9(%15.5)	20(%16.1)	$\chi^2=9.08$ $p=0.059$
	Orta	33(%56.9)	44(%75.9)	84(%67.7)	
	Az	17(%29.3)	5(%8.6)	20(%16.1)	
Hobilere ayrılan zamanın büyüklüğü	Yeterli	6(%10.3)	5(%8.6)	19(%15.3)	$\chi^2=5.20$ $p=0.267$
	Orta	31(%53.4)	40(%69)	68(%54.8)	
	Az	21(%36.2)	13(%22.4)	37(%29.8)	

Bir erkek hastanın (%3.7), hasta eşleri grubunda iki erkek katılımcının (%6.5) ve kontrol grubundaki dört erkek katılımcının (%6.5) evlilik dışı ilişkisi olduğu, fakat eşlerinin haberi olmadığı öğrenilmiştir. Hasta, hasta eşi ve kontrol grubundaki kadın katılımcılarda evlilik dışı ilişki bildirilmemiştir.

Hasta grubunda ilk mastürbasyon yaşına bakıldığında, erkek hastaların %81.5'i (n=22) 15 yaşından önce ve %18.5'i (n=5) 15 yaşından sonra ilk kez mastürbasyon yaptığını bildirmiştir. Kadın hastaların %35.5'i (n=11) 15 yaşından önce ve %16.1'i (n=5) 15 yaşından sonra ilk kez mastürbasyon yaptığını bildirmiştir. Kadın hastaların %48.4'ü (n=15) hiç mastürbasyon yapmadığını bildirmiştir. Erkek hastalarda ilk mastürbasyon yaşının kadın hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=18.47$, $p=0.000$).

Hasta eşleri grubunda ilk mastürbasyon yaşına bakıldığında, erkek katılımcıların %74.2'si (n=23) 15 yaşından önce ve %25.8'i (n=8) 15 yaşından sonra ilk kez mastürbasyon yaptığını bildirmiştir. Kadın katılımcıların %14.8'i (n=4) 15 yaşından önce ve %11.1'i (n=3) 15 yaşından sonra ilk kez mastürbasyon yaptığını bildirmiştir. Kadın katılımcıların %74.1'i (n=20) hiç mastürbasyon yapmadığını bildirmiştir. Hasta eşleri grubundaki erkek katılımcılarda, ilk mastürbasyon yaşının kadın katılımcılara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=35.53$, $p=0.000$).

Kontrol grubunda ilk mastürbasyon yaşına bakıldığında, erkek katılımcıların %88.7'si (n=55) 15 yaşından önce ve %11.3'ü (n=7) 15 yaşından sonra ilk kez mastürbasyon yaptığını bildirmiştir. Kadın katılımcıların %29'u (n=18) 15 yaşından önce ve %19.4'ü (n=12) 15 yaşından sonra ilk kez mastürbasyon yaptığını bildirmiştir. Kadın katılımcıların %51.6'sı (n=32) hiç mastürbasyon yapmadığını bildirmiştir. Kontrol grubundaki erkek katılımcılarda, ilk mastürbasyon yaşının kadın katılımcılara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=52.06$, $p=0.000$).

Erkek katılımcılarda, hasta, hasta eşleri ve kontrol grubunda, ilk mastürbasyon yaşları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ve kadın katılımcılarda, hasta, hasta eşleri ve kontrol grubunda, ilk mastürbasyon yaşları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (erkek katılımcılar için $\chi^2=3.22$, kadın katılımcılar için $p=0.2$, $\chi^2=5.24$, $p=0.264$).

Katılımcılara, herhangi bir cinsel sorunu olup olmadığı sorulduğunda, hastaların %39.7'si (n=23) bir cinsel sorunu olduğunu bildirmiştir. Kadın hastaların %35.5'i (n=11), erkek hastaların %44.4'ü (n=12) bir cinsel sorunu olduğunu bildirmiştir. Hasta grubundaki katılımcılarda, subjektif olarak bildirilen cinsel sorun sıklığı, her iki cinsiyette

benzer olarak saptanmıştır ($\chi^2=0.48$, $p=0.487$). Hasta eşleri grubundaki katılımcıların %43.1'i ($n=25$) bir cinsel sorunu olduğunu bildirmiştir. Kadın katılımcıların %51.9'u ($n=14$), erkek katılımcıların %35.5'i ($n=15$) bir cinsel sorunu olduğunu bildirmiştir. Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda, subjektif olarak bildirilen cinsel sorun sıklığı, her iki cinsiyette benzer olarak saptanmıştır ($\chi^2=1.57$, $p=0.209$). Kontrol grubundaki katılımcıların %29.8'i ($n=37$) bir cinsel bir sorunu olduğunu bildirmiştir. Kadın katılımcıların %25.8'i ($n=16$), erkek katılımcıların %33.9'u ($n=21$) bir cinsel sorunu olduğunu bildirmiştir. Kontrol grubundaki katılımcılarda, subjektif olarak bildirilen cinsel sorun sıklığı, her iki cinsiyette benzer olarak saptanmıştır ($\chi^2=0.96$, $p=0.326$).

Tüm katılımcılarda subjektif cinsel sorun sıklığı değerlendirildiğinde, hasta, hasta eşi ve kontrol grubundaki katılımcılar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=3.64$, $p=0.162$). Her iki cinsiyetteki katılımcılar subjektif cinsel sorun sıklığı açısından kendi içerisinde değerlendirildiğinde, erkek katılımcılarda hasta, hasta eşi ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ve kadın katılımcılarda hasta, hasta eşi ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (erkek katılımcılar için $\chi^2=0.93$, kadın katılımcılar için $p=0.628$, $\chi^2=5.70$, $p=0.058$).

Hasta grubundaki kadın ve erkek katılımcıların MMQ aile ve cinsellik alt ölçekleri ile MMQ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (MMQ aile alt ölçeği için $Z= -1.22$, $p=0.220$, cinsellik alt ölçeği için $Z= -1.07$, $p=0.285$, toplam puanı için $Z= -0.31$, $p=0.755$). Hasta eşleri grubundaki kadın ve erkek katılımcıların MMQ aile ve cinsellik alt ölçekleri ile MMQ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (MMQ aile alt ölçeği için $Z= -0.34$, $p=0.731$, cinsellik alt ölçeği için $Z= -0.06$, $p=0.950$, toplam puanı için $Z= -0.02$, $p=0.981$). Kontrol grubundaki kadın ve erkek katılımcıların MMQ aile ve cinsellik alt ölçekleri ile MMQ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (MMQ aile alt ölçeği için $Z= -1.11$, $p=0.266$, cinsellik alt ölçeği için $Z= -1.14$, $p=0.254$, toplam puanı için $Z= -0.15$, $p=0.879$).

Hastalar, eşleri ve kontrol grubunda, her iki cinsiyette Maudsley evlilik anketi ile değerlendirilen aile işlevleri alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir. Hastalar, eşleri ve kontrol grubunda aile işlevleri karşılaştırıldığında, her iki cinsiyette, sadece MMQ cinsellik alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanırken, MMQ aile alt ölçeği ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hasta ve hasta eşleri grubundaki katılımcılarda, her iki cinsiyette, MMQ cinsellik alt ölçeği puan ortalamaları, kontrol grubundaki katılımcılardan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Hastalar, eşleri ve kontrol grubundaki katılımcıların, her iki cinsiyette STAI durumluk ve sürekli anksiyete alt ölçekleri ile toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6’da gösterilmiştir. Hasta, hasta eşi ve kontrol grubundaki erkek katılımcılar arasında STAI alt ölçek ve toplam puan ortalamaları benzer saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadın katılımcılarda, STAI sürekli ve toplam puan ortalamaları hasta ve hasta eşi grubundaki katılımcılardan yüksek olarak saptanmıştır. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki kadın katılımcılarda, STAI durumluk alt ölçeği puan ortalamaları benzer olarak saptanmıştır.

Tablo 5. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki katılımcıların her iki cinsiyette Maudsley Evlilik Anketi alt ölçekleri ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Cinsiyet	MMQ alt ölçek	Katılımcı Grubu			p
		Hasta n(%)	Hasta eşleri n(%)	Kontrol n(%)	
Kadın	MMQ-aile	15.19±10.45	15.96±11.13	16.00±11.33	$\chi^2=0.21$, p=0.898
	MMQ-cinsellik	11.74±7.54	13.78±7.67	9.56±6.44	$\chi^2=7.35$, p=0.025*
	MMQ-toplam	27.26±16.92	29.78±15.40	25.63 ±16.59	$\chi^2=2.35$, p=0.309
Erkek	MMQ-aile	10.93±5.91	17.00±14.90	13.06 ±7.71	$\chi^2=1.45$, p=0.483
	MMQ-cinsellik	14.81±9.24	14.26±8.29	10.40±6.30	$\chi^2=6.42$, p=0.040*
	MMQ-toplam	25.70±11.69	31.26±20.34	23.47±12.12	$\chi^2=3.65$, p=0.161

MMQ: Maudsley Evlilik Anketi, aile ve cinsellik alt ölçeği, *p<0.05, Kruskal-Wallis testi.

Hasta grubundaki kadın ve erkek katılımcıların, STAI durumluk ve sürekli alt ölçekleri ile toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (STAID puanı için Z= -0.28, p=0.779, STAIS puanı için Z= -0.19, p=0.845, STAI toplam puanı için Z= -0.047, p=0.963). Hasta eşleri grubundaki kadın ve erkek katılımcıların, STAI

durumluk ve sürekli alt ölçekleri ile toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (STAI D puanı için $Z = -0.30$, $p=0.761$, STAI S puanı için $Z = -1.06$, $p=0.289$, STAI toplam puanı için $Z = -0.72$, $p=0.468$). Kontrol grubundaki kadın ve erkek katılımcıların, STAI durumluk ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (STAI D puanı için $Z = -1.46$, $p=0.144$, STAI toplam puanı için $Z = -1.79$, $p=0.073$). Kontrol grubundaki kadın katılımcılarda, STAI sürekli alt ölçeği puan ortalaması, erkek katılımcılardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($Z = -1.99$, $p=0.046$).

Tablo 6. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubunda, her iki cinsiyette Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği alt ölçekleri ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Cinsiyet	STAI alt ölçek	Katılımcı Grubu			p
		Hasta n(%)	Hasta Eşleri n(%)	Kontrol n(%)	
Kadın	STAI D	31.16±9.50	29.37±6.91	32.90±7.76	$\chi^2=5.07$, $p=0.079$
	STAI S	38.65±9.60	34.89±8.01	41.45±9.56	$\chi^2=10.69$, $p=0.005^{**}$
	STAI-toplam	69.48±18.31	63.89±13.68	74.19 ±15.61	$\chi^2=9.36$, $p=0.009^{**}$
Erkek	STAI D	30.67±7.35	30.39±8.46	31.27 ±8.16	$\chi^2=0.45$, $p=0.796$
	STAI S	38.00±8.62	37.35±9.70	38.02±8.70	$\chi^2=0.19$, $p=0.907$
	STAI-toplam	68.67±15.02	67.26±17.06	69.27±15.51	$\chi^2=0.53$, $p=0.767$

STAI: Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği, durumluk ve sürekli anksiyete alt ölçekleri, $^{**}p<0.01$, Kruskal-Wallis testi.

KLİNİK DEĞİŞKENLER

Tüm hastalar değerlendirildiğinde, BB I başlangıç yaşı ortalaması 28.22±6.99 (15-49) idi. Kadın hastalarda başlangıç yaşı ortalaması 27.29±7.11 (15-49), erkek hastalarda 29.30±6.82 (18-49) idi. Her iki cinsiyette hastalık başlangıç yaş ortalamaları arasında

anlamli farklilik saptanmamıştır ($t=1.09$, $p=0.280$). Hastalarda ilk tedavi yaşı ortalaması 28.52 ± 7.12 (15-49) idi. Kadın hastalarda ilk tedavi yaşı ortalaması 27.48 ± 7.22 (15-49), erkek hastalarda 29.70 ± 6.95 (18-49) idi. Her iki cinsiyette ilk tedavi yaşı ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($t=1.18$, $p=0.240$). Tedavisiz geçen süre ortalama 0.28 ± 0.95 (0-6) yıl idi. Kadın hastalarda bu süre ortalama 0.19 ± 0.60 (0-2) yıl, erkek hastalarda 0.37 ± 1.24 (0-6) yıl idi. Tedavisiz geçen süre her iki cinsiyette benzer olarak saptanmıştır ($Z= -0.22$, $p=0.825$).

Hastalık sürelerine bakıldığında ortalama hastalık süresi, 12.14 ± 6.32 (2-35) yıl idi. Kadın hastalarda hastalık süresi, ortalama 10.39 ± 5.43 (2-24) yıl, erkekler hastalarda 14.15 ± 6.75 (3-35) yıl idi. Erkek hastalarda ortalama hastalık süresi, kadın hastalardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($t=2.34$, $p=0.022$).

Geçirilmiş manik atak sayısı ortalama 2.17 ± 1.47 (1-8), depresif atak sayısı 1.17 ± 1.02 (0-4), toplam atak sayısı ortalama 3.40 ± 1.90 (1-9) idi. Kadın hastalarda geçirilmiş manik atak sayısı ortalama 2.10 ± 1.72 (1-8), depresif atak sayısı 1.13 ± 1.14 (0-4), toplam atak sayısı 3.29 ± 2.22 (1-9) idi. Erkek hastalarda geçirilmiş manik atak sayısı ortalama 2.26 ± 1.16 (1-5), depresif atak sayısı 1.22 ± 0.89 (0-3), toplam atak sayısı 3.52 ± 1.47 (1-7) idi. Geçirilmiş manik ve depresif atak sayısı açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (manik atak sayısı için $Z= -1.33$, $p=0.183$, depresif atak sayısı için $Z= -0.62$, $p=0.531$). Geçirilmiş toplam atak sayısı açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($t=0.45$, $p=0.652$).

Hızlı döngülülük, iki kadın hastada (toplamda %3.4) tespit edilmiştir. Erkek hastalarda hızlı döngülülük tespit edilmemiştir. Ataklarda psikotik özellik varlığı, her hasta için en az bir atak sırasında psikotik semptomun eşlik etmesi olarak tanımlanmıştır. Ataklarda psikotik özellik, hastalarda %62.1 ($n=36$) oranında mevcuttu. Kadın hastalarda bu oran, %54.8 ($n=17$), erkeklerde %70.4 ($n=19$) idi. Ataklarda psikotik özellik varlığı, cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($\chi^2=1.47$, $p=0.224$).

Geçirilmiş olan son atak tipi sorgulandığında, hastaların %67.2'sinde ($n=39$) manik, %31'inde ($n=18$) depresif, %1.7'sinde ($n=1$) karma atak olarak bildirilmiştir. Kadın hastalarda geçirilen son atak %67.7'sinde ($n=21$) manik, %29'unda ($n=9$) depresif, %3.2'sinde ($n=1$) karma atak olarak bildirilmiştir. Erkeklerde son geçirilen atak %66.7'sinde ($n=18$) manik, %33.3'ünde ($n=9$) depresif atak olarak bildirilmiştir. Cinsiyetler arasında geçirilmiş olan son atak tipi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0.95$, $p=0.619$).

Hastanede yatış sayılarına bakıldığında, hastaların %36.2'sinde (n=21) bir, %32.8'inde (n=19) iki yatış, %12.1'inde (n=7) üç yatış, %13.8'inde (n=8) dört yatış ve %5.2'sinde (n=3) beş ve üstünde yatış bildirilmiştir. Kadın hastaların hastanede yatış sayıları, %41.9'unda (n=13) bir, %32.3'ünde (n=10) iki, %9.7'sinde (n=3) üç, %9.7'sinde (n=3) dört, %6.5'inde (n=2) beş ve üstünde idi. Erkek hastaların hastanede yatış sayıları, %29.6'sında (n=8) bir, %33.3'ünde (n=9) iki, %14.8'inde (n=4) üç, %18.5'inde (n=5) dört, %3.7'sinde (n=1) beş ve üstünde idi. Hastanede yatış sayısı açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=1.20$, $p=0.751$).

İkisi erkek ve biri kadın toplam üç hasta (%5.2) yatışları sırasında EKT tedavisi aldığını bildirmiştir. Hastaların %15.5'inde (n=9) intihar girişimi öyküsü mevcut olduğu öğrenilmiştir. Kadın hastaların %22.6'sında (n=7), erkek hastaların %7.4'ünde (n=2) intihar girişimi öyküsü bildirilmiştir. Hastalarda intihar girişimi öyküsü açısından, cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=2.53$, $p=0.111$).

Tüm hastaların %31'inde (n=18) birinci derecede akrabalarında psikiyatrik bozukluk mevcut olduğu bildirilmiştir. Bu bozukluklar sorgulandığında, %15.5'inde (n=9) BB, %15.5'inde (n=9) depresyon olduğu bildirilmiştir. Kadın hastaların %25.8'inde (n=8), erkek hastaların %37'sinde (n=10) birinci derecede akrabalarında psikiyatrik bozukluk mevcut olduğu bildirilmiştir. Birinci derece akrabalarında psikiyatrik bozukluk varlığı açısından, cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0.850$, $p=0.356$).

Hastaların son iki aydır değişmeyen tedavilerine bakıldığında, %5.2'sinin (n=3) tipik antipsikotik kullandığı ve bu antipsikotiğin klorpromazin 50-200 mg/gün olduğu bildirilmiştir. Hastaların %74.1'inin (n=43) atipik antipsikotik kullandığı bildirilmiştir. Atipik antipsikotik olarak, hastaların %32.7'sinde (n=19) ketiyapin 25-600 mg/gün, %19'unda (n=11) olanzapin 2.5-10 mg/gün, %12.1'inde (n=7) risperidon 1-6 mg/gün, %6.9'unda (n=4) aripiprazol 5-20 mg/gün, %1.7'sinde (n=1) paliperidon 9-12 mg/gün ve %1.7'sinde (n=1) ziprasidon 80 mg/gün kullanıldığı bildirilmiştir. Hastaların %53.4'ü (n=31) lityum karbonat kullanmaktaydı. Lityum dozu hastaların %3.4'ünde (n=2) 300-600 mg/gün, %20.7'sinde (n=12) 900 mg/gün, %25.9'unda (n=15) 1.200 mg/gün ve %3.4'ünde (n=2) 1.500 mg/gün idi. VPA, hastaların %51.7'sinde (n=30) kullanılmaktaydı. VPA dozu hastaların %6.9'unda (n=4) 250-500 mg/gün, %36.2'sinde (n=21) 750-1.000 mg/gün ve %8.6'sında (n=5) 1500 mg/gün idi. Bir hastada (%1.7) karbamazepin 800 mg/gün kullanımı mevcuttu. Hastaların %6.8'i (n=5) lamotrijin 50-200

mg/gün kullanmaktaydı. Antidepresan kullanan iki hasta (%3.4) mevcuttu. Bu hastaların biri essitalopram 10 mg/gün, diğeri bupropion 150 mg/gün kullanmaktaydı.

Bipolar I bozukluğu olan hastaların hepsi remisyonda idi ve %20.6'sının (n=12) tedavisinde tek çeşit ilaç yer alıyordu. Hastaların %79.4'ünün (n=46) tedavisinde çeşitli ilaç kombinasyonları yer almakta idi. Hastaların %10.3'ü (n=6) tek başına lityum, %25.9'u (n=15) lityum ve antipsikotik kombinasyonu, %6.9'u (n=4) tek başına VPA, %34.5'i (n=20) VPA ve antipsikotik kombinasyonu, %3.4'ü (n=2) tek başına antipsikotik, %1.7'si (n=1) lityum ve VPA kombinasyonu, %8.6'sı (n=5) lityum, VPA ve antipsikotik kombinasyonu, %8.6'sı (n=5) lityum, VPA veya antipsikotik ile birlikte diğeri ilaçlar (KBZ, LMT veya antidepresan) kullanmaktaydı.

GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM DEĞERLENDİRİLMESİ

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin alt ölçekleri incelendiğinde; her iki cinsiyet için sıklık, iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum alt ölçekleri, erkekler için ED ve PE, kadınlar için anorgazmi ve vaginismus alt ölçekleri elde edilmektedir. GRCDÖ puanları, tüm istatistiklerde dönüştürülmüş puanlar üzerinden hesaplanmıştır.

Hasta grubundaki kadın katılımcılarda, GRCDÖ sıklık puan ortalaması 4.45 ± 2.01 (1-8), iletişim puan ortalaması 5.48 ± 2.47 (1-9), dokunma puan ortalaması 5.16 ± 2.45 (1-9), kaçınma puan ortalaması 4.52 ± 1.96 (1-8), doyum puan ortalaması 4.45 ± 1.92 (1-8) ve GRCDÖ toplam puan ortalaması 4.39 ± 2.29 (1-9) idi. Hasta grubundaki erkek katılımcılarda, GRCDÖ sıklık puan ortalaması 5.07 ± 2.01 (2-8), iletişim puan ortalaması 4.30 ± 1.81 (1-7), dokunma puan ortalaması 4.19 ± 1.86 (1-7), kaçınma puan ortalaması 3.70 ± 1.93 (1-7), doyum puan ortalaması 4.56 ± 1.92 (1-8) ve GRCDÖ toplam puan ortalaması 6.15 ± 2.19 (2-9) idi. Hastalarda GRCDÖ sıklık, iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum puan ortalamaları, her iki cinsiyette benzer olarak bulunmuştur (sıklık için $Z = -1.13$, $p = 0.256$, iletişim için $Z = -1.90$, $p = 0.057$, dokunma için $Z = -1.58$, $p = 0.114$, kaçınma için $Z = -1.61$, $p = 0.105$, doyum için $Z = -0.22$, $p = 0.825$). Hastalarda GRCDÖ toplam puan ortalaması, erkek katılımcılarda kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($Z = -2.83$, $p = 0.005$).

Hasta eşleri grubundaki kadın katılımcılarda, GRCDÖ sıklık puan ortalaması 4.96 ± 1.80 (2-9), iletişim puan ortalaması 6.33 ± 2.11 (2-9), dokunma puan ortalaması 5.93 ± 1.97 (2-9), kaçınma puan ortalaması 4.48 ± 1.78 (1-9), doyum puan ortalaması 3.74 ± 1.43 (1-6) ve GRCDÖ toplam puan ortalaması 4.81 ± 1.81 (1-9) idi. Hasta eşleri grubundaki erkek katılımcılarda, GRCDÖ sıklık puan ortalaması 5.00 ± 2.00 (2-9), iletişim

puan ortalaması 3.74 ± 1.50 (1-8), dokunma puan ortalaması 4.16 ± 1.82 (1-9), kaçınma puan ortalaması 3.29 ± 1.93 (1-9), doyum puan ortalaması 4.55 ± 2.01 (1-9) ve GRCDÖ toplam puan ortalaması 5.16 ± 1.98 (1-9) idi. Hasta eşlerinde GRCDÖ sıklık, doyum puan ortalamaları ve GRCDÖ toplam puan ortalamaları her iki cinsiyette benzer bulunmuştur (sıklık için $Z = -0.12$, $p = 0.899$, doyum için $Z = -1.69$, $p = 0.091$, GRCDÖ toplam puan için $Z = -0.83$, $p = 0.405$). Hasta eşlerinde GRCDÖ iletişim, dokunma ve kaçınma puan ortalaması, kadın katılımcılarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (iletişim için $Z = -4.25$, $p = 0.000$, dokunma için $Z = -3.24$, $p = 0.001$, kaçınma için $Z = -2.71$, $p = 0.007$).

Kontrol grubundaki kadın katılımcılarda, GRCDÖ sıklık puan ortalaması 3.45 ± 1.57 (1-7), iletişim puan ortalaması 4.37 ± 2.01 (1-9), dokunma puan ortalaması 4.06 ± 2.07 (1-8), kaçınma puan ortalaması 3.11 ± 1.69 (1-8), doyum puan ortalaması 3.11 ± 1.62 (1-9) ve GRCDÖ toplam puan ortalaması 2.82 ± 1.81 (1-8) idi. Kontrol grubundaki erkek katılımcılarda, GRCDÖ sıklık puan ortalaması 3.55 ± 1.78 (1-9), iletişim puan ortalaması 3.00 ± 1.53 (1-7), dokunma puan ortalaması 3.24 ± 1.79 (1-8), kaçınma puan ortalaması 2.10 ± 1.23 (1-6), doyum puan ortalaması 3.18 ± 1.49 (1-7) ve GRCDÖ toplam puan ortalaması 3.73 ± 1.67 (1-9) idi. Kontrol grubunda GRCDÖ sıklık ve doyum puan ortalamaları her iki cinsiyette benzer bulunmuştur (sıklık için $Z = -0.28$, $p = 0.777$, doyum için $Z = -0.55$, $p = 0.580$). Kontrol grubunda GRCDÖ iletişim, dokunma, kaçınma ve GRCDÖ toplam puan ortalaması, kadın katılımcılarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (iletişim için $Z = -3.81$, $p = 0.000$, dokunma için $Z = -2.26$, $p = 0.024$, kaçınma için $Z = -3.91$, $p = 0.000$, GRCDÖ toplam puan için $Z = -3.07$, $p = 0.002$).

Hasta, hasta eşi ve kontrol grubundaki katılımcıların GRCDÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması, Tablo 7’de gösterilmiştir. GRCDÖ sıklık, iletişim, dokunma, kaçınma, doyum ve toplam puan ortalamaları, hasta ve hasta eşleri grubunda, kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki katılımcıların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

GRCDÖ alt ölçek	Katılımcı Grubu			p
	Hasta Ortalama ±SS	Hasta eşi Ortalama ±SS	Kontrol Ortalama ±SS	
Sıklık	4.74±2.02	4.98±1.89	3.50±1.67	$\chi^2=30.78, p=0.000^{**}$
İletişim	4.93±2.25	4.95±2.22	3.69±1.91	$\chi^2=18.72, p=0.000^{**}$
Dokunma	4.71±2.23	4.98±2.08	3.65±1.98	$\chi^2=18.43, p=0.000^{**}$
Kaçınma	4.14±1.97	3.84±1.94	2.60±1.56	$\chi^2=35.18, p=0.000^{**}$
Doyum	4.50±1.91	4.17±1.79	3.15±1.55	$\chi^2=27.40, p=0.000^{**}$
Toplam puan	5.21±2,39	5.00±1.90	3.27±1.79	$\chi^2=42.58, p=0.000^{**}$

GRCDÖ:Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, SS:Standart sapma, **p<0.01, Kruskal-Wallis testi.

Cinsiyetlerin kendine ait GRCDÖ alt ölçekleri olduğundan ve her cinsiyetin kendi içerisinde karşılaştırılması daha doğru olduğundan, kadın ve erkek cinsiyet için hasta, hasta eşleri ve kontrol grubu karşılaştırıldı. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki kadın katılımcıların GRCDÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması, Tablo 8’de gösterilmiştir. Hasta ve hasta eşi grubundaki kadın katılımcılarda, GRCDÖ sıklık, iletişim, dokunma, kaçınma, anorgazmi alt ölçek ve GRCDÖ toplam puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Üç grup arasında GRCDÖ vajinismus alt ölçek ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 8. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki kadın katılımcıların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

GRCDÖ alt ölçek	Katılımcı Grubu			p
	Hasta Ortalama± SS	Hasta eşleri Ortalama± SS	Kontrol grubu Ortalama± SS	
Sıklık	4.45±2,01	4.96±1.80	3.45±1.57	$\chi^2=14.87$, p=0.001**
İletişim	5.48±2,47	6.33±2.11	4.37±2.01	$\chi^2=14.85$, p=0.001**
Dokunma	5.16±2,45	5.93±1.97	4.06±2.07	$\chi^2=13.51$, p=0.001**
Kaçınma	4.52±1,96	4.48±1.78	3.11 ±1.69	$\chi^2=18.07$, p=0.000**
Doyum	4.25±1,92	3.74±1.43	3.11 ±1.62	$\chi^2=12.54$, p=0.002**
Vaginismus	3.55±1,91	2.96±1.92	2.71±1.53	$\chi^2=5.35$, p=0.069
Anorgazmi	3.71±1,59	4.22±1.60	3.08±1.25	$\chi^2=11.54$, p=0.003**
Toplam puan	4.39±2,29	4.81±1.81	2.82±1.81	$\chi^2=21.67$, p=0.000**

GRCDÖ: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, SS: Standart sapma, **p<0.01, Kruskal-Wallis testi.

Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki erkek katılımcıların GRCDÖ alt ölçek ve total puan ortalamalarının karşılaştırılması, Tablo 9’da gösterilmiştir. Hasta ve hasta eşleri grubundaki erkek katılımcıların GRCDÖ sıklık, iletişim, dokunma, kaçınma, doyum, ED ve toplam puan ortalamaları, kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki erkek katılımcıların GRCDÖ PE alt ölçek ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 9. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki erkek katılımcıların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

GRCDÖ alt ölçek	Katılımcı Grubu			p
	Hasta Ortalama±SS	Hasta eşi Ortalama±SS	Kontrol Ortalama±SS	
Sıklık	5.07±2.01	5.00±2.00	3.55±1.78	$\chi^2=16.37, p=0.000^{**}$
İletişim	4.30±1.81	3.74±1.50	3.00±1.53	$\chi^2=11.23, p=0.004^{**}$
Dokunma	4.19±1.86	4.16±1.82	3.24±1.79	$\chi^2=8.84, p=0.012^*$
Kaçınma	3.70±1.93	3.29±1.93	2.10 ±1.23	$\chi^2=20.06, p=0.000^{**}$
Doyum	4.56±1.92	4.55±2.01	3.18 ±1.49	$\chi^2=15.94, p=0.000^{**}$
PE	5.19±1.88	4.19±1.97	4.31±1.73	$\chi^2=5.08, p=0.079$
ED	4.37±2.22	3.10±1.77	2.85±1.44	$\chi^2=9.26, p=0.010^*$
Toplam puan	6.15±2.19	5.16±1.98	3.73±1.67	$\chi^2=25.49, p=0.000^{**}$

GRCDÖ:Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, PE:Prematür ejakülasyon, ED:Eretil disfonksiyon, SS:

Standart sapma, *p<0.05, **p<0.01, Kruskal-Wallis testi.

GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ SONUÇLARINA GÖRE GRUPLAR ARASINDA CİNSEL SORUN SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'ne göre, total puanın beş ve üstünde olması, CİB varlığı olarak tanımlanmıştır. Buna göre hasta grubundaki katılımcıların %60.3'ünde (n=35) CİB saptanmıştır. Kadın hastaların %51.6'sında (n=16), erkek hastaların %70.4'ünde (n=19) CİB saptanmıştır. Hasta grubundaki kadın ve erkek katılımcılarda CİB sıklığı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=2.12, p=0.145$).

Hasta eşleri grubunda, katılımcıların %74.1'inde (n=43) CİB saptanmıştır. Hasta eşleri grubundaki kadın katılımcıların %77.8'inde (n=22), erkek katılımcıların %71'inde (n=22) CİB saptanmıştır. Hasta eşleri grubundaki kadın ve erkek katılımcılarda CİB sıklığı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0.34, p=0.555$).

Kontrol grubunda, katılımcıların %23.4'ünde (n=29) CİB saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadın katılımcıların %21'inde (n=13), erkek katılımcıların %25.8'inde (n=16) CİB saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadın ve erkek katılımcılarda CİB sıklığı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0.405$, $p=0.524$).

Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubu, CİB sıklığı açısından karşılaştırıldığında, hasta ve hasta eşleri grubundaki katılımcılarda CİB sıklığı benzer olarak saptanmıştır ($\chi^2=2.50$, $p=0.114$). Hasta grubunda CİB sıklığı, kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($\chi^2=23.67$, $p=0.000$). Hasta eşleri grubunda da CİB sıklığı, kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($\chi^2=42.56$, $p=0.000$).

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçeklerinde, toplam puan hesaplamasına benzer şekilde, beş ve üzerinde puan alma o olanda sorun varlığı olarak tanımlanmıştır. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki katılımcıların GRCDÖ alt ölçek ve toplam puanları ile hesaplanan cinsel sorun dağılımı, Tablo 10'da gösterilmiştir. Hasta ve hasta eşleri grubundaki katılımcılarda, GRCDÖ sıklık, iletişim, kaçınma, doyum alanlarındaki sorun sıklığı, kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek olarak saptanmıştır.

Tablo 10. Hasta, hasta eşleri, kontrol grubundaki katılımcıların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçek ve toplam puanı ile hesaplanan cinsel sorun dağılımının karşılaştırılması

GRCDÖ alt ölçek	Katılımcı Grubu			p
	Hasta n(%)	Hasta eşleri n(%)	Kontrol n(%)	
Sıklık sorun	31(%53.4)	34(%58.6)	28(%22.6)	$\chi^2=28.58$, $p=0.000^{**}$
İletişim sorun	33(%56.9)	29(%50.0)	38(%30.6)	$\chi^2=13.38$, $p=0.001^{**}$
Dokunma sorun	30(%51.7)	32(%55.2)	44(%35.5)	$\chi^2=7.98$, $p=0.018^*$
Kaçınma sorun	24(%41.4)	21(%36.2)	16(%12.9)	$\chi^2=21.60$, $p=0.000^{**}$
Doyum sorun	29(%50.0)	24(%41.4)	26(%21.0)	$\chi^2=17.56$, $p=0.000^{**}$
Toplam sorun	35(%60.3)	43(%74.1)	29(%23.4)	$\chi^2=48.86$, $p=0.000^{**}$

GRCDÖ:Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, * $p<0.05$, ** $p<0.01$, Pearson Ki-kare testi.

Hasta grubundaki katılımcılarda, cinselliğin en az bir alanında sorun yaşama sıklığı %87.9 (n=51) ve hasta eşlerinde %91.4 (n=53) olarak saptanmıştır. Hasta ve hasta eşleri gruplarında, en az bir alanda sorun yaşama sıklığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.37, p=0.542$). Kontrol grubunda en az bir alanda sorun yaşama sıklığı %71 (n=88) olarak saptanmıştır. Hasta ve hasta eşleri gruplarında en az bir alanda sorun yaşama sıklığı, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır ($\chi^2=13.29, p=0.001$).

Hasta, hasta eşi ve kontrol grubundaki kadın katılımcılarda, GRCDÖ alt ölçek ve toplam puanı ile hesaplanan cinsel sorun varlığının karşılaştırılması Tablo 11’de gösterilmiştir. Hasta ve eşlerinde sıklık, iletişim, kaçınma ve doyum alanlarında sorun yaşama sıklığı, kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. GRCDÖ toplam puanı ile hesaplanan CİB sıklığı, hasta ve hasta eşleri grubundaki kadın katılımcılarda, kontrol grubundaki kadın katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Dokunma, vajinismus ve anorgazmi alanlarındaki sorun yaşama sıklığı açısından hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki kadın katılımcılar benzer bulunmuştur.

Tablo 11. Hasta, hasta eşleri, kontrol grubundaki kadın katılımcıların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçek ve toplam puanı ile hesaplanan cinsel sorunun karşılaştırılması

GRCDÖ alt ölçek	Katılımcı Grubu			p
	Kadın hasta n(%)	Kadın eş n(%)	Kadın kontrol n(%)	
Sıklık sorun	14(%45.2)	17(%63.0)	13(%21.0)	$\chi^2=15.58, p=0.000^{**}$
İletişim sorun	20(%64.5)	21(%77.8)	26(%41.9)	$\chi^2=11.07, p=0.004^{**}$
Dokunma sorun	18(%58.1)	20(%74.1)	29(%46.8)	$\chi^2=5.76, p=0.056$
Kaçınma sorun	13(%41.9)	14(%51.9)	11(%17.7)	$\chi^2=12.15, p=0.002^{**}$
Doyum sorun	15(%48.4)	8(%29.6)	11(%17.7)	$\chi^2=9.59, p=0.008^{**}$
Vajinismus sorun	8(%25.8)	5(%18.5)	12(%19.4)	$\chi^2=0.635, p=0.728$
Anorgazmi sorun	10(%32.3)	11(%40.7)	14(%22.6)	$\chi^2=3.19, p=0.202$
Toplam Sorun	16(%51.6)	21(%77.8)	13(%21.0)	$\chi^2=26.67, p=0.000^{**}$

GRCDÖ: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, * $p<0.01$, Pearson Ki-kare testi.

Tablo 12’de hasta, hasta eşı ve kontrol grubundaki erkek katılımcıların GRCDÖ alt ölçek ve toplam puanlarına göre hesaplanan cinsel sorun sıklığının dağılımı gösterilmiştir. Hasta ve hasta eşleri grubundaki erkek katılımcılarda, sıklık, iletişim, kaçınma ve doyum alanlarında sorun yaşama sıklığı, kontrol grubundaki erkek katılımcılardan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Erkek hastalarda ED alanında sorun yaşama sıklığı, hasta eşleri ve kontrol grubundaki erkek katılımcılardan yüksek saptanmıştır. GRCDÖ toplam puanına göre hesaplanan CİB sıklığı, hasta ve hasta eşleri grubundaki erkek katılımcılarda, kontrol grubundaki erkek katılımcılardan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki erkek katılımcılar arasında, dokunma ve PE alanlarındaki sorun yaşama sıklığı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 12. Hasta, hasta eşleri, kontrol grubundaki erkek katılımcıların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçek ve toplam puanı ile hesaplanan cinsel sorun sıklığının dağılımı

GRCDÖ alt ölçek	Katılımcı Grubu			P
	Erkek hasta n(%)	Erkek eş n(%)	Erkek kontrol n(%)	
Sıklık sorun	17(%63.0)	17(%54.8)	15(%24.2)	$\chi^2=15.09$, $p=0.001^{**}$
İletişim sorun	13(%48.1)	8(%25.8)	12(%19.4)	$\chi^2=7.88$, $p=0.019^*$
Dokunma sorun	12(%44.4)	12(%38.7)	15(%24.2)	$\chi^2=4.25$, $p=0.119$
Kaçınma sorun	11(%40.7)	7(%22.6)	5(%8.1)	$\chi^2=13.27$, $p=0.001^{**}$
Doyum sorun	14(%51.9)	16(%51.6)	15(%24.2)	$\chi^2=9.69$, $p=0.008^{**}$
PE sorun	17(%63.0)	12(%38.7)	26(%41.9)	$\chi^2=4.20$, $p=0.122$
ED sorun	14(%51.9)	7(%22.6)	10(%16.1)	$\chi^2=12.75$, $p=0.002^{**}$
Toplam Sorun	19(%70.4)	22(%71.0)	16(%25.8)	$\chi^2=24.21$, $p=0.000^{**}$

GRCDÖ:Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, PE:Prematür ejakülasyon, ED:Erektile disfonksiyon, * $p<0.05$,

** $p<0.01$, Pearson Ki-kare testi.

SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ ALT ÖLÇEK ve TOPLAM PUAN ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçek ve toplam puanlarının, sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır. Hasta grubundaki katılımcılar için, katılımcı yaşı ile GRCDÖ dönüştürülmüş toplam puan arasında, zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.300$, $p=0.011$). Hasta eşleri grubundaki katılımcılar için, katılımcı yaşı ile GRCDÖ dönüştürülmüş toplam puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r=0.205$, $p=0.061$). Kontrol grubundaki katılımcılar için, katılımcı yaşı ile GRCDÖ dönüştürülmüş toplam puan arasında, zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.322$, $p=0.000$).

Hasta grubundaki katılımcılar için eğitim süresi ile GRCDÖ dönüştürülmüş toplam puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r= -0.050$, $p=0.354$). Hasta eşleri grubundaki katılımcılar için eğitim süresi ile GRCDÖ dönüştürülmüş toplam puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r= -0.152$, $p=0.127$). Kontrol grubundaki katılımcılar için eğitim süresi ile GRCDÖ dönüştürülmüş toplam puan arasında zayıf-orta derecede negatif ilişki saptanmıştır ($r= -0.351$, $p=0.000$).

Hasta grubundaki katılımcılarda, evlilik süresi ile GRCDÖ dönüştürülmüş toplam puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r=0.167$, $p=0.106$). Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda evlilik süresi ile GRCDÖ dönüştürülmüş toplam puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r=0.159$, $p=0.119$). Kontrol grubundaki katılımcılarda evlilik süresi ile GRCDÖ dönüştürülmüş toplam puan arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.360$, $p=0.000$).

Hasta grubundaki katılımcılar için çocuk sayısı ile GRCDÖ dönüştürülmüş toplam puan arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.328$, $p=0.006$). Hasta eşleri grubundaki katılımcılar için çocuk sayısı ile GRCDÖ dönüştürülmüş toplam puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r= -0.047$, $p=0.363$). Kontrol grubundaki katılımcılar için çocuk sayısı ile GRCDÖ dönüştürülmüş toplam puan arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.242$, $p=0.003$).

Hasta grubundaki katılımcılar için aylık gelir düzeyi ile GRCDÖ dönüştürülmüş toplam puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r= -0.076$, $p=0.286$). Hasta eşleri grubundaki katılımcılar için aylık gelir düzeyi ile GRCDÖ dönüştürülmüş toplam puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r= -0.022$, $p=0.436$). Kontrol grubundaki katılımcılar için aylık gelir düzeyi ile GRCDÖ dönüştürülmüş toplam puan arasında zayıf derecede negatif ilişki saptanmıştır ($r= -0.239$, $p=0.004$).

Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki kadın ve erkek katılımcılarda GRCDÖ vajinismus, anorgazmi, PE ve ED alt ölçekleri ve toplam puanı ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki Tablo 13'te gösterilmiştir. Kadın hastalarda, eğitim süresi ve aylık gelir düzeyleri ile GRCDÖ vajinismus puanı arasında zayıf-orta derecede negatif ilişki saptanmıştır. Hasta eşleri grubundaki kadın katılımcılarda çocuk sayısı ve GRCDÖ vajinismus puanı arasında zayıf-orta derecede negatif ilişki saptanmıştır. Hasta eşleri grubundaki erkek katılımcılarda katılımcı yaşı ve evlilik süresi ile GRCDÖ ED puanı arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadın katılımcılarda katılımcı yaşı, evlilik süresi ve çocuk sayısı ile GRCDÖ anorgazmi puanı arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadın katılımcılarda eğitim süresi ile GRCDÖ anorgazmi ve toplam puanları arasında zayıf-orta derecede negatif ilişki saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadın katılımcılarda GRCDÖ toplam puan ile çocuk sayısı arasında zayıf derecede, evlilik süresi ile zayıf-orta derecede pozitif korelasyon saptanmıştır. Kontrol grubundaki erkek katılımcılarda GRCDÖ toplam puan ile katılımcı yaşı ve evlilik süresi arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Kontrol grubundaki erkek katılımcılarda GRCDÖ toplam puan ile eğitim süresi ve aylık gelir düzeyi arasında zayıf-orta derecede negatif ilişki saptanmıştır.

Hasta grubundaki katılımcılarda, katılımcı yaşı ile GRCDÖ sıklık puanı arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.222$, $p=0.047$). Katılımcı yaşı ile GRCDÖ iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hasta grubundaki katılımcılarda eğitim süresi, aylık gelir düzeyi ve evlilik süresi ile GRCDÖ sıklık, iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hasta grubundaki katılımcılarda, çocuk sayısı ile GRCDÖ sıklık ve dokunma puanları arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (sıklık için $r=0.292$, $p=0.013$, dokunma için $r=0.244$, $p=0.033$). Hasta grubundaki katılımcılarda, çocuk sayısı ile GRCDÖ iletişim, kaçınma ve doyum puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda, katılımcı yaşı ile GRCDÖ sıklık, iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda, eğitim süresi ile GRCDÖ dokunma ve kaçınma puanları arasında zayıf-orta derecede negatif ilişki saptanmıştır (dokunma için $r= -0.255$, $p=0.026$, kaçınma için $r= -0.234$, $p=0.039$). Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda, eğitim süresi ile GRCDÖ sıklık, iletişim ve doyum puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 13. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki kadın ve erkek katılımcılarda sosyodemografik değişkenler ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçek ve toplam puan arasındaki ilişki

Katılımcı Grubu		GRCDÖ alt ölçek	Yaş r(p)	Eğitim Süresi r(p)	Aylık Gelir r(p)	Evlilik Süresi r(p)	Çocuk Sayısı r(p)
H A S T A	Kadın	Vajinismus	0.279 (0.064)	-0.461 (0.004)**	-0.401 (0.013)*	0.254 (0.084)	0.089 (0.318)
		Anorgazmi	0.091 (0.313)	-0.192 (0.150)	-0.234 (0.103)	-0.020 (0.458)	-0.055 (0.384)
		Toplam puan	0.208 (0.131)	-0.173 (0.176)	-0.081 (0.333)	0.140 (0.226)	0.271 (0.070)
	Erkek	PE	-0.009 (0.483)	-0.039 (0.423)	-0.066 (0.372)	-0.135 (0.251)	-0.259 (0.096)
		ED	0.321 (0.051)	-0.008 (0.485)	-0.015 (0.470)	0.246 (0.108)	0.278 (0.080)
		Toplam puan	0.186 (0.176)	0.080 (0.347)	0.030 (0.441)	0.037 (0.428)	0.254 (0.101)
H A S T A E Ş İ	Kadın	Vajinismus	-0.021 (0.459)	-0.208 (0.149)	0.039 (0.424)	0.055 (0.393)	-0.390 (0.022)*
		Anorgazmi	-0.005 (0.490)	-0.134 (0.252)	-0.114 (0.286)	0.038 (0.425)	0.112 (0.289)
		Toplam puan	0.166 (0.204)	-0.152 (0.225)	-0.013 (0.474)	0.293 (0.069)	-0.042 (0.417)
	Erkek	PE	0.227 (0.110)	-0.275 (0.067)	-0.192 (0.150)	0.239 (0.097)	-0.135 (0.234)
		ED	0.345 (0.029)*	-0.211 (0.127)	-0.154 (0.205)	0.307 (0.047)*	0.113 (0.272)
		Toplam puan	0.239 (0.098)	-0.219 (0.118)	-0.049 (0.397)	0.198 (0.143)	-0.039 (0.417)
K O N T R O L	Kadın	Vajinismus	-0.155 (0.114)	0.098 (0.223)	-0.106 (0.205)	0.075 (0.281)	-0.042 (0.374)
		Anorgazmi	0.291 (0.011)*	-0.338 (0.004)**	-0.184 (0.076)	0.378 (0.001)**	0.364 (0.002)**
		Toplam puan	0.177 (0.084)	-0.393 (0.001)**	-0.203 (0.056)	0.296 (0.010)**	0.217 (0.045)*
	Erkek	PE	0.009 (0.473)	-0.172 (0.090)	0.005 (0.486)	-0.015 (0.453)	-0.034 (0.396)
		ED	0.147 (0.128)	-0.026 (0.419)	-0.145 (0.130)	0.217 (0.045)*	0.037 (0.389)
		Toplam puan	0.370 (0.002)**	-0.428 (0.000)**	-0.301 (0.009)**	0.456 (0.000)**	0.285 (0.012)

GRCDÖ:Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, **PE:** Prematür ejakülasyon, **ED:** Eretil Disfonksiyon, *p<0.05,

**p<0.01, Spearman korelasyon testi.

Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda aylık gelir düzeyi ile GRCDÖ sıklık puanı arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.270$, $p=0.020$). Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda aylık gelir düzeyi ile GRCDÖ dokunma puanı arasında zayıf-orta derecede negatif ilişki saptanmıştır ($r= -0.309$, $p=0.009$). Hasta eşleri grubundaki

katılımcılarda aylık gelir düzeyi ile GRCDÖ iletişim, kaçınma ve doyum puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda evlilik süresi ile GRCDÖ iletişim, dokunma ve kaçınma puanları arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (iletişim için $r=0.347$, $p=0.004$, dokunma için $r=0.254$, $p=0.027$, kaçınma için $r=0.316$, $p=0.008$). Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda evlilik süresi ile sıklık ve doyum puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda, çocuk sayısı ile GRCDÖ iletişim puanı arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.257$, $p=0.026$). Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda, çocuk sayısı ile GRCDÖ sıklık, dokunma, kaçınma ve doyum puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Kontrol grubundaki katılımcılarda katılımcı yaşı ile GRCDÖ sıklık ve doyum puanları arasında zayıf-orta derecede, iletişim puanı ile zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır (sıklık için $r=0.318$, $p=0.000$, doyum için $r=0.330$, $p=0.000$, iletişim için $r=0.167$, $p=0.032$). Kontrol grubundaki katılımcılarda katılımcı yaşı ile GRCDÖ dokunma ve kaçınma puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kontrol grubundaki katılımcılarda, eğitim süresi ile GRCDÖ sıklık puanı arasında zayıf derecede, iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum puanları arasında zayıf-orta derecede negatif ilişki saptanmıştır (sıklık için $r= -0.155$, $p=0.043$, iletişim için $r= -0.348$, $p=0.000$, dokunma için $r= -0.403$, $p=0.000$, kaçınma için $r= -0.274$, $p=0.001$, doyum için $r= -0.323$, $p=0.000$). Kontrol grubundaki katılımcılarda, aylık gelir düzeyi ile GRCDÖ iletişim ve dokunma puanları arasında zayıf derecede negatif ilişki saptanmıştır (iletişim için $r= -0.162$, $p=0.036$, dokunma için $r= -0.221$, $p=0.007$). Kontrol grubundaki katılımcılarda, aylık gelir düzeyi ile GRCDÖ sıklık, kaçınma ve doyum puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kontrol grubundaki katılımcılarda, evlilik süresi ile GRCDÖ dokunma ve kaçınma puanları arasında zayıf derecede, sıklık, iletişim ve doyum puanları arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (dokunma için $r=0.164$, $p=0.035$, kaçınma için $r=0.216$, $p=0.008$, sıklık için $r=0.344$, $p=0.000$, iletişim için $r=0.277$, $p=0.001$, doyum için $r=0.368$, $p=0.000$). Kontrol grubundaki katılımcılarda, çocuk sayısı ile GRCDÖ sıklık, iletişim ve dokunma puanları arasında zayıf derecede, doyum puanı arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (sıklık için $r=0.225$, $p=0.006$, iletişim için $r=0.197$, $p=0.014$, dokunma için $r=0.202$, $p=0.012$, doyum için $r=0.336$, $p=0.000$). Kontrol grubundaki katılımcılarda, çocuk sayısı ile GRCDÖ kaçınma puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Hasta, hasta eşı ve kontrol grubunda MMQ alt ölçek ve toplam puanları ve Durumluk-sürekli anksiyete ölçeği alt ölçek ve toplam puanları ile GRCDÖ toplam puan arasındaki ilişki, Tablo 14'te gösterilmiştir. Hasta grubundaki katılımcılarda, MMQ aile puanı ile GRCDÖ toplam puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanırken, MMQ cinsellik ve toplam puanları ile iyi derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Hasta grubundaki katılımcılarda, STAID, STAIS ve STAI toplam puanları ile GRCDÖ toplam puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır.

Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda, MMQ aile puanı ile GRCDÖ toplam puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanırken, MMQ cinsellik ve toplam puanları ile iyi derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda, STAIS ve STAI toplam puanları ile GRCDÖ toplam puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır.

Kontrol grubundaki katılımcılarda, MMQ aile, cinsellik ve toplam puanı ile GRCDÖ toplam puanı arasında iyi derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılarda, STAID, STAIS ve STAI toplam puanları ile GRCDÖ toplam puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır.

Hasta grubundaki kadın katılımcılarda MMQ aile alt ölçeği puanı ile GRCDÖ anorgazmi arasında orta derecede, vajinismus puanı arasında iyi derecede pozitif ilişki saptanmıştır (anorgazmi için $r=0.346$, $p=0.028$, vajinismus için $r=0.570$, $p=0.000$). Kadın hastalarda, MMQ cinsellik alt ölçeği puanı ile GRCDÖ anorgazmi puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.476$, $p=0.003$). Kadın hastalarda, MMQ cinsellik alt ölçeği puanı ile GRCDÖ vajinismus puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kadın hastalarda, MMQ toplam puanı ile GRCDÖ vajinismus ve anorgazmi puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (vajinismus için $r=0.482$, $p=0.003$, anorgazmi için $r=0.384$, $p=0.016$). Kadın hastalarda, STAID puanı ile GRCDÖ iletişim, dokunma, kaçınma, doyum ve vajinismus puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Kadın hastalarda, STAID puanı ile GRCDÖ vajinismus puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.446$, $p=0.006$). Kadın hastalarda STAID puanı ile GRCDÖ anorgazmi puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kadın hastalarda, STAIS puanı ile GRCDÖ vajinismus puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.366$, $p=0.021$). Kadın hastalarda STAIS puanı ile GRCDÖ anorgazmi puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kadın hastalarda, STAI toplam puanı ile GRCDÖ vajinismus puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.431$,

p=0.008). Kadın hastalarda STAI toplam puanı ile GRCDÖ anorgazmi puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 14. Hasta, hasta eşleri, kontrol grubundaki kadın ve erkek katılımcılarda, Maudsley Evlilik Anketi alt ölçek ve toplam puanları ve Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği alt ölçek ve toplam puanları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puan ilişkisi

Katılımcı Grubu		MMQ-aile r(p)	MMQ-cinsellik r(p)	MMQ-toplam r(p)	STAI-D r(p)	STAI-S r(p)	STAI-toplam r(p)
Hasta grubu	Kadın	0.371 (0.020)*	0.556 (0.001)**	0.418 (0.010)**	0.493 (0.002)**	0.340 (0.031)*	0.385 (0.016)*
	Erkek	0.398 (0.020)*	0.504 (0.004)**	0.612 (0.000)**	0.288 (0.073)	0.290 (0.071)	0.229 (0.125)
	Tüm grup	0.301 (0.011)*	0.585 (0.000)**	0.533 (0.000)**	0.391 (0.001)**	0.310 (0.009)**	0.331 (0.006)**
Hasta eşleri grubu	Kadın	0.349 (0.037)*	0.512 (0.003)**	0.501 (0.004)**	0.008 (0.484)	0.140 (0.244)	0.143 (0.238)
	Erkek	0.541 (0.001)*	0.715 (0.000)**	0.726 (0.000)**	0.350 (0.027)*	0.418 (0.010)**	0.353 (0.026)*
	Tüm grup	0.453 (0.000)**	0.617 (0.000)**	0.632 (0.000)**	0.211 (0.056)	0.305 (0.010)**	0.272 (0.019)*
Kontrol grubu	Kadın	0.659 (0.000)**	0.818 (0.000)**	0.760 (0.000)**	0.395 (0.001)**	0.534 (0.000)**	0.477 (0.000)**
	Erkek	0.504 (0.000)**	0.609 (0.000)**	0.662 (0.000)**	0.321 (0.005)**	0.397 (0.001)**	0.410 (0.000)**
	Tüm grup	0.541 (0.000)**	0.719 (0.000)**	0.690 (0.000)**	0.306 (0.000)**	0.392 (0.000)**	0.377 (0.000)**

MMQ: Maudsley Evlilik Anketi, , aile ve cinsellik alt ölçekleri, STAI: Durumluk- Sürekli Anksiyete Ölçeği, durumluk ve sürekli alt ölçekleri, *p<0.05, **p<0.01, Spearman korelasyon testi.

Erkek hastalarda MMQ aile alt ölçeği puanı ile GRCDÖ ED puanı arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (r=0.328, p=0.047). Erkek hastalarda MMQ aile alt ölçeği puanı ile GRCDÖ PE puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Erkek hastalarda MMQ cinsellik alt ölçeği puanı ile GRCDÖ ED puanı arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (r=0.329, p=0.047). Erkek hastalarda MMQ aile alt ölçeği puanı ile GRCDÖ PE puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Erkek hastalarda MMQ toplam puanı ile GRCDÖ ED puanı arasında zayıf-orta derecede pozitif

ilişki saptanmıştır ($r=0.436$, $p=0.012$). Erkek hastalarda MMQ toplam puanı ile GRCDÖ PE puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Erkek hastalarda STAID puanı ile GRCDÖ ED arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.372$, $p=0.028$). Erkek hastalarda STAID puanı ile GRCDÖ PE puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Erkek hastalarda STAIS puanı ile GRCDÖ PE ve ED puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (PE için $r=0.348$, $p=0.038$, ED için $r=0.335$, $p=0.044$). Erkek hastalarda STAI toplam puanı ile GRCDÖ PE ve ED puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Hasta eşleri grubundaki kadın katılımcılarda, MMQ aile alt ölçeği puanı ile GRCDÖ vajinismus ve anorgazmi puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hasta eşleri grubundaki kadın katılımcılarda, MMQ cinsellik alt ölçeği puanı ile GRCDÖ anorgazmi puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.364$, $p=0.031$). Katılımcılarda, MMQ cinsellik alt ölçeği puanı ile vajinismus puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Katılımcılarda MMQ toplam puanı ile GRCDÖ vajinismus ve anorgazmi puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hasta eşleri grubundaki kadın katılımcılarda, STAID puanı ile GRCDÖ vajinismus puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.393$, $p=0.021$). Hasta eşleri grubundaki kadın katılımcılarda, STAID puanı ile GRCDÖ anorgazmi puanı arasında orta derecede negatif ilişki saptanmıştır ($r= -0.340$, $p=0.041$). Hasta eşleri grubundaki kadın katılımcılarda, STAIS puanı ile GRCDÖ vajinismus puanı arasında iyi derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.574$, $p=0.001$). Katılımcılarda STAIS puanı ile GRCDÖ anorgazmi puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hasta eşleri grubundaki kadın katılımcılarda, STAI toplam puanı ile GRCDÖ vajinismus puanı arasında iyi derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.606$, $p=0.000$). Katılımcılarda STAI toplam puanı ile GRCDÖ anorgazmi puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Hasta eşleri grubundaki erkek katılımcılarda, MMQ aile alt ölçeği puanı ile GRCDÖ PE ve ED puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (PE için $r=0.387$, $p=0.016$, ED için $r=0.362$, $p=0.023$). Hasta eşleri grubundaki erkek katılımcılarda, MMQ cinsellik alt ölçeği puanı ile GRCDÖ ED puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.448$, $p=0.006$). Katılımcılarda, MMQ cinsellik alt ölçeği puanı ile GRCDÖ PE puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hasta eşleri grubundaki erkek katılımcılarda, MMQ toplam puanı ile GRCDÖ PE ve ED puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (PE için $r=0.313$, $p=0.043$, ED için $r=0.432$, $p=0.008$). Hasta eşleri grubundaki erkek katılımcılarda, STAID puanı ile GRCDÖ PE puanları arasında

orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.303$, $p=0.049$). Hasta eşleri grubundaki erkek katılımcılarda, STAID puanı ile GRCDÖ ED puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hasta eşleri grubundaki erkek katılımcılarda, STAIS puanı ile GRCDÖ PE ve ED puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (PE için $r=0.374$, $p=0.019$, ED için $r=0.326$, $p=0.037$). Hasta eşleri grubundaki erkek katılımcılarda, STAI toplam puanı ile GRCDÖ PE arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (PE için $r=0.339$, $p=0.031$). Katılımcılarda STAI toplam puanı ile GRCDÖ ED puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Kontrol grubundaki kadın katılımcılarda, MMQ aile alt ölçeği puanı ile GRCDÖ vajinismus ve anorgazmi puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (vajinismus için $r=0.329$, $p=0.004$, anorgazmi için $r=0.456$, $p=0.000$). Kontrol grubundaki kadın katılımcılarda, MMQ cinsellik alt ölçeği puanı ile GRCDÖ anorgazmi puanı arasında iyi derecede, vajinismus puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (anorgazmi için $r=0.605$, $p=0.000$, $r=0.256$, $p=0.022$). Kontrol grubundaki kadın katılımcılarda, MMQ toplam puanı ile GRCDÖ anorgazmi puanları arasında iyi derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.539$, $p=0.000$). Katılımcılarda, MMQ cinsellik toplam puanı ile GRCDÖ vajinismus puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.352$, $p=0.003$).

Kontrol grubundaki kadın katılımcılarda, STAID puanı ile GRCDÖ vajinismus puanı arasında orta derecede, anorgazmi puanı arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (vajinismus için $r=0.281$, $p=0.013$, anorgazmi için $r=0.221$, $p=0.042$). Kontrol grubundaki kadın katılımcılarda, STAIS puanı ile GRCDÖ vajinismus ve anorgazmi puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (vajinismus için $r=0.356$, $p=0.002$, anorgazmi için $r=0.307$, $p=0.008$). Kontrol grubundaki kadın katılımcılarda, STAI toplam puanı ile GRCDÖ vajinismus ve anorgazmi puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (vajinismus için $r=0.349$, $p=0.003$, anorgazmi için $r=0.258$, $p=0.021$).

Kontrol grubundaki erkek katılımcılarda, MMQ aile alt ölçeği puanı ile GRCDÖ ED puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.276$, $p=0.015$). Katılımcıların MMQ aile alt ölçeği puanı ile GRCDÖ PE puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kontrol grubundaki erkek katılımcılarda, MMQ cinsellik alt ölçeği puanı ile GRCDÖ PE puanı arasında orta derecede, ED puanı arasında zayıf-orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. (PE için $r=0.258$, $p=0.021$, ED için $r=0.238$, $p=0.031$). Kontrol grubundaki

erkek katılımcılarda, MMQ toplam puanı ile GRCDÖ PE ve ED puanları arasında orta pozitif ilişki saptanmıştır (PE için $r=0.263$, $p=0.019$, ED için $r=0.275$, $p=0.015$).

Kontrol grubundaki erkek katılımcılarda, STAID puanı ile GRCDÖ dokunma ve PE puanları arasında zayıf-orta derecede, ED puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (PE için $r=0.225$, $p=0.039$, ED için $r=0.252$, $p=0.024$). Kontrol grubundaki erkek katılımcılarda, STAIS puanı ile GRCDÖ PE puanı arasında zayıf-orta derecede, ED puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (PE için $r=0.218$, $p=0.044$, ED için $r=0.338$, $p=0.004$). Kontrol grubundaki erkek katılımcılarda, STAI toplam puanı ile GRCDÖ PE puanı arasında zayıf-orta derecede, ED puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır (PE için $r=0.234$, $p=0.034$, ED için $r=0.342$, $p=0.003$).

Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki katılımcılarda GRCDÖ alt ölçek puanları ile MMQ alt ölçek ve toplam puanları ve STAI alt ölçek ve toplam puanları arasındaki ilişki Tablo 15'te gösterilmiştir. Hastalarda MMQ aile alt ölçeği puanı ile GRCDÖ doyum puanı arasında zayıf-orta derecede, iletişim ve dokunma puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Hastalarda MMQ cinsellik alt ölçeği puanı ile GRCDÖ kaçınma puanı arasında zayıf-orta derecede, iletişim, dokunma ve doyum puanları ile orta derecede, sıklık puanı ile iyi derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Hastalarda MMQ toplam puanı ile GRCDÖ kaçınma puanı arasında zayıf-orta derecede, sıklık, iletişim, dokunma ve doyum puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Hastalarda STAID puanı ile GRCDÖ doyum puanı arasında zayıf-orta derecede, iletişim, dokunma ve kaçınma puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Hastalarda STAIS ve STAI toplam puanı ile GRCDÖ iletişim ve dokunma puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır.

Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda MMQ aile alt ölçeği puanı ile GRCDÖ iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda MMQ cinsellik alt ölçeği ile GRCDÖ sıklık puanı ile iyi derecede, iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda MMQ toplam puanı ile GRCDÖ sıklık, iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda STAID puanı ile GRCDÖ sıklık puanı ile zayıf-orta derecede, kaçınma puanı ile orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda STAIS ve STAI toplam puanı ile GRCDÖ kaçınma puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır.

Kontrol grubundaki katılımcılarda, MMQ aile alt ölçeği puanı ile GRCDÖ dokunma puanı arasında iyi derecede, sıklık, iletişim, kaçınma ve doyum puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılarda, MMQ cinsellik alt ölçeği puanı ile GRCDÖ sıklık ve doyum puanları ile iyi derecede, iletişim, dokunma ve kaçınma puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılarda, MMQ toplam puanı ile GRCDÖ sıklık, dokunma ve kaçınma puanları arasında iyi derecede, iletişim ve doyum puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır.

Tablo 15. Hasta, hasta eşi ve kontrol grubundaki katılımcılarda Maudsley Evlilik Anketi alt ölçek ve toplam puanları ve Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği alt ölçek ve toplam puanları ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçek puanları ilişkisi

Katılımcı Grubu	GRCDÖ alt ölçek	MMQ- aile r(p)	MMQ- cinsellik r(p)	MMQ- total r(p)	STAI D r(p)	STAI S r(p)	STAI total r(p)
H A S T A	Sıklık	0.084 (0.266)	0.503 (0.000)**	0.334 (0.005)**	0.172 (0.099)	0.174 (0.095)	0.137 (0.153)
	İletişim	0.417 (0.001)**	0.350 (0.004)**	0.395 (0.001)**	0.401 (0.001)**	0.376 (0.002)**	0.385 (0.001)**
	Dokunma	0.264 (0.023)*	0.348 (0.004)**	0.324 (0.007)**	0.290 (0.014)*	0.253 (0.028)*	0.287 (0.014)*
	Kaçınma	0.194 (0.072)	0.241 (0.034)*	0.246 (0.032)*	0.295 (0.012)*	0.185 (0.082)	0.201 (0.065)
	Doyum	0.224 (0.046)*	0.430 (0.000)**	0.374 (0.002)**	0.239 (0.036)*	0.176 (0.093)	0.162 (0.112)
H A S T A E Ş İ	Sıklık	0.214 (0.053)	0.595 (0.000)**	0.485 (0.000)**	0.230 (0.041)*	0.084 (0.264)	0.078 (0.280)
	İletişim	0.356 (0.003)**	0.292 (0.013)*	0.375 (0.002)**	0.138 (0.152)	0.053 (0.346)	0.053 (0.347)
	Dokunma	0.354 (0.003)**	0.309 (0.009)**	0.385 (0.001)**	0.026 (0.424)	0.093 (0.243)	0.095 (0.238)
	Kaçınma	0.459 (0.000)**	0.383 (0.001)**	0.475 (0.000)**	0.271 (0.020)*	0.353 (0.003)**	0.276 (0.018)*
	Doyum	0.295 (0.012)*	0.445 (0.000)**	0.424 (0.000)**	0.088 (0.255)	0.124 (0.176)	0.046 (0.365)
K O N T R O L	Sıklık	0.423 (0.000)**	0.612 (0.000)**	0.563 (0.000)**	0.208 (0.010)*	0.322 (0.000)**	0.291 (0.001)**
	İletişim	0.475 (0.000)**	0.402 (0.000)**	0.493 (0.000)**	0.320 (0.000)**	0.342 (0.000)**	0.355 (0.000)**
	Dokunma	0.513 (0.000)**	0.433 (0.000)**	0.541 (0.000)**	0.292 (0.001)**	0.265 (0.001)**	0.289 (0.001)**
	Kaçınma	0.461 (0.000)**	0.427 (0.000)**	0.501 (0.000)**	0.268 (0.001)**	0.321 (0.000)**	0.313 (0.000)**
	Doyum	0.284 (0.001)**	0.612 (0.000)**	0.474 (0.000)**	0.228 (0.005)**	0.301 (0.000)**	0.284 (0.001)**

GRCDÖ:Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, **MMQ:** Maudsley Evlilik Anketi, aile ve cinsellik alt ölçekleri, **STAI:** Durumluk- Sürekli Anksiyete Ölçeği, durumluk ve sürekli alt ölçekleri, *p<0.05, **p<0.01,, Spearman korelasyon testi.

Kontrol grubundaki katılımcılarda, STAID puanı ile GRCDÖ sıklık ve doyum puanları arasında zayıf-orta derecede, iletişim, dokunma ve kaçınma puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılarda, STAIS ve STAI toplam puanları ile GRCDÖ sıklık, iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır.

Tablo 16. Hasta, hasta eşleri, kontrol grubundaki kadın ve erkek katılımcılarda, Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği alt ölçek ve toplam puanları ile Maudsley Evlilik Anketi alt ölçek ve toplam puanları arasındaki ilişki

Katılımcı Grubu		MMQ-aile r(p)	MMQ-cinsellik r(p)	MMQ-toplam r(p)
Hasta grubu	STAID	0.441 **(0.001)	0.154 (0.248)	0.359 **(0.006)
	STAIS	0.356 **(0.006)	0.214 (0.107)	0.366 **(0.005)
	STAI- toplam	0.405 **(0.002)	0.167 (0.210)	0.357 **(0.006)
Hasta eşleri grubu	STAID	0.448 **(0.000)	0.207 (0.120)	0.418 **(0.001)
	STAIS	0.489 **(0.000)	0.187 (0.161)	0.429 **(0.001)
	STAI- toplam	0.414 **(0.001)	0.179 (0.180)	0.382 **(0.003)
Kontrol grubu	STAID	0.368 **(0.000)	0.225 *(0.012)	0.348 **(0.000)
	STAIS	0.326 **(0.000)	0.326 **(0.000)	0.367 **(0.000)
	STAI- toplam	0.381 **(0.000)	0.299 **(0.001)	0.390 **(0.000)

MMQ: Maudsley Evlilik Anketi, aile ve cinsellik alt ölçekleri, **STAI:** Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği, durumluk ve sürekli alt ölçekleri, *p<0.05, **p<0.01, Spearman korelasyon testi.

Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki katılımcılarda, STAI alt ölçek ve toplam puanları ile MMQ alt ölçek ve toplam puanları arasındaki ilişki Tablo 16’da gösterilmiştir. Hasta grubundaki katılımcılarda, STAID, STAIS ve STAI toplam puanları ile MMQ aile alt ölçek ve toplam puanları arasında orta derecede pozitif ilişki

saptanmıştır. Katılımcılarda, STAID, STAIS ve STAI toplam puanları ile MMQ cinsellik alt ölçeği arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda, STAID, STAIS ve STAI toplam puanları ile MMQ aile alt ölçek ve toplam puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Katılımcılarda, STAID, STAIS ve STAI toplam puanları ile MMQ cinsellik alt ölçeği arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kontrol grubundaki katılımcılarda, STAID ile MMQ cinsellik alt ölçeği puanı ile zayıf-orta derecede, MMQ aile alt ölçeği ve toplam puanı ile orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Katılımcılarda, STAIS ve STAI toplam puanları ile MMQ aile ve cinsellik alt ölçekleri ve toplam puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır.

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER İLE CİNSEL SORUN SIKLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Katılımcılarda GRCDÖ toplam puanın beş ve beşin üzerinde olması cinsel sorun varlığı olarak tanımlanmıştır. Hasta grubundaki katılımcılarda CİB sıklığı, halen bir işte çalışan katılımcılarda %62.9 (n=22), çalışmayan katılımcılarda %56.5 (n=13) olarak saptanmıştır. Hastalarda halen bir işte çalışan ve çalışmayan katılımcılar arasında CİB sıklığı benzer olarak saptanmıştır ($\chi^2=0.23$, $p=0.629$).

Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda CİB sıklığı, halen bir işte çalışan katılımcılarda %73 (n=27), çalışmayan katılımcılarda %76.2 (n=16) olarak saptanmıştır. Hasta eşleri grubunda, halen bir işte çalışan ve çalışmayan katılımcılar arasında CİB sıklığı benzer olarak saptanmıştır ($\chi^2=0.07$, $p=0.788$).

Kontrol grubundaki katılımcılarda CİB sıklığı, halen bir işte çalışan katılımcılarda %23.2 (n=19), çalışmayan katılımcılarda %23.8 (n=10) olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda, halen bir işte çalışan ve çalışmayan katılımcılar arasında CİB sıklığı benzer olarak saptanmıştır ($\chi^2=0.00$, $p=0.937$).

Hasta ve eşleri grubundaki katılımcılarda, eş ile tanışma şekli ve CİB sıklığı arasındaki ilişkiye bakıldığında, eşi ile görücü usülü veya aile aracılığı ile tanışan katılımcılarda, eşi ile flört ederek veya iletişim araçları aracılığı ile tanışan katılımcılara göre CİB sıklığı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (Tablo 17).

Kontrol grubundaki katılımcılarda, eşi ile görücü usülü veya aile aracılığı ile tanışan katılımcılar ile eşi ile flört ederek veya iletişim araçları aracılığı ile tanışan katılımcılar arasında CİB sıklığı benzer saptanmıştır ($\chi^2=2.80$, $p=0.094$).

Tablo 17. Bipolar I bozukluğu olan hasta ve eşlerinde, eş ile tanışma şekli ve cinsel işlev bozukluğu sıklığı arasındaki ilişki

CİB varlığı		Eş ile tanışma şekli		p
		Görücü usulü ve ya aile aracılığı ile n(%)	Flört ederek veya iletişim araçları ile n(%)	
CİB	var	45(%80.4)	33(%55)	$\chi^2=8.45$ $p=0.004^{**}$
	yok	11(%19.6)	27(%45)	

CİB: Cinsel işlev bozukluğu, *p<0.01.

Hasta grubundaki katılımcılarda, psikoaktif madde kullanımı ile CİB sıklığı arasındaki ilişkiye bakıldığında, psikoaktif madde kullanımı olan hastalarda CİB sıklığı %65.4 (n=17), psikoaktif madde kullanmayan hastalarda %56.3 (n=18) oranında saptanmıştır. Psikoaktif madde kullanımı ile CİB sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=0.50$, $p=0.479$).

Hasta grubundaki katılımcılarda, sigara kullanımı ile CİB sıklığı arasındaki ilişkiye bakıldığında, sigara kullanımı olan hastalarda CİB sıklığı %65.4 (n=17), sigara kullanmayan hastalarda %56.3 (n=18) oranında saptanmıştır. Sigara kullanımı ile CİB sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=0.50$, $p=0.479$). Alkol kullanımı ile CİB sıklığı arasındaki ilişki, alkol kullandığını bildiren yalnız 3 hasta olduğundan istatistiksel olarak değerlendirilememiştir.

Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda, psikoaktif madde kullanımı olan katılımcılarda CİB sıklığı %95.5 (n=21), psikoaktif madde kullanmayanlarda %61.1 (n=22) oranında saptanmıştır. Psikoaktif madde kullanan katılımcılarda CİB sıklığı, psikoaktif kullanımı olmayan katılımcılara göre daha yüksek saptanmıştır ($\chi^2=8.40$, $p=0.004$). Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda, sigara kullanımı olan hastalarda CİB sıklığı %95.2 (n=20), sigara kullanmayan katılımcılarda %62.2 (n=23) oranında saptanmıştır. Sigara kullanan katılımcılarda CİB sıklığı, kullanmayan katılımcılara göre daha yüksek saptanmıştır ($\chi^2=7.64$, $p=0.006$). Alkol kullanımı ile CİB sıklığı arasındaki ilişki, alkol kullandığını bildiren yalnız 4 katılımcı olduğundan istatistiksel olarak değerlendirilememiştir.

Kontrol grubundaki katılımcılarda, psikoaktif madde kullanımı olan katılımcılarda CİB sıklığı %34.7 (n=17), psikoaktif madde kullanmayanlarda %16 (n=12) oranında saptanmıştır. Psikoaktif madde kullanan katılımcılarda CİB sıklığı, psikoaktif kullanımı olmayan katılımcılara göre daha yüksek saptanmıştır ($\chi^2=5.78$, $p=0.016$). Kontrol

grubundaki katılımcılarda, sigara kullanımı olan hastalarda CİB sıklığı %36.4 (n=16), sigara kullanmayan katılımcılarda %16.3 (n=13) oranında saptanmıştır. Sigara kullanan katılımcılarda CİB sıklığı, kullanmayan katılımcılara göre daha yüksek saptanmıştır ($\chi^2=6.40$, $p=0.011$). Kontrol grubundaki katılımcılarda, alkol kullanımı olanlarda CİB sıklığı %23.8 (n=5), alkol kullanımı olmayanlarda %23.3 (n=24) oranında saptanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılarda, alkol kullanımı olan katılımcılar ile alkol kullanımı olmayan katılımcılar arasında CİB sıklığı benzer olarak saptanmıştır ($\chi^2=0.003$, $p=0.960$).

Hasta grubundaki katılımcılarda, erkek katılımcıların hepsi, halen mastürbasyon yaptığını bildirmiştir. Kadın hastaların %48.4'ü hiç mastürbasyon yapmadığını bildirmiştir. Kadın hastalarda mastürbasyon yaptığını bildirenlerde CİB sıklığı %31.3 (n=5), mastürbasyon yapmadığını bildirenlerde %73.3 (n=11) oranında CİB saptanmıştır. Mastürbasyon yapmadığını bildiren kadın hastalarda, mastürbasyon yaptığını bildiren hastalara göre CİB sıklığı daha yüksek saptanmıştır ($\chi^2=5.49$, $p=0.019$).

Hasta grubundaki katılımcılara, herhangi bir cinsel sorunu olup olmadığı sorulduğunda, %39.7'i (n=23) cinsel sorunları olduğunu bildirmiştir. GRCDÖ toplam puanının beş ve üzerinde olması olarak tanımlanan CİB, hastaların %60.3'ünde (n=35) saptanmıştır. GRCDÖ puanı 5 ve üzerinde olan hastaların (n=35), %60'ında (n=21) kendilerine sorulduğunda cinsel sorunları olduğu bildirilmiştir. GRCDÖ toplam puanı 5'in altında olduğu saptanan hastaların %8.7'sinde (n=2) kendilerine sorulduğunda cinsel sorunları olduğu bildirilmiştir.

Hasta eşleri grubundaki katılımcılara, herhangi bir cinsel sorunu olup olmadığı sorulduğunda, %43.1'i (n=25) cinsel sorunları olduğunu bildirmiştir. GRCDÖ toplam puanının beş ve üzerinde olması olarak tanımlanan CİB, hasta eşlerinin %74.1'ünde (n=43) saptanmıştır. GRCDÖ puanı 5 ve üzerinde olan hasta eşleri grubundaki katılımcıların (n=43), %58.1'inde (n=25) kendilerine sorulduğunda cinsel sorunları olduğu bildirilmiştir. GRCDÖ toplam puanı 5'in altında olduğu katılımcılarda, cinsel sorunu olduğunu bildiren olmamıştır.

Kontrol grubundaki katılımcılara, herhangi bir cinsel sorunu olup olmadığı sorulduğunda, %29.8'i (n=37) cinsel sorunları olduğunu bildirmiştir. GRCDÖ toplam puanının beş ve üzerinde olması olarak tanımlanan CİB, kontrol grubundaki katılımcıların %23.4'ünde (n=29) saptanmıştır. GRCDÖ puanı 5 ve üzerinde olan kontrol grubundaki katılımcıların (n=29), %79.3'ünde (n=23) kendilerine sorulduğunda cinsel sorunları olduğu bildirilmiştir. GRCDÖ toplam puanı 5'in altında olduğu saptanan katılımcıların %14.7'sinde (n=14) kendilerine sorulduğunda cinsel sorunları olduğu bildirilmiştir.

KLİNİK DEĞİŞKENLERLE GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ ALT ÖLÇEK VE TOPLAM PUANLARI ve CİNSEL SORUN SIKLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bipolar I bozukluğu olan hastalarda, klinik değişkenler ile GRCDÖ alt ölçek ve toplam puanı ile cinsel sorun sıklığı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Tablo 18’de kadın ve erkek hastalarda GRCDÖ alt ölçekler ve toplam puanları ile klinik değişkenler arasındaki ilişki gösterilmiştir. Tüm hastalarda, hastalık süresi ile GRCDÖ sıklık alt ölçeği ve toplam puanları arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. Tüm hastalarda, hastalığın başlangıç yaşı, ilk tedavi yaşı ve tedavisiz geçen süre ile GRCDÖ alt ölçekler ve toplam puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 18. Bipolar I bozukluğu olan kadın ve erkek hastalarda, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçek ve toplam puanları ile klinik değişkenler arasındaki ilişki

	GRCDÖ alt ölçek	Başlangıç yaşı r(p)	İlk tedavi yaşı r(p)	Tedavisiz Süre r(p)	Hastalık Süresi r(p)
Tüm hasta grubu	Sıklık	-0.001 (0.496)	0.024 (0.429)	0.122 (0.182)	0.223 (0.046)*
	İletişim	-0.016 (0.452)	0.006 (0.484)	0.144 (0.140)	-0.041 (0.380)
	Dokunma	0.153 (0.126)	0.162 (0.112)	0.100 (0.228)	-0.089 (0.252)
	Kaçınma	-0.011 (0.469)	-0.024 (0.428)	-0.057 (0.335)	-0.038 (0.387)
	Doyum	-0.174 (0.096)	-0.172 (0.099)	-0.018 (0.446)	0.126 (0.173)
	Toplam Puan	0.075 (0.288)	0.089 (0.254)	0.146 (0.138)	0.277 (0.018)*
Kadın hasta	Vajinismus	0.143 (0.221)	0.138 (0.230)	0.180 (0.166)	0.171 (0.178)
	Anorgazmi	-0.213 (0.125)	-0.204 (0.135)	-0.081 (0.333)	0.270 (0.071)
Erkek hasta	PE	-0.128 (0.262)	-0.066 (0.372)	0.271 (0.085)	0.145 (0.235)
	ED	0.146 (0.234)	0.117 (0.280)	0.111 (0.291)	0.085 (0.336)

GRCDÖ: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, **PE:** Prematür ejakülasyon, **ED:** Erektile disfonksiyon,

*p<0.05, Spearman korelasyon testi.

Hastanede yatış sayısı üç ve üzerinde olan hastalarla iki ve altında olan hastalar arasında CİB sıklığı benzer saptanmıştır ($\chi^2=1.53$, $p=0.215$). Hastanede yatış sayısı üç ve üzerinde olan hastalarla iki ve altında olan hastalar arasında sıklık, iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum alanlarında sorun yaşama sıklığı benzer saptanmıştır (sıklık için $\chi^2=1.83$, $p=0.176$, iletişim için $\chi^2=0.50$, $p=0.477$, dokunma için $\chi^2=0.55$, $p=0.457$, kaçınma için $\chi^2=0.10$, $p=0.751$, doyum için $\chi^2=1.28$, $p=0.256$). Kadın hastalarda, hastanede yatış sayısı üç ve üzerinde olanlarla, iki ve altında olan hastalar arasında vajinismus ve anorgazmi alanında sorun yaşama sıklığı benzer saptanmıştır (vajinismus için $\chi^2=0.00$, $p=0.952$, anorgazmi için $\chi^2=1.55$, $p=0.213$). Erkek hastalarda ED alanında sorun yaşama sıklığı, hastanede yatış sayısı üç ve üzerinde olanlarda, iki ve altında olan hastalara göre daha yüksek saptanmıştır ($\chi^2=5.04$, $p=0.025$). Erkek hastalarda PE alanında sorun yaşama sıklığı, hastanede yatış sayısı üç ve üzerinde olanlarla iki ve altında olan hastalarda benzer saptanmıştır ($\chi^2=0.06$, $p=0.807$).

Tablo 19’da hastaların geçirilmiş manik atak, depresif atak ve toplam atak sayıları ile CİB sıklığı arasındaki ilişki gösterilmiştir. Geçirilmiş manik atak sayısı iki ve üzerinde olan hastalarla, tek manik atak geçirmiş hastalar arasında CİB sıklığı benzer olarak tespit edilmiştir. Geçirilmiş depresif atak sayısı iki ve üzerinde olan hastalarda CİB sıklığı, tek depresif atak geçirmiş ve depresif atak geçirmemiş hastalara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Geçirilmiş toplam atak sayısı dört ve üzerinde olan hastalarda CİB sıklığı, atak sayısı dördün altındaki hastalara göre daha yüksek tespit edilmiştir.

Tablo 19. Hasta grubundaki katılımcılarda geçirilmiş manik atak, depresif atak ve toplam atak sayısı ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki

		CİB varlığı		p
		Var	Yok	
Manik atak sayısı	<2	14(%60.9)	9(%39.1)	$\chi^2=0.00$ $p=0.947$
	≥ 2	21(%60)	14(%40)	
Depresif atak sayısı	<2	18(%48.6)	19(%51.4)	$\chi^2=5.84$ $p=0.016^*$
	≥ 2	17(%81)	4(%19)	
Toplam atak sayısı	≥ 4	16(%47.1)	18(%52.9)	$\chi^2=6.06$ $p=0.014^*$
	<4	19(%79.2)	5(%20.8)	

CİB: Cinsel işlev bozukluğu, * $p<0.05$.

Geçirilmiş manik atak sayısı iki ve üzerinde olan hastalarla, tek manik atak geçirmiş hastalar arasında sıklık, iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum alanlarında sorun yaşama sıklığı benzer olarak tespit edilmiştir (sıklık için $\chi^2=0.14$, $p=0.704$, iletişim için $\chi^2=1.07$, $p=0.300$, dokunma için $\chi^2=2.77$, $p=0.096$, kaçınma için $\chi^2=0.06$, $p=0.792$, doyum için $\chi^2=0.07$, $p=0.788$). Kadın hastalarda geçirilmiş manik atak sayısı iki ve üzerinde olanlarla, tek manik atak geçirmiş hastalar arasında vajinismus ve anorgazmi alanlarında sorun yaşama sıklığı benzer saptanmıştır (vajinismus için $\chi^2=1.77$, $p=0.183$, anorgazmi için $\chi^2=0.14$, $p=0.709$). Erkek hastalarda geçirilmiş manik atak sayısı iki ve üzerinde olanlarla, tek manik atak geçirmiş hastalar arasında PE ve ED alanlarında sorun yaşama sıklığı benzer saptanmıştır (PE için $\chi^2=0.07$, $p=0.778$, ED için $\chi^2=0.29$, $p=0.586$).

Geçirilmiş depresif atak sayısı iki ve üzerinde olan hastalarla, tek depresif atak geçirmiş veya depresif atak geçirmemiş hastalar arasında sıklık, iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum alanlarında sorun yaşama sıklığı benzer olarak tespit edilmiştir (sıklık için $\chi^2=2.31$, $p=0.128$, iletişim için $\chi^2=0.33$, $p=0.562$, dokunma için $\chi^2=0.00$, $p=0.940$, kaçınma için $\chi^2=3.37$, $p=0.066$, doyum için $\chi^2=0.67$, $p=0.412$). Kadın hastalarda depresif atak sayısı iki ve üzerinde olanlarda, tek depresif atak geçirmiş ve depresif atak geçirmemiş hastalara göre anorgazmi alanında sorun yaşama sıklığı daha yüksek saptanmıştır ($\chi^2=3.87$, $p=0.049$). Kadın hastalarda depresif atak sayısı iki ve üzerinde olanlarla, tek depresif atak geçirmiş veya depresif atak geçirmemiş hastalar arasında vajinismus alanında sorun yaşama sıklığı benzer saptanmıştır ($\chi^2=0.01$, $p=0.890$). Erkek hastalarda depresif atak sayısı iki ve üzerinde olanlarla, tek depresif atak geçirmiş veya depresif atak geçirmemiş hastalar arasında PE ve ED alanında sorun yaşama sıklığı benzer saptanmıştır (PE için $\chi^2=1.97$, $p=0.160$, ED için $\chi^2=2.09$, $p=0.148$).

Geçirilmiş toplam atak sayısı dört ve üzerinde olan hastalarda, sıklık alanında sorun yaşama sıklığı, atak sayısı dördün altındaki hastalara göre daha yüksek tespit edilmiştir ($\chi^2=7.64$, $p=0.006$). Geçirilmiş toplam atak sayısı dört ve üzerinde olan hastalarda, iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum alanlarında sorun yaşama sıklığı, atak sayısı dördün altındaki hastalarla benzer saptanmıştır (iletişim için $\chi^2=0.03$, $p=0.853$, dokunma için $\chi^2=0.09$, $p=0.754$, kaçınma için $\chi^2=1.25$, $p=0.263$, doyum için $\chi^2=1.13$, $p=0.286$). Kadın hastalarda geçirilmiş toplam atak sayısı dört ve üzerinde olanlarda, anorgazmi alanında sorun yaşama sıklığı, atak sayısı dördün altındaki hastalara göre daha yüksek tespit edilmiştir ($\chi^2=7.68$, $p=0.006$). Kadın hastalarda geçirilmiş toplam atak sayısı dört ve üzerinde olanlarda, vajinismus alanında sorun yaşama sıklığı, atak sayısı dördün altındaki hastalarla benzer saptanmıştır ($\chi^2=0.01$, $p=0.890$). Erkek hastalarda geçirilmiş toplam atak

sayısı dört ve üzerinde olanlarda ED alanında sorun yaşama sıklığı, atak sayısı dördün altındaki hastalara göre daha yüksek tespit edilmiştir ($\chi^2=6.31$, $p=0.012$). Erkek hastalarda geçirilmiş toplam atak sayısı dört ve üzerinde olanlarda PE alanında sorun yaşama sıklığı, atak sayısı dördün altındaki hastalarla benzer saptanmıştır ($\chi^2=0.42$, $p=0.516$).

Geçirilen son atağı manik tipte olan katılımcıların %51.3'ünde ($n=20$), depresif tipte olan katılımcıların %78.9'unda ($n=15$) CİB saptanmıştır. Geçirilen son atağı depresif tipte olan katılımcılarda CİB sıklığı, manik tipte olan katılımcılara göre daha yüksek tespit edilmiştir ($\chi^2=4.08$, $p=0.043$).

İntihar girişimi öyküsü olan hastaların %88.9'unda ($n=8$), intihar girişimi öyküsü olmayan katılımcıların %55.1'inde ($n=17$) CİB saptanmıştır. Ailesinde psikiyatrik bozukluk olan hastaların %72.2'sinde ($n=13$), olmayan hastaların %55'inde ($n=22$) CİB saptanmıştır. Ailesinde psikiyatrik bozukluk olan ve olmayan hastalar arasında, CİB sıklığı benzer saptanmıştır ($\chi^2=1.53$, $p=0.256$).

Hastalarda atak sırasındaki psikotik özellik varlığı ile CİB arasındaki ilişki Tablo 20'de gösterilmiştir. Atak sırasında psikotik özellik gösteren hastalarda CİB sıklığı, göstermeyen hastalara göre daha yüksek tespit edilmiştir.

Tablo 20. Hasta grubundaki katılımcılarda atak sırasında psikotik özellik varlığı ile cinsel işlev bozukluğu sıklığı arasındaki ilişki

CİB varlığı		Ataklarda psikotik özellik		p
		var	yok	
CİB	var	27(%75)	8(%36.4)	$\chi^2=8.51$ $p=0.004^{**}$
	yok	9(%25)	14(%63.6)	

CİB: Cinsel işlev bozukluğu, $^{**}p<0.01$.

Kullanılan tedaviler ile CİB sıklığı arasındaki ilişkiye bakıldığında, tek başına lityum kullanan ($n=6$), tek başına antipsikotik kullanan ($n=2$), lityum ve VPA kombinasyonu kullanan ($n=1$) hastalarda CİB saptanmamıştır. Lityum ve antipsikotik kombinasyonu kullanan hastaların %66.7'sinde ($n=10$), tek başına VPA kullanan hastaların %25'inde ($n=1$), VPA ve antipsikotik kombinasyonu kullanan hastaların %75'inde ($n=15$), lityum, VPA ve antipsikotik kombinasyonu kullanan hastaların

%100'ünde (n=5) ve lityum, VPA veya antipsikotik ile diğ er ilaç (karbamazepin, lamotrijin veya antidepresan) kombinasyonu kullanan hastaların %80'inde (n=4) C B saptanmıştır. Sayının yetersiz olması nedeniyle kullanılan ilaç çeşidi ile C B sıklığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirilememiştir.

TARTIŞMA

Bu araştırmada, remisyonda ve son iki aydır ilaç tedavilerinde değişiklik yapılmamış BB I olan hastalar ve eşlerinde ve sağlıklı kontrol grubunda CİB sıklığı, çeşitliliği ve bununla ilişkili sosyodemografik ve klinik değişkenler değerlendirilmiştir.

Bu araştırmanın en önemli bulgusu, BB I olan hastalarda ve eşlerinde, sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek oranda CİB saptanmasıdır. BB I olan hastaların yarısından fazlasında CİB olduğu tespit edilmiştir. GRCDÖ sıklık, iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum alt ölçekleri ile toplam puan ortalaması, kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Hastalarda kadın ve erkek cinsiyette benzer oranda CİB saptanmıştır. Kadın ve erkek katılımcılar ayrı ayrı değerlendirildiğinde, GRCDÖ toplam puan ortalamaları, kontrol grubundaki katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Kronik yeti yitimine neden olan psikiyatrik bozukluklar nedeni ile hastaların, sosyal iletişimde yaşadıkları sorunlara ek olarak, partnerleriyle ilişkilerinde ve cinsel hayatlarında sorunlar yaşadığı bilinmektedir. Birçok araştırmacı, ciddi psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin cinsel hayatlarını, kısa süreli, epizodik, hatta kaotik olarak nitelendirmektedir (183,184). Majör psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda çeşitli faktörler cinsel işlevselliği bozabilir; bunlar, biyolojik faktörler, cinsel davranışa aracılık eden beyin bölgelerinde işlevsel ve yapısal bozulma ve psikotrop ilaçların etkisi, psikopatolojik faktörler, zayıf sosyal işlevsellik, düşük benlik saygısı ve sosyal damgalanma gibi psikolojik faktörlerdir.

Bu araştırmanın literatüre en önemli katkılarından biri, CİB gibi bir sorun araştırılırken, aktif cinsel hayatları olan, evli hastaların değerlendirilmeye alınmış

olmasıdır. Cinsel partneri olmayan kişilerde CİB gözlenebilmektedir; ancak bir partnerin varlığı, sorunun paylaşılmasına ve gizli kalmamasına sebep olmaktadır. Bir evliliği sürdürebilen, işlevselliği kısmen iyi olan hastalarda bile CİB'in oldukça yaygın bulunması dikkat çekicidir. Bununla birlikte, bu araştırmada hasta eşlerinin örnekleme dahil edilmesiyle, hastalarda mevcut olan cinsel sorunların eşlerine önemli derecede yansıdığı da ortaya konulmuş oldu. Şimdiye kadar yapılan araştırmalarda BB I hastalarda CİB araştırılırken, hastalar tek başına araştırmaya alınmıştır (4,138,168). Bu araştırmada, eşlerin örnekleme dahil edilmesiyle, hastalardaki olası cinsel sorunların gizlenme olasılığı düşürülmüş oldu. Yaşanan cinsel sorunları ve eşe olan olası yansımalarını daha net bir şekilde ortaya çıkarmış olduk.

Bipolar bozukluğu olan hastalarda CİB sıklığı ile ilgili bugüne kadar yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bunun nedenleri, araştırma örneklemelerinin ve CİB'i ölçme yöntemlerinin farklılığı olabilir. Araştırmaların yapıldığı örneklemdeki hastaların yaş aralığı, evli olup olmadığı ya da düzenli bir cinsel partneri olup olmadığı, sosyokültürel değişkenler, araştırmaya alındığı hastalık dönemi, kullanılan ilaç tedavileri, organik hastalığın dışlanma durumu farklılık göstermektedir. Cinsel işlevler, çeşitli araştırmalarda kadın ve erkek cinsel işlev değerlendirme ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, UKU yan etki değerlendirme ölçeği ve en fazla da araştırmacıların kendi tasarladıkları anket yoluyla değerlendirilmiştir.

Bipolar bozukluk ve CİB konusunda ilk yapılan araştırmalardan biri olan Kristensen ve Jorgensen'in (140) yaptığı araştırmada, BB olan 24 hasta ve kontrol grubundaki katılımcılar CİB sıklığı açısından karşılaştırılmıştır. Hem BB olan kadın hastaların hem de kontrollerin yaklaşık %25'inde, erkek hastalar ve kontrollerin üçte birinde CİB saptandığı bildirilmiştir. İstatistiksel olarak BB olan hastalarda, kontrol grubuna göre şimdiki cinsel yaşamlarında hoşnutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Aizenberg ve ark.'ın (138) 1996'da yaptığı araştırmada, tek başına lityum tedavisi alan 35 evli BB ve şizoaffektif bozukluk tanısı ile takip edilen erkek hastada, remisyon döneminde %31.4 oranında CİB olduğu bildirilmiştir. Bizim araştırmamızda bulunan CİB sıklığı (%60.3), bu iki araştırmadan yüksek saptanmıştır. Bunun olası nedeni, araştırmaların örnekleminin daha küçük ve hastaların tek başına lityum profilaksisi tedavisi altında olması olabilir, çünkü bizim araştırmamızda hastaların %79.4'ünün tedavisinde çeşitli ilaç kombinasyonları kullanıldığı tespit edilmiştir.

Nagaraj ve ark.'ın (6) yaptığı araştırmada, 108 BB I olan erkek hastada, tipik ve atipik antipsikotik kullanımı ile CİB sıklığı karşılaştırılmış, örneklemin %66'sında cinsel

yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm fazlarından en az bir tanesinde işlev bozukluğu gözlemlendiği bildirilmiştir. Bu araştırmada, bizim araştırmamıza yakın bir sonuç bulunmuş ancak CİB, UKU yan etki ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Kockott ve Pfeiffer (168), kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda (100 şizofreni, 58 affektif psikoz) ve kontrol grubunda CİB sıklığını yarı yapılandırılmış bir yöntemle değerlendirmiştir. CİB sıklığı, affektif psikoz tanısı alan grupta %36.2, şizofreni tanısı alan grupta %49 ve kontrol grubunda %13.3 olarak bildirilmiştir.

Mahmoud ve ark. (4), 2012’de 61 kronik psikotik bozukluğu olan hastada (30 BB ve 30 şizofreni) CİB sıklığını araştırmıştır. Araştırmada, araştırmacının kendi hazırladığı anketle CİB sıklığı değerlendirilmiştir. BB olan hastalarda %54.8, şizofreni tanısı olan hastalarda %93.3 oranında CİB saptandığı bildirilmiştir. Metodolojik açıdan farklı bir yöntemle CİB değerlendirilmiş olmasına rağmen, bizim araştırmamızla oldukça yakın bir sonuç elde edilmiştir.

Ülkemizde Hariri ve ark.’ın (185), 84 şizofreni, 90 BB, 88 eroin bağımlılığı tanısı ile takip edilen hasta ve 98 sağlıklı kontrol grubu ile yaptığı araştırmada, eroin bağımlılığı tanısı alan hastalarda, diğer gruplara göre daha fazla cinsel sorun olduğu bildirilmiştir. BB olan kadın hastalarda, GRCDÖ vajinismus alt ölçeği puan ortalaması kontrol grubundan yüksek bulunmakla birlikte, diğer alt ölçekler ve GRCDÖ toplam puan ortalaması kontrol grubu ile benzer bulunmuştur. BB olan erkek hastalarda, GRCDÖ sıklık, dokunma, kaçınma, doyum, PE ve toplam puan ortalaması, kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. Şizofreni ve eroin bağımlılığı tanısı olan erkek hastalarda GRCDÖ toplam puan ortalaması, kontrol grubu ile benzer bulunmuştur. BB olan erkek hastalarda, şizofreni grubundaki erkeklere göre, sıklık ve PE alanlarında sorun yaşama sıklığı daha fazla bulunmuştur. Araştırmada, bizim araştırmamızda olduğu gibi CİB değerlendirmesinde GRCDÖ kullanılmış ancak kesme puanı kullanılmamış ve değerlendirmeler sadece GRCDÖ puan ortalamaları karşılaştırması ile yapılmıştır.

Ülkemizde 2010 yılında yapılan 148 BB olan hastada metabolik sendrom ve CİB ilişkisini değerlendiren bir araştırmada, hastaların yaklaşık yarısında CİB saptandığı bildirilmiştir. Cinsel işlevler, bizim araştırmamızdan farklı olarak, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Metabolik sendromu olan ve olmayan kadın hastalarda CİB benzer oranda tespit edilirken, metabolik sendromu olan erkek hastalarda, olmayan hastalara göre daha fazla CİB saptandığı bildirilmiştir (186).

Ülkemizde yapılan başka bir araştırmada 40 majör depresif bozukluk, 35 bipolar BB ve 61 şizofreni tanılı kadın hastada psikoseksüel gelişim, evlilik, cinsel sorunlar ve aile

planlaması özellikleri sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Cinsel sorun sıklığı, majör depresif bozukluk ve şizofreni tanılı kadın hastalarda, BB tanılı kadın hastalara göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Cinsel sorun varlığının, kullanılan ilaçlarla ilişkisiz bulunduğu bildirilmiştir (187). Bizim araştırmamızda BB I olan hastalar sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmışken önemli bir farklılık olarak bu araştırmada kontrol grubu olarak diğer psikiyatrik bozukluğa sahip hastalar alınmıştır.

Raja ve ark.'ın (8) şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve BB olan hastalarla yaptığı araştırmada, tüm katılımcılar arasında, erkekler, kadınlardan daha yüksek cinsel memnuniyet bildirmiştir. BB olan hastalarda, erkeklerde açık bir şekilde cinsel istek ve tahmin edilen mastürbasyon sıklığı, kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Mahmoud ve ark.'ın (4) araştırmasında, şizofreni ve BB olan hastalarda, bütün katılımcılarda CİB ile kadın cinsiyet ilişkili bulunmuştur. Birçok araştırmada, kronik psikiyatrik bozukluğu olan kadınların erkeklere göre daha cinsel aktif olduğu ve cinsel hayatlarının korunmasız ilişki dahil riskli cinsel davranışları daha fazla içerdiği bildirilmiştir (183,188-190). Bizim araştırmamızda erkek hastalarda CİB sıklığı (%70.4), kadın hastalardan (%51.6) daha yüksek oranda gözlenmişse de, cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Bu araştırmanın diğer önemli bir sonucu, cinsellikte en fazla sorun yaşanan alanın, BB I olan kadın hastalarda iletişim ve erkek hastalarda sıklık ve PE alanı olarak bulunmasıdır. BB I olan kadın hastalarda ikinci sıklıkta dokunma alanında, erkek hastalarda doyum ve ED alanlarında sorun yaşanmaktadır. Kadın hastalarda cinsellikte en fazla sorun yaşanan alanın iletişim olması, hastaların var olan olası sosyal iletişim sorunlarının cinsel hayatlarına yansması nedeni ile olabilir. Erkek hastalarda cinsellikte en fazla sorun yaşanan alanın sıklık olması, diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi BB I olan hastalarda libido değişikliklerinin veya olası ilaç yan etkilerinin sık görüldüğünü düşündürmektedir.

Bu araştırmada, GRCDÖ alt ölçeklerinin en az birinde sorun yaşama sıklığı BB I olan hastalarda (%87.9) kontrol grubundan (%71) yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte, BB I olan hastalarda GRCDÖ sıklık, iletişim, dokunma, kaçınma, doyum alanlarında, kontrol grubuna göre daha fazla sorun yaşadığı tespit edilmiştir. Kadın hastalarda, sıklık, iletişim, kaçınma ve doyum alanlarında sorun sıklığı, kontrol grubundaki katılımcılardan yüksek bulunmuştur. Kadın hastalarda GRCDÖ dokunma, vajinismus ve anorgazmi puan ortalamaları ve bu alanlarda sorun yaşama sıklığı, kontrol grubu ile benzer bulunmuştur. Erkek hastalarda, sıklık, iletişim, kaçınma ve ED alanlarında, kontrol grubuna göre daha

fazla sorun yaşadığı tespit edilmiştir. PE alanında, hem GRCDÖ puanları, hem de bu alanda sorun yaşama sıklığı, erkek hastalar ve kontrol grubunda benzer bulunmuştur.

Nagaraj ve ark.'ın (6), BB olan erkek hastalarda cinsel işlevleri incelediği araştırmada, bizim araştırmamıza benzer olarak, erkek hastaların cinsellikte en sık sorun yaşadığı alan ED, ikinci olarak da libido azalması olarak bildirilmiştir. Cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm evrelerinden en az bir tanesinde sorun yaşama sıklığı bu araştırmada %66, bizim araştırmamızda %87.9 oranında bulunmuştur. Araştırmada CİB değerlendirmesinin UKU yan etki ölçeği ile yapılmış olması bu farklılığı kısmen açıklayabilir.

Kockott ve Pfeiffer'in (168) yaptığı araştırmada BB ve şizofreni tanılı hasta grubunda en sık görülen CİB cinsel istekte azalma olarak bildirilmiştir. Raja ve ark.'ın (8) araştırmasında, BB, şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda en sık görülen CİB, cinsel istek azalması olarak belirlenmiştir. Bizim araştırmamız da dahil olmak üzere birçok araştırmanın sonucu, farklı psikiyatrik bozukluklarda cinsel sorunlar içerisinde libido değişikliklerinin ön planda olduğunu düşündürmektedir.

Mahmoud ve ark.'ın (4) yaptığı araştırmada, BB olan hastalarda en sık (%64.6) orgazm bozukluğu bildirilirken, cinsel istek azalması %29, kendi cinsel yaşamından memnuniyetsizlik %51.6 olarak saptanmıştır. Bizim araştırmamızda kadın hastalarda anorgazmi %32.3 oranında saptanmıştır. Her iki cinsiyette sıklık alanında sorun yaşama sıklığı %53.4 olarak saptanmıştır. Anorgazmi ve sıklık alanında sorun yaşama sıklığındaki bu farklılık, sözü edilen araştırmada cinsel işlevlerin kendi bildirim anketi ile değerlendirilmesi ve objektif ölçütler kullanılmaması ile ilişkilendirilebilir.

Hariri ve ark.'ın (185) şizofreni, BB ve eroin bağımlılığı tanısı olan hastalarda CİB sıklığını değerlendirdiği araştırmasında, BB olan kadınlarda en fazla vajinismus alanında, erkeklerde ise PE alanında sorun yaşandığı saptanmıştır. Şizofreni ve eroin bağımlılığı tanısı olan hastalarda GRCDÖ PE puan ortalamaları kontrol grubu ile benzer saptanmıştır. Bizim araştırmamızda erkeklerde PE sıklığı yüksek bulunmakla birlikte, kontrol grubu ile benzer saptanmıştır. Vajinismus sıklığı, kadın hastalarda kontrol grubu ile benzer ve sözü edilen araştırmadan daha düşük saptanmıştır. GRCDÖ kadın formunda vajinismusunu değerlendiren 4 sorudan biri olan 11. soru, 'gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?' olarak geçmektedir. Bu sorunun birçok araştırmada katılımcılar tarafından yanlış anlaşıldığı ve sonuçları etkilediği bildirilmiştir. Bizim araştırmamızda, bu konudaki olası hata payını minimize etmek amacı ile ilgili soru, katılımcılara ayrıca açıklanmıştır. Bu nedenle bizim araştırmamızda

vajinismus sıklığı konusundaki sonucun, daha gerçeğe yakın şekilde değerlendirildiği düşünülebilir. Ülkemizde, Konya il merkezinde yaşayan sağlıklı evli çiftlerde CİB sıklığını değerlendiren bir araştırmada, erkeklerde en sık görülen CİB'in PE (%29.3), ikinci en sık görülen CİB'in ED (%14.5) olduğu saptanmıştır. Kadın katılımcılarda vajinismus %15.3 ve anorgazmi %5.3 sıklığında bulunmuştur (85). Bizim araştırmamızda erkek hastalarda PE sıklığı %63, kontrol grubundaki erkek katılımcılarda %41.9 oranında saptanmıştır. Erkek hastalarda ED sıklığı %51.9, kontrol grubunda %16.1 olarak saptanmıştır. Kadın hastalarda vajinismus %25.8, kontrol grubundaki kadın katılımcılarda %19.4 oranında saptanmıştır. Kadın hastalarda anorgazmi sıklığı %32.3, kontrol grubunda %22.6 oranında saptanmıştır.

Cinsel işlev bozukluğu konusunda yapılmış en önemli araştırmalardan biri Laumann ve ark'ın (84) 2005 yılında yaptığı ülkemizin de içinde bulunduğu, 29 ülkeyi kapsayan geniş örneklemli araştırmada, 40-80 yaş arasındaki erkeklerde en sık görülen CİB'in PE (%14) ve ED (%10), 40-80 yaşındaki kadınlarda ise cinsel istek azlığı (%21), anorgazmi (%16) ve lubrikasyon sorunları (%16) olduğu bildirilmiştir. Bizim araştırmamızda kontrol grubundaki kadın katılımcılarda bu araştırmayla benzer oranlarda CİB saptanmışken, kontrol grubundaki erkek katılımcılarda PE sıklığı sözü edilen araştırmadan daha yüksek olarak saptanmıştır.

Bu araştırmanın diğer önemli bir sonucu, BB I olan hasta eşlerinde CİB sıklığının, hastalarda tespit edilen CİB sıklığı ile benzer oranda bulunmasıdır. Cinselliğin en az bir alanında sorun yaşama sıklığı, hasta ve eşlerinde benzer bulunmuştur. Bununla birlikte, erkek hasta ve hasta eşlerinde CİB sıklığı benzer saptanırken, hasta eşleri grubundaki kadın katılımcılarda, kadın hastalardan daha yüksek oranda CİB saptanmıştır. BB I olan erkek ve kadın hastalarda benzer oranda CİB saptanmasına rağmen, erkek hastaların eşleri olan kadın katılımcılarda CİB'in yüksek olması dikkat çekicidir.

Bu araştırmada, cinsel yanıtın bütün evrelerinde yaşanan sorun sıklığı, hasta ve hasta eşleri grubundaki kadın katılımcılarda benzer bulunmuştur. Erkek katılımcılarda hasta ve hasta eşleri grubunda ED sıklığı hariç diğer alanlarda benzer oranda sorun tespit edilmiştir. BB I olan erkek hastalarda, ED sıklığı (%51.9) hasta eşleri grubundan (%22.6) daha yüksek tespit edilmiştir.

Bu sonucun diğer bir klinik önemi, BB I olan hasta eşlerinde, hastalardaki ile benzer oranda CİB bulunduğunun farkındalığının sağlanması ile, bu hasta eşlerine de terapötik yaklaşım imkanı sağlanarak, buzdağının altında kalan bir kesime de tedavi imkanı sağlamanın önemli olabileceğidir.

Araştırmamızda hasta eşleri grubundaki katılımcılarda cinsellikte en fazla sorun yaşanan alan, kadın katılımcılarda iletişim, erkek katılımcılarda sıklık alanı olarak saptanmıştır. Kadın hastaların cinsellikte en yüksek oranda sorun yaşadığı iletişim alanında, bu hastaların eşlerinde sorun daha düşük tespit edilmiştir. Oysa erkek hastaların cinsellikte en yüksek oranda sorun yaşadığı sıklık alanında, bu hastaların eşlerinde de yüksek oranda sorun tespit edilmiştir. Yani hastalığın sonuçlarının CİB olarak eşlere yansması, erkek hastalar için daha belirgin olmaktadır. Bu durum, BB I olan hastaların kadın eşlerinde daha fazla sorgulama yapılması gerektiği ve bu alanda tedaviye ihtiyaç duyacak CİB olguları ile karşılaşılabileceğini göstermektedir.

Ülkemizde cinsellik, kadınlar için hala bir tabu olmaya devam etmektedir. Toplumumuzda, erkekler için böyle bir tutum olmamasına rağmen, kadınlar için evlilik öncesi cinsel ilişkinin hoş karşılanmadığı ve açık cinsel ilişkilerin kısıtlandığı görülmektedir. Kadın, bir aile kurmaya ve devamını sağlamaya kendini adamakta ve ilişkiler içerisinde erkeklere göre daha edilgen bir rol oynamaktadır (185,191). Araştırmamızın bu sonucu, erkek hastaların yaşadığı cinsel sorunların, sağlıklı olan eşlerine daha fazla yansıdığı, eşin, zaten bir görev olarak saydığı cinselliğin partner tarafından sorunlu olması nedeniyle kendini geri çekmesi ile açıklanabilir. Hastaların yaşadığı cinsel sorunlar, eşleri ile iletişim kurmada zorluk yaşamaları nedeni ile devam edebilir, eşler, zaten hastalık nedeniyle toplumsal damgalama yaşayan hastadan beklentilerini azaltabilir. Cinsel sorun dile getirilmeden yıllarca evlilik devam ettirilebilir. Hasta eşlerinin, kendilerinde olabilecek cinsel sorun da, benzer şekilde hastayı olumsuz yönde etkileyebilir.

Eşlerin birinde var olan cinsel sorun, belirli bir dönem sonra diğer eşte cinsel sorunların oluşmasına sebep olabilmektedir. Yetkin (192), eşlerinde CİB olan ve olmayan kadınlarda evlilik ilişkisi ve cinsel sorunları değerlendirmiştir. Ön sevişme, cinsel birleşmenin süresi ve orgazm kalitesi ile ilgili olarak, eşlerinde CİB olan kadınlarda daha fazla sorun yaşandığı tespit edilmiştir. Eşinde CİB olan kadınların %75'inde, kontrol grubunun ise %35'inde CİB tespit edilmiştir.

Türkmenoğlu'nun (193) remisyonda BB olan hastalarda evlilik ilişkisi ve cinselliği incelediği araştırmasında, cinsel işlevlerin kadın hastalarda kontrol grubu ile benzer olduğu, kadınların erkeklere göre daha az sıklıkta cinsel istek duyma, daha az sayıda cinsel ilişkide bulunma isteği, cinsel ilişkiyi başlatmayı eşine bırakma, onlardan bekleme gibi pasif rolde oldukları bildirilmiştir. Kadın hastaların eşlerine göre daha az cinsel istek duyduğu, cinsel ilişki sırasında utanma ve suçluluk duyduğu, pornografik-erotik

malzemeden iğrendikleri tespit edilmiştir. Bu verilerin; cinsellikte erkeklerin aktif olması öğretisi ve beklentisi, cinsel bilgilerin eksikliği, bu konuların konuşulmaması, toplum içinde mahremiyetinin devam etmesi, kadınların cinsellikle ilgili bilgi ve deneyimlerini genellikle evlendiklerinde eşlerinden öğrenmeleri ve pasif tutumlarının devam etmesi ile ilgili olabileceği düşünülerek; ülkemizde cinsel eğitimin önemli olduğu gerçeği vurgulanmıştır.

Bipolar bozuklukta eşlerin evlilik ve cinsellik açısından incelendiği bir araştırmada, 37 BB I olan hastanın eşi ile görüşülmüş ve veriler, hastanın manik, depresif ve ötimik dönemi için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. BB olan hastalar depresif atakta iken, hastaların erkek partnerlerinde en sık bildirilen CİB PE, kadın partnerlerde en sık bildirilen CİB, cinsel istekte azalma olarak yer almıştır. Partnerlerde, hastalığın manik atağında, depresif atağa göre daha fazla evlilik uyumsuzluğu olduğu, ancak cinsel sorunların her iki atakta da benzer oranda görüldüğü saptanmıştır. Hastalar ötimik dönemde iken, eşlerinde cinsel doyumun atak dönemlerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Evlilik ve cinsel doyum açısından cinsiyetlerin benzer olduğu bildirilmiştir (194).

Psikiyatrik hastaların eşleri ile yapılan araştırmalarda, dengi dengine eşleşme (assortative mating) denen, birbiri ile benzer özellikleri olan çiftlerin eşleşme eğilimi gösterdikleri saptanmıştır. Şizofreni ve affektif bozukluğu olan hastaların eşlerinin incelendiği bir araştırmada, şizofreni hastalarının eşlerinde %39, affektif bozukluğu olan hastaların eşlerinde %17 oranında psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir (195).

Her ne kadar bizim araştırmamızda hasta eşlerinde psikiyatrik bozukluk dışlanmış olsa da, tanı atlanmış olabilir veya bazı hasta eşlerinde subklinik psikiyatrik bozukluklar var olabilir ve sonuçların yorumlanmasını etkileyebilir.

Bu araştırmanın diğer önemli bir sonucu, Maudsley evlilik anketi aile alt ölçeği ve toplam puan ortalamaları ile değerlendirilen aile işlevlerinin, hasta, hasta eşleri ve kontrol grubunda benzer bulunmasıdır. Buna rağmen, MMQ cinsellik alt ölçeği ortalaması, hasta ve hasta eşleri grubunda, kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur. Yani hasta ve hasta eşlerinin, GRCDÖ ile de belirlendiği gibi cinsellik alanında kontrol grubuna göre daha fazla sorun yaşadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar farklı bir açıdan değerlendirme sağlayarak araştırmamızdaki CİB ile ilişkili sonuçları desteklemektedir.

Bipolar bozukluğu olan hastaların aile işlevlerini değerlendiren az sayıda araştırma mevcuttur. Cooke ve ark.'ın (196) yaptığı BB olan 56 hastanın aile tutumlarını

değerlendirdiği araştırmada, bizim araştırmamıza benzer olarak BB olan hastalar ile kontrol grubu aile tutumları arasında anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir.

Coryell ve ark.'ın (39) yaptığı araştırmada, BB I olan hastalar, yaş olarak sağlıklı kontrollerle benzer olmalarına rağmen evlenme oranları yarı yarıya daha düşük, evli olanlarda ise boşanma veya ayrı yaşama oranları iki kat yüksek bulunmuştur. Yine, BB I olan hastaların, kişilerarası ilişkiler, cinsel işlevler, boş zaman uğraşları ve hayattan genel tatmin açılarından kontrollere göre daha kötü durumda oldukları bildirilmiştir. Frank ve ark. (197), remisyonda BB olan 16 hasta ve eşinde evlilik uyumunu kontrol grubu ile karşılaştırmıştır. Sonuçlar her iki grubun evlilik uyumunun benzer olduğunu ortaya koymuştur. Subjektif olarak değerlendirilen cinsel tatmin düzeyleri de, hasta ve kontrol grubunda benzer bulunmuştur. Benzer şekilde Ünal ve ark.'ın (198) şizofreni, BB ve epilepsi hastalarında aile işlevlerini karşılaştırdığı araştırmada, BB olan hastalar ve eşlerinde, aile işlev düzeyi, şizofreni ve epilepsi hastalarından daha yüksek olarak bildirilmiştir.

Ülkemizde yapılan başka bir araştırmada, BB olan hastaların eşlerinde, aile değerlendirme ölçeği'nin problem çözme, iletişim, roller, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarında sorun yaşama sıklığı, kontrol grubundaki katılımcılardan anlamlı derecede daha yüksek olarak bildirilmiştir (199).

Bipolar I bozukluğunda aile işlevlerinin değerlendirilmesi konusunda, bizim araştırmamızda olduğu gibi çoğu araştırmada aile işlevlerinin olumlu olduğu gibi bir sonuç ortaya çıkmış olsa da, aksini bildiren çalışmalar da mevcuttur.

Bu durumun olası nedeni Coryell ve ark.'ın (39) araştırmasında da bildirildiği şekilde, BB olan hastalarda evlenme oranlarının düşük ve evli olanlarda ise boşanma veya ayrı yaşama oranlarının yüksek bulunması olabilir. Biz araştırmamızda evli çiftleri değerlendirdiğimiz için, hastalığı nedeni ile evlenememiş veya hastalığı nedeni ile boşanmış ya da ayrı yaşayan hastaları ekarte ettik. Araştırmamızda, evlilik uyumu evliliğini devam ettirecek kadar iyi olan çiftleri, yani işlevselliği nispeten iyi hastaları değerlendirmiş olmamız, sonuçları etkilemiş olabilir.

Bu araştırmanın diğer önemli bir sonucu, araştırmadaki üç grupta da, MMQ aile alt ölçeği puanı ile GRCDÖ toplam puan arasında orta derecede, MMQ cinsellik alt ölçeği ve MMQ toplam puan ile iyi derecede ilişki saptanmış olmasıdır. Aile işlevselliği, cinsel işlevselliği etkileyen en önemli parametrelerden biridir. İletişimden yoksun, sorunlarını çözümlemekte zorlanan çiftlerde, cinsel hayatın da bundan etkilenmesi kaçınılmaz gibi

görülmektedir. Ya da tersine, cinsel hayatında sorun yaşayan çiftlerde evlilik uyumu bozulabilmektedir.

Donnelly ve ark. (200), 6029 evli bireyde evlilik uyumu ve cinsellik arasındaki ilişkiyi değerlendirmiştir. Bizim araştırmamıza benzer şekilde, evlilikte mutluluk ve paylaşılan aktivitelerin azlığı ile, cinsel aktivitede azalma ve eşlerin birbirinden uzaklaşması olasılığının arttığı bildirilmiştir. Araştırmada, cinsel aktivitede azalma, genel olarak yaştan ilerlemesi, küçük çocukların varlığı, sağlık sorunları ve evliliğin süresi ile ilgili bulunmuştur.

Rust ve ark.'ın (99), evlilikte mutsuzluk ve CİB arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri araştırmada, erkeklerde evlilikte mutluluk ve cinsellik arasındaki ilişki, kadınlara oranla daha güçlü bulunmuştur. Özellikle, erkeklerdeki PE ve ED'nin, evlilikte mutsuzluk konusunda kadınlardaki orgazm bozukluğu ve vajinismustan daha etkili olduğu ileri sürülmüştür. Bizim araştırmamızda bütün gruplarda kadın ve erkek katılımcılarda aile işlevselliğinin bozulması ile cinsel sorunlar ilişkili bulunmuştur. Araştırmamızda, BB I olan kadın hastalarda vajinismus, aile işlevselliği ile anorgazmiden daha fazla ilişkili bulunmuştur. Kontrol grubundaki kadın katılımcılarda aile işlevselliği ile vajinismus ve anorgazmi sıklığı ilişkili bulunmuşken, hasta eşleri grubundaki kadın katılımcılarda sözü edilen araştırmaya benzer şekilde aile işlevselliği ile vajinismus ve anorgazmi arasında ilişki saptanmamıştır. Erkek hastalar ve kontrol grubunda ED, aile işlevselliği ile ilişkili bulunurken, PE ile aile işlevselliği arasında ilişki saptanmamıştır. Hasta eşleri grubundaki erkek katılımcılarda ise, aile işlevselliği ED ve PE sıklığı ile ilişkili bulunmuştur. Aile işlevleri ve cinsel işlevler, birbirinden iki yönlü olarak etkilenmektedir ve hangi alandaki sorunun önce başladığı çoğu zaman ayırt edilememektedir.

Bipolar bozukluk, kişinin evliliğini, mesleki yaşantısını ve yaşamının birçok yönünü olumsuz etkilemekte, şiddetli ve kalıcı sorunlara yol açabilmektedir. Bizim araştırmamızda, BB I olan hastalar ve eşlerinde, ailelerin aylık gelir düzeyleri kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Bununla birlikte, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve evlilik süreleri, hastalar ve kontrol grubunda benzer saptanmıştır.

Coryell ve ark.'ın (39) yaptığı 6 yıllık izlem çalışmasında, 148 BB olan hasta, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, hastaların eğitimlerini ve mesleki durumlarını ilerletemediği ve izlemin son yılında anlamlı oranda daha fazla işsiz olduğu bildirilmiştir. Bizim araştırmamızdaki aylık gelir düzeylerinin hasta ve eşleri grubunda, kontrol grubundan düşük olması, bu bulguyu destekler niteliktedir.

Bu araştırmada hasta ve eşleri grubunda, görücü us l  ve aile aracılığı ile eşle tanışma, kontrol grubuna göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda çiftlerin, eşleri ile daha fazla flört ederek ve daha az görücü us l  ve aile aracılığı ile tanıştığı belirlenmiştir. Görücü us l  ve aile aracılığı ile tanışarak evlilik, bir bakıma eşlerin birbirini yeterince tanımadan ve iletişim kurmadan yapılan bir evlilik şeklidir. Böyle bir durumda eşlerin birbiri ile iletişim kurması, uyum sağlaması, cinsel hayatın sorunsuz olması zorlaşmaktadır. Araştırmamızda eşle tanışma şeklinin görücü us l  ve aile aracılığı ile olması, flört ederek ya da iletişim araçları ile olmasına göre daha fazla C B ile ilişkili bulunmuştur. Görücü us l -kendi isteği olmadan yapılan evlilikler sonucu eşe karşı oluşan olumsuz duygu ve düşünceler, eş reddine sebep olabilmektedir. Ülkemizde yapılan diğer bazı araştırmalarda da, bizim sonuçlarımıza benzer olarak görücü us l  veya zorla evlilik yapmanın, cinsel sorunlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (191,201).

Bu sonucun diğer bir açıklaması da, hastaların partner ve eş bulmada zorluk yaşaması veya hastalıklarının sonuçları nedeniyle bunu başaramaması ve aile ve  evre desteği ile bu sorunun üstesinden gelmesi şeklinde yorumlanabilir.

Bu araştırmanın diğer önemli bir sonucu, BB I olan hastalarda ve kontrol grubunda, GRCDÖ toplam puanları ile yaş ve  ocuk sayısı arasında pozitif ilişki saptanmış olmasıdır. Cinsel işlevlerin yaşla birlikte olumsuz değişikliklere uğradığı daha önceki birçok araştırma sonucunda bildirilmiştir (91,202,203).  ocuk sayısı bir yanı ile yaşa bağlı olabilecek bir yanı ile de bağımsız bir değişken olduğu için, cinsel işlevlere dolaylı yoldan etki edebilmektedir.  ocuk, istenilen ve vazgeçilmez oluşu yanında, eşler arasında yakınlaştırıcı olabildiği gibi bariyer de olabilmektedir. Yapılan iki araştırmada ailede küçük çocukların varlığının cinsel ilişki sıklığını azalttığı bildirilmiştir (85,200).

Bu araştırmada, kontrol grubundaki katılımcılarda GRCDÖ toplam puanı ile eğitim yılı ve ailenin aylık gelir düzeyleri arasında negatif, evlilik süresi ile pozitif ilişki saptanırken, hasta ve eşlerinde GRCDÖ toplam puanı ile bu parametreler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hasta ve eşlerinde, eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi ve evlilik sürelerine bağlı olmaksızın C B yüksek oranda görülmektedir. Bu durum, hastalığın kendisi ile ilişkili gibi görünmektedir. Eğitim düzeyinin yüksek olması, sosyal alanı ilgilendiren diğer birçok alanda olduğu gibi, cinsellik alanında da bir avantaj sağlayabilir. Her şeyden önce eğitimle birlikte, iletişimin niteliksel ve niceliksel olarak artması beklenir. Bu artış, cinsel hayatı da olumlu anlamda etkileyebilir. Finansal sorunların varlığı ise, aile işlevlerinin, kişinin yaşam kalitesinin ve hayattan

beklentilerinin azalmasına sebep olmakla birlikte, bu kişilerin cinsel motivasyonlarında bazı olumsuz değişikliklere yol açabilir. Benzer şekilde ABD’de yapılan bir araştırmada özellikle lise düzeyinden daha az eğitim düzeyine sahip olan kadınlarda CİB’in daha çok gözlemlendiği bildirilmiştir (91). Benzer şekilde bizim araştırmamızda, kontrol grubundaki katılımcılarda, eğitim düzeyi ilköğretim okulu ve altında olan katılımcılarda CİB sıklığı, lise ve üzerinde olan katılımcılardan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Laumann ve ark.’ın (84) araştırmasında, finansal problemler yüzünden stres altında olma ile kadınlarda anorgazmi, erkeklerde ED arasında ilişki bildirilmiştir. Eğitim düzeyi ile ilişkili olarak, katılımcılarda eğitim düzeyi ile kadın katılımcılarda lubrikasyon sorunları ile pozitif, erkek katılımcılarda PE ile negatif ilişki saptandığı bildirilmiştir. Bizim araştırmamızda BB I olan kadın hastalarda GRCDÖ vajinismus puanı ile eğitim düzeyi ve aylık gelir düzeyleri arasında negatif ilişki saptanmıştır. İlimizde sağlıklı nüfusta CİB’i değerlendiren bir araştırmada, eğitim düzeyinin artması, kadın katılımcılarda CİB ve erkek katılımcılarda ED sıklığında azalma ile ilişkili bulunmuştur (86).

Evlilik süresinin uzunluğu, eşler arasındaki evliliğin ilk yıllarındaki tutku ve heyecanın zamanla azalması ve cinsel hayatın rutine girmesine ve cinsel yaşamda sorunların sıklaşmasına sebep olabilir. Evlilik süresinin uzunluğu, birçok araştırmada CİB sıklığının artması ile ilişkili bulunmuştur (84,200,204,205).

Bu araştırmada, hasta eşleri ve kontrol grubunda en az bir adet psikoaktif madde kullanımı ve sigara kullanımının CİB sıklığını arttırdığı saptanırken, BB I olan hastalarda ilişki saptanmamıştır. Alkol kullanımı ile CİB sıklığı arasında ilişki, hasta ve eşleri grubunda sayı yetersizliği nedeniyle değerlendirilememiştir. Kontrol grubunda alkol kullanımı ile CİB sıklığı arasında ilişki saptanmamıştır. Bunun nedeni, alkol bağımlılığının araştırmamızda bir dışlama kriteri olması, bu nedenle alkol kullanan katılımcıların örnekleme göre oldukça küçük olması olabilir.

Sigara kullanımının, özellikle erkeklerde ED ile ilişkili olduğu bilinmektedir (206,208). Alkol kullanımının, cinsel işlevselliğe olumsuz etkisi bilinmesine karşın, bir metaanalizde, haftada 8 birim ve üstünde içki tüketilmesinin, ED’ye karşı koruyucu olabileceği bildirilmiştir (209).

Bu araştırmanın diğer önemli bir sonucu, mastürbasyon sıklığının, kadın hastalarda CİB ile ilişkili olduğudur. Erkek hastalarda bu ilişki bulunmamıştır. Araştırmamızda, hasta ve kontrol grubundaki kadın katılımcıların yaklaşık yarısı, hasta eşleri grubundaki kadın katılımcıların ise, dörtte üçü hayatında hiç mastürbasyon yapmadığını bildirmiştir. Mastürbasyon yaptığını bildiren kadın katılımcılarda, cinsel işlevlerde bozulma daha az

olarak bulunmuştur. Cinsel isteğin somut bir göstergesi olan mastürbasyon, aynı zamanda cinselliği öğrenmenin de bir şeklidir. Bu öğrenmenin çeşitli toplumsal baskılar nedeniyle gerçekleşmemesi, aktif cinsel hayatı da olumsuz etkileyebilmektedir.

Ülkemizde psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastaların CİB açısından değerlendirildiği bir araştırmada, kadınlara mastürbasyon hakkındaki görüşleri sorulduğunda, %25.9'unun mastürbasyonu, 'günah, ayıp' olarak nitelendirdiği bildirilmiştir. Sözü edilen araştırmada, mastürbasyon hakkındaki tutumlar ile CİB arasında anlamlı ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (191).

Kore'de 47.000 katılımcı içeren internet temelli bir araştırmada, kadın nüfusta CİB sıklığı değerlendirilmiştir. Bizim araştırmamıza benzer şekilde, mastürbasyon yapmama ile CİB sıklığı ilişkili bulunmuştur. Kadınlarda CİB riskinin, mastürbasyon yapmama durumu ile yaklaşık 2 kat arttığı tespit edilmiş, mastürbasyon yapan kadınlarda özellikle lubrikasyon ve orgazm sorunlarının daha az yaşandığı tespit edilmiştir (210).

Britanya nüfusunda yapılan geniş örneklemli bir araştırmada, son 4 hafta içerisinde erkeklerin %73'ünün, kadınların %36.8'inin mastürbasyon yaptığı tespit edilmiştir. Erkek ve kadınlarda mastürbasyon davranışı ile eğitim düzeyinin ve sosyal sınıfın yüksek olmasının ilişkili olduğu bildirilmiştir (211).

Anksiyete, yaşamın her alanında işlevselliği olumsuz yönde etkileyebildiği gibi, cinsel işlevselliği de etkileyebilmektedir. Araştırmamızda hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki katılımcılarda, STAI ölçeği durumluk ve sürekli alt ölçekleri ve toplam puanı ile GRCDÖ toplam puan arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Bununla birlikte, tüm gruplardaki kadın katılımcılarda GRCDÖ vaginismus puanı ile STAI, STAI ve toplam puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Erkek hastalarda STAI ve STAI ile, hasta eşlerinde STAI ile, kontrol grubundaki erkeklerde STAI, STAI ve toplam puan ile GRCDÖ ED puanı arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Anksiyete düzeylerinin artması ile CİB sıklığının artması ile ilişkili bulunması yanında, vajinismus ve ED sıklığı ile ilişkili bulunmuştur. CİB içerisinde en sık anksiyete ile ilişkilendirilen bozukluk, ED olarak bilinmektedir. ED'nin ortaya çıkması ya da sürmesinde en önemli psikojenik nedenin, performans ile ilgili olumsuz beklenti ve değerlendirmeler olduğu bildirilmiştir (117).

Bazı araştırmacılara göre, sağlıklı gönüllülerde anksiyete oluşturan uyarıların cinselliği ve cinsel işlevleri kitledikleri öne sürülmüş (212), bazı araştırmacılar ise anksiyetenin cinsel uyarımı arttırabileceği ya da değiştirmeyeceğini öne sürmüştür (213).

Barlow (214), CİB'in nedenlerinden biri olarak, her iki cinsiyette CİB gelişiminde ve devamında anksiyetenin belirgin rol oynadığını vurgulamıştır. Yazara göre, CİB olan

bireylerin anksiyete düzeyleri, yaygın anksiyeteden, performans anksiyetesine kadar değişiklik gösterebilmektedir.

Kaplan (70), cinsel anksiyetenin gelişiminde yetersizlik korkusunun birincil rol oynadığını ve cinsel performansı azalttığını belirtmiştir. CİB'in tedavi planında, performans korkusu ve cinsel yetersizlik duygularının dikkate alınarak irdelenmeleri gerektiği üzerinde durmuştur.

Ülkemizde yapılan CİB olan erkeklerde anksiyete düzeylerini değerlendiren bir araştırmada, katılımcılarda %51.1 oranında anksiyete saptandığı bildirilmiştir. Araştırmada, sürekli anksiyete puanlarının, durumluk anksiyete puanlarından daha yüksek olduğu bildirilmiştir (215).

Ülkemizde vajinismus olan birçok kadının cinsellikle ilgili sert ve kısıtlayıcı ortamlarda yetişmesinin, cinsellik konusunda suçluluk duyguları ve endişenin gelişmesine zemin oluşturmaktadır (216). Ülkemizde vajinismus tanılı 100 kadında yapılan tematik algı testinde, hastaların %99'unda suçluluk duygusu, %65'inde cinsel suçluluk, %70'inde affektif ambivalans ve %97'sinde anksiyete saptandığı bildirilmiştir (217).

Araştırmamızda, GRCDÖ puanının 5 ve üzerinde olması ile CİB saptanan BB I olan hastaların sadece %60'ında subjektif değerlendirme ile cinsel sorun olduğu öğrenilmiştir. Hasta eşlerinde bu oran %71.4 ve kontrol grubunda %79.3 olarak belirlenmiştir. Yani hastaların cinsel sorunlarına olan farkındalığı, hasta eşleri ve kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur. Cinsellik insanın en mahrem alanlarından biri olduğundan, bu alanda yaşanan sorunlar için hastaların farkındalığının düşük olması önemlidir. Buna göre, cinsel sorunu olan bireylerin, bu sorunu görmezden gelme ya da kabullenememe durumları nedeniyle, CİB polikliniklerine beklenenden daha az başvurduğu düşünülebilir.

Aksine, GRCDÖ puanı 5'in altında olan hastaların %8.7'sinin ve kontrol grubunun %14.7'sinin subjektif değerlendirme ile cinsel sorunları olduğu öğrenilmiştir. Hasta eşlerinde GRCDÖ puanı 5'in altında olan tüm katılımcılarda, subjektif değerlendirme ile cinsel sorunu olmadığı öğrenilmiştir. Bu durumda kontrol grubundaki katılımcıların cinsel beklentilerinin yüksek olması nedeni ile yaşadıkları çeşitli zorlukları abarttığı düşünülebilir. Cinsel sorunu olmadığı halde bireyler, sosyal öğretiler ve iletişimsizlik nedeniyle kendilerinde cinsel bir sorun olduğu yanılgısına kapılabilirler.

Bipolar bozukluğu olan hastaların cinsel yaşamlarındaki sorunlara karşı farkındalıklarının düşük olduğu bilinmektedir. Hariri ve ark.'ın (185) araştırmasında, BB olan hastalar, eroin bağımlılığı olan hastalara göre cinsel yaşamla ilgili daha fazla sorun yaşamalarına rağmen, bu soruna karşı farkındalıklarının daha az olduğu saptanmıştır.

Mahmoud ve ark.'ın (4) yaptığı araştırmada, şizofreni ve BB olan hastalarda araştırmacının kendi hazırladığı cinsel anket ile CİB değerlendirilmiş, şizofreni tanılı hastalarda %93.3, BB olan hastalarda %54.8 oranında CİB saptanmıştır. Hastaların kendi cinsel hayatlarından memnuniyetleri sorgulandığında ise, paradoksal olarak BB olan hastaların %51.6'sı, şizofreni tanılı hastaların ise sadece %6.6'sının kendi cinsel hayatlarından memnun olmadığı, şizofren hastaların cinsel sorunlarına olan farkındalığının BB olan hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Bu araştırmadaki kontrol grubunda tespit ettiğimiz bulguya benzer şekilde, ülkemizde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi CİB Polikliniği'ne çeşitli cinsel sorun ve kaygılarla başvuran her beş kişiden birinde yapılan muayene ve değerlendirmeler sonucunda herhangi bir CİB bulunmadığı bildirilmiştir. Bu başvuruların genellikle cinsellikle ilgili yanlış inançlardan, gerçekçi olmayan beklentilerden, cinsel eğitimsizlikten ya da deneyimsizlikten kaynaklandığı tahmin edilmektedir (104).

Bu araştırmanın diğer önemli bir sonucu, geçirilmiş manik atak sayısının depresif atak sayısından fazla tespit edilmesidir. Bu duruma, manik atakların yeti yitimine daha fazla sebep olması nedeniyle, depresif ataklardan daha fazla hatırlanması sebep olmuş olabilir.

Bu araştırmanın diğer önemli bir sonucu, BB I olan hastalarda GRCDÖ toplam puan ortalamasının, hastalığın başlangıç yaşı, ilk tedavi yaşı, tedavisiz geçen süre gibi değişkenlerden etkilenmediğinin saptanmasıdır. BB I olan hastalarda, hastalık süresi uzaması ile GRCDÖ toplam puan arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Ayrıca hastalık süresinin, erkek hastalarda GRCDÖ sıklık ve doyum puanları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Hastalık süresinin uzaması ile oluşan olası yeti yitimleri ile birlikte, erkek hastalarda cinsel ilişki sıklığı ve cinsellikten elde edilen doyum da olumsuz yönde etkilenmektedir.

Hastanede yatış sayısı, sadece erkek hastalarda ED puanı ile ilişkili bulunmuştur. Yatış sayısının fazla olması, aynı zamanda hastalığın sık nüks etmesi ve kötü prognoz anlamı taşıdığından, cinsel işlevsellik ile ilişkisi önemsenmelidir.

Bu araştırmada, BB I olan hastalarda, manik atak sayısı ile CİB sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Oysa CİB, depresif atak sayısının ikinin üzerinde olması ile ilişkili bulunmuştur. Depresif atak sayısının ikinin üzerinde olması, hastalarda CİB sıklığının ve kadın hastalarda anorgazmi sıklığının yüksek olması ile ilişkili bulunmuştur. BB I olan hastalarda, tekrarlayan depresif ataklar, cinsel işlevselliği manik ataklardan daha fazla etkilemektedir.

Bununla birlikte araştırmamızda BB I olan hastalarda, geçirilen son atağı depresif tipte olan hastalarda, manik tipte olanlara göre CİB daha yüksek saptanmıştır. Depresif atak tedavisinde antidepresan kullanımı tartışmalı olsa da, unipolar depresyondan daha kısa süreli de olsa kullanıldığı bilinmektedir. Antidepresanların, CİB yan etkisi oldukça sık karşılaşılan bir durumdur (156,159). Hastalığın son atağının depresif tipte olması nedeniyle yakın zamanda antidepresan kullanımının olası olması, cinsel sorun sıklığının neden bu hastalarda daha sık bulunduğunu kısmen açıklayabilir.

Aizenberg ve ark.'ın (138) BB olan hastalarda CİB'i değerlendirdiği araştırmada, CİB sıklığı, bizim araştırmamıza benzer şekilde depresif atakların manik ataklara göre daha sık ve daha uzun süreli olması ile ilişkili bulunmuştur.

Cinsel işlev bozukluğu ve depresyon arasındaki ilişki karmaşık, iki-yönlü ve nedensel olarak yeterince net değildir (218). CİB, hem depresyonun bir belirtisi ve hem de pek çok antidepresanın yan etkisidir. Depresyonda, cinsel döngünün her basamağında sorun olabileceği gibi, bu durumun en fazla cinsel istek fazında yaşandığı bilinmektedir. Genel popülasyonla kıyaslandığında depresyon hastalarında daha yüksek oranda CİB görüldüğü ile ilgili yaygın bir fikir birliği vardır (218-220).

Araştırmamızda daha önce intihar girişimi öyküsü olan 9 hastanın 8'inde CİB olduğu tespit edilmiştir. İntihar girişimi öyküsü olmayan hastalarda bu oran çok daha düşüktür. İntihar girişimi öyküsü, manik ataklardan ziyade depresif ataklarla ilişkilendirilebilir. Bu durum, depresyonla CİB'in bilinen ilişkisini akla getirir.

Bipolar bozukluk depresif atak tanısı alan 60 hasta ve unipolar depresyon tanılı 82 hastada intihar öyküsü ile CİB ilişkisini değerlendiren bir araştırmada, cinsel yanıt döngüsünün her üç aşamasındaki bozukluk, hastalarda yaşam boyu intihar girişimi öyküsü ile ilişkili olarak bulunmuştur. Bipolar depresif atak tanılı hastalarda yaşam boyu ölüm düşünceleri ile sık cinsel partner değiştirme, cinsel istek, uyarılma ve orgazm yeteneğinde azalma arasında ilişki bulunmuştur. Sık cinsel partner değiştirme dönemleri ile, 'hayatın yaşamaya değer olmadığı' düşüncesi ilişkili bulunmuştur. Özellikle de önceki yaşanmış olan CİB ile intihar planı ya da girişimi arasındaki ilişkinin önemli olduğu belirtilmiştir (136). Bu araştırmanın sonuçları, bizim araştırmamızla benzer bir sonuç vermesine rağmen, BB olan hastaların depresif dönemde değerlendirilmiş olması, intihar riskinin daha net bir şekilde ele alınmasını sağlamış olabilir.

Bu araştırmada, hastalarda geçirilmiş toplam atak sayısının dördün üzerinde olması ile sıklık alanında sorun yaşama ve CİB sıklığının arttığı saptanmıştır. Ayrıca, geçirilmiş toplam atak sayısının dördün üzerinde olması, kadınlarda anorgazmi ve erkeklerde ED

alanında sorun yaşama ile ilişkili bulunmuştur. Toplam atak sayısının artması, hastalığın kronisitesini göstermektedir ve BB I olan hastalarda kronisitenin varlığı, araştırmamızda CİB ile ilişkili bulunmuştur.

Benzer şekilde araştırmamızda ataklar sırasında psikotik özellik varlığının, CİB'le ilişkili olduğu saptanmıştır. Ataklar sırasında psikotik özelliğin varlığı, hastalığın şiddetinin yüksek olduğunu ve genel işlevselliğin daha fazla bozulacağını düşündürebilir. Psikotik özellik, aynı zamanda tedavide duygudurum düzenleyici ile birlikte antipsikotik kullanılmasını gerektirmektedir. Sürdürüm tedavisinde çoğu zaman bu hastaların tedavisinde antipsikotikler yer almaktadır. Antipsikotiklerin CİB'e neden olan yan etkisi iyi bilinmektedir (49,166). Bu durum, atak dönemlerinde psikotik özelliği olan hastalarda daha fazla CİB saptamamızın nedenini açıklayabilir.

Bu araştırmada BB I olan hastaların, lityum ve antipsikotik kombinasyonu kullanan hastaların %66.7'sinde ve VPA ve antipsikotik kombinasyonu kullanan hastaların %75'inde CİB olduğu saptanmıştır. Tek tip ilaç alan hastalarda bu oran daha düşük bulunmuş olsa da, örneklemin küçük olması nedeni ile istatistiksel işlem yapılamamış ve bulgularımız, tedavide kullanılan ilaçlar ile CİB ilişkisi hakkında yeterli kanıt sağlayamamıştır.

Literatürde BB olan hastalarda kullanılan tedavinin neden olduğu CİB konusunda az sayıda araştırma mevcuttur. Nagaraj ve ark.'ın (6), 108 erkek BB I remisyonda hastada, tipik ve atipik antipsikotiklere bağlı CİB yan etkilerini karşılaştırdığı araştırmada, ED sıklığı tipik antipsikotik kullanan hastalarda, atipik antipsikotik kullanan hastalara göre daha yüksek bulunurken, CİB'in diğer yönleri açısından tipik ve atipik antipsikotik kullanan hastalar arasında anlamlı fark saptanmadığı bildirilmiştir.

Antipsikotiklere bağlı CİB, genellikle şizofreni hastalarında değerlendirilmiştir ve tipik antipsikotiklerin daha fazla cinsel yan etki yaptığını bildiren araştırmalar mevcuttur (167,221,222). Bunun yanında, bazı araştırmalarda CİB, tipik ve atipik antipsikotik kullanımında benzer olarak bulunmuştur (166,223).

Bu konuda klinisyenlerin genel fikri, tipik antipsikotiklerin daha fazla cinsel yan etki yaptığı şeklinde olsa da, atipik antipsikotiklerin çok daha yeni kullanıma girmiş olması ve bu konuda yapılan araştırma sayısının az olması, yorum yapmayı zorlaştırmaktadır. Çünkü CİB yan etkisi, dopamin reseptörleri ve prolaktin aracılığıyla olduğu gibi, serotonin mekanizmaları ile de gerçekleşebilmektedir. Atipik antipsikotiklerin, daha çok serotonerjik etkileri yoluyla cinsel işlevleri etkilediği belirtilmektedir (224).

Lityum karbonat kullanımının CİB yan etkisi konusunda literatürdeki bulgular çelişkilidir. BB ve şizoaffektif bozukluğu olan, remisyonda ve tek başına lityum kullanan 35 erkek katılımcıda CİB'i değerlendiren bir araştırmada, katılımcıların %23'ünde cinsel düşüncelerde azalma, %20'sinde cinsel ilişki sırasında ereksiyon kaybı bildirmiştir. Yine de hemen hemen her hastada, cinsel aktivitede alınan doyum korunmuş, var olan sorunların, hastalara sıkıntı yaratacak ya da tedavi uyumsuzluğuna yol açacak düzeyde olmadığı belirtilmiştir. Ölçülen serum lityum düzeyleri ile bildirilen CİB arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (138).

Lorimy ve ark.'ın (225) araştırmasında BB olan hastalarda, uzun süreli lityum kullanımı ile katılımcıların yarısında cinsel istekte azalma olduğu bildirilmiştir.

Başka bir araştırmada, BB olan ve lityum karbonatla antipsikotik kombinasyonu kullanan hastalarda, yalnız antipsikotik kullananlara göre CİB'in yaklaşık %10 daha az görüldüğü, bir anlamda lityum kullanımının cinsel sorunlara karşı koruyucu olabileceği bildirilmiştir (169).

Lityum ve BDZ kullanımının CİB açısından değerlendirildiği bir araştırmada CİB, tek başına lityum kullanımı ile %14, lityum ve BDZ kombinasyonu kullananlarda %49 olarak bulunmuştur. Plazma lityum düzeyi, prolaktin düzeyi ve CİB skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı belirtilmiştir. Sonuç olarak araştırmada, BB olan hastalarda tek başına lityum kullanımının, CİB üzerine etkisi anlamlı değilken, lityum ve BDZ birlikte kullanıldığında CİB'i anlamlı derecede arttırdığı bildirilmiştir (5).

Mekanizması net olarak bilinmemekle birlikte, antiepileptik ilaçlar hormon profili ve cinsel işlevlerde değişiklikler yapabilmektedir. VPA'nın hormonal profil ve cinsel yan etkileri konusunda, daha çok epilepsi hastalarında yapılan araştırmalar mevcuttur. Kadınlarda, özellikle 20 yaşından önce VPA tedavisi başlanan hastalarda, polikistik over sendromu ya da hiperandrogenizm görülme sıklığı %80'lere varan oranda bildirilmiştir (226).

Valproik asit kullanımının epilepsi tanılı erkek hastalarda ve hayvanlarda üreme hormonlarını ve sperm parametrelerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (142).

Valproik asitin BB ve epilepsi hastalarında üreme işlevleri ve cinsel yan etkileri açısından Uluslararası Erektile Disfonksiyon Değerlendirme Formu ile değerlendirildiği bir araştırmada, lityum kullanan hastalarla aralarında CİB açısından anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir. Epilepsi nedeniyle VPA kullanan grupla, BB nedeniyle VPA kullanan grup karşılaştırıldığında, orgazmik işlev ve genel memnuniyet puanlarının BB olan hasta

grubunda daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Epilepsi tanılı grupta BB olan hastalara göre daha fazla cinsel sorun yaşandığı bildirilmiştir (227).

Bipolar bozuklukta lamotrijin kullanımı ile CİB ilişkisini değerlendiren bir araştırmaya literatürde rastlanmamıştır. Epileptik hastalarda lamotrijin kullanımının seks hormonlarına etkisinin, VPA'dan daha nadir görüldüğü bildirilmiştir (149).

Lamotrijin, enzim indükleyici bir antiepileptik olmadığı için, erkeklerde testosteron ve estradiol metabolizmasına etki göstermeyerek bir avantaj sunabilir. Epileptik erkeklerde enzim indükleyici antiepileptikten lamotrijine geçiş yapıldığında, üreme ve cinsel işlevlerde iyileşme göstermesi de bu düşüncüyü desteklemektedir (150).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda CİB, cinsel davranışa aracılık eden beyin bölgelerinde işlevsel ve yapısal bozulma ve psikotrop ilaçların etkisi gibi biyolojik faktörler ve iletişim bozukluğu ve sosyal damagalanma gibi psikososyal faktörler nedeni ile ortaya çıkabilmektedir. CİB, sağlıklı insanlarda olduğu gibi bu hastalarda pek çok faktörden etkilenmekte ve genellikle net olarak neden olan durum belirlenmemektedir.

Bu araştırmada, BB I olan hastalar ve eşlerinde CİB ve eşlik eden faktörler değerlendirilmiştir. Cinsellik gibi önemli bir konuda hastalar ve eşlerinin birlikte değerlendirilmesi önemli ve gereklidir. Eşlerle birlikte değerlendirme, BB olan hastalarda ilk kez yapılmıştır. Evli olmayan hastalarda CİB'in değerlendirilmesi, eksik ve hatalı yorumlamaya yol açabileceğinden, araştırmaya sadece evli hastaların dahil edilmesi, cinsel hayatın aktif olduğu örneklemini incelememizi sağlamıştır. Sosyodemografik veriler ve klinik değişkenlerin yanında, aile işlevlerinin ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmeye alınması, cinsel hayata etki eden bu iki önemli faktörün etkisini açığa vurmak açısından önemlidir. Ek olarak, hasta ve eşleri ile yaş ve eğitim düzeyi açısından benzer olan sağlıklı kontrol grubundaki çiftlerin değerlendirilmesi ile, hastalar ve eşlerindeki olası farklılıkları anlamak ve karşılaştırmak açısından önem taşımaktadır.

Araştırmamızın en önemli kısıtlılıklarından birisi, BB I olan hastalardaki cinsel soruna neden olabilecek tedavinin etkisini göz ardı edememizdir. Hastaların remisyon döneminde olması belirleyici olmakla birlikte, araştırmadaki tüm hastalar ilaç tedavisi altındadır. Psikotrop ilaç kullanmayan, yeni tanı konulmuş BB olan hastalarda CİB'in değerlendirilmesi, hastalığın cinsel işlevselliğe neden olabilecek etkisinin net olarak değerlendirilmesine ve daha doğru veriler elde edilmesine yardımcı olabilir.

Ayrıca ilaç yan etkilerini ayırt etme açısından kan prolaktin ve ilaç düzeylerinin değerlendirilmemiş olması, bu araştırmanın kısıtlılıklarından biridir. Cinsellik, sosyal ve kültürel değerlerden oldukça etkilenen bir kavram olduğundan, anketlerle değerlendirmek

yanılırlara sebep olabilir. Hormonal ölçümler, pletismografi, ultrasonografi gibi ölçümlerin yapılması, organik etiyojolojiye bağı CİB'i ayırt etmek açısından oldukça önemlidir. Araştırmanın diğ er bir kısıtlılığı, BB olan hasta eşlerinde, araştırmaya alınma ölçütü olarak, bilinen bir psikiyatrik hastalığı olmamasının yeterli sayılmış olmasıdır. Oysa hasta yakınlarında tanı konulmamış da olsa, psikiyatrik sorunların sık olduğı bilinmektedir. BB olan hasta eşlerinin yapılandırılmış bir ölçekle psikiyatrik hastalığının olmadığının doğrulanması ile daha doğru veriler elde etmek mümkün olabilecektir.

Araştırmamızın diğ er bir kısıtlılığı, aile işlevlerini değ erlendirdiğimiz MMQ'nun ülkemizde geçerlik güvenirlik araştırması yapılmamış olmasıdır. Bu araştırmada, Erden (182) tarafından 2009'da yapılan tıpta uzmanlık tezinden alınan Türkçe çeviri kullanılmıştır.

Bu araştırmada örneklemimizin yaş ortalamasının 40 civarında yani orta yaş grubunda olmasının, sonuçların dikkatle yorumlanmasını gerektirmektedir. Yine BB I olan erkek hastalarda, kadın hastalara göre yaş ve hastalık süresinin uzun olması, sonuçları etkilemiş olabilir. Araştırmamızın kısıtlılıklarından birisi de, katılımcıların doğ um kontrol yöntemleri, gebelik öyküleri ve cinsel yolla bulaş an hastalıklar konusunda değ erlendirilmemiş olmasıdır. Cinsel hayat ve bu alanda yaşanan sorunların bu gibi pek çok faktörden etkilendiğı bilinmektedir.

Sonuç olarak araştırmamızda, BB I olan hastalarda ve eşlerinde, kontrol grubuna göre CİB sıklığının daha fazla olduğı belirlenmiştir. BB I olan hastaların eşlerinde CİB, hastalarla benzer oranda bulunmuş olmasına rağmen, hasta eşleri grubundaki kadın katılımcılarda bu oran, kadın hastalardan daha yüksek saptanmıştır. Bununla birlikte, CİB'in, yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey, aile işlevleri, evlilik süresi, eşle tanışma şekli, çocuk sayısı ve anksiyete durumu gibi faktörlerle ilişkili olduğı bulunmuştur. BB I olan hastalarda CİB, hastalık süresi, geçirilmiş depresif atak sayısı, geçirilmiş toplam atak sayısı, hastanede yatış sayısı, ataklarda psikotik özellik varlığı ve geçmişte intihar girişimi öyküsü ile ilişkili bulunmuştur.

Bipolar I bozukluğu, manik, depresif ve karış ık ataklarla giden, tekrarlayan, yaşamboyu devam eden, remisyon döneminde birçok hastada kalıntı belirtilerle seyreden ve psikolojik ve sosyal alanlarda çeş itli yeti yitimlerine neden olan bir bozukluktur. Sosyal iletişimin önemli bir parçası olan cinsellik, hastalığın kendisi, kullanılan tedavi ve toplumsal damgalama nedeniyle olumsuz etkilenebilmektedir. Klinisyenler ne yazık ki pratikte bu hastaların cinsel hayatlarını, tanı ve tedaviden sonra gelen bir durum olarak

algılamakta ve geri planda düşünmektedirler. Cinsellik, pek çok kronik psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, BB’de tanı ve tedaviden sonra gelmekte, hatta kişi için bir lüks gibi algılanmaktadır. Oysa psikiyatrik tanı ve tedavide, hasta ile iletişimimizde hastalara insancıl yaklaşmanın yolları aranmalıdır. Düzenlenecek tedavi ve yan etkileri konusunda klinik görüşmelerde dikkatli olunmalıdır. Rutin psikiyatrik muayenenin yanında, hastanın cinsel hayatı ve sorunları ilgili sorular sormak, hastanın hem güvenini kazanmamıza yardımcı olur, hem de tedaviye olan uyumu arttırabilir.

Bununla birlikte hastaların cinsel yaşamları hakkındaki bilgiler bazı yönlerden oldukça önem taşımaktadır. Cinsel aktivite, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların sosyal becerileri ve ilişki niteliklerinin iyi bir göstergesi olabilmektedir. Kişinin, düzenli ve tatmin edici bir cinsel yaşamının olması, genel yaşam kalitesini ve işlevsellik düzeyini daha iyiye taşıyabilmektedir. Klinik pratikte oldukça sık rastlanılan antipsikotik ve duygudurum düzenleyici ilaç tedavilerinin yol açabileceği CİB, sorgulanmadıkça ve gerekli önlemler alınmadıkça tedavi uyumsuzluğuna önemli bir katkısı olabileceği akılda tutulmalıdır.

Ayrıca, BB I olan hastaların yalnızca kendileri değil, aileleri de toplumsal damgalamadan payını almakta ve yaşamdan beklentilerini azaltmaktadır. Özellikle atak dönemlerinde hastalarla çeşitli iletişim zorlukları yaşayabilmekte, bazen de şiddete maruz kalabilmektedirler. Toplumsal damgalama nedeniyle, kendi sosyal hayatlarında da birtakım kısıtlamalara gidebilmekte ve yetersizlikler yaşayabilmektedirler. BB I olan hastalarda sık görülen sosyal ve cinsel yaşamla ilgili sorunlar, ilk olarak en yakınında bulunan kişiye, yani eşlerine yansımakta bu durum fark edilmedikçe bir kısır döngü oluşturabilmektedir. Araştırmamızda BB I olan hastalarda ve eşlerinde toplum ortalamasından daha yüksek oranda cinsel sorun saptanması, bu konuya daha fazla dikkat edilmesi konusunda bir uyarı niteliği taşıyabilir ve klinisyenlere farklı bir bakış açısı kazandırabilir.

SONUÇLAR

Bu araştırmada, son 2 aydır remisyonda olan BB I tanılı hastalar ve eşlerinde ve sağlıklı kontrol grubunda CİB sıklığını ve çeşitliliğini ve bununla ilişkili sosyodemografik ve klinik değişkenleri değerlendirmeyi amaçladık.

1. Araştırmamız, 31 kadın ve 27 erkek cinsiyette toplam 58 BB I olan hasta, bu hastaların eşleri olan 58 katılımcı ve sağlıklı kontrol olarak 62 çift (124 kişi) ile yapılmıştır. CİB sıklığı, BB I olan katılımcılarda %60.3, hasta eşleri grubunda %74.1, kontrol grubunda %23.4 oranında tespit edilmiştir. Cinsiyetlere göre CİB sıklığı ayrı ayrı değerlendirildiğinde, BB I olan kadın hastalarda %51.6, hasta eşleri grubundaki kadın katılımcılarda %77.8, kontrol grubundaki kadın katılımcılarda ise %21 oranında CİB tespit edilmiştir. CİB sıklığı, BB I olan hasta grubundaki erkek katılımcılarda %70.4, hasta eşleri grubundaki erkek katılımcılarda %71, kontrol grubunda ise %25.8 oranında tespit edilmiştir.

2. Bipolar I bozukluğu olan erkek cinsiyete sahip hastalarda, kadın cinsiyete sahip hastalara göre CİB sıklığı daha fazla olmasına rağmen, aralarında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Hasta eşleri ve kontrol grubundaki katılımcılarda, her iki cinsiyette CİB sıklığı benzer bulunmuştur. Bipolar I bozukluğu olan kadın hastalarda sıklık alanında %45.2 (n=14), iletişim alanında %64.5 (n=20), dokunma alanında %58.1 (n=18), kaçınma alanında %41.9 (n=13), doyum alanında %48.4 (n=15), vajinismus alanında %25.8 (n=8), anorgazmi alanında %32.3 (n=10) oranında sorun yaşadığı saptanmıştır. Erkek hastalarda sıklık alanında %63 (n=17), iletişim alanında %48.1 (n=13), dokunma alanında %44.4

(n=14), kaçınma alanında %40.7 (n=11), doyum alanında %51.9 (n=14), PE alanında %63 (n=17), ED alanında %51.9 (n=14) oranında sorun yaşadığı saptanmıştır.

3. Araştırmamızda, GRCDÖ alt ölçeklerinin en az birinde sorun yaşama sıklığı BB I olan hastalarda %87.9, hasta eşlerinde %91.4 oranında saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kontrol grubunda bu oran %71 olup, hasta ve hasta eşleri grubundan anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

4. Cinsellikte en fazla sorun yaşanan alan, BB I olan kadın hastalarda iletişim, erkek hastalarda PE ve sıklık alanı olarak bulunmuştur. BB I olan kadın hastalarda ikinci sıklıkta sıklık alanında, erkek hastalarda doyum ve ED alanlarında sorun yaşandığı tespit edilmiştir. Hasta eşleri grubundaki katılımcılarda ise cinsellikte en fazla sorun yaşanan alan, kadın katılımcılarda iletişim, erkek katılımcılarda sıklık alanı olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadın katılımcılarda cinsellikte en fazla sorun yaşanan alan dokunma, erkek katılımcılarda ise BB I hasta grubu ile benzer şekilde PE olarak saptanmıştır.

5. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubunda, her iki cinsiyette de eğitim düzeyleri, çalışma durumları ve evlilik süreleri ve çocuk sayıları benzer bulunmuştur. Hasta ve eşleri grubunda, görücü usulü ve aile aracılığı ile eşle tanışma, kontrol grubuna göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda çiftlerin, eşleri ile daha fazla flört ederek ve daha az görücü usulü ve aile aracılığı ile tanıştığı belirlenmiştir. Eşle tanışma şeklinin görücü usulü ve aile aracılığı olması, daha fazla, flört ederek ya da iletişim araçları aracılığı ile olması, daha az cinsel sorun ile ilişkili bulunmuştur.

6. Hastalar, eşleri ve kontrol grubunda her iki cinsiyette MMQ aile alt ölçeği ve toplam puan ortalamaları benzer bulunmuştur. Hasta ve hasta eşleri grubunda, MMQ cinsellik alt ölçeği ortalaması, kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubunda MMQ aile ve cinsellik alt ölçeği ile toplam puan ortalamaları, GRCDÖ toplam puan ortalaması ile pozitif ilişkili bulunmuştur. MMQ ile değerlendirilen aile işlevlerindeki bozulma, CİB sıklığında artma ile ilişkili bulunmuştur.

7. Hasta ve kontrol grubundaki katılımcılarda yaş ve çocuk sayısı ile GRCDÖ toplam puanı arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Hasta eşleri grubunda yaş ile GRCDÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kontrol grubundaki katılımcılarda eğitim yılı ve aylık gelir düzeyleri ile GRCDÖ toplam puanı arasında negatif, evlilik süresi ile pozitif ilişki bulunmuştur.

8. Hasta ve kontrol grubundaki katılımcılarda, STAI ölçeği durumluk ve sürekli anksiyete ve toplam puanları ile GRCDÖ toplam puan arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Hasta eşleri grubunda STAIS ve toplam puanları GRCDÖ toplam puanı arasında pozitif ilişki

saptanmıştır. Hasta eşleri grubunda STAID ile GRCDÖ toplam puanı arasında ilişki saptanmamıştır. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki kadın katılımcılarda, STAID, STAIS ve toplam puan ortalamaları ile GRCDÖ vajinismus puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Hasta, hasta eşleri ve kontrol grubundaki erkek katılımcılarda STAIS ile GRCDÖ ED puanı arasında pozitif ilişki saptanmıştır.

9. Hasta eşleri ve kontrol grubunda sigara kullanımı ile CİB sıklığı arasında ilişki saptanırken, hastalarda anlamlı ilişki saptanmamıştır. Alkol kullanımı ile CİB sıklığı arasında ilişki saptanmamıştır. BB I olan kadın hastalarda mastürbasyon yapmama ile CİB sıklığı ilişkili bulunurken, erkeklerde anlamlı ilişki saptanmamıştır. GRCDÖ tüm alt ölçekler ve toplam puan ortalaması, hastalığın başlangıç yaşı, ilk tedavi yaşı, tedavisiz geçen süre gibi değişkenlerden etkilenmemiştir. BB I olan hastalarda, hastalık süresi uzadıkça, GRCDÖ toplam puan da artmaktadır. Ayrıca hastalık süresi, erkek hastalarda GRCDÖ sıklık ve doyum puanları ile ilişkili bulunmuştur. Hastanede yatış sayısı, erkek hastalarda GRCDÖ ED puan ortalaması ile ilişkili bulunmuştur.

10. Araştırmamızda, BB I olan hastaların cinsel işlevselliği, manik atak sayısından ziyade, depresif atak sayısı ile ilişkili bulunmuştur. Depresif atak sayısının yüksek olması ile sıklık alanında sorun yaşama ve CİB sıklığının arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca depresif atak sayısının yüksekliği ile kadınlarda anorgazmi sıklığı arasında ilişki saptanmıştır. BB I olan hastalarda, cinsel sorun sıklığı, geçirilen son atağın depresif tipte olması ile ilişkili bulunmuştur. Hastalarda geçirilmiş toplam atak sayısının dördün üzerinde olması, ekadın hastalarda anorgazmi, erkek hastalarda ED ve her iki cinsiyette CİB sıklığı ile ilişkili bulunmuştur. Hastalarda atak sırasında psikotik özelliğin olması, CİB sıklığı ile ilişkili bulunmuştur.

ÖZET

Bipolar I bozukluğunda cinsel işlevler, hastalığın kendisinin yarattığı etkiler, tedavide kullanılan ilaçlar ve toplumsal damgalama nedeniyle olumsuz etkilenebilmektedir. Bu araştırmada, remisyonda ve son iki aydır ilaç tedavilerinde değişiklik yapılmamış olan Bipolar I bozukluğu olan hastalar, onların eşleri ve sağlıklı kontrol grubunda cinsel işlev bozukluğu sıklığı, çeşitliliği ve bununla ilişkili sosyodemografik ve klinik değişkenler değerlendirilmiştir. Araştırmaya, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran 58 evli hasta ve psikiyatrik hastalığı olmadığı bilinen eşleri alınmıştır. Araştırmanın kontrol grubunu, hasta ve eşleri ile, yaş ve eğitim düzeyine göre eşleştirilmiş sağlıklı 62 evli çift oluşturmuştur. Bipolar I bozukluğu olan hastalara, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Baskı Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme uygulanarak tanı doğrulanmıştır. Araştırmada tüm katılımcılara Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği ve Maudsley Evlilik Anketi uygulanmıştır. Cinsel işlev bozukluğu sıklığı, Bipolar I bozukluğu olan katılımcılarda %60.3, hasta eşleri grubunda %74.1, kontrol grubunda %23.4 oranında tespit edilmiştir. Cinsel işlev bozukluğu sıklığı, hasta ve hasta eşleri grubunda istatistiksel olarak benzer ve kontrol grubundan ise yüksek oranda bulunmuştur. Bipolar I bozukluğu olan kadın hastalarda sıklık alanında %45.2, iletişim alanında %64.5, dokunma alanında %58.1, kaçınma alanında %41.9, doyum alanında %48.4, vajinismus alanında %25.8, anorgazmi alanında %32.3 oranında sorun yaşadığı saptanmıştır. Erkek hastalarda sıklık alanında %63, iletişim alanında %48.1, dokunma alanında %44.4, kaçınma alanında %40.7, doyum

alanında %51.9, prematür ejakülasyon alanında %63, erektil disfonksiyon alanında %51.9 oranında sorun yaşadığı saptanmıştır. Araştırmamızda cinsel işlev bozukluğu sıklığı, yaş, eğitim düzeyi, aile işlevleri ve anksiyete düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur. Sonuç olarak Bipolar I bozukluğu olan hastalarda cinsel işlev bozukluğu oldukça yaygın olarak bulunmuştur. Bu hastaların eşlerinde bilinen bir psikiyatrik bozukluk olmamasına rağmen, cinsel işlev bozukluğu hastalarla benzer oranda saptanmıştır. Rutin klinik takip ve tedavi sürecinde klinisyenlerin Bipolar I bozukluğu olan hastalarda cinsel işlevleri değerlendirmemesi, tedaviye uyumu bozabilir veya bozukluk tedaviye dirençli hale gelebilir. Diğer yandan hasta eşlerinde cinsel işlev bozukluğunu sıklığının yüksek olması, iki yönlü etki ile hastalara ve evliliğe olumsuz yansıyabilir ve hastalığın prognozunu kötüleştirebilir. Bu araştırmada elde edilen bulgular, Bipolar I bozukluğu olan hastalar ve eşlerinde cinsel işlev bozukluğunun sık olduğunu göstermekte ve cinsel işlevlerin takip ve tedavi sürecinde önemsenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, eş, cinsel işlev bozukluğu, evlilik ilişkisi, anksiyete.

SEXUAL DYSFUNCTION AND RELATED FACTORS IN BIPOLAR I DISORDERED PATIENTS AND THEIR SPOUSES

SUMMARY

Sexual functions are negatively affected in Bipolar I disorder, caused by social stigma of the disorder, the disorder itself and side effects of the medications prescribed. In this study, Bipolar I patients, who were in remission and had no change of medication for last 2 months, and their spouses were reviewed in terms of sexual dysfunction frequency, range and associated sociodemographic and clinical variables in comparison with a healthy control group. Fifty eight married patients who admitted to Psychiatry Department of Trakya University Faculty of Medicine and their spouses who had no known psychiatric disorder were included in this study. Control group was made of 62 healthy married couples, matched to the actual patient group in terms of age and educational level. Bipolar I diagnosis was confirmed using the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition Axis I Disorders. Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction, Maudsley Marital Questionnaire and State-Trait Anxiety Inventory were used on all participants. Sexual dysfunction frequencies were found to be 60.3% in Bipolar I patients, 74.1% in patient spouses and 23.4% in the control group. Sexual dysfunction frequency was found to be statistically similar in patient and spouse groups and higher than the control group. In female patients with Bipolar I disorder, 45.2% had problems in frequency area, 64.5% in touching area, 41.9% in avoidance area, 48.4% in satisfaction area, 25.8% in vaginismus

area and 32.3% in anorgasmia area. In male patients, 63% had trouble in frequency, 48.1% in communication, 44.4% in touching, 40.7% in avoidance, 51.9% in satisfaction, 63% in premature ejaculation and 51.9% in erectile dysfunction. In our study, sexual dysfunction frequency was found to be related with age, education level, family functions and anxiety levels. As a result it is revealed that sexual dysfunction is quite common in Bipolar I patients. Although there were no known psychiatric disorders in patients' spouses, sexual dysfunction rates were similar to the patients. Difficulties in the routine clinical follow-ups and screening sexual functionality by clinicians in Bipolar I patients can affect the treatment compliance and make the disorder resistant to treatment. On the other hand, this high frequency of sexual dysfunction can negatively affect patients disorder and their marriage. This data gathered in this study shows that sexual dysfunction is quite common in Bipolar I patients and their spouses, underlining the importance of the screening sexual functions' in follow-up and treatments.

Key words: Bipolar disorder, spouse, sexual dysfunction, marriage relationship, anxiety.

KAYNAKLAR

1. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord* 2001;67(1-3):3-19.
2. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996 ;276(4):293-9.
3. Buckley PF, Wiechers IR. Sexual behavior of psychiatric inpatients: hospital responses and policy formulation. *Community Ment Health J* 1999;35(6):531-6.
4. Ben Mahmoud S, Zouari L, Dammak M, Ben Thabet J, Zouari N, Mazólej M. Evaluation of sexuality in 61 subjects suffering from chronic psychosis. *Sexologies* 2013; 22(2):59-63.
5. Ghadirian AM, Annable L, Belanger MC. Lithium, benzodiazepines, and sexual function in bipolar patients. *Am J Psychiatry* 1992;149(6):801-5.
6. Nagaraj AK, Nizamie HS, Akhtar S, Sinha BN, Goyal N. A Comparative Study of Sexual Dysfunction due to Typical and Atypical Antipsychotics in Remitted Bipolar-I Disorder. *Indian J Psychiatry* 2004;46(3):261-6.
7. Amerikan Psikiyatri Birliği (Çeviri: E. Koroğlu). Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsalel kitabı: Yeniden gözden geçirilmiş tam metin. (DSM-4-TR) 4. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.s 151-74.
8. Raja M, Azzoni A. Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *Eur Psychiatry* 2003;18(2):70-6.
9. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000;48(6):445-57.
10. Goldney RD. From mania and melancholia to the bipolar disorders spectrum: a brief history of controversy. *Aust N Z J Psychiatry* 2012;46(4):306-12.

11. Craddock N, Owen MJ. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *Br J Psychiatry* 2005;186:364-6.
12. Alloy LB, Urosevic S, Abramson LY, Jager-Hyman S, Nusslock R, Whitehouse WG et al. Progression along the bipolar spectrum: a longitudinal study of predictors of conversion from bipolar spectrum conditions to bipolar I and II disorders. *J Abnorm Psychol* 2012;121(1):16-27.
13. Pini S, Preve M. Approach to bipolar spectrum and subthreshold mood disorders. *Riv Psichiatri* 2011;46(4):233-41.
14. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22(3):517-34.
15. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(5):543-52.
16. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994;31(4):281-94.
17. Leibenluft E. Issues in the treatment of women with bipolar illness. *J Clin Psychiatry* 1997;58(Suppl 15):5-11.
18. Angst J. The course of affective disorders. *Psychopathology* 1986;19(Suppl 2):47-52.
19. Munk-Olsen T, Laursen TM, Meltzer-Brody S, Mortensen PB, Jones I. Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(4):428-34.
20. Kessing LV. Recurrence in affective disorder. II. Effect of age and gender. *Br J Psychiatry* 1998;172:29-34.
21. Coryell W, Akiskal H, Leon AC, Turvey C, Solomon D, Endicott J. Family history and symptom levels during treatment for bipolar I affective disorder. *Biol Psychiatry* 2000;47(12):1034-42.
22. Young AH, Macpherson H. Detection of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2011;199(1):3-4.
23. Craddock N, Jones I. Genetics of bipolar disorder. *J Med Genet* 1999;36(8):585-94.
24. Mitchell P, Mackinnon A, Waters B. The genetics of bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 1993;27(4):560-80.
25. Arisoy O, Oral ET. Genetic studies of bipolar disorder: a review. *Türk Psikiyatri Derg* 2009;20(3):282-93.

26. Hlastala SA, Frank E, Kowalski J, Sherrill JT, Tu XM, Anderson B et al. Stressful life events, bipolar disorder, and the "kindling model". *J Abnorm Psychol* 2000;109(4):777-86.
27. Anand A, Verhoeff P, Seneca N, Zoghbi SS, Seibyl JP, Charney DS et al. Brain SPECT imaging of amphetamine-induced dopamine release in euthymic bipolar disorder patients. *Am J Psychiatry* 2000;157(7):1108-14.
28. Benes FM, Berretta S. GABAergic interneurons: implications for understanding schizophrenia and bipolar disorder. *Neuropsychopharmacology* 2001;25(1):1-27.
29. Harvey AG. Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: seeking synchrony, harmony, and regulation. *Am J Psychiatry* 2008;165(7):820-9.
30. Dinan T, Bauer M. Neuroendocrinology of Bipolar Illness. In: Yatham LN, Maj M (Eds). *Bipolar Disorder*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2010;ch19.
31. Strakowski SM, Delbello MP, Adler CM. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a review of neuroimaging findings. *Mol Psychiatry* 2005;10(1):105-16.
32. Colom F, Vieta E, Martinez A, Jorquera A, Gasto C. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychother Psychosom* 1998;67(1):3-9.
33. Otto MW, Reilly-Harrington N, Sachs GS. Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *J Affect Disord* 2003; 73(1), 171-181.
34. Jones L, Scott J, Haque S, Gordon-Smith K, Heron J, Caesar S et al. Cognitive style in bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2005;187:431-7.
35. Coryell W, Fiedorowicz J, Leon AC, Endicott J, Keller MB. Age of onset and the prospectively observed course of illness in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2013;146(1):34-8.
36. Geller B, Tillman R, Craney JL, Bolhofner K. Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(5):459-67.
37. Turvey CL, Coryell WH, Solomon DA, Leon AC, Endicott J, Keller MB et al. Long-term prognosis of bipolar I disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99(2):110-9.
38. Leverich GS, Post RM, Keck PE, Jr., Altshuler LL, Frye MA, Kupka RW et al. The poor prognosis of childhood-onset bipolar disorder. *J Pediatr* 2007;150(5):485-90.
39. Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993;150(5):720-7.

40. Chen YW, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry* 1996;39(10):896-9.
41. Sachs GS. Treatment-resistant bipolar depression. *Psychiatr Clin North Am* 1996;19(2):215-36.
42. Schou M. Forty years of lithium treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(1):9-13.
43. Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Bartoli L. Long-term outcome of lithium prophylaxis in bipolar disorder: a 5-year prospective study of 402 patients at a lithium clinic. *Am J Psychiatry* 1998;155(1):30-5.
44. DasGupta K, Jefferson JW. The use of lithium in the medically ill. *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12(2):83-97.
45. Emrich HM, Wolf R. Valproate treatment of mania. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1992;16(5):691-701.
46. Grunze H, Adli M, Bauer M, Berger M, Bergmann A, Braunig P et al. Clinical standing of valproate treatment of bipolar disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2007;75(4):220-35.
47. Pope HG, Jr., McElroy SL, Keck PE, Jr., Hudson JI. Valproate in the treatment of acute mania. A placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(1):62-8.
48. Fawcett J. Valproate use in acute mania and bipolar disorder: an international perspective. *J Clin Psychiatry* 1989;50 Suppl:10-2.
49. Smith LA, Cornelius VR, Azorin JM, Perugi G, Vieta E, Young AH et al. Valproate for the treatment of acute bipolar depression: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2010;122(1-2):1-9.
50. Post RM, Weiss SR, Chuang DM. Mechanisms of action of anticonvulsants in affective disorders: comparisons with lithium. *J Clin Psychopharmacol* 1992;12(1 Suppl):23S-35S.
51. Ballenger JC, Post RM. Carbamazepine in manic-depressive illness: a new treatment. *Am J Psychiatry* 1980;137(7):782-90.
52. Folks DG, King LD, Dowdy SB, Petrie WM, Jack RA, Koomen JC et al. Carbamazepine treatment of selected affectively disordered inpatients. *Am J Psychiatry* 1982;139(1):115-7.
53. Greil W, Kleindienst N, Erazo N, Muller-Oerlinghausen B. Differential response to lithium and carbamazepine in the prophylaxis of bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1998;18(6):455-60.

54. Newport DJ, Stowe ZN, Viguera AC, Calamaras MR, Juric S, Knight B et al. Lamotrigine in bipolar disorder: efficacy during pregnancy. *Bipolar Disord* 2008;10(3):432-6.
55. Large CH, Daniel ED, Li X, George MS. Neural network dysfunction in bipolar depression: clues from the efficacy of lamotrigine. *Biochem Soc Trans* 2009;37(Pt 5):1080-4.
56. Tohen M, Zhang F, Taylor CC, Burns P, Zarate C, Sanger T et al. A meta-analysis of the use of typical antipsychotic agents in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001;65(1):85-93.
57. Yatham LN, Goldstein JM, Vieta E, Bowden CL, Grunze H, Post RM et al. Atypical antipsychotics in bipolar depression: potential mechanisms of action. *J Clin Psychiatry* 2005;66 Suppl 5:40-8.
58. Baldessarini RJ, Faedda GL, Offidani E, Vazquez GH, Marangoni C, Serra G et al. Antidepressant-associated mood-switching and transition from unipolar major depression to bipolar disorder: A review. *J Affect Disord* 2012;148(1):129-35.
59. Fornaro M, Martino M, De PC, Moussaoui D. The argument of antidepressant drugs in the treatment of bipolar depression: mixed evidence or mixed states? *Expert Opin Pharmacother* 2012;13(14):2037-51.
60. Li CT, Bai YM, Huang YL, Chen YS, Chen TJ, Cheng JY et al. Association between antidepressant resistance in unipolar depression and subsequent bipolar disorder: cohort study. *Br J Psychiatry* 2012;200(1):45-51.
61. Sidor MM, MacQueen GM. An update on antidepressant use in bipolar depression. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14(6):696-704.
62. Jarman CN, Perron BE, Kilbourne AM, Teh CF. Perceived treatment effectiveness, medication compliance, and complementary and alternative medicine use among veterans with bipolar disorder. *J Altern Complement Med* 2010;16(3):251-5.
63. Mukherjee S, Sackeim HA, Schnur DB. Electroconvulsive therapy of acute manic episodes: a review of 50 years' experience. *Am J Psychiatry* 1994;151(2):169-76.
64. Castelo-Branco C, Huezo ML, Lagarda JL. Definition and diagnosis of sexuality in the XXI century. *Maturitas* 2008;60(1):50-8.
65. Berer M. Sexuality, rights and social justice. *Reprod Health Matters* 2004;12(23):6-11.
66. Edwards WM, Coleman E. Defining sexual health: a descriptive overview. *Arch Sex Behav* 2004;33(3):189-95.
67. Doğan S, Küçükgöncü S. Geçmişten Günümüze Cinsellik Araştırmaları. *Noropsikiyatri Ars* 2009;46:102-9.

68. Masters WB, Johnson VE, Kolodny RC. Human Sexuality. Boston: Little Brown 1982.
69. Masters WB, Johnson VE. Human Sexual Response. Boston: Little Brown 1966.
70. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. J Sex Marital Ther 1977;3(1):3-9.
71. Atwood JD, Klucinec E. Current State of Sexuality Theory and Therapy. J Couple Relatsh Ther 2007;6(1-2):57-70.
72. Patel AS, O'Leary ML, Stein RJ, Leng WW, Chancellor MB, Patel SG et al. The relationship between overactive bladder and sexual activity in women. Int Braz J Urol 2006;32(1):77-87.
73. Bradford JM. The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour. Can J Psychiatry 2001;46(1):26-34.
74. Balfour ME, Brown JL, Yu L, Coolen LM. Potential contributions of efferents from medial prefrontal cortex to neural activation following sexual behavior in the male rat. Neuroscience 2006;137(4):1259-76.
75. Argiolas A, Melis MR. Central control of penile erection: Role of the paraventricular nucleus of the hypothalamus. Prog Neurobiol 2005;76(1):1-21.
76. Bancroft J. Biological factors in human sexuality. J Sex Res 2002;39(1):15-21.
77. Byne W. Human sexual orientation: The biologic theories reappraised. Arch Gen Psychiatry 1993;50(3):228-39.
78. Wylie K, Mimoun S. Sexual response models in women. Maturitas 2009 ;63(2):112-5.
79. Spector IP, Carey MP, Steinberg L. The sexual desire inventory: development, factor structure, and evidence of reliability. J Sex Marital Ther 1996;22(3):175-90.
80. İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Klin Psikiyatı 2004(Ek 3):3-13.
81. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual Behavior in the human male. Am J Public Health 2003;93(6):894-98.
82. Kinsey AC, Charles A. Sexual behavior in the human female: by the staff of the Institute for Sex Research, Indiana University. Indiana: Saunders; 1953.
83. Yıldırım EA. Cinsel İşlev Bozukluğu Tanımı ve Önemi. Türkiye Klinikleri, Psikiyatri Özel Sayısı 2009;2(4):6-10.
84. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gagnell C, Moreira E et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and

correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17(1):39-57.

85. Yılmaz E, Zeytinci İE, Sarı S, Karababa İF, Çilli AS, Kucur R. Konya il Merkezinde Yaşayan Evli Nüfusta Cinsel Sorunların Araştırılması. *Türk Psikiyatri Derg* 2010;21(2):126-34.
86. Nayır N. Edirne il Merkezi'nde Yaşayan Erişkinlerde Cinsel İşlev ve Cinsel İşlev Bozuklukları (tıpta uzmanlık tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
87. Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *J Sex Med* 2008;5(9):2044-52.
88. Bagherzadeh R, Zahmatkeshan N, Gharibi T, Akaberian S, Mirzaei K, Kamali F et al. Prevalence of female sexual dysfunction and related factors for under treatment in Bushehr Women of Iran. *Sex disabil* 2010;28(1):39-49.
89. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int* 2004;72(1):52-7.
90. Elnashar AM, El-Dien IM, El-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd Mohamed HM. Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *J Obstet Gynaecol* 2007;114(2):201-6.
91. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281(6):537-44.
92. Safari nejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res* 2006;18(4):382-95.
93. Sollod RN. Behavioral and psychodynamic dimensions of the new sex therapy. *J Sex Marital Ther* 1975;1(4):335-40.
94. Moore BE. Frigidity: A Review of Psychoanalytic Literature. *Psychoanal Q* 1964;33(323):349.
95. Özyıldırım Y. Güncel Psikodinamik Teoriler Işığında Vajinismus. *Türkiye Klinikleri, Psikiyatri Özel Sayısı* 2009;2(4):59-67.
96. McCabe MP. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther* 2001;27(3):259-71.
97. Hawton K. Symposium on sexual dysfunction. The behavioural treatment of sexual dysfunction. *Br J Psychiatry* 1982;140:94-101.
98. Silverman MA. Cognitive development and female psychology. *J Am Psychoanal Assoc* 1981;29(3):581-605.

99. Rust J, Golombok S, Collier J. Marital problems and sexual dysfunction: how are they related? *Br J Psychiatry* 1988;152:629-31.
100. Tutarel-Kışlak Ş. Evlilik uyumu ile nedensellik ve sorumluluk yüklemeleri arasındaki ilişkiler. *Türk Psikol Derg* 1999;12:55-64.
101. Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik Açıdan Evlilik ve Cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009;1:68-79.
102. Morokoff PJ, Gilliland R. Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *J Sex Res* 1993;30(1):43-53.
103. Gülsün M, Aydın H, Gülçat Z. Evlilik ilişkisi ve erkek cinsel işlev bozukluğu üzerine bir çalışma. *Türkiye'de Psikiyatri* 2005;7:98-102.
104. İncesu C. Cinsel işlev bozukluklarında ilk basamak değerlendirme ve ayırıcı tanı. *Psikiyatri Dünyası* 1999;2:39-48.
105. Özdemir YÖ. Cinsel İstek Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı* 2009;2(4):22-7.
106. Tuğrul C, Kabakci E. Vaginismus and its correlates. *J Sex Marital Ther* 1997;12(1):23-34.
107. Ward E, Ogden J. Experiencing vaginismus beliefs about causes and effects. *J Sex Marital Ther* 1994;9(1):33-45.
108. Schiavi RC, Karstaedt A, Schreiner-Engel P, Mandeli J. Psychometric characteristics of individuals with sexual dysfunction and their partners. *J Sex Marital Ther* 1992;18(3):219-30.
109. Doğan S. Cinsellikten Tiksinti Duyma Bozukluğu: Davranışçı Tedaviye Olumlu ve Hızlı Yanıt Veren Bir Olgu. *Klin Psikiyatr* 2006;9(4):191-7.
110. Schover LR, Friedman JM, Weiler SJ, Heiman JR, LoPiccolo J. Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions: an alternative to DSM-III. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39(5):614-9.
111. Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi* 2010;1(3):235-40.
112. Tükel AG. Erektile Disfonksiyon. *Türkiye Klinikleri, Psikiyatri Özel Sayısı* 2009;2(4):28-33.
113. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994;151(1):54-61.
114. Akkus E, Kadioglu A, Esen A, Doran S, Ergen A, Anafarta K et al. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: a population-based study. *Eur Urol* 2002;41(3):298-304.

115. Frank E, Anderson C, Rubinstein D. Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples. *N Engl J Med* 1978;299(3):111-5.
116. Graziottin A, Serafini A, Palacios SA. Etiology, diagnostic algorithms and prognosis of female sexual dysfunction. *Maturitas* 2009;63(2):128-34.
117. Sungur MZ. Erkeklerde cinsel işlev bozuklukları. *Türkiye Klinikleri, Psikiyatri Özel Sayısı* 2004;5:1-5.
118. Yıldırım EA. Boşalma Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri, Psikiyatri Özel Sayısı* 2009;2(4):37-41.
119. Kaplan HS. How to overcome premature ejaculation. New York: Brunner/Mazel; 1989.
120. Montorsi F. Prevalence of premature ejaculation: a global and regional perspective. *J Sex Med* 2005;2(Suppl 2):96-102.
121. Riley A, Segraves RT. Treatment of premature ejaculation. *Int J Clin Pract* 2006;60(6):694-7.
122. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):755-64.
123. Dogan S. Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. *J Sex Med* 2009;6(1):184-92.
124. Ünal S. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları Yaygınlığı ve Olası Risk Faktörleri. (tıpta uzmanlık tezi). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
125. Hawton K, Catalan J. Sex therapy for vaginismus: Characteristics of couples and treatment outcome. *J Sex Marital Ther* 1990;5(1):39-48.
126. Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan H, Rosen RC, Steers WD, Wicker PA. Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. Sildenafil Study Group. *N Engl J Med* 1998;338(20):1397-404.
127. Price D. Sildenafil citrate (Viagra) efficacy in the treatment of erectile dysfunction in patients with common concomitant conditions. Sildenafil Study Group. *Int J Clin Pract Suppl* 1999;102:21-3.
128. İncesu C. Cinsel İşlev Bozukluklarında Farmakolojik Tedavi Stratejileri. *Türkiye Klinikleri, Psikiyatri Özel Sayısı* 2004;5:43-51.
129. Berman JR, Berman LA, Lin H, Flaherty E, Lahey N, Goldstein I et al. Effect of sildenafil on subjective and physiologic parameters of the female sexual response in women with sexual arousal disorder. *J Sex Marital Ther* 2001;27(5):411-20.
130. Doğan S, Altıyazar V, Eker E. Kadın Cinsel İşlev Bozukluklarında Farmakolojik

Tedavilerin Yeri. Yeni Symposium 2008;46(4):188-99.

131. Bancroft J. The Medicalization of Female Sexual Dysfunction: The Need for Caution. Arch Sex Behav 2002;31(5):451-5.
132. Ertekin E. Cinsel Terapilerde Genel İlkeler. Türkiye Klinikleri, Psikiyatri Özel Sayısı 2009;2(4):86-90.
133. Kaplan HS. The New Sex Therapy. In: Marmor J, Woods SM (Eds). The Interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies. New York: Springer; 1980.
134. Carlson GA, Goodwin FK. The stages of mania. A longitudinal analysis of the manic episode. Arch Gen Psychiatry 1973;28(2):221-8.
135. Mota NP, Cox BJ, Katz LY, Sareen J. Relationship between mental disorders/suicidality and three sexual behaviors: results from the National Comorbidity Survey Replication. Arch Sex Behav 2010;39(3):724-34.
136. Dell'osso L, Carmassi C, Carlini M, Rucci P, Torri P, Cesari D et al. Sexual dysfunctions and suicidality in patients with bipolar disorder and unipolar depression. J Sex Med 2009;6(11):3063-70.
137. Şahin D. Psikiyatrik Bozukluklarda Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Türkiye Klinikleri, Psikiyatri Özel Sayısı 2004;5(1):35-42.
138. Aizenberg D, Sigler M, Zemishlany Z, Weizman A. Lithium and male sexual function in affective patients. Clin Neuropharmacol 1996;19(6):515-9.
139. Zuncheddu C, Carpiniello B. Sexual dysfunctions and bipolar disorder: a study of patients submitted to a long- term lithium treatment. Clin Ter 2006;157(5):419-24.
140. Kristensen E, Jorgensen P. Sexual function in lithium-treated manic-depressive patients. Pharmacopsychiatry 1987;20(4):165-7.
141. Blay SL, Ferraz MP, Calil HM. Lithium-induced male sexual impairment: two case reports. J Clin Psychiatry 1982;43(12):497-8.
142. Balaguer Martinez JV, Lopez Garcia MJ, Andres CM, Contell VA, Castello Pomares ML. Effects of valproate on sexual development. An Esp Pediatr 2003;58(5):443-8.
143. Elia J, Imbrogno N, Delfino M, Mazzilli F. Retrograde ejaculation and abnormal hormonal profile in a subject under treatment with valproate and phenytoin. Arch Ital Urol Androl 2010;82(4):193-4.
144. Akdeniz F, Taneli F, Noyan A, Yuncu Z, Vahip S. Valproate-associated reproductive and metabolic abnormalities: are epileptic women at greater risk than bipolar women? Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2003;27(1):115-21.

145. Isojarvi JI, Repo M, Pakarinen AJ, Lukkarinen O, Myllyla VV. Carbamazepine, phenytoin, sex hormones, and sexual function in men with epilepsy. *Epilepsia* 1995;36(4):366-70.
146. Chen SS, Shen MR, Chen TJ, Lai SL. Effects of antiepileptic drugs on sperm motility of normal controls and epileptic patients with long-term therapy. *Epilepsia* 1992;33(1):149-53.
147. Mikkonen K, Tapanainen P, Pakarinen AJ, Paivansalo M, Isojarvi JI, Vainionpaa LK. Serum androgen levels and testicular structure during pubertal maturation in male subjects with epilepsy. *Epilepsia* 2004;45(7):769-76.
148. Kuba R, Pohanka M, Zakopcan J, Novotna I, Rektor I. Sexual dysfunctions and blood hormonal profile in men with focal epilepsy. *Epilepsia* 2006;47(12):2135-40.
149. Stephen LJ, Kwan P, Shapiro D, Dominiczak M, Brodie MJ. Hormone profiles in young adults with epilepsy treated with sodium valproate or lamotrigine monotherapy. *Epilepsia* 2001;42(8):1002-6.
150. Husain AM, Carwile ST, Miller PP, Radtke RA. Improved sexual function in three men taking lamotrigine for epilepsy. *South Med J* 2000;93(3):335-6.
151. Gil-Nagel A, Lopez-Munoz F, Serratosa JM, Moncada I, Garcia-Garcia P, Alamo C. Effect of lamotrigine on sexual function in patients with epilepsy. *Seizure* 2006;15(3):142-9.
152. Sangal R. Inhibited female orgasm as a side effect of alprazolam. *Am J Psychiatry* 1985;142(10):1223-4.
153. Segraves RT. Treatment of premature ejaculation with lorazepam. *Am J Psychiatry* 1987;144(9):1240.
154. Fava M, Borofsky GF. Sexual disinhibition during treatment with a benzodiazepine: a case report. *Int J Psychiatry Med* 1991;21(1):99-104.
155. Arbanas G, Arbanas D, Dujam K. Adverse effects of benzodiazepines in psychiatric outpatients. *Psychiatr Danub* 2009;21(1):103-7.
156. Crenshaw TL, Goldberg JP. Drugs that affect sexual functioning. In *Sexual pharmacology*: New York: Norton; 1996.
157. Crenshaw TL, Goldberg JP. Sexual aspects of neurochemistry. In *Sexual pharmacology*: New York: Norton; 1996.
158. Jacobsen FM. Fluoxetine-induced sexual dysfunction and an open trial of yohimbine. *J Clin Psychiatry* 1992;53(4):119-22.
159. Montejo-Gonzalez AL, Llorca G, Izquierdo JA, Ledesma A, Bousoño M, Calcedo A et al. SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J Sex Marital Ther* 1997;23(3):176-94.

160. Bonierbale M, Lancon C, Tignol J. The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Curr Med Res Opin* 2003;19(2):114-24.
161. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, Montano CB, Leadbetter RA, Bolden-Watson C et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2002;63(4):357-66.
162. Keene LC, Davies PH. Drug-related erectile dysfunction. *Adverse Drug React Toxicol Rev* 1999;18(1):5-24.
163. Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B. Antidepressants and ejaculation: a double-blind, randomized, fixed-dose study with mirtazapine and paroxetine. *J Clin Psychopharmacol* 2003;23(5):467-70.
164. Clayton AH, Warnock JK, Kornstein SG, Pinkerton R, Sheldon-Keller A, McGarvey EL. A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2004;65(1):62-7.
165. Burke MA, McEvoy JP, Ritchie JC. A pilot study of a structured interview addressing sexual function in men with schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1994 1;35(1):32-5.
166. Macdonald S, Halliday J, MacEwan T, Sharkey V, Farrington S, Wall S et al. Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction. Case-control study. *Br J Psychiatry* 2003;182:50-6.
167. Smith SM, O'Keane V, Murray R. Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. *Br J Psychiatry* 2002;181:49-55.
168. Kockott G, Pfeiffer W. Sexual disorders in nonacute psychiatric outpatients. *Compr Psychiatry* 1996;37(1):56-61.
169. Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1987;334:1-100.
170. First MB, Spitzer RL, Gibbon M., Williams W. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/ CV). Washington: American Psychiatric Press; 1997.
171. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yılmaz M. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:233-6.
172. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
173. Akdemir A ÖS. Hamilton Depresyon Derecelendirme ölçeğinin geçerliği, güvenilirliği ve klinik kullanımı. *3P Dergisi* 1996;4:251-9.

174. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429-35.
175. Karadağ F, Oral ET, Aran YF. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği. *Turk Psikiyatri Derg* 2001;13:107-14.
176. Rust J, Golombok S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* 1986;15(2):157-65.
177. Tugrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin Standardizasyon çalışması. *Turk Psikiyatri Derg* 1993;4:83-8.
178. Gülçat Z. Cinsel İşlev Bozukluklarında Empotansın Psikolojik Boyutları Üzerine Bir Araştırma (doktora tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 1995.
179. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene PR, Vagg PR, Jacobs AG. *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologists Press; 1970.
180. Öner N, LeCompte A. *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası; 1985.
181. Crowe MJ. Conjoint marital therapy: a controlled outcome study. *Psychol Med* 1978;8(4):623-36.
182. Erden CT. Eşleri Vajinismus Olan Erkeklerin Ruhsal Profillerinin Normal Popülasyonla Karşılaştırılması (tıpta uzmanlık tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi; 2009.
183. Dickerson FB, Brown CH, Kreyenbuhl J, Goldberg RW, Fang LJ, Dixon LB. Sexual and reproductive behaviors among persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2004 ;55(11):1299-301.
184. Wright ER, Wright DE, Perry BL, Foote-Ardah CE. Stigma and Sexual Isolation of People with Serious Mental Illnes. *Social Problems* 2007;54(1):78-98.
185. Hariri AG, Karadag F, Gurol DT, Aksoy UM, Tezcan AE. Sexual problems in a sample of the Turkish psychiatric population. *Compr Psychiatry* 2009;50(4):353-60.
186. Keklik AC. Bipolar bozukluğu olan hastalarda metabolik sendrom ve cinsel işlev bozukluğu ilişkisinin değerlendirilmesi (tıpta uzmanlık tezi). İstanbul: Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2010.
187. Sevimli F. Kadın psikiyatrik hastalarda psikoseksüel gelişim, evlilik, gebelik, emzirme, doğum sonrası ve aile planlaması özelliklerinin genel popülasyonla karşılaştırmalı çalışması (tıpta uzmanlık tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1999.
188. Carey MP, Carey KB, Maisto SA, Schroder KE, Venable PA, Gordon CM. HIV risk behavior among psychiatric outpatients: association with psychiatric

- disorder, substance use disorder, and gender. *J Nerv Ment Dis* 2004;192(4):289-96.
189. Lavan H, Johnson JG. The association between axis I and II psychiatric symptoms and high-risk sexual behavior during adolescence. *J Pers Disord* 2002;16(1):73-94.
190. Tubman JG, Gil AG, Wagner EF, Artigues H. Patterns of sexual risk behaviors and psychiatric disorders in a community sample of young adults. *J Behav Med* 2003 ;26(5):473-500.
191. Mert DG, Özen NE. Genel Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Kadın Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu ve İlişkili Sosyokültürel Parametrelerin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* 2011;14:85-93.
192. Yetkin N. Eşlerinde Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Kadınların Evlilik İlişkileri ve Cinsel İşlev Yönünden Karşılaştırılmalı Değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1992;29(3):156-63.
193. Türkmenoğlu M. Remisyonda Bipolar I Kadın ve Erkek Hastalarda Evlilik İlişkisi ve Cinsellik (tıpta uzmanlık tezi). İstanbul: Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2003.
194. Lam D, Donaldson C, Brown Y, Malliaris Y. Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disord* 2005;7(5):431-40.
195. Fowler RC, Tsuang MT. Spouses of schizophrenics: a blind comparative study. *Compr Psychiatry* 1975;16(4):339-42.
196. Cooke RG, Young LT, Mohri L, Blake P, Joffe RT. Family-of-origin characteristics in bipolar disorder: a controlled study. *Can J Psychiatry* 1999;44(4):379-81.
197. Frank E, Targum SD, Gershon ES, Anderson C, Stewart BD, Davenport Y et al. A comparison of nonpatient and bipolar patient-well spouse couples. *Am J Psychiatry* 1981;138(6):764-8.
198. Unal S, Kaya B, Cekem B, Ozisik HI, Cakil G, Kaya M. Family functioning in patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and epilepsy. *Türk Psikiyatri Derg* 2004;15(4):291-9.
199. Ünal G. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam* 2002;15(4):221-8.
200. Donnelly DA. Sexually inactive marriages. *J Sex Res* 1993;30(2):171-9.
201. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Alpkan L, Eradaamlar N. Cinsellik ve Çift Uyumu Arasındaki İlişki: Üç Grup Evli Çiftte Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Düşünen Adam* 2005;18(2):72-81.

202. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, Giovannucci E, Glasser DB, Rimm EB. Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study. *Ann Intern Med* 2003;139(3):161-8.
203. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 1999;53(3):144-8.
204. Avcı DK. Van Bölgesinde Kadınların Cinsel Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi (tıpta uzmanlık tezi). Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
205. Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler. *Turk Urol Derg* 2003;29(1):43-8.
206. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira J et al. Definitions/ Epidemiology/ Risk Factors for Sexual Dysfunction. *J Sex Med* 2010;7(4pt2):1598-607.
207. Mannino DM, Klevens RM, Flanders WD. Cigarette Smoking: An Independent Risk Factor for Impotence? *Am J Epidemiol* 1994;140(11):1003-8.
208. Millett C, Wen LM, Rissel C, Smith A, Richters J, Grulich A et al. Smoking and erectile dysfunction: findings from a representative sample of Australian men. *Tob Control* 2006;15(2):136-9.
209. Cheng JY, Ng EM, Chen RY, Ko JS. Alcohol consumption and erectile dysfunction: meta-analysis of population-based studies. *Int J Impot Res* 2007;19(4):343-52.
210. Song SH, Jeon H, Kim SW, Paick JS, Son H. The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young korean women: an internet-based survey. *J Sex Med* 2008;5(7):1694-701.
211. Gerressu M, Mercer C, Graham C, Wellings K, Johnson A. Prevalence of Masturbation and Associated Factors in a British National Probability Survey. *Arch Sex Behav* 2008;37(2):266-78.
212. Beggs VE, Calhoun KS, Wolchik SA. Sexual anxiety and female sexual arousal: a comparison of arousal during sexual anxiety stimuli and sexual pleasure stimuli. *Arch Sex Behav* 1987;16(4):311-9.
213. Palace EM, Gorzalka BB. Differential patterns of arousal in sexually functional and dysfunctional women: physiological and subjective components of sexual response. *Arch Sex Behav* 1992;21(2):135-59.
214. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol* 1986;54(2):140-8.
215. Taştan U, Saatçioğlu Ö, Özmen E, Erkmen H. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Erkeklerde Anksiyete. *Yeni Symposium* 2005;43(1):38-44.

216. Kayır A. Vaginismus. Türkiye Klinikleri, Psikiyatri Özel Sayısı 2009;2(4):48-52.
217. Kayır A, Salman B, Arı D. 100 Vaginismus Olgusunun TAT Verileri. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1992.
218. Doğan S. Cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve antidepresanlar. Journal of mood disorders 2011;1(2):81-6.
219. Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. Int Clin Psychopharmacol 1998;13 Suppl 6:S1-S4.
220. Mathew RJ, Weinman ML. Sexual dysfunctions in depression. Arch Sex Behav 1982;11(4):323-8.
221. Dossenbach M, Dyachkova Y, Pirildar S, Anders M, Khalil A, Araszkievicz A et al. Effects of atypical and typical antipsychotic treatments on sexual function in patients with schizophrenia: 12-month results from the Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study. Eur Psychiatry 2006;21(4):251-8.
222. Uçok A, Incesu C, Aker T, Erkoç S. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia on antipsychotic medication. Eur Psychiatry 2007;22(5):328-33.
223. Fan X, Henderson DC, Chiang E, Briggs LB, Freudenreich O, Evins AE et al. Sexual functioning, psychopathology and quality of life in patients with schizophrenia. Schizophr Res 2007;94(1-3):119-27.
224. Meston CM, Frohlich PF. The neurobiology of sexual function. Arch Gen Psychiatry 2000;57(11):1012-30.
225. Lorimy F, Loo H, Deniker P. Clinical effects of long-term lithium treatment on sleep, appetite and sexuality. Encephale 1977;3(3):227-39.
226. Rattya J, Vainionpää L, Knip M, Lanning P, Isojarvi JI. The effects of valproate, carbamazepine, and oxcarbazepine on growth and sexual maturation in girls with epilepsy. Pediatrics 1999;103(3):588-93.
227. Aldemir E, Akdeniz F, Altay AB, Arıcı S, Umul M, Aydın HH, Celebisoy M, Vahip S. Valproate-Associated Reproductive Hormone Abnormalities: Do Bipolar Men have the Same Risk as Epileptic Men?. Turk Psikiyatri Derg 2012;23(4):223-8.

EKLER

.

EK 1: Etik Kurul Onayı

T.C. 1 .TESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUBADK 2011/152				
	PROTOKOL ADI	Bipolar -I Bozukluğu Olan Hastalarda ve Eşlerinde Cinsel İşlev Bozukluğu ve Etkileyen Faktörler				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Okan ÇALIYURT				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	☒ Tek Merkez ☐ Çok Merkez ☐ Ulusal ☐ Uluslararası				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 14/ 14 Tarih:06.07.2011					
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Okan ÇALIYURT'un sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Hatice CEVİZ'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.					
DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUBADK Yönergesi					
ÜYELER						
Ünvan/Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Başkan	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	İzinli
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	İzinli
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	İzinli
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Erhan TABAKOĞLU Üye	Göğüs Hastalıkları	T.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Figen KULOĞLU Üye	Enfeksiyon Hastalıkları	T.Ü.T.F. Enfeksiyon Hastalıkları A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Ömer Nuri PAMUK Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	İzinli
Prof. Dr. Yener YÖRÜK Üye	Göğüs Cerrahisi	T.Ü.T.F. Göğüs Cerrahisi A.D.	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	İzinli
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN Üye	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Avukat Gülden ATILLA ÖZTÜRK Üye		T.Ü. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİKMENLİ
Dekan

EK 2: SCID-I Bipolar I Bozukluğu Alt Bölümü

D. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

SCID-CV Puanlama Cetveli

D. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

BİPOLAR I BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

		E1 s. 40	
D1	Bir ya da birden çok Manik ya da Mikst Epizod öyküsü (A28, s. 17'ye bakınız)	hayır evet D5 s. 37	D1
D2	Genel Tıbbi Duruma Bağlı ya da madde kullanımına bağlı olmayan en az bir Manik ya da Mikst Epizod	hayır evet D5 s. 37	D2
D3	Şizoaffektif Bozuklukla daha iyi açıklanamayan en az bir Manik ya da Mikst Epizod vardır ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Sanrısız Bozukluk ya da Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir	hayır evet D5 s. 37	D3
D4	BİPOLAR I BOZUKLUĞU: İlk olarak şu andaki epizoddan temel alan tanı kodlarının dört rakamını seçiniz (beşinci rakam şiddeti gösterir). Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____ Birinci rakamı kontrol ediniz: __ 296.40 En Son Epizod Hipomanik __ 296.0x Tek Manik Epizod __ 296.4x En Son Epizod Manik __ 296.6x En Son Epizod Mikst __ 296.5x En Son Epizod Depresif Beşinci rakamı kontrol ediniz: __ 1 — Hafif __ 2 — Orta __ 3 — Ağır, Psikotik Özellikleri Olmayan __ 4 — Ağır, Psikotik Özellikleri Olan __ 5 — Kısmi Remisyon __ 6 — Tam Remisyon __ 0 — Belirlenmemiş __ 296.7 En Son Epizod Belirlenmemiş	E1 s. 40	D4

EK 3: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

1. Yükselmiş duygudurum

0. Yok
1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2. Hareket ve enerji artışı

0. Yok
1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3. Cinsel ilgi

0. Artma yok
1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara, tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

4. Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor
1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5. İrritabilite

0. Yok
2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan irritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla irritable, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca, işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6. Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basıncılı; durdurulamayan, sürekli konuşma

7. Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok
1. Çevresel, hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe, sık sık konu değiştirme, düşüncelerin yarışması
3. Fikir uçuşması; teğetsellik, takibinde zorluk, uyaklı konuşma, ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8. Düşünce içeriği

0. Normal
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler, aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler, alınma fikirleri
8. Sanrılar, varsanılar

9. Yıkıcı-saldırgan davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tut zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar

6. Görüşmeciyi tehdit ediyor, bağırıyor, görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan, yıkıcı, görüşme olanaksız

10. Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık, açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık, süslü, tuhaf giysiler

11. İçgörü

0. İçgörüsü var, hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
1. Hasta olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarında değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

EK 4: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği

1. Depresif duygudurum

0. Yok
1. Sadece soruları yanıtlarken anlaşılıyor
2. Hasta bu durumları daha açık şekilde söylüyor
3. Depresyonun sözel olmayan belirtilerini açıkça gösteriyor (postür, yüz ifadesi, ses, ağlama).
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, sözel ve sözel olmayan yolla açıkça belirtiyor

2. Suçluluk duygusu

0. Yok
1. Kendini suçlu bularak, insanları üzdüğünü hissediyor
2. Geçmişteki hatalar veya günahlara ilişkin suçluluk düşünceleri var
3. O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor, suçluluk sanrıları var
4. Suçlayıcı veya itham edici sesler duyuyor ve/veya tehdit edici görsel varsanılar görüyor

3. İntihar

0. Yok
1. Hayatın yaşamaya değmeyeceğini hissediyor
2. Ölmüş olmayı arzuluyor veya kendisi için olası her türlü ölümü düşünüyor
3. İntihar düşünceleri veya davranışı var
4. İntihar girişimi (herhangi bir ciddi girişim 4 puan olarak değerlendirilir)

4. Uykuya dalma güçlüğü şeklinde uykusuzluk

0. Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor
1. Son üç gecedен en az birinde, uykuya dalmadan önce yarım saatten daha uzun süreyi yatakta geçiriyor
2. Son üç gecedен üçünde de, uykuya dalmadan önce yarım saatten daha uzun süreyi yatakta geçiriyor

5. Gece yarısı uyanma şeklinde uykusuzluk

0. Yok
1. Son üç gecedен en az birinde, gece boyunca huzursuz ve rahatsız olmaktan yakınıyor
2. Her gece uyanıyor (tuvalet gereksinimi dışında her yataktan kalkış 2 puan olarak değerlendirilir)

6. Sabah erken uyanma şeklinde uykusuzluk

0. Yok
1. Sabahın erken saatlerinde uyanıyor, fakat tekrar uyuyor
2. Yataktan kalktıktan sonra tekrar uyuyamıyor

7. İş ve aktiviteler

0. Sorun yok
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da hobileriyle ilgili olarak kendini huzursuz hissediyor
2. Aktivite, hobiler veya işe duyulan ilginin kaybolması –hasta bunu doğrudan kendi söyler veya dolaylı olarak kayıtsızlık ve kararsızlığı ile gösterir-
3. Aktivitelere ayrılan zamanda veya üretkenlikte azalma, hastane değerlendirmesinde, eğer hasta en az üç saatini aktivitelere (hastane işi veya hobiler) ayırmıyorsa 3 puan verin)
4. O anki hastalığı nedeniyle çalışmayı bırakmış. Hastanede, hasta servis işleri dışında hiçbir aktiviteye katılmıyorsa veya yardım almadan servis işlerini yapamıyorsa, 4 puan ile değerlendirin.

8. Retardasyon

0. Normal konuşma ve düşünme
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon gözleniyor
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon gözleniyor
3. Görüşme yapmakta güçlük çekiyor
4. Tam stupor

9. Ajitasyon

- 0. Yok
- 1. Şüpheli veya hafif ajitasyon
- 2. Eller, saçlar vb. oynama
- 3. Ayakta dolaşma, sakın oturamama
- 4. Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme

10. Psişik anksiyete

- 0. Yok
- 1. Subjektif gerilim ve irritabilite
- 2. Küçük şeylerden kaygı duyma
- 3. Yüzde veya konuşmada belirgin endişe ifadesi
- 4. Yaşamını belirgin olarak etkileyen sıkıntı ve korkularını anlatıyor

11. Somatik anksiyete, anksiyeteye eşlik eden fizyolojik belirtiler; ağız kuruluğu, hazımsızlık, geğirme, palpasyonlar, baş ağrıları, hiperventilasyon, iç çekme şeklinde solunum, sık idrara çıkma, terleme

- 0. Yok
- 1. Hafif
- 2. Orta
- 3. Şiddetli
- 4. Çok şiddetli

12. Somatik semptomlar- gastrointestinal

- 0. Yok
- 1. İştahsız, ancak hastane personelinin teşvikiyle yiyor, karında şişlik
- 2. Hastane personeli zorlamadan yemekte güçlük çekiyor, gıda alımı azalmıştır, kabızlıktan yakınıyor

13. Somatik semptomlar, genel

- 0. Yok
- 1. Ekstremitelerde, sırtta veya başta ağırlık hissi veya ağrılar, enerji kaybı ve yorgunluk hissi

2. Açıkça ve sürekli yorgun ve tükenmiştir veya belirgin bir yakınması vardır

14. Genital semptomlar

0. Yok
1. Cinsel istek ve zevk orta derecede azalmıştır
2. Cinsel istek ve zevk açıkça yoktur

15. Hipokondriasis

0. Yok
1. Vücut semptom ve işlevleriyle her zamankinden biraz daha fazla meşguldür
2. Fiziksel sağlığından belirgin olarak kaygılanmaktadır
3. Bütün semptomlarını açıklayabilecek bir fiziksel hastalığı olduğundan emindir
(örneğin beyin tümörü, kanser vb)
4. Hipokondriak düşünceler sanrısız düzeydedir

16. Kilo kaybı

0. Kilo kaybı yok
1. Mevcut hastalığa bağlı olası kilo kaybı
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı

17. İçgörü

0. Depresif ve hasta olduğunun farkında
1. Hastalığının farkında, fakat bunu kötü gıdalar, iklim, aşırı çalışma, virüs, dinlenme ihtiyacı gibi nedenlere bağlıyor
2. Hasta olduğunu tümüyle reddediyor

EK 5: Sosyodemografik Veri Formu

1-Cinsiyeti: Erkek ☐ Kadın ☐ 2-Doğum Tarihi:/...../.....

3-Doğum Yeri:

4-Öğrenim düzeyi: Okuma yazma bilmiyor ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐
İlköğretim okulu ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Master/Doktora ☐

5-Meslek:

6-Çalışma durumu: Çalışmıyor ☐ Ev hanımı ☐ Öğrenci ☐ Çalışıyor ☐
Emekli ☐

7-Kaçıncı evliliği: İlk ☐ 2. Evlilik ☐ 3.Evlilik ☐ 4 ve daha fazla ☐

8-Kaç yıldır evli: 0-1 yıl ☐ 2-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11-20 yıl ☐
21 yıl ve üstü ☐

9-Eşin çalışma durumu: Çalışmıyor ☐ Ev hanımı ☐ Öğrenci ☐ Çalışıyor ☐
Emekli ☐

10-Eşi ile tanışma şekli: Görücü usülü ☐ Aile aracılığı ile ☐ Flört ederek ☐
İnternet vb iletişim araçları ile ☐

11-Çocuk sayısı: Yok ☐ 1 çocuk ☐ 2 çocuk ☐ 3 çocuk ☐ 4 ve üstü çocuk ☐

12-Birlikte yaşadığı kişiler: Yalnız eşi ☐ Eşi ve çocuk(lar) ☐

Eşi, çocuk(lar) ve anne, baba ya da akrabalar ☐

13-Ailenin Aylık Gelir Düzeyi: 500 TL altı ☐ 500-1.000 TL ☐ 1.000-2.000 TL ☐
2.000-3.000 TL ☐ 3.000-5.000 TL ☐ 5.000 TL üstü ☐

14-Alışkanlıklar: A.Sigara, ☐ Var, miktar ve süre paket/gün,.....yıl Yok ☐
B.Alkol, ☐ Var, miktar ve süre.....şişe/hafta.....yıl Yok ☐
C.Diğer, ☐ Varsa, ismi, miktarı...../..... Yok ☐

15-Kronik hastalık, ameliyat: ☐ Var,..... Yok ☐

16-İşinize ilginizi nasıl değerlendiriyorsunuz? ☐ İyi ☐ Orta ☐ Az

17-Fiziksel görünümünüzü ne kadar önemzersiniz?

☐ Çok ☐ Orta ☐ Pek değil ☐ Hiç

18-Aile dışında sosyal ilişkileriniz var mı?

☐ Birçok insanla var ☐ Birkaç insanla var ☐ Pek az insanla var ☐ Hiç kimseyle yok

19-Başkalarıyla olan ilişkinizi genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Fena değil ☐ Tatmin edici değil

20-Hobi ya da boş zaman etkinliklerine ilginiz var mı?

☐ Çok ☐ Orta ☐ Az ☐ Hiç yok

21-İlk cinsel bilgileri nereden ya da kimden öğrendiniz?

☐ Babamdan ☐ Annemden ☐ Kardeşlerimden ☐ Arkadaşımdan

☐ Yazılı kaynaklardan (kitap, dergi vb) ☐ Görsel kaynaklardan (tv, internet vb)

☐ Eşimden ☐ Hiçbir kimseden ya da kaynaktan bilgi almadım

22-İlk mastürbasyon (elle tatmin, kendi kendine doyum) yaşı:

☐ 10 yaş altı ☐ 10-15 yaş arası ☐ 15-20 yaş arası ☐ 20 yaşından sonra

☐ Hiç yapmadım

23-Ne kadar sıklıkla mastürbasyon (elle tatmin, kendi kendine doyum) yapıyorsunuz?

☐ Günde birden çok ☐ Günde bir kez ☐ Haftada 2-3 kez ☐ Haftada bir kez

☐ Ayda birden çok ☐ Ayda bir kez ☐ Yılda birkaç kez ☐ Hiç yapmadım

24-Şu anda devam eden evlilik dışı cinsel birlikteliğiniz/birliktelikleriniz var mı?

☐ Var, eşim biliyor ☐ Var, eşim bilmiyor ☐ Yok

25-Size göre, eşinizle cinsel sorunuz var mı?

☐ Var..... ☐ Yok

26- Eşinizle cinsel sorunuz varsa sizce neden kaynaklanıyor?

☐ Cinsel bilgi eksikliğinden ☐ Eşimle iletişim sorunlarından

☐ Cinsel uyumsuzluktan ☐ Cinsel birleşmede dikkatini toplayamamaktan

☐ Diğer.....

27-Eşinizle cinsel sorunuz varsa, sizce nasıl çözümlenebilir?

☐ Cinsel bilgi ve danışmanlık alarak ☐ İletişim sorunlarımızı çözerek

☐ Değişik cinsel fanteziler deneyerek

☐ Diğer.....

EK 6: Bipolar I Bozukluğu Klinik Değerlendirme Formu

1-Hastalığın başladığı yaş:

2-İlk tedavi yaşı:

3-İlk epizod tipi: ☐ manik ☐ hipomanik ☐ depresif ☐ karma ☐ bilinmiyor

4-Manik epizod sayısı:

5-Depresif epizod sayısı:

6-Karma epizod sayısı:

7-Hızlı Döngülülük: ☐ Var ☐ Yok

8-Ataklarda psikotik özellik: ☐ Var ☐ Yok

9-Son epizod tipi: ☐ manik ☐ hipomanik ☐ depresif ☐ karma

10-Daha önce hastanede yatarak tedavi olma sayısı:

☐ Yatış yok ☐ 1 yatış ☐ 2 yatış ☐ 3 yatış ☐ 4 yatış ☐ 5 ve üstü yatış

11-EKT tedavisi almış mı? ☐ Evet, sayısı.... ☐ Hayır

12-İlaç uyumu: ☐ Uyumlu ☐ Uyumlu ve uyumsuz dönemler var

☐ Oldukça uyumsuz ☐ Tamamen uyumsuz

13-Daha önce intihar girişimi : ☐ Var ☐ Yok

14-Daha önce intihar girişimi varsa, kaç kez intihar girişiminde bulunmuş:.....

15-Ailede psikiyatrik hastalık var mı? ☐ var..... ☐ Yok

16-Hastalığın başlangıcından itibaren ne kadar süredir tipik antipsikotik kullanımı olmuş?

☐ Hiç kullanmamış ☐ 1 gün-1 yıl ☐ 2-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11 yıl ve üstü

17-Hastalığın başlangıcından itibaren ne kadar süredir atipik antipsikotik kullanımı olmuş?

☐ Hiç kullanmamış ☐ 1 gün-1 yıl ☐ 2-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11 yıl ve üstü

18-Hastalığın başlangıcından itibaren ne kadar süredir lityum karbonat kullanımı olmuş?

☐ Hiç kullanmamış ☐ 1 gün-1 yıl ☐ 2-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11 yıl ve üstü

19-Hastalığın başlangıcından itibaren ne kadar süredir valproik asit kullanımı olmuş?

☐ Hiç kullanmamış ☐ 1 gün-1 yıl ☐ 2-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11 yıl ve üstü

20-Hastalığın başlangıcından beri ne kadar süredir karbamezepin kullanımı olmuş?

☐ Hiç kullanmamış ☐ 1 gün-1 yıl ☐ 2-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11 yıl ve üstü

21-Hastalığın başlangıcından beri ne kadar süredir lamotrijin kullanımı olmuş?

☐ Hiç kullanmamış ☐ 1 gün-1 yıl ☐ 2-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11 yıl ve üstü

22-Hastalığın başlangıcından beri ne kadar süredir antidepresan kullanımı olmuş?

☐ Hiç kullanmamış ☐ 1 gün-1 yıl ☐ 2-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11 yıl ve üstü

23-Son 2 aydır kullandığı ilaçlar ve dozları:

1.....

2.....

3.....

4.....

EK 7: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

ERKEK FORMU

1) Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

2) Eşinize cinsel ilişkinizde nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söylemekte güçlük çeker misiniz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

3) Cinsel açıdan kolaylıkla uyarılır mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

4) Cinsel birleşme sırasında çok çabuk boşalacağınızı hissederseniz bunu geciktirebilir misiniz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

5) Eşinizle cinsel yaşantınızda monotonluktan şikayetçi misiniz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

6) Eşinizin cinsel organını okşamaktan hoşlanmadığınız olur mu?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

7) Eşiniz cinsel ilişkiye girmek istediğinde endişe ve huzursuzluk duyar mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

8) Eşinizle cinsel birleşmeden zevk alır mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

9) Eşinize cinsel ilişkinizde nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

10) Penisinizin sertleşmediği olur mu?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

11) Cinsel yaşantınızda eşinizle aranızda aşk ve duygusallığın yeterli olmadığını hissediyor musunuz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

12) Eşinizin cinsel organınızı okşamasından zevk alır mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

13) Cinsel birleşme sırasında çok çabuk boşalmayı engelleyebilir misiniz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

- 14) Eşinizle cinsel ilişkiye girmekten kaçınmaya çalıştığınız olur mu?**
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 15) Eşinizle cinsel ilişkinizi yeterince doyum verici buluyor musunuz?**
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 16) Eşinizle cinsel birleşme öncesindeki sevişme sırasında sertleşme olur mu?**
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 17) Haftalarca hiç cinsel ilişkiye girmediğiniz olur mu?**
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 18) Eşinizle karşılıklı mastürbasyon (elle doyum) yapmaktan hoşlanır mısınız?**
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 19) Eşinizle cinsel ilişkiye girmek isterseniz ilk adımı siz atar mısınız?**
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 20) Eşinizin sizi kucaklaması ve okşamasının hoşunuza gitmediği olur mu?**
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 21) İsteddiğiniz sıklıkta cinsel birleşmede bulunuyor musunuz?**
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 22) Eşinizle cinsel ilişkiye girmeyi reddettiğiniz olur mu?**
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 23) Cinsel birleşme sırasında sertleşmenin kaybolduğu olur mu?**
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 24) Cinsel birleşmenin hemen başında istemediğiniz halde boşaldığınız olur mu?**
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 25) Eşinizi kucaklamak ve okşamaktan hoşlanır mısınız?**
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 26) Cinselliğe karşı ilgisizlik hisseder misiniz?**
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 27) Henüz cinsel birleşme başlamadan istemediğiniz halde boşaldığınız olur mu?**
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 28) Sevişme esnasında sizin ya da eşinizin davranışlarından tiksinti duyduğunuz olur mu?**
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

KADIN FORMU

1) Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

2) Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

3) Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında) ?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

4) Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

5) Sizce, sizin ve eşinizin ön sevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

6) Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

7) Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

8) Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

9) Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

10) Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

11) Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

12) Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız olur musunuz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

13) Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız olur musunuz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

14) Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

15) Haftada 2 defadan fazla cinsel ilişkide bulunur musunuz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

16) Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

17) Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

18) Eşinizle cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

19) Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

20) Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

21) Ön sevişme sırasında esiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

22) Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

23) Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

24) Kendi cinsel organınızın, eşinizin derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

25) Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

26) Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

27) Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

28) Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

EK 8: Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle verin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

SÜREKLİ ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Kendimi dinlenmiş hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar birikmiş olduğunu hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Her şeyi ciddiye alırım ve etkilenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Genellikle kendimi güvende hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Akli başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 9: Maudsley Evlilik Anketi

EVLİLİK İLİŞKİSİ

1. Ne sıklıkta eşinizden ayrılmayı düşünürsünüz?

0 _____ 1 2 _____ 3 4 _____ 5 6 _____ 7
Hiç düşünmem Nadiren düşünürüm Bazen düşünürüm Sık sık düşünürüm

8 -Ayrılmak ya da boşanmak üzereyim

2. Eşinizle yaşamak sizin için (cinsel ilişki dışında) ne ölçüde doyurucu?

0 _____ 1 2 _____ 3 4 _____ 5
Eşimle yaşamaktan Eşimle yaşamaktan Eşimle yaşamaktan
çok memnunum genellikle memnunum orta derecede memnunum

6 _____ 7 8- Eşimle yaşamaktan hiç memnun değilim
Eşimle yaşamaktan
genellikle memnun değilim

3. Eşinizin iyi bir karı ya da koca olduğunu düşünür müsünüz?

0 _____ 1 2 _____ 3 4 _____ 5 6 _____ 7
Çok iyi Vasattan daha iyi Vasat Vasattan kötü

8- Çok kötü

4. Eşinizle birlikte yaptığınız gezme, eğlenme, eş dost ziyaretleri gibi uğraşlara ayırdığınız zaman sizce yeterli mi?

0 _____ 1 2 _____ 3 4 _____ 5
Yeterli, Biraz daha zaman Birlikte daha fazla
oldukça memnunum ayırmak isterim zaman ayırmak isterim

6 _____ 7 8- Yetersiz, hiç memnun değilim
Birlikte çok daha fazla
zaman ayırmak isterim

5. Evliliğinizde ne derece kavga, gürültü, tartışma, soğukluk ya da şiddet kullanma olur?

0_____1

Oldukça uyumlu ve
sıcak bir ilişkimiz var

2_____3

Bazen tartışma ve
tatsızlıklar olur

4_____5

Oldukça sık kavga ve
tatsızlıklar olur

6_____7

Çok sık kavga ya da
sürekli anlaşmazlık vardır

8- Dayanılmaz ölçüde kavgalar ve şiddet olur

6. Tartıştığınız zaman sonuç tatlıya bağlanır mı?

0_____1

Genellikle bir anlaşmaya
varırız ve tatlıya bağlanır

2_____3

Sıklıkla anlaşmaya varırız
ama bazen zor olur

4_____5

Anlaşmaya varmadan epey
kavga ederiz

6_____7

Sıklıkla bir sonuca varmayan
kavgalarımız olur

8- Hiçbir zaman anlaşmaya varamayız

7. Eşinize istediğiniz gibi dertlerinizi açabilir misiniz?

0_____1

İstediğim gibi
dertlerimi açabilirim

2_____3

Genellikle açabilirim ama bazen
içime atmak zorunda kalırım

4_____5

Genellikle içime
atmak zorunda kalırım

6_____7

Çoğunlukla açılamam
ve içime atarım

8- Hiçbir zaman açılamam ve hep içime atarım

8. Eşiniz size istediğiniz kadar yakınlık ve anlayış gösteriyor mu?

0_____1

Evet, istediğim kadar
yakınlık ve anlayış gösteriyor

2_____3

Gördüğüm yakınlık ve anlayış
istediğimden biraz az

4_____5

Gördüğüm yakınlık ve anlayış
istediğimden az

6_____7
Gördüğüm yakınlık ve anlayış
istediğimden çok az

8- Eşimden hiç yakınlık ve anlayış görmüyorum

9. Eşiniz evlilikteki sorumluluklarını yerine getiriyor mu?

0_____1	2_____3	4_____5
Evet, genellikle sorumluluklarını yerine getirir	Oldukça sorumludur ama bazen ihmal eder	Bazen oldukça sorumsuz ve ihmalkardır

6_____7
Genellikle sorumsuz ve ihmalkardır

8- Hemen her zaman sorumsuz ve ihmalkardır

**10. Eşiniz bir insan olarak istediğiniz gibi bir kişi midir? (Burada dış görünüm güzelliği
vs kastedilmiyor)**

0_____1	2_____3	4_____5
Eşim tam istediğim gibidir (insan olarak çok beğenirim)	İstedığıme çok yakındır (oldukça beğenirim)	İstedığıme uygun sayılır (beğenirim)

6_____7
Pek istediğim gibi değildir (beğenmem)

8- Hiç istediğim gibi değildir (hiç beğenmem)

CİNSEL YAŞAM

1. Son bir ay içinde eşinizle ne sıklıkta cinsel ilişkide bulundunuz?

0_____1 2_____3 4_____5 6_____7
Haftada iki kez veya Ortalama haftada Ortalama iki haftada Ayda bir
daha çok bir kez bir kez

8. Hiç

2. Cinsel ilişkinizin şimdiki sıklığından memnun musunuz?

0_____1 2_____3 4_____5 6_____7
Tam istediğim gibi Biraz daha çok Yeterli değil ama Yeterli değil
olabilirdi fazla şikayetçi değilim memnun değilim

8. Çok yetersiz hiç memnun değilim

3. Eşinizle cinsel ilişkiden ne derece hoşlanıyorsunuz?

0_____1 2_____3 4_____5
Çok hoşlanıyorum Oldukça hoşlanıyorum Bir şey hissetmiyorum
(biraz daha iyi olabilirdi) (fazla memnun değilim)

6_____7

Hoşlanmıyorum

8- Hiç hoşlanmıyorum

4. Eşinizle cinsel ilişkinizde ne sıklıkla boşalabiliyorsunuz (orgazm olabiliyor musunuz)?

0_____1 2_____3 4_____5 6_____7
Hemen her seferinde Çoğu kez Aşağı yukarı Nadiren

8. Hiç

5. Sizce birbirinize dokunmanız, öpüşmeniz yeterli mi?

0_____1 2_____3 4_____5 6_____7
Tam istediğim gibi Biraz daha çok Yeterli değil ama Yetersiz,
olabilirdi fazla şikayetçi değilim memnun değilim

8. Çok yetersiz hiç memnun değilim