



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

BEHÇET HASTALARINDA  
RUHSAL BELİRTİLER VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Dr. İlknur KİRAZ AVCI

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2019



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

**BEHÇET HASTALARINDA  
RUHSAL BELİRTİLER VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI**

**Dr. İlknur KİRAZ AVCI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Prof. Dr. Aslı SARANDÖL**

**BURSA-2019**

## İÇİNDEKİLER

Özet .....	iii
İngilizce Özet.....	iv
Giriş ve Amaç.....	1
1.Behçet Hastalığı.....	2
1.A. Tarihçe.....	2
1.B. Tanı Kriterleri .....	2
1.C. Epidemiyoloji .....	3
1.D. Etyopatogenez .....	3
1.E. Mukokutanöz Tutulum .....	4
1.F. Organ ve Sistem Tutulumu .....	5
1.F.a. Göz Tutulumu .....	5
1.F.b. Kas ve Eklem Tutulumu .....	5
1.F.c. Kardiyak, Pulmoner ve Vasküler Tutulum .....	5
1.F.d. Gastrointestinal Tutulum .....	6
1.F.e. Nörolojik Tutulum .....	6
1.G. Tedavi .....	7
1.H. Behçet Hastalarında Psikiyatrik Belirtiler .....	7
2. Cinsellik, Cinsel Yanıt ve İşlevler.....	9
2.A. Kadında Cinsel İşlev Bozuklukları .....	11
2.A.a. Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu.....	11
2.A.b. Kadında Orgazm Bozukluğu.....	13
2.A.c. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçerme Bozukluğu.....	14
2.B. Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları.....	15
2.B.a. Erkeklerde Düşük (Hipoaktif) Cinsel İşlev Bozukluğu.....	15
2.B.b. Sertleşme Bozukluğu.....	15
2.B.c. Erken Boşalma.....	17
2.B.d. Geç Boşalma.....	20
GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.A. Örneklem Seçimi.....	21

3.B. Veri Toplama Araçları.....	21
3.B.a. Sosyodemografik Bilgiler.....	21
3.B.b. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	22
3.B.c. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	22
3.B.d. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCiÖ).....	23
3.B.e Uluslararası Eretil İşlev Formu (UEİF) .....	23
3.B.f. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği(ACYÖ).....	23
3.C. Araştırma Değişkenleri ve İstatistiksel Yöntem.....	24
BULGULAR.....	25
TARTIŞMA.....	35
KAYNAKLAR.....	45
EKLER.....	60
Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu.....	60
Ek-2: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	61
Ek-3: Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	62
Ek-4: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCiÖ).....	63
Ek-5: Uluslararası Eretil İşlev Formu (UEİF).....	65
Ek-6: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu (ACYÖ-K).....	67
Ek-7: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu (ACYÖ-E).....	68
TEŞEKKÜR.....	69
ÖZGEÇMİŞ.....	70

## ÖZET

Behçet hastaları, süreğen hastalıklarda sıklıkla görülen depresyon, anksiyete, düşük yaşam kalitesi ve cinsel problemlerle karşılaşmaktadırlar. Behçet hastalığının hastalar üzerinde etkilerinin ne olduğu tam olarak bilinmemekle birlikte, psikiyatrik açıdan hastaların iyilik düzeylerine ilişkin yeterli bilimsel çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada Behçet hastalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel işlev düzeyleri sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılarak incelenmiştir.

50 hasta ve 50 kontrol olmak üzere toplam 100 kişilik bir örneklem grubuna kesitsel anket araştırma yöntemi uygulanarak katılımcıların depresyon, kaygı düzeyleri ve cinsel işlev bozuklukları saptanmıştır. Veri toplamak için akademik olarak kabul edilmiş ölçme araçları kullanılmıştır. Sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Uluslararası Eretil İşlev Formu ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği. Toplanan veriler IBM SPSS 22 programı kullanılarak betimsel ve çıkarımsal değerler analiz edilmiştir.

Sonuçlar depresyon ve cinsel işlev bozukluklarının Behçet hastalığı ile bağlantılı olduğunu göstermiştir. Cinsel işlev bozuklukları açısından değerlendirildiğinde Behçet hastalığı olan tüm kadınların cinsel işlevlerde sorun yaşadığı bulunmuştur. Ayrıca, Behçet hastalığı olan kişiler kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha depresif oldukları görülmüştür. Sonuç olarak Behçet hastalığının depresyon ve cinsel işlev bozuklukları için risk etmeni olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, cinsel işlev, depresyon.

## SUMMARY

### PSYCHIATRIC SYMPTOMS AND SEXUAL DYSFUNCTION IN BEHÇET'S DISEASE

People with Behçet's Disease often face stressors proper of chronic illness such as depression, anxiety, poor quality of life and sexual problems. The impact of Behçet's Disease on patients is not well known as there is a dearth of scientific data addressing their wellbeing from a psychiatric perspective. This research study examined level of depression, anxiety and sexual dysfunctions of people who have Behçet's Disease compared to healthy control group.

Cross-sectional survey research design with a purposive sampling of 50 patient and 50 healthy volunteers were used to analyze level of depression, anxiety and sexual dysfunctions. The following psychometrically sound instruments were utilized to gather data: Sociodemographic form, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Female Sexual Function Index, International Index of Erectile Function and Arizona Sexual Experiences Scale. The collected data were analyzed using IBM SPSS 22 for descriptive and inferential values.

The results indicated that Behçet's Disease was associated with sexual dysfunction and depression. In terms of the sexual dysfunction, all females experience sexual dysfunction. Additionally, it was found that people with Behçet's Disease are more depressed than control group. In conclusion, depression and sexual dysfunction were found to be related to the Behçet's Disease.

**Key words:** Behçet's disease, sexual function, depression.

## GİRİŞ VE AMAÇ

Behçet hastalığı, mukokutanöz, oküler, vasküler, artiküler, gastrointestinal, pulmoner ve nörolojik tutulumların olduğu, tekrarlayıcı ataklarla seyreden nedeni bilinmeyen süreğen, sistemik bir hastalıktır (1).

Süreğen hastalıklarda hem hastaların ruhsal durumu olumsuz etkilenmekte, hem de ruhsal stres hastalığı olumsuz etkilemektedir. Bedensel hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik bozuklukların depresyon ve anksiyete bozuklukları olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir (2,3). Özellikle sistemik tutulum olan hastalarda sadece mukokutanöz tutulum olanlara göre anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (4).

Cinsel işlev bozuklukları da süreğen hastalıklara eşlik etmekte olup cinsel işlev bozukluklarının bir kısmının doğrudan organik patolojiyle ilişkili olduğu, bazılarının depresyon ve anksiyeteye ya da tedavide verilen psikotrop ilaçların yan etkisine bağlı olduğu düşünülmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, Behçet hastalarında en çok görülen cinsel sorunların cinsel ilişki sıklığında azalma, ağrılı cinsel ilişki ve cinsel isteksizlik olduğu bulunmuştur (1,5). Başka bir çalışmada, Behçet hastalığı ile sertleşme bozukluğu arasında ilişki olduğu saptanmıştır (6).

Yayınlar incelendiğinde, süreğen bir hastalık olan Behçet hastalığında, ruhsal belirtiler ve cinsel işlev bozukluklarına yönelik yeterince çalışma olmadığı görülmüştür. Bu çalışmada Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji veya Romatoloji Polikliniği’nde takip ve tedavisi süren Behçet hastalarının anksiyete ve duygu durum bozuklukları ile cinsel işlev bozuklukları açısından sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

## 1.Behçet Hastalığı

### 1.A.Tarihçe

Hulusi Behçet'in araştırmaları 1924 yılında, rekürren hipopiyonlu üveit olan bir hastada ağızda ve skrotumda yaralar, bacaklarda ağrılı nodüller, eklem ağrısı tespit ettiği hastaları takibiyle başlamıştır. Ardından oral ve genital aftları, akneiform lezyonları, eklem ve göz tutulumu olan başka hastaları da değerlendirerek klasik triadı tanımlamıştır (7,8).

### 1.B.Tanı Kriterleri

1990 yılında oluşturulan "Uluslararası Behçet Çalışma Grubu Sınıflama Ölçütleri" günümüze dek en yaygın kabul gören tanı kriterleri olmuştur (9).

**Tablo-1:** Uluslar arası Behçet Çalışma Grubu Sınıflama Ölçütleri

Tekrarlayan oral aft	Anamnezde saptanan veya doktor tarafından gözlenen minör, major, herpetiform özellikte yılda en az 3 kez tekrarlayan aftlar
<b>Oral afta ek olarak aşağıdaki bulguların en az ikisi</b>	
Tekrarlayan genital ülserasyon	Anamnezde saptanan veya doktor tarafından gözlenen tekrarlayan genital ülserasyon veya skatris
Göz tutulumu	Ön üveit, arka üveit, biyomikroskopik muayenede vitreusta hücre, retinal vaskülit
Deri lezyonları	Anamnezde saptanan veya doktor tarafından gözlenen eritema nodosum benzeri lezyonlar, doktor tarafından saptanan psödofoliküit, papülopüstüler lezyonlar ve postadölesan dönemde steroid almayan olgularda saptanan akneiform nodüller
Paterji testi pozitifliği	24-48. saatte doktor tarafından okunur



### 1.C.Epidemiyoloji

Son yıllarda epidemiyolojik çalışmalar artmış olup ülkemiz hastalık yaygınlığının en yüksek olduğu ülke olarak saptanmıştır (10). Türkiye’de hastalık yaygınlığıyla ilgili geçmişten günümüze dek çok sayıda çalışmada oran 20-420/100000 arasında bildirilmiştir (11-17).

**Tablo-2:** Ülkemizde hastalık yaygınlığına yönelik çalışmalar

Çalışma	Yer	Taranan Kişi sayısı	Yaş	Behçet Hasta sayısı	Prevalans
Demirhindi ve ark.	İstanbul, Silivri	4960	>10	4	80/100000
Yurdakul ve ark.	Ordu, Çamaş	5131	>10	19	370/100000
Acar ve ark.	Adana	2443	Tüm yaşlar	1	40/100000
İdil ve ark.	Ankara	17256	>10	16	110/100000
Azizleri ve ark.	İstanbul	23986	>12	101	420/100000
Çakır ve ark.	Edirne, Havşa	4861	>10	1	20/100000
Çölgeçen ve ark.	Kayseri	5218	>10	9	172/100000

Behçet hastalığı tipik olarak 20-40 yaşları arasındaki genç erişkinlerde görülmektedir (18,19). Erkeklerde papülopüstüler lezyonlar, göz tutulumu, vasküler bulgular daha şiddetli görülürken, kadınlarda genital ülser ve eritema nodosum daha sık görülmektedir. Behçet hastalığının erken yaşta başlamasının kötü prognozla ilişkili olduğu ve hastalığın erkeklerde daha şiddetli seyrettiği belirtilmektedir (20,21). Genetik faktörler kadar çevresel faktörlerin de hastalığın görülmesinde etkili olabileceği belirtilmektedir (22).

### 1.D.Etyopatogenez

Behçet hastalığı etyolojisi günümüzde halen tam anlamıyla aydınlatılamamıştır (23). Genellikle enfeksiyöz, immunolojik, genetik,

psikolojik etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir (24). Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber hedef doku damar endoteli olup birçok hastada vaskülit ve tromboz görülmektedir (25). Proinflamatuvar sitokinlerin artışı, patojenik otoimmün T ve B hücre yanıtının olmaması, diğer herediter otoimmün hastalıklar gibi tekrarlayıcı olması nedeniyle, Behçet hastalığının edinilmiş multifaktöryel otoinflamatuvar bir hastalık olduğu düşünülmektedir (26). HLA-B51, Behçet hastalığı için güçlü bir genetik duyarlılık faktörü olup nötrofil aktivasyonunda rol aldığı düşünülmektedir (10).

### **1.E.Mukokutanöz Tutulum**

Oral ülserler %92-100 oranında görülmekte olup hastaların %47-86'sında hastalığın başlangıç bulgusudur (27). Oral ülserler tek ya multipl olabilir, birkaç haftada kaybolup sonra tekrar edebilir, rekürren aftöz stomatitteki ülsere benzer şekilde ancak daha sık ve grup yapma eğiliminde olabilirler (28). Bir çalışmada, rekürren aftöz stomatit tanısı alan 67 hastanın 35'inin ortalama 7,7 yıl içinde Behçet hastalığı tanı kriterlerini karşıladığı saptanmıştır (29).

Genital ülserler ise hastaların %57-93'ünde görülmekte olup oral ülserlere göre daha sık skarlaşma olasılığı vardır (27). Genital ülserler papül ya da nodül gibi başlar, oral ülserlere göre daha derin ve ağrılı olurlar (30). Genital ülserler kadınlarda en sık labiumlarda, seyrek olarak vajina ve servikste, perinede; erkeklerde ise en sık skrotumda görülürler. Kadında genital ülserler disparoniye, mesane ve üretra fistüllerine yol açabilir (31). Papulpüstüler lezyonlar, hastaların %28-96'sında görülen, eritemli zeminde izlenen steril folikülit yada akneiform lezyonlardır (32). Eritema nodosum benzeri lezyonlar, hastaların %15-78'inde görülen, kadınlarda daha sık bildirilen, genellikle bacakların ekstansör yüzünde görülen, boyun ve yüz bölgesinde de izlenebilen lezyonlardır (33).

Paterji testi ise, avasküler cilt bölgesinin keskin steril bir iğne ucuyla travmatizasyonu sonucu 48 saat sonra eritemli zeminde papül ve püstül oluşumuyla karakterize bir cilt hipersensitivitesinin gösterilmesidir (34).

## **1.F. Organ ve Sistem Tutulumu**

### **1.F.a. Göz Tutulumu**

Behçet hastalığında en sık tutulan organ göz olup hastaların yaklaşık %20'sinde başlangıç bulgusu üveittir (35). Erkeklerde daha çok arka segment tutulumu olur, hastalar genellikle görme kaybından veya uçuşan cisimler görmekten yakınır, prognoz erkeklerde daha kötüdür. Ön üveitte, görme problemleri, gözde ağrı, fotofobi, lakrimasyon şikâyetleri olur. Behçet hastalığının göz tutulumunda 10 yıl içerisinde körlük riski kümülatif artarak %25'e ulaşır (36).

### **1.F.b. Kas ve Eklem Tutulumu**

Artrit ya da artralji biçimindeki eklem tutulumu Behçet hastalarının yaklaşık yarısında görülmektedir. Bazı hastalarda fibromiyalji, miyozit, entezit, osteonekroz da görülebilir (37). Behçet hastalarında artrit ataklar ve remisyonlarla gider, çoğunlukla monoartit şeklindedir, en sık diz eklemi tutulur (38). Eklem tutulumunun yanı sıra, miyozit Behçet hastalarında lokal veya yaygın formda görülmekte olup sıklıkla bilateral alt ekstremitelerde etkilenmektedir (39). Osteonekroz, Behçet hastalarında seyrek görülmekte olup yüksek doz kortikosteroid kullanımı ile yakından ilişkilidir (40). Ülkemizdeki bir çalışmada ise, Behçet hastalarında fibromiyalji sıklığı ve hastalık ile aktivitesi araştırılmış, 100 hastanın 18'ine fibromiyalji tanısı konulmuştur. Kadın hastalarda daha fazla görülen fibromiyaljinin, sonuç olarak Behçet hastalarında ağrıyı ve fiziksel kısıtlılığı artırdığı belirtilmiştir (41).

### **1.F.c. Kardiyak, Pulmoner ve Vasküler Tutulum**

Behçet hastalığında %1-8 oranında aorta, vena kava superior, pulmoner arter, akciğerdeki daha küçük çaplı damarlar, akciğer parankimi, plevra gibi yapılar tutulabilir (43). Özellikle tekrarlayıcı biçimde ve migratuar olan yüzeyel ven trombozu olgularında ayırıcı tanıda Behçet hastalığını akılda tutmak gerekir (44). Behçet hastalarında mortalitenin en sık sebebi pulmoner arter anevrizması rüptürüdür (45).

### **1.F.d. Gastrointestinal Tutulum**

Behçet tanı kriterlerini karşılayan hastalarda, klinik bulgular, radyolojik ve endoskopik incelemeler neticesinde intestinal ülserlerin tespit edilmesiyle intestinal Behçet hastalığı tanısı konulur (46). En sık yakınmalar, ishal, karın ağrısı, kanama ve kilo kaybıdır (47).

### **1.F.e. Nörolojik Tutulum**

Nörobeçet sıklığının erkeklerde %13, kadınlarda %5.6 olduğu bildirilmektedir(24). Nörobeçet tanısı koymak için spesifik bir test yoktur. Behçet hastalığı tanı kriterlerini taşıyan bir hastada, başka nörolojik hastalıklarla açıklanamayan nörolojik bulgular varlığında, beyin omurilik sıvısında inflamasyon göstergelerinden hücre ve protein artışı, yüksek düzeyde IL-6 olduğunda Nörobeçet tanısı konulur (48). Kranial MR ile parankim ve damar tutulumları gösterilebilir. Elektromiyografi ile periferik sinir ve kas tutulumları gösterilebilir (49).

Behçet hastalığında en sık nörolojik belirti baş ağrısı olup hastaların yaklaşık %70'inde bulunmaktadır. Migren ve gerilim tipi baş ağrısı ya da direkt nörolojik tutulumla bağlı baş ağrısı görülebilmektedir (50). Ülkemizde nörolojik muayenesi normal olan 228 Behçet hastasıyla yapılan bir çalışmada, "Behçet'in yapısal olmayan baş ağrısı" şeklinde tanımlanan bilateral, frontal, paroksizmal, zonklayıcı baş ağrısının hastalığın atak dönemleriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (51).

Nörobeçet hastalarının %75'inde parenkimal tutulum gözlenir (52). Parenkimal Nörobeçet hastalığında, spinal kord tutulumuna bağlı ekstremitelerde kuvvet kaybı, patolojik refleksler şeklinde piramidal sistem bulguları görülebilir. Serebellar tutulum nedeniyle denge ve koordinasyon kaybı olabilir (53). Serebral hemisferler etkilendiğinde, ensefaloapti, hemiparezi, hemihipoestezi, disfazi, bilişsel işlevlerde bozulma, psikiyatrik belirtiler gözlenebilir (54).

Nörobeçet hastalarının yaklaşık %20'sinde serebral venöz tromboz, intrakranial hipertansiyon, intrakranial ve ekstrakranial anevrizma şeklinde non- parenkimal tutulum bildirilmektedir. Serebral venöz trombozun

linik bulguları intrakranial basınç artışıyla ilişki olup baş ağrısı, papil ödem ve 6. kranial sinir paralizi görülebilir (50).

### **1.G. Behçet Hastalığı Tedavisi**

Tedavide amaç semptomların giderilmesi ve kalıcı hasar bırakmayacak şekilde erkenden inflamasyonun kontrol altına alınmasıdır. Hastalar, mukokutanöz bulgular ve artrit tedavisinde Kolşisin'den belirgin fayda görmektedir (55). Ağır mukokutanöz bulgular varsa Azatiyoprin kullanılmaktadır (56).

Göz tutulumu hafif panüveit şeklindeyse genellikle lokal steroidler yeterli olmakta, retinal vaskülit, makuler ödem gibi ağır tutulumlarda sistemik steroidler uygulanmaktadır ancak uzun vadede Azatiyoprin, Siklofosfamid gibi immunsüpresif ajanlar gereklidir. Interferon, tümör nekroz faktör antagonistleri de ciddi organ tutulumunda kullanılabilecek ilaçlardır (57). Tromboflebit durumunda antikoagülan tedavi önerilmez, aspirin veya immünsüpresif ajanlar kullanılır (58).

### **1.H. Behçet Hastalarında Psikiyatrik Belirtiler**

Behçet hastalarında öfori, disfori, disinhibisyon, anksiyete, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, paranoid tutum, obsesyon gibi birçok duygu durumu, düşünce ve davranış belirtileri görülebilmektedir (59). Özellikle kognitif fonksiyonlardaki değişiklikler hastalığın erken döneminde meydana gelebilir. Ülkemizde Nörobeçet tanısıyla izlenen 12 hastanın dahil olduğu bir çalışmada, kognitif sorunlara ek olarak, 8 hastada kişilik değişiklikleri, disinhibisyon ya da apati olduğu belirtilmiştir (60).

Behçet hastalığında psikiyatrik belirtilerin gerçek insidansı net değildir, belirtiler işlev kaybına, nörolojik tutulumu, steroid kullanımına, hastalık kaynaklı immün yanıt ve süregen hastalığa sahip birey olma durumuna bağlı olabilir (61). Eski tarihli çalışmaların birinde Behçet hastalarında %48 oranında psikiyatrik belirtiler görüldüğü, bunların steroid kullanımı ve organik patolojiye bağlı olduğu; diğer çalışmada ise süregen ve şiddetli hastalık sürecinin psikiyatrik belirtilere yol açtığı belirtilmiştir (62). Koptagel ve arkadaşlarının çalışmasında, hastaların bedenlerinden

rahatsızlık duyduğu, sosyal uyum sağlanmakta zorlandıkları, kaygı düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (63).

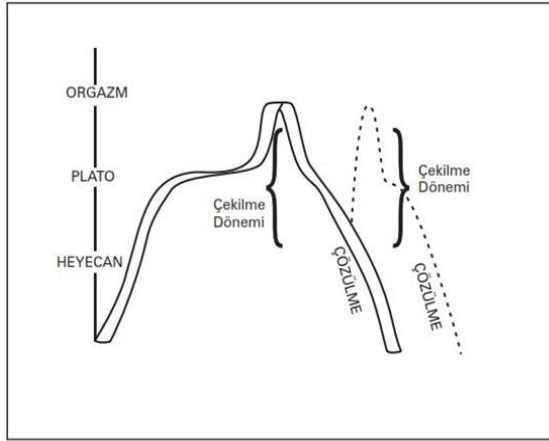
Bagheri ve arkadaşlarının çalışmasında Behçet hastalarında en çok görülen psikiyatrik belirti somatizasyon iken (%91.7) bunu anksiyete (%78) ve depresyon (%77.7) izlemektedir (61). Dursun ve arkadaşlarının çalışmasında ise en sık anksiyete bozukluklarının (%35.6), ikinci sıklıkta duygu durum bozukluklarının (%21.9) Behçet hastalığına eşlik ettiği belirtilmiştir (64).

Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda, Behçet hastalarında depresyon görülme oranı %23 ile %66 arasında değişen oranlarda bulunmuştur. Günümüze dek pek çok çalışmada Behçet hastalarının kontrol grubuna göre depresyon ve anksiyete ölçeklerinde yüksek puan aldığı, yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (4, 64). Özellikle eklem tutulumu olan hastalarda ağrı, ağrıya hassasiyet gibi durumların duygusal strese ve uyku bozukluklarına yol açabildiği belirtilmektedir (65). Nörobeçette subkortikal yapıların, özellikle limbik bölgenin etkilenmesi durumunda psikiyatrik bulgular ortaya çıkmakta olup nörolojik tutulumla bağlı işlev kayıpları da psikiyatrik belirtilerin görülmesine neden olabilmektedir (66). Behçet hastalığı hem tutulumları nedeni ile hem de sosyal işlevselliği etkilemesi nedeniyle yaşam kalitesini düşürmekte, günlük aktivitesi kısıtlanan hastaların çevresiyle iletişimi azalmaktadır (67). Blackford ve arkadaşları oral ve genital ülserlerin hastaların kişisel ilişkilerini sekteye uğrattığını belirtmişlerdir (68). Canpolat'ın çalışmasında da oral ülser, genital ülser, artrit, yaygın ağrı, uykusuzluk ve halsizliğin Behçet hastalarında yaşam kalitesinin düşük bulunmasında etkili olduğu gösterilmiştir (69). Anabilim dalımızda 2006'da yapılan uzmanlık tezi çalışmasında, 100 Behçet hastasının 57'sine anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik tanılar konulduğu, 44'ünün aleksitimik olduğu belirtilmiştir (70). Hem Behçet hastalığına özgü tutulumlar, hem de süreğen hastalığa sahip olma durumu, yaşam kalitesini düşürmekte ve psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

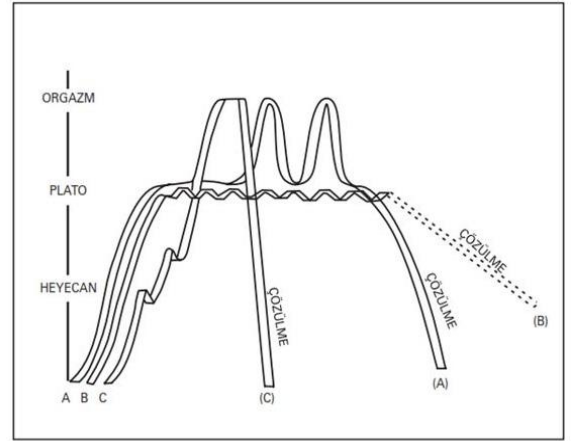
## 2. Cinsellik, Cinsel Yanıt ve İşlevler

Cinsellik, açlık ve susama gibi belirgin fizyolojik eksikliğe yol açmaması ile bu durumlardan ayrılan, üremeyi gerçekleştirme yanında sosyal belirleyicileri de olan düşünce, duygu ve fanteziler bütünüdür (71). Cinsellik öğrenilebilen, tek bir davranış kalıbına sığmayan, cinsiyet, yaş, yetişilen kültür, dini inançlar, toplumsal ilişkiler, yaşam boyu kazanılan deneyimlere göre şekillenen bir kavramdır (72, 73).

Sigmund Freud 1905'te 'Cinsellik Kuramı Üzerine Üç Deneme' sinde insanoğlunda cinsel içgüdünün gelişiminin bebeklikten erişkinliğe dek ilk izlenişinden, cinsel dürtülerin insan davranışları üzerine etkilerinden bahsetmiştir (74). Alfred Kinsey, 1953 yılında insan cinsel davranışlarıyla ilgili kapsamlı çalışmalarda bulunmuştur. 1965 yılında ise William Master ve Virginia Johnson, insanda cinsel uyarana karşı verilen yanıtı, uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evreleri olarak 4 evrede tanımlamışlardır (75).



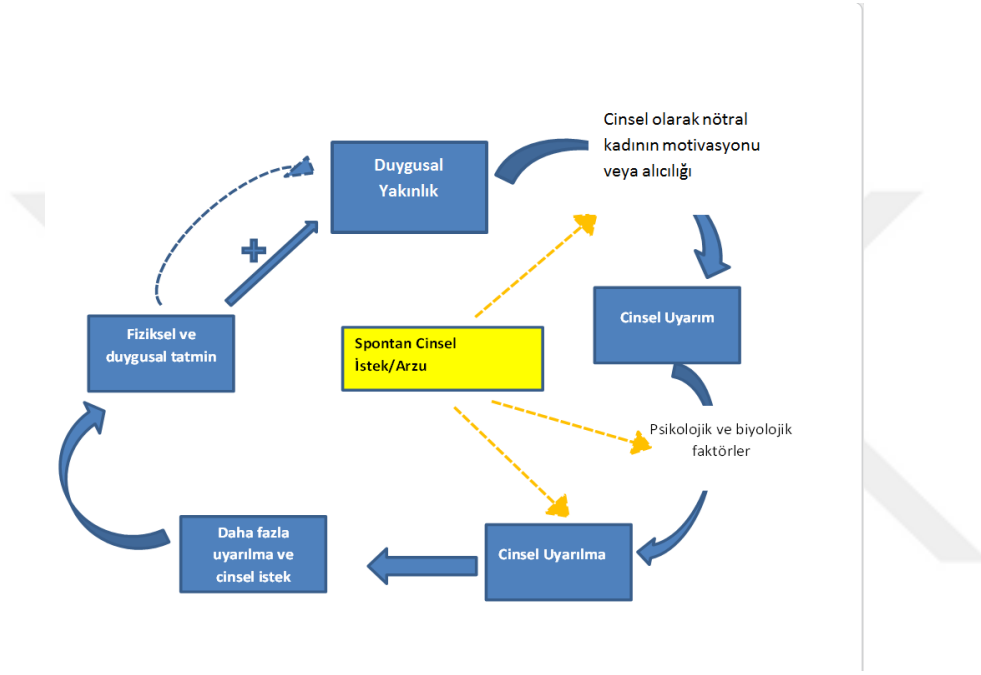
Şekil-1: Erkeklerdeki Cinsel Yanıt Döngüsü



Şekil-2: Kadınlardaki Cinsel Yanıt Döngüsü

Helen Singer Kaplan, Masters ve Johnson'ın 4 evresine ek olarak cinsel istek aşamasından bahsetmiştir. Kaplan'a göre cinsel yanıt, istek, uyarılma ve orgazm olmak üzere 3 bileşenden oluşmaktadır (76). Basson ise, cinsel nötralite içindeki kadının duygusal yakınlık içinde, biyolojik ve psikolojik faktörlerin etkisiyle cinsel uyarana algılaması, uyarılması, cinsel istek ve

uyarılanın birbirini etkilemesi, duygusal ve fiziksel tatminin sağlanması şeklinde bir döngüsel model sunmaktadır (77). Basson'un bu döngüsel yanıt modeli, kadında istek ve uyarılma arasındaki ilişkiyi göstermekte ve uyarılmadan önceki spontan cinsel istek duyma gerekliliği olmadığını göstermektedir (78).



**Şekil-3:** Basson'un Cinsel Yanıt Döngüsü

Kernberg'e göre cinsel heyecanı erotik arzuya dönüştüren, bilinçli ya da bilinçdışı yapılan nesne seçimidir, böylece erotik arzu cinsel kaynaşma yoluyla ödipal nesne ile bütünleşmeyi sağlar. Şiddetli narsistik patolojiler, nesne ilişkilerinin iç dünyasının dağılmasını ve seçici olmayan doyumsuz rastgele cinsel heyecanın ortaya çıkışıyla beraber erotik arzu duyma kapasitesinin azalmasına yol açar. Kernberg'e göre yetişkin cinsel aşk, cinsellik, duygular ve değerler bakımından ötekiyle bir olma ve bağ kurma demektir (79).

Cinsellik içten bir sevgi ilişkisinde yakınlaşmayı hızlandıran ve derinleştiren, karşılıklı doyumu sağlayan bir etkileşimdir. Rollo May, olgunlaşmış bir cinsel ilişkide 'Aktif alıcı' olmanın içtenliği gösterdiğini



savunur, yani kişi sevilmesine izin vermelidir. Rollo May cinsel ilişkiyle farkındalığımızın ve özsaygımızın arttığını, şefkati hissettiğimizi, orgazm esnasında birbirinden ayrı bireyler olma duygumuzun kaybolduğunu belirterek cinselliğin önemini vurgulamıştır (80). Ödipal çatışmalarını çözememiş kişilerin şefkat ile şehvet duygularını aynı kişide birleştiremediğini, cinsel ilişkilerde durumsal ketlenmeler yaşadıklarını, suçluluk ve utanç duydukları bilinmektedir (81).

Cinsel işlev bozukluğu, en sade tanımıyla 'Bir kişinin cinsel ilişkiye arzu ettiği biçimde katılmadaki' yetersizliğidir. Cinsel işlev bozukluğu yaşam boyu ya da edinilmiş, yaygın yahut durumsal olabilir. DSM 5'te önemli bir değişiklik yapılarak kadın ve erkek cinselliğinin aşamalarının benzer olmayabileceği vurgulanmış ve kadın ile erkek cinsel işlev bozuklukları ayrı ayrı ele alınmıştır. Kadın cinsel istek bozukluğu ile uyarılma bozukluğu tanımları birleştirilerek 'kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu' biçiminde tanımlanmıştır (82). DSM 5'e göre cinsel işlev bozuklukları, erkekte düşük cinsel istek bozukluğu, sertleşme bozukluğu, erken boşalma, geç boşalma, kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, kadında orgazm bozukluğu, cinsel organlarda- pelviste ağrı/içerme bozukluğu şeklinde tanımlanmıştır. Cinsel işlev bozukluğu, genel tıbbi durum, madde kullanımı, ilaçların yan etkisi sebebiyle ortaya çıkmışsa genel tıbbi duruma bağlı ya da madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu tanısının uygun olduğu belirtilmiştir (83).

## **2.A. Kadında Cinsel İşlev Bozuklukları**

### **2.A.a. Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu**

Kadınlarda istekten uyarılmaya kademeli bir geçiş olmayıp çoğunlukla ikisinin eş zamanlı başlaması sebebiyle DSM 5'te bu iki kavram birleştirilerek kadınlarda ilgi/uyarılma bozukluğu olarak tanımlanmıştır. (84) DSM 5'e göre tanı koyabilmek için aşağıdaki belirtilerden en az üçünün, en az 6 ay süreyle bulunması ve kişide klinik açıdan belirgin sıkıntıya sebep olması gerekmektedir (83).

1)Cinsel etkinliğe karşı ilgisizlik ya da çok az ilgi

2)Cinsel içerikli düşünce ve düşlemlerin olmaması ya da çok az olması

3)Cinsel etkinliği başlatmama ya da çok az başlatma, eşinin başlatma girişimlerine karşılık vermeme

4)Neredeyse her cinsel karşılaşmada (%75-100'ünde )cinsel etkinlik sırasında, cinsel oşku/haz olmaması ya da çok az olması

5)İten ya da dıştan gelen hiçbir cinsel imaya (örn: yazılı, görsel, işitsel) karşı cinsel ilgi/uyarılmanın olmaması ya da çok az olması

6)Neredeyse her cinsel karşılaşmada (%75-100'ünde )cinsel etkinlik sırasında, cinsel organlarda ya da cinsel organlar dışında bir duyum olmaması ya da çok az olması

Basson ve arkadaşları, kadında cinsel uyarılma bozukluğunu 'kişiye sıkıntı verecek biçimde yineleyen, süregiden cinsel heyecan duyma güçlüğü, öznel heyecan eksikliği, erotojen bölgelerin uyarılmasının cinsel hazzı artırmaması, vajinal ıslanmanın olmaması' şeklinde tanımlamışlardır. Kadın cinsel uyarılmasında fizyolojik ve psikolojik boyutların her zaman örtüşmediğini, öznel uyarılma hissinin vajinal ıslanma ile direkt bir ilişkisi olmadığını, vajinal ıslanma olsa bile heyecan duyamayan, haz alamayan kişilerde uyarılma bozukluğu tanısı koyulmasının yerinde olduğunu vurgulamışlardır (85).

Cinsel istek azlığına yönelik günümüze dek yapılan birçok çalışmada, bu işlev bozukluğunun kadınlarda en sık rastlanan cinsel işlev bozukluğu olduğu bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda sıklığı %27 ile %70 arasında bildirilmektedir (86-89). Bir çalışmada, kolayca uyarılma yaşayan kadınların %15'i sadece cinsel istek duyduklarında cinsellik yaşadıklarını, %30'u uyarılmaya başladıkları zaman istek cinsek duymaya başladıkları belirtilmektedir (90).

Kadınlarda düşük cinsel istek sorununa yol açan sebepler arasında, düşük benlik algısı, beden algısıyla ilgili sorunlar, depresyon ve anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk gibi ruhsal hastalıklar, cinsel istismar ve cinsel travma öyküsü, stres, yorgunluk, dikkat dağınıklığı, partnerdeki cinsel işlev bozukluğu, partnerler arasında duyusal paylaşım ve cinsel iletişimin yetersiz oluşu gibi sebeplerin yer aldığı birçok araştırmacı tarafından belirtilmektedir (91-95).

## 2.A.b. Kadında Orgazm Bozukluğu

Cinsel aktivitenin en kısa süren ancak cinsel haz açısından en yoğun yaşanan evresi olan orgazm, pelvik organlara sınırlı olmayıp tüm bedene yayılan bir deneyimdir. Duyguları için içine katmadan orgazmı tanımlamak yetersiz kalır çünkü sadece fiziksel olarak hissedilen bir durum değildir (96). DSM 5'e göre kadında orgazm bozukluğu tanısı için, her cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte( yaklaşık %75-100) ( belirli durumlarda ya da yaygın her durumda) aşağıdaki belirtilerden birinin en az 6 ay sürmesi ve klinik açıdan belirgin sıkıntıya yol açması gerekmektedir(83):

1)Orgazmda belirgin gecikme, belirgin orgazm seyrekliği ya da yokluğu

2)Orgazm duyumlarının çok düşük yoğunlukta olması

Çeşitli araştırmalarda kadınlarda orgazm sorununun sıklığı %18-%61 arasında belirtilmektedir (86, 87, 97-99). Cinsel eğitim ve deneyimin yetersizliği, cinsel mitlerin yaygınlığı, kültürel faktörler ve yetiştirilme biçimi sebebiyle ülkemizde batılı ülkelere oranla orgazm bozukluğunun daha sık olduğu tahmin edilmektedir (100). Geleneksel toplumlarda kadınların cinsel isteğini dışa vurmaları, cinsellikten haz aldıklarını göstermeleri ayıp ve günah sayıldığından kadınlar cinsellikten usturuplu bir biçimde keyif almaya şartlanmış ve bu yüzden orgazmda ketlenmiş olabilirler (96).

Freud'un vajinal orgazm olabilmek için klitoral orgazmdan vazgeçilmesi gerektiği şeklindeki fikrine rağmen çoğu kadın orgazm olabilmek için koitus sırasında penisin vajinayı uyarmasına ek olarak, klitorisine elle uyarılmasına ihtiyaç duyar (101). Bazen de kadınlar orgazm olmadıkları halde orgazmı taklit ederler. Bir çalışmada, kadınların orgazmı taklit etme sebepleri; cinsel deneyimle ilgili korku gibi olumsuz duyguları önlemek, eşinin duyguları hakkında endişelenmek, kendi uyarılma düzeyini artırmak ya da cinsel aktiviteyi sonlandırmak şeklinde bildirilmiştir (102).

Orgazm bozukluğu olan kadınlarda anksiyete bozuklukları, depresyon, fiziksel veya cinsel istismar gibi psikolojik etkenler ile cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu görülme oranlarının da yüksek olduğu belirtilmektedir (103). Kişilik özellikleri, sosyokültürel durum, dini inançlar, eşlerin birbiriyle

olan uyumu gibi faktörlerin de orgazm olma kapasitesi ve tatmin ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmalarda kadınların cinsellikten erkekler kadar zevk almasının normal karşılanmadığı kültürlerde kadınların orgazma ulaşmakta zorlandığı tespit edilmiştir (104). Bununla beraber, yaş ve tecrübe ile orgazm sıklığı ve doyumun artması, psikolojik ketlenmelerin yaşla azalması, kendi bedeni ve cinsel hazlarını tanımakla açıklanmıştır (100).

### **2.A.c. Cinsel Organlarda- Pelviste Ağrı/ İçe Girme Bozukluğu**

Önceden dispareni ve vajinismus olarak ayrı ayrı tanımlanan cinsel işlev bozuklukları DSM 5'te cinsel organlarda-pelviste ağrı/içerme girme bozukluğu olarak tek başlık altında toplanmıştır (84).

Aşağıda belirtilen yakınmalardan en az birinin varlığında cinsel organlarda-pelviste ağrı/içerme girme bozukluğu tanısı uygundur (83).

- 1)Cinsel ilişkiye girmekte güçlük
- 2)Cinsel organlarda- pelviste ağrı
- 3)Ağrı ya da giriş korkusu
- 4)Pelvik taban kaslarında gerilim

Cinselliğin erkeklerin arzuladığı ancak kadınların acıyla katlandığı bir olay olarak görülmesi, vajinaya giren penisin dolayısıyla erkeklerin tehlikeli olarak algılanması, cinselliğin ayıp, günah ve bekâretin masumiyet göstergesi sayılması vajinismusun yol açabilmektedir (96). 2007'de Türkiye'de yapılan bir çalışmada genel popülasyonda vajinismus görülme oranının %15.3 olduğu bildirilmiştir (105). Türkiye'de yapılan çalışmalarda vajinismusun birinci basamak tedavi merkezlerine başvurularda %41, cinsel işlev bozuklukları polikliniğine yapılan başvurularda %62-75 oranında olduğu bildirilmektedir. (106-108)

Vajinismuslu kadınların cinsellik hakkında yeterli bilgisinin olmadığı, cinsellikle ilgili negatif tutumları bulunduğu, özellikle evlilik öncesi cinsellik hakkında olumsuz yargıları olduğu birçok çalışmada belirtilmektedir (109,110). Kadınlara kendi kişisel fikirlerinin sorulduğu bir araştırmada, kadınların %74'ü ağrı korkusunu vajinismusun gelişimindeki ana neden olarak göstererek 'cinselliğin yanlış bir şey olduğuna inandırılarak büyütülmeyi' vajinismusun ikinci en önemli sebebi olduğunu belirtmişlerdir

(111). DSM 5'e göre pelviste ağrı/ içe girme bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan 55 kadınla yapılan bir çalışmada, bu kadınların kontrol grubuna göre cinsel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmal düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (112).

## **2.B. Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları**

### **2.B.a. Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu**

DSM 5'e göre erkeklerde düşük cinsel istek, cinsel içerikli düşünce ve fantezilerin, cinsel isteğin sürekli ya da yineleyici olarak az olması ya da hiç olmaması durumudur. Klinisyen, kişinin yaşı, yaşamındaki genel ve toplumsal kültürel durum gibi cinsel işlevselliğini etkileyebilecek etkenleri göz önünde bulundurarak böyle bir yargıya varır. Belirtiler en az 6 aydır sürmektedir ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olmaktadır (83).

Cinsel istek; düşünce, fantezi ve duygular ile nörofizyolojik mekanizmaların etkileşimi, benlik saygısı, kendine uygun bir eşin bulunması, eşle duygusal bağın ve iletişimin iyi olmasıyla ortaya çıkmaktadır (113, 114). Erkeklerde cinsel isteği belirleyen faktörler hakkında yapılan çalışmalarda, kültürel değerlerle bağlantılı inançlar, cinsellikle ilgili otomatik düşüncelerin yani bilişsel faktörlerin erkeklerde cinsel isteği belirleyen en önemli faktörler olduğu gösterilmiştir (115). DSM 5'e göre 18-24 yaş arası erkeklerin %6'sının ve 66-74 yaş arası erkeklerin %41'i cinsel istek azlığı yaşamaktadır (116). Amerika'da yaşları 57-85 arasında olan 1455 erkek ile yapılan bir araştırmada, erkeklerin %28'i cinsel isteklerinin düşük olduğunu belirtmiş, cinsel isteğinin düşük olduğunu belirten erkeklerin %65'i bu durumdan hoşnutsuzluğunu dile getirmiştir (117).

### **2.B.b. Sertleşme Bozukluğu**

Genç ve orta yaş erkeklerde sebepler genellikle psikolojik olup ileri yaştaki erkeklerde organik sebepler ön plandadır ancak organik ve psikolojik sebepler azımsanmayacak ölçüde bir arada görülürler (118). Günümüze dek yapılan çalışmalara göre sertleşme bozukluğunun %20-50'nin organik kökenli olduğu belirtilmektedir. Organik psikolojik ayrımı yaparken iyi bir anamnez çok yol gösterici olup gereksiz invazif işlemlere ihtiyaç duyulmayacaktır (119). Cinsel ilişki planlanmadığında kendiliğinden olan sertleşmeler, sabah

sertleşmelerinin olması veya mastürbasyonla ya da her zamanki eş dışında biriyle olan ilişkideki sertleşmeler daha çok psikolojik sebeplere işaret eder (120). Ancak cinsel işlev bozukluğu tanısı koymadan önce yaşlanmayla birlikte fizyolojik olarak, ereksiyona ulaşma zamanının uzadığı, ereksiyon derecesinin azaldığı, ejakülat miktarının azaldığı, refrakter dönemin uzadığı bilgileri göz önünde bulundurulmalıdır (121).

DSM 5'e göre erkekte sertleşme bozukluğu tanısı için, her cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75-100'de) aşağıdaki 3 belirtiden birinin yaşanıyor olması, belirtilerin en az 6 ay sürmesi ve kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olması gerekmektedir (83).

- 1) Cinsel etkinlik sırasında sertleşme sağlamada belirgin güçlük çekme
- 2) Cinsel etkinliği bitirene dek sertleşmeyi sürdürmede belirgin güçlük çekme
- 3) Sertlik düzeyinde belirgin azalma.

Feldman tarafından yapılan çalışmada, 40-70 yaş arası erkeklerde sertleşme bozukluğu oranının %52 olduğu bildirilmektedir (122). İngiltere'de ise 30-80 yaşları arasındaki 8000 erkeğin katıldığı çalışmada sertleşme bozukluğunun yaş ile artış göstermekle birlikte ortalama sıklığının %19 bulunduğu ve hipertansiyon, diyabet, pelvik cerrahi ve alt üriner sistem semptomları ile birlikte yüksek komorbidite görüldüğü belirtilmektedir (123). Türk Androloji Derneği tarafından 40 yaş üzeri 1982 erkekle yapılan çalışmada, sertleşme bozukluğu prevalansı %65 düzeyinde saptanmış, yaşla birlikte sertleşme bozukluğu oranının arttığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada, sertleşme bozukluğunun düşük eğitim düzeyi, işsizlik, ülkenin doğu kesiminde bulunmak, depresyon, hipertansiyon, diyabet, alt üriner sistem sorunlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (124).

Çalışmalarda, sertleşme bozukluğu olan erkeklerin “erkekler her zaman cinsellik ister ve cinselliğe hazır olmalıdır”, “erkek cinsel ilişkinin sorumluluğunu üstlenmek ve ilişkiyi yönetmek zorundadır”, “erkek kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir”, “sevişme cinsel birleşme demektir”, “erkeğin penisi sertleştiğinde en yakın zamanda boşalmalıdır” gibi cinsel mitlere daha

fazla inandığı gösterilmiştir (125, 126). Zilbergerd bu mitlerin erkek nasıl düşünmeli ve nasıl davranmalıdır konusunda bir kalıp oluşturduğunu göstermiştir (127). Sertleşme bozukluğu olan erkeklerde beceriksizlik, yetersizlik, başarısızlık gibi erken maladaptif şemaların daha sık bulunduğu, üzüntü, hayal kırıklığı, endişe, korku hislerinin daha yoğun olduğu, cinsel haz ve doyumun daha az olduğu belirtilmektedir (128, 129).

Partnerdeki cinsel işlev bozukluğu, örneğin vajinismus sertleşme sorunlarına yol açabildiği gibi, sertleşme bozukluğu bulunması partnerde düşük cinsel istek ve düşük cinsel tatmin ile bağlantılıdır (130). Sertleşme bozukluğu, erkekte cinsel isteksizlik ve erken boşalma gibi diğer cinsel işlev bozukluklarına sekonder olarak da ortaya çıkabilir (131). Asya Pasifik ülkelerinde yaşayan, yaşları 18-65 arasında olup son 2 yıldır düzenli cinsel ilişkisi olan heteroseksüel 4997 erkek ile yapılan çalışmada erken boşalma sorunu olduğu tespit edilen 816 erkeğin yaklaşık 1/3'ünde eşlik eden erektil işlev bozukluğu bulunduğu belirtmiştir (132). İrlanda'da vajinismus tanılı 23 kadınla yapılan çalışmada, eşlerinde yüksek oranda sertleşme bozukluğu görüldüğü bildirilmektedir (133). Partnerle ilişkide rol çatışmaları, güç savaşları, güven sorunları, yakınlık kurma zorlukları da cinsellikten kaçınmaya sebep olarak uyarılmayı zorlaştırarak sertleşme bozukluğuna yol açabilmektedir (134). Freud'a göre, bir kadına karşı sevgi ve şehvet duymayı bağdaştıramayan erkeklerde bilinç dışı çatışmayı gösteren sertleşme bozukluğu görülmektedir. Böyle erkekler ancak aşağıladıkları, fahişe olarak nitelendirdikleri kadınlara karşı şehvet duyabilir. Diğer kadınlar ise anne gibi çok sevilir ve sayılırlar, onlara şehvet duymak yasaktır, utanç ve suçluluk duyguları alevlenir (135).

### **2.B.c. Erken Boşalma**

DSM 5'e göre erken boşalma, eşli cinsel etkinlik sırasında, sürekli ya da yineleyici olarak, vajinaya girdikten sonra yaklaşık 1 dakika içinde ve kişinin isteğinden önce boşalma örüntüsü olarak tanımlanmıştır. Belirti en az 6 aydır sürmeli ve neredeyse her cinsel etkinlikte ya da her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75-100'ünde) olmalı ve kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olmalıdır.

Erken boşalma, eşcinsel erkeklerde de görülebilmesine rağmen DSM 5'te tanı kriterlerinde 'vajinaya giriş' ifadesi bulunmaktadır. DSM 5'e göre, boşalma vajinaya girişten itibaren 30 saniye ile 1 dakika arasında olursa hafif, 15-30 saniye arasında olursa orta, cinsel ilişki başlangıcında ya da vajinaya girişteki ilk 15 saniye içinde gerçekleşirse şiddetli bozukluktan bahsedilir (83). Bazı erkekler 5-10 dakikalık bir süreyi bile erken boşalma olarak tanımlamakta, bazıları için 1-2 dakikalık boşalma süresi olağan karşılanmaktadır. DSM 5 ile birlikte bu süre 'vajinaya girdikten sonra yaklaşık 1 dakika içinde' olarak net bir biçimde belirlenmiştir (136). Kişiler vajinaya girişten orgazma kadar geçen süreyi olduğundan kısa ya da uzun olarak nitelendirebilir. Tanı koyarken erkeğin yaşı, cinsel deneyimi, cinsel ilişki sıklığı, cinsel partnerin yeni olup olmadığı gibi etkenler göz önünde bulundurulmalıdır. Bu süre intravajinal ejakülasyon latens süresi (İELS) olarak tanımlanır ve kronometre ile ölçülen, kanıta dayalı bir yöntem ile belirlenir. Boşalmayı kontrol etme hissi İELS ile yakından ilişkilidir (137, 138).

**Tablo-3:** Cinsel işlevleri normal 491 erkeğin İELS dağılımları (139)

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

Orgazmın emisyon ve ejakülasyon olmak üzere iki aşaması vardır. Emisyon aşamasında semen, posterior üretrada birikir, ardından perine kaslarının ritmik kasılması ve eksternal üretral sfinkterin açılmasıyla semenin dışarı boşaltıldığı ejakülasyon aşaması gelir. Erken boşalması olan hastaların emisyon fazını yeterince fark edemediği için sfinkter üzerinde kontrol



sağlayamadığı belirtilmektedir (118). Normalde cinsel deneyim arttıkça genç erkekler duyularının giderek daha çok farkında olur ve boşalma üzerindeki denetimlerini sağlar hale gelirler ancak olumsuz deneyimler, yoğun anksiyete bu öğrenme sürecini bozabilir (140).

Erken boşalma erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olup Laumann ve Read gibi araştırmacılar tarafından prevalansı %30 olarak belirtilmektedir (141, 142). Montrosi de normal boşalma süresi algısının ülkeden ülkeye değiştiğini, erkeğin ve partnerinin değerlendirmesine göre farklılık gösterdiğini, tüm yaş gruplarında erken boşalma prevalansının yaklaşık %30 olduğunu belirtmektedir (143).

Yaşam boyu erken boşalması olan erkeklerin birinci dereceden yakınlarında erken boşalma oranının yüksek görülmesiyle ilgili çalışmalar, erken boşalmanın psikolojik temelleri kadar nörobiyolojik, genetik, çevresel tarafı olduğuna dikkat çekmektedir (144, 145). Bazı araştırmacılara göre erken boşalması olan erkekler, daha kısa sinir latansından ötürü fizyolojik sebeplerle orgazma daha hızlı ulaşan grup ve psikolojik sebeplerle, koşullanma yoluyla orgazma erken ulaşan grup olmak üzere iki grupta incelenebilir. Sınırlı sayıdaki araştırmada, elektrofizyolojik yöntemlerle, bulbokavernöz refleksin kısalmış olduğu gösterilmiş, erken boşalmaya penil hipersensitivitenin neden olabileceği belirtilmiştir (146). Kaplan'a göre ise temel sorun boşalma refleksinin hızlı olması değil, refleks üzerindeki istemli kortikal denetimin olmamasıdır (147).

Performans kaygısı, sempatik deşarjı artırarak erken boşalmaya neden olabilmektedir. Kaygı kişinin cinsel uyarılmaya odaklanmasını, uyarılma düzeyini fark etmesini zorlaştırarak boşalma üzerindeki denetimin azalmasına, kaybedilmesine yol açmaktadır (148, 149). Kontrol grubuyla kıyaslandığında erken boşalma sorunu olan erkeklerde boşalmayı kontrol etmeyle ilgili düşünceler, başarısızlık beklentisi, ereksiyonu sürdürme, partnerini tatmin etmeyle ilgili düşüncelerin yoğun olduğu görülmüştür (150). Yardımsever, şefkatli, toleranslı olmanın erken boşalma ile ilişkili olduğunun belirtildiği bir çalışmada erkeğin kadının tatminsizliği ve sıkıntısıyla çok meşgul olduğu, kadının tatminsizliğine çok anlam yüklediği ancak eşin

tatminsizliğinin ilişki süresiyle ve erkeğin boşalma üzerindeki denetimiyle bağlantılı olmadığı gösterilmiştir (151).

### **2.B.d. Geç Boşalma**

Geç boşalma diğer cinsel işlev bozukluklarına göre daha nadir olmakla birlikte çalışmalarda, son on yılda bu bozukluğun giderek arttığı saptanmıştır. Bu artışın, geç boşalmaya sebep olan antidepressan ilaçların kullanımında artış ve internetteki görsel materyallere ulaşım kolaylığı ve bunların kullanım sıklığı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Pornografi sitelerinde kişilere çok çeşitli cinsel içerikler sunulmakta, farklı uyarılma biçimleri sağlanmakta ve buna dayanarak eşli cinsel aktivitelerde geç boşalma görülebilmektedir (152).

Geç boşalma görülme sıklığı yaşa ve eşlik eden faktörlere göre %1-10 arasında değişmektedir (153). Geç boşalmada, orgazm refleksi istemsiz ketlenmekte, erkeğin cinsel olarak yeterince uyarılması ve iyi düzeyde sertleşme sağlanmasına rağmen boşalma refleksinin oluşmasında sıkıntı yaşanmaktadır (154). Gecikmenin sınırları belirlenmiş değildir ancak genelde belli bir sürenin ardından eşler genital rahatsızlık ya da yorgunluk nedeniyle cinsel aktiviteyi sonlandırmaktadır (83).

Bilinçdışı ödipal çatışmalar, kastrasyon korkusu, kadınlara zarar verme korkusu, cinsel ilişkide eşinin tatminiyle ilgili aşırı zihinsel uğraşlar, kontrolünü yitirme endişesi, performans kaygıları nedeniyle kendini cinselliğe bırakmakta zorluk gibi sebepler boşalma üzerinde aşırı denetime neden olabilir (154). Süregiden bir ilişkide ortaya çıkan edinilmiş geç boşalma, erkeğin eşini artık çekici bulmaması, gebelik isteği konusunda kararsız oluşu, eşine karşı ifade edilmeyen agresyonun bulunması ile ilgili olabilir (155).

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.A. Örneklem Seçimi

Araştırmaya, 30.07.2018-30.11.2018 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Dermatoloji veya Romatoloji polikliniklerinde, Behçet hastalığı tanısı ile izlenen, 18-50 yaş arası, aktif cinsel yaşantısı olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 50 (29 kadın, 21 erkek) hasta dâhil edilmiştir. Kontrol grubu ise hastane çalışanları ve yakınlarından oluşan, işlevselliğini bozacak tıbbi ya da ruhsal hastalığı ile madde veya alkol kötüye kullanımı olmayan, 18-50 yaş arası, aktif cinsel yaşantısı olan 50 (28 kadın, 22 erkek) gönüllüden oluşmuştur.

Çalışmaya katılmayı kabul eden her hasta ve gönüllü, araştırmanın amacı ile ilgili hem sözel olarak bilgilendirilmiş, hem de yazılı materyal (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu") okutulmuştur. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı 10 Temmuz 2018 tarihinde 2018-13/25 karar numarası ile alınmıştır.

### 3.B. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, sosyodemografik bilgiler için Sosyodemografik Veri Formu, depresyon düzeyini ölçmek için Beck Depresyon Ölçeği, anksiyete düzeyini ölçmek için Beck Anksiyete Ölçeği, kadın cinsel işlevini değerlendirmek için Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu, erkek cinsel işlevini ölçmek için Uluslararası Eretil İşlev Formu ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu kullanılmıştır.

#### 3.B.a. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırma gruplarındaki bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzeyi, sistemik hastalık, psikiyatrik hastalık, alışkanlık ve Behçet hastalarının cilt tutulumu, sistemik tutulum, hastalık süresi ile kullandığı ilaç durumlarına ilişkin bilgilerini elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

### **3.B.b. Beck Depresyon Ölçeği**

Beck tarafından depresyon düzeyini belirlemek amacı ile geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği, likert tipinde olan 21 belirti kategorisinden oluşmaktadır. Belirtilerin şiddetine göre 0-3 arasında değişen puanlarla değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçekten alınan 0-9 puan minimal depresyon, 10-16 puan hafif depresyon, 17-29 puan orta depresyon, 30-63 puan ise şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir.

Teğin tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda test-tekrar test 0.65 güvenilirlik katsayısı bulunmuştur. İki-yarım korelasyon yöntemi ile belirlenen iç tutarlılık puanı üniversite öğrencileri için 0.78 ve depresif hastalar için 0.61 olarak bulunmuştur. Hisli tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı .80 olarak bulunmuştur. Yapılan araştırmalar neticesinde Beck Depresyon Ölçeği'nin depresif belirtileri ve depresyon düzeyini değerlendirmede kullanılabilecek, Türk kültürüne uygun bir ölçüm aracı olduğu görülmektedir (156).

### **3.B.c. Beck Anksiyete Ölçeği**

Beck ve arkadaşları tarafından anksiyete belirtilerinin sıklığını ve şiddetini ölçmek için geliştirilen geliştirilen Beck Anksiyete Ölçeği 21 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi 0 (Hiç), 1 (Hafif düzeyde), 2 (Orta düzeyde), 3 (Ciddi düzeyde) arasında derecelendirilen ölçekte, bireyler uygulama yapılan gün dâhil son bir haftadır yaşadıkları anksiyetenin fiziksel, affektif ve bilişsel düzeyini belirtmektedirler. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63 olup, 0-7 puan arası düşük, 8-15 puan arası hafif, 16-25 puan arası orta ve 26-63 puan arası yüksek düzeyde anksiyete olduğunu göstermektedir. Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda, ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik puanı .57, Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı ise .93 olarak bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda sübjektif ve somatik belirtiler olmak üzere iki faktörden oluştuğu bulunmuştur (157).

### **3.B.d. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği**

Rosen ve arkadaşları tarafından 19 maddelik çok boyutlu ve kadın cinsel işlevini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. İstek, uyarılma, lubrikasyon (kayganlaşma), orgazm, doyum ve ağrı alt boyut ölçek maddeleri 0-1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en küçük ham puan 4, en yüksek ham puan 95'tir. Ölçeğin alt boyutlarının ortalaması ile faktör yükleri ile yapılan hesaplama sonrası alınabilecek en düşük puan 2, en yüksek 36 olarak belirlenmiştir (158).

Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Aygin ve Aslan tarafından yapılmıştır. Test-tekrar test korelasyon katsayısı .75, Cronbach Alpha katsayısı ölçeğin tamamı için .98 olarak belirtilmiş, Türk kadınlarında kullanılması uygun bulunmuştur. Taş ve arkadaşlarının çalışmasında ölçekten 30 ve üstü alınan puanı iyi, 23-29 arası orta, 23 ve altında kötü cinsel fonksiyon varlığı olarak değerlendirilmiştir (159). Wiegel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise ölçeğin kesim değeri 26.55 bulunmuştur. Araştırmaya göre 26.55 üzerinde alınan puanlar kadın için normal fonksiyonları, 26.55'ten düşük alınan değerler kadınlarda cinsel işlev bozukluğunu belirtmektedir (160).

### **3.B.e. Uluslararası Eretil İşlev Formu**

Rosen ve arkadaşları tarafından geliştirilen Uluslararası Eretil İşlev Formu son 4 haftalık süreçteki eretil işlevi 6, orgazmik işlevi 2, cinsel işlevi 2, cinsel ilişki tatminini 3 ve genel tatmini ölçen 2 soru olmak üzere toplam 15 sorudan oluşmaktadır. Sorulara cevaplar 0 ile 5 puan arasında puanlandırılmakta olup, 0-10 ciddi, 11-16 orta, 17-21 hafif-orta, 22-25 hafif düzeyde eretil işlev bozukluğunu göstermekte, 26-30 arası puan eretil işlev bozukluğu olmadığı şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Türk Androloji Derneği tarafından yapılmıştır (161).

### **3.B.f. Arizona Cinsel Yaşam Ölçeği Kadın-Erkek Formu**

McGahuey ve arkadaşları tarafından cinsel işlevlerde ortaya çıkan değişimler ve bozuklukların değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Likert tipi 5 maddeden oluşan ölçek kadın ve erkek formları olmak üzere geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri 1 ile 6 puan arasında değerlendirilmekte olup, toplam puan

5-30 arasında değişmektedir. Düşük skorlar cinsel yaşantının güçlü, kolay ve tatminkâr olduğunu, yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunu göstermektedir (162). Soykan tarafından Türkçe uyarlama çalışmasında ölçeğin kesme noktası 11 olarak bulunmuş 11 ve üstü puan cinsel işlev bozukluğu olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin kadın formunda cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonrası doyumunu değerlendiren sorular bulunmaktadır. Ölçeğin erkek formunda cinsel istek, uyarılma, penis sertleşmesi, orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonrası tatmini değerlendirme soruları yer almaktadır (163).

### **3.C. Araştırma Değişkenleri ve İstatistiksel Yöntem**

Araştırmada betimsel istatistikler frekans, yüzde, ortalama (mean), standart sapma (SD) ve medyan (ortanca), minimum (min), maksimum (max) değerleri ile verilmiştir. Grupların değerlendirilmesinde normal dağılım gösteren iki grup arasında t-test, ikiden fazla grup arasında One Way ANOVA testleri uygulanmıştır. Beck Depresyon, Beck Anksiyete, Uluslararası Erektile İşlev, Kadın Cinsel İşlev, ve Arizona Cinsel İşlev ölçekleri arasındaki ilişkiyi değerlendirme için normal dağılım gösteren değişkenlerde Pearson, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ise Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Araştırmada 0.05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Tüm verilerin istatistiksel analizi SPSS 24.0 paket program versiyonu kullanılarak yapılmıştır.

## BULGULAR

Çalışmaya Behçet hastalığı tanısı almış 50 hasta ile 50 sağlıklı gönüllü kontrol grubu olmak üzere toplam 100 kişi alındı. Her iki grupta benzer şekilde ( $p=.840$ ) % 58'i ( $n=29$ ) hasta kadın, %56'sı ( $n=28$ ) sağlıklı kadın, %42'si ( $n=21$ ) hasta erkek ve %44'ü ( $n=22$ ) sağlıklı erkek bulunuyordu.

Hasta grubunun yaş aralığı 18 ile 50 arasında olup ortalaması  $38.28 \pm 9.21$ 'di. Sağlıklı kontrol grubunun yaşları ise 26 ile 50 arasında,  $39.34 \pm 7.23$  ortalama ile hasta grubu ile benzer bulundu. ( $p=.820$ ).

Hasta grubunun %86'sı ( $n=43$ ) evli, %14'ü ( $n=7$ ) bekârlardan oluşuyordu. Sağlıklı kontrol grubunun %92'si ( $n=46$ ) evli, %8'i ( $n=4$ ) bekar olup hasta grubu ile benzer bulundu. ( $p=.523$ ). Hasta grubunda 22 kişi (%44) ilkokul, 6 kişi (%12) ortaokul, 15 kişi (%30) lise, 7 kişi (%14) üniversite mezunuydu. Sağlıklı kontrol grubunda 3 kişi (%6) ilkokul, 4 kişi (%8) ortaokul, 16 kişi (%32) lise, 20 kişi (%40) üniversite ve 7 kişi (%14) yüksek lisans ve üstü mezunuydu. Hasta ve kontrol grubu eğitim düzeyi açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak farklı bulundu. ( $p=.000$ ).

Hastaların %6'sı ( $n=3$ ) memur, %44'ü ( $n=22$ ) işçi, %4'ü ( $n=2$ ) emekli olup, %46'sı ( $n=23$ ) çalışmıyordu. Sağlıklı kontrol grubunun %56'sı ( $n=28$ ) memur, %40'ı ( $n=20$ ) işçi, %4'ü ( $n=2$ ) çalışmıyordu. Hasta ve kontrol grupları meslek bakımından benzer bulundu. ( $p=.000$ ). Hasta grubunun %40'nın ( $n=20$ ) düşük, %54'ünün ( $n=27$ ) orta, %6'sının ( $n=3$ ) ise sosyoekonomik düzeyi yüksekti. Hasta grubundan farklı olarak ( $p=.001$ ) sağlıklı kontrol grubunun %10'unun ( $n=5$ ) düşük, %70'inin ( $n=35$ ) orta, %20'sinin ( $n=10$ ) ise sosyoekonomik düzeyi yüksek bulundu.

Hasta ve sağlıklı kontrol grubu çocuk sahibi olma bakımından karşılaştırıldığında hastaların ortalamasının  $1.60 \pm 1.03$ , sağlıklı kontrol grubunun ortalaması  $1.72 \pm 1.17$  ile benzer ( $p=.691$ ) olduğu bulundu.

Hasta grubunun %22'si ( $n= 11$ ), sağlıklı kontrol grubunun %32'si ( $n=16$ ) sigara kullanıyordu. Hasta grubundan sadece 1 kişi (%2) hem alkol

hem sigara kullanıyordu. Hasta ve sağlıklı kontrol grupları arasında zararlı alışkanlıklar bakımından istatistiksel olarak fark yoktu ( $p = .342$ ). Hasta ve sağlıklı kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri tablo 4'te gösterilmektedir.

**Tablo-4:** Sosyodemografik özellikler bakımından hasta ve kontrol grubunun

Özellik	Hasta Grubu (n=50)	Kontrol Grubu (n=50)	$\chi^2$	Z	p
<b>Yaş</b>	38.28 ± 9.21	39.34 ± 7.23		0.228	0.82
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	29 (%58)	28 (%56)	0.041		0.84
Erkek	21 (%42)	22 (%44)			
<b>Medeni Durum</b>					
Evli	43 (%86)	46 (%92)	0.409		0.52
Bekar	7 (%14)	4 (%8)			
<b>Çocuk Sayısı</b>	1.60 ±1.03	1.72 ±1.17		0.398	0.69
<b>Eğitim</b>					
İlkokul	22 (%44)	3 (%6)	28.132		0.00
Ortaokul	6 (%12)	4 (%8)			
Lise	15 (%30)	16 (%32)			
Üniversite	7 (%14)	20 (%40)			
Yüksek Ve Üstü		7 (%14)			
<b>Meslek</b>					
Memur	3 (%6)		39.897		.00
İşçi	22 (%44)				
Emekli	2 (%4)				
Çalışmıyor	23 (%46)				
<b>Gelir</b>					
Düşük	20 (%40)	5 (%10)	13.801		.00
Orta	27 (%54)	35 (%70)			
Yüksek	3 (%6)	10 (%20)			
<b>Alışkanlıklar</b>					
Yok	38 (%76)	34 (%68)	2.148		0.34
Sigara	11 (%22)	16 (%32)			
Sigara+Alkol	1 (%2)				

karşılaştırılması

$X \pm SD$ : Ortalama  $\pm$  Standart Sapma, Z: Mann Whitney U testi (numeric değişkenler için), : Chi-square Test (numeric olmayan değişkenler için)



Behçet hastalarının %82'sinde (n=41) ek sistemik hastalık görülmezken, sistemik hastalığı olan 9 kişiden (%18) 6'sında (%70) hipertansiyon vardı. Behçet hasta grubunda psikiyatrik tanı alan 11 kişiden (%22) 3 kişinin (%6) anksiyete bozukluğu, 8 kişinin (%16) depresif mizaçlı uyum bozukluğu (DMUB) tanısı vardı. Hastalardan % 72'si (n=36) sistemik tutulum, %28'i mukokutanöz tutulum gösteriyordu. Hastalardan %62'si (n=31) sadece Kolşisin, %8'i (n=4) Kolşisin ve Prednizolon, %30'u (n=15) Kolşisin ve Azatiyoprini kombine olarak kullanıyordu. Behçet hastalığının ortalama süresi 9.88 ±7.0 olmak üzere en düşük hastalık süresi 1, en yüksek hastalık süresi 30 yıl olarak bulundu.

Behçet hasta grubunda eşlik eden sistemik hastalık olup olmadığı ve türü, psikiyatrik tanı ve türü, hastalık süresi ve ilaç kullanımı, hastalığın mukokutanöz tutulum ile mi sınırlı yoksa sistemik mi olduğu tablo 5'te gösterilmektedir.

**Tablo-5:** Hasta grubunda Behçet hastalığı ve ek hastalıklarla ilgili bilgiler (N=50)

Özellik	n(%)	Ortalama ±Standart Sapma	Minimum-Maximum
<b>Sistemik Hastalık</b>		1.82±0.38	
Var	9 (%18)		
Yok	41(%82)		
<b>Psikiyatrik Tanı</b>		1.78±0.41	
Var	11 (%22)		
Yok	39 (%78)		
<b>Tutulum</b>		1.72±0.45	
Cilt	14 (%28)		
Sistemik	36 (%72)		
<b>Behçet Süre</b>	50 (%100)	9.88±7.00	1-30
<b>Behçet İlaç</b>			
Kolşisin	31 (%62)		
Kolşisin+ Prednizolon	4 (%8)		
Kolşisin+ Azatiyoprin	15 (%30)		

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik ölçümleri için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları Tablo 6'da gösterilmiştir. Ölçeklerin her birinin

kendi içinde tutarlı ölçümler yaptığı ve iç tutarlılık anlamında iyi ve kabul edilebilir güvenilirliğe sahip oldukları bulunmuştur.

**Tablo-6:** Ölçeklerin Güvenirlik Katsayıları

Ölçek	Cronbach's Alpha ( $\alpha$ )
BDÖ	.857
BAÖ	.888
KCiÖ	.780
UEİF	.773
ACYÖ-K	.861
ACYÖ-E	.744

Hasta grubunun Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puan ortalaması  $10.54 \pm 6.45$ , Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) puan ortalaması  $28.32 \pm 7.02$  olarak bulundu. Sağlıklı kontrol grubunun BDÖ puan ortalaması  $7.36 \pm 6.13$ , BAÖ puan ortalaması  $26.78 \pm 6.55$  olarak bulundu. Hasta ve sağlıklı kontrol grubu BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında depresyon düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p=.009$ ). Hasta ve sağlıklı kontrol grubunun BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>.05$ ). Ölçek puanları gruplar içinde sosyodemografik değişkenlere göre değerlendirildiğinde; sağlıklı kontrol grubunda kadın ve erkeklerin BAÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulundu ( $p=.039$ ). Sigara kullanan sağlıklı grup bireylerinin BDÖ puanları kullanmayanlara göre istatistiksel olarak farklı bulundu ( $p=.049$ ). Psikiyatrik tanı alan Behçet hasta grubunun BAÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. ( $p=.028$ ).

Yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim, meslek, gelir düzeyi değişkenleri ile BDÖ ve BAÖ puanları arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p>.05$ ). Hasta grubunun sistemik hastalık varlığı ve türü, hastalık süresi, ve kullanılan ilaç ile BDÖ ve BAÖ'den elde edilen puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ ). Hasta ve sağlık kontrol gruplarının BDÖ ve BAÖ ortalama puanları, sosyodemografik özellikler bakımından değerlendirilmesi ve hasta grubunun hastalık özellikleri ile ilişkisi tablo 7'de gösterilmiştir.

**Tablo-7:** Hasta ve kontrol gruplarının BDÖ ve BAÖ ortalama puanlarının sosyodemografik özellikler ile ilişkisi

Özellik	Grup	BDÖ		BAÖ	
		*Ort ± *Ss	p değeri	Ort ± Ss	p değeri
<b>Genel</b>	Hasta Kontrol	10.54±6.45 7.36±6.13	<b>0.09</b>	26.78±6.55 28.32±7.02	0.16
<b>Yaş</b>	Hasta Kontrol		0.34 0.41		0.71 0.53
<b>Cinsiyet</b>	Hasta Kontrol		0.49 0.59		0.48 <b>0.03</b>
<b>Medeni Durum</b>	Hasta Kontrol		0.56 0.65		0.25 0.84
<b>Çocuk Sayısı</b>	Hasta Kontrol		0.28 0.58		0.17 0.33
<b>Eğitim</b>	Hasta Kontrol		0.75 0.19		0.45 0.51
<b>Meslek</b>	Hasta Kontrol		0.94 0.15		0.18 0.61
<b>Gelir</b>	Hasta Kontrol		0.75 0.59		0.77 0.89
<b>Alışkanlıklar</b>	Hasta Kontrol		0.19 <b>0.04</b>		0.07 0.81
<b>Sistemik Hastalık</b>	Hasta		0.80		0.39
<b>Psikiyatrik tanı</b>	Hasta		0.32		<b>0.02</b>
<b>Tutululum</b>	Hasta		0.05		0.22
<b>Behçet Süre</b>	Hasta		0.87		0.64
<b>Behçet İlaç</b>	Hasta		0.29		0.58

\*Ort: Ortalama \*Ss: Standart Sapma

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCiÖ)'ne göre kadın hasta grubunun hepsinde (n=29) cinsel fonksiyonlar bozuktur (M=20.00. SD=2.99). Sağlıklı kontrol grubu KCiÖ puanına göre değerlendirildiğinde 25 (%89) kişide cinsel işlev bozukluğu bulundu (M=22.22, SD= 3.41). Hasta ve sağlıklı kontrol grupları KCiÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu(p=.008). KCiÖ alt gruplarına bakıldığında istek ve uyarılma puanları açısından hasta ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.(sırasıyla p=.047, p=001).

Hasta ve sağlıklı kontrol gruplarının KCiÖ puanlarına göre karşılaştırılması Tablo 8'te verilmektedir.

**Tablo-8:** Hasta ve kontrol gruplarında KCIÖ toplam ve alt grup ortalama puanları

	Hasta (n=29)			Sağlıklı Kontrol (n=28)			
	min	max	*Ort ± *Ss	min	max	*Ort ± *Ss	p
<b>Toplam</b>	12.40	25.00	20.00±2.99	12.30	30.10	22.22±3.41	<b>0.008</b>
<b>İstek</b>	1.20	4.80	2.97±0.85	2.40	6.00	3.60±0.93	<b>0.047</b>
<b>Uyarılma</b>	1.20	5.40	3.21±0.93	1.50	6.00	4.29±1.20	<b>0.001</b>
<b>Lubrikasyon</b>	2.70	4.80	3.43±0.60	1.20	5.10	3.61±0.79	0.106
<b>Orgazm</b>	2.80	4.80	3.51±0.52	1.20	5.20	3.74±0.75	0.050
<b>Doyum</b>	1.20	6.00	4.37±1.10	2.40	6.00	4.84±0.88	0.178
<b>Ağrı</b>	1.20	4.80	2.48±1.03	1.20	4.40	2.12±1.01	0.211

\*Ort: Ortalama, \*SS: Standart sapma

KCIÖ puanlarının sosyodemografik özellikler yönünden değerlendirilmesi yapıldığında hasta grubunun cinsel ilişkideki ağrı düzeyleri ile yaş arasında anlamlı ilişki bulundu ( $p=.045$ ). Eğitim düzeyi ile hasta grubunun KCIÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulundu. ( $p=.034$ ). Lubrikasyon, orgazm ve toplam puanlar ile sistemik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla  $p=.001$ ,  $p=.042$ ,  $p=.033$ ). Psikiyatrik tanısı olan ve olmayan hastaların KCIÖ puanları arasında anlamlı fark bulundu ( $p=.030$ ).

KCIÖ puanları BDÖ ve BAÖ puanları ile karşılaştırıldığında hasta grubunda farklılık gözlenmedi ( $p>.05$ ). Sağlıklı kontrol grubunda KCIÖ genel puanı ile BDÖ ( $p=0.034$ ) ve BAÖ ( $p=0.005$ ) puanları arasında anlamlı fark bulundu. Sağlıklı kontrol grubunda uyarılma düzeyi ile BDÖ ( $p=.018$ ) ve BAÖ ( $p=.024$ ), doyum ile BAÖ ( $p=.001$ ), cinsel ilişkide ağrı ile BAÖ ( $p=.002$ ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

**Tablo-9:** Hasta ve kontrol gruplarının KCIÖ toplam ortalama puanlarının BDÖ, BAÖ ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi

Özellik	Hasta			Kontrol		
	$\chi^2$	Z	p	$\chi^2$	Z	p
<b>BDÖ</b>			0.468			<b>0.034</b>
<b>BAÖ</b>			0.848			<b>0.005</b>
<b>Yaş</b>			0.068			0.883
<b>Medeni Durum</b>				0.863		0.353
<b>Çocuk Sayısı</b>			0.242			0.991
<b>Eğitim</b>	8.675		<b>0.034</b>	8.341		0.080
<b>Meslek</b>	1.008		0.604	5.441		0.066
<b>Gelir</b>	2.824		0.093	2.248		0.325
<b>Alışkanlıklar</b>	3.137		0.077	0.020		0.889
<b>Sistemik Hastalık</b>		2.127	<b>0.033</b>			
<b>Psikiyatrik tanı</b>		2.172	<b>0.030</b>			
<b>Tutulum</b>		1.034	0.301			
<b>Behçet Süre</b>			0.539			
<b>Behçet İlaç</b>	2.937		0.230			

Z: Mann Whitney U testi (2 kategorili değişkenler için),  $\chi^2$  : Kruskal Wallis Testi ( 3 ve daha fazla kategorili değişkenler için)

Uluslararası Eretil İşlev Formu (UEİF) puanlarına göre hasta erkeklerin %48'inde (n=10) erektile işlev bozukluğu bulundu. Sağlıklı kontrol grubu erkeklerin %95'inde (n=21) erektile işlev bozukluğuna rastlanmadı. Hasta erkeklerin UEİF puan ortalaması 23.14±6.98, kontrol grubu erkeklerinin puan ortalaması ise 28.63±1.67 olarak bulundu. Hasta ve sağlıklı kontrol grupları erektile işlev alt grup puanlarına göre değerlendirildiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=.003).

Hasta ve sağlıklı kontrol gruplarının UEİF puanlarına göre karşılaştırılması Tablo 10'da verilmektedir.

**Tablo-10:** Hasta ve kontrol gruplarında UEİF toplam ve alt grup ortalama puanları

	Hasta (n=21)			Sağlıklı Kontrol (n=22)			
	min	max	*Ort ± *Ss	min	max	*Ort ± *Ss	p
<b>Eretil işlev</b>	10.00	30.00	23.14±6.98	23.00	30.00	28.63±1.67	<b>0.003</b>
<b>Orgazmik İşlev</b>	0	38.00	9.19±7.31	8.00	10.00	9.68±0.64	0.068
<b>Cinsel İstek</b>	4.00	10.00	7.19±1.43	6.00	10.00	7.63±1.43	0.441
<b>Cinsel Tatmin</b>	0	37.00	9.80±7.70	9.00	14.00	11.63±1.49	0.055
<b>Genel tatmin</b>	2	10.00	7.09±2.89	7.00	10.00	9.09±1.01	0.011

\*Ort: Ortalama, \*SS: Standart sapma

Eretil işlev puanları, BDÖ ve BAÖ puanları ile karşılaştırıldığında hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (sırasıyla  $p=0.002$ ,  $p=0.045$ ). Hasta grubunun orgazmik işlev, cinsel istek, cinsel tatmin ve genel tatmin alt grup puanları ile BDÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulundu (sırasıyla  $p=0.004$ ,  $p=0.028$ ,  $p=0.023$ ,  $p=0.028$ ). Hasta ve sağlıklı kontrol gruplarının genel memnuniyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p=0.011$ ). (Tablo 11) UEİF puanlarının sosyodemografik özellikler yönünden değerlendirilmesi yapıldığında hasta ve kontrol grubunda sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.050$ ).

**Tablo-11:**Hasta ve kontrol gruplarının UEİF toplam ortalama puanlarının BDÖ ve BAÖ ile ilişkisi

Özellik	Grup	BDÖ	BAÖ
		p	p
<b>Eretil işlev</b>	Hasta Kontrol	<b>0.002</b> 0.741	<b>0.045</b> 0.374
<b>Orgazmik İşlev</b>	Hasta Kontrol	<b>0.004</b> 0.783	0.097 0.391
<b>Cinsel İstek</b>	Hasta Kontrol	<b>0.028</b> 0.891	0.113 0.781
<b>Cinsel Memnuniyet</b>	Hasta Kontrol	<b>0.023</b> 0.133	0.084 0.052
<b>Genel Memnuniyet</b>	Hasta Kontrol	<b>0.028</b> 0.470	0.019 0.156

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu (ACYÖ-K)'ye göre Behçet hasta grubunda 5 (%17.2) kadında cinsel işlev bozukluğu varken, 24 (%82) kadında cinsel işlev bozukluğu bulunmadı. Hasta grubuyla benzer olarak sağlıklı grupta 5 (%17.9) kadında cinsel işlev bozukluğu varken, 23 (%82.1) kadında cinsel işlev bozukluğu bulunmadı. Hasta kadınların ACYÖ-K puan ortalaması  $15.58 \pm 4.59$ , sağlıklı kadınların ACYÖ-K puan ortalaması  $14.46 \pm 4.11$  olarak bulundu. Hasta ve sağlıklı kontrol grupları ACYÖ-K puanlarına göre değerlendirildiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p=.532$ ). Behçet hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu ACYÖ (toplam), ACYÖ-K1 (Cinsel dürtü), ACYÖ-K2 (Psikolojik uyarılma), ACYÖ-K3 (Fizyolojik uyarılma), ACYÖ-K4 (orgazma ulaşma kapasitesi), ACYÖ-K5 (Doyum duygusu) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>.050$ ). ACYÖ-K toplam ve alt boyutlarının hasta ve sağlıklı kontrol gruplarının puanlarının karşılaştırılması tablo 12'de verilmiştir.

**Tablo-12:** Hasta ve kontrol gruplarında ACYÖ-K toplam ve alt grup ortalama puanları

	Hasta Grubu (n=29)		Kontrol Grubu (n=28)		p
	Ortalama	( $\pm$ )*SS	Ortalama	( $\pm$ )SS	
<b>ACYÖ-K1 (Cinsel istek)</b>	3.13	1.09	2.89	1.16	0.411
<b>ACYÖ-K2 (Psikolojik uyarılma)</b>	3.20	1.17	2.96	0.99	0.548
<b>ACYÖ-K3 (Fizyolojik uyarılma)</b>	3.00	1.19	2.75	1.00	0.523
<b>ACYÖ-K4 (Orgazm kapasitesi)</b>	3.55	0.94	3.35	0.98	0.610
<b>ACYÖ-K5 (Doyum)</b>	2.68	1.13	2.50	1.17	0.468
<b>ACYÖ-K Toplam</b>	15.58	4.59	14.46	4.11	0.532

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu (ACYÖ-E)'ye göre Behçet hasta grubunda 10 (%47.6) erkekte cinsel işlev bozukluğu görülürken, sağlıklı kontrol grubunda 15 (%68) erkekte cinsel işlev bozukluğu bulundu. Hasta erkeklerin ACYÖ-E puan ortalaması  $11.95 \pm 3.89$ , sağlıklı erkeklerin ortalaması  $10.27 \pm 3.19$  bulundu. Hasta ve sağlıklı kontrol grupları

ACYÖ-E puanlarına göre değerlendirildiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p=.139$ ). Behçet hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu ACYÖ (toplam), ACYÖ-E1 (Cinsel istek), ACYÖ-E2 (Uyarılma), ACYÖ-E3 (Penis sertleşmesi), ACYÖ-E4 (orgazma ulaşma kapasitesi) alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>.050$ ). ACYÖ-E5 (Orgazm sonrası tatmini) alt boyut puanı hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. ( $p=.003$ ). ACYÖ-E toplam ve alt boyut puanlarının hasta ve sağlıklı kontrol gruplarında karşılaştırılması tablo 13'te verilmiştir.

**Tablo-13:** Hasta ve kontrol gruplarında ACYÖ-E toplam ve alt boyut puanları

	Hasta Grubu (n=21)		Kontrol Grubu (n=22)		p
	Ortalama	(±)SS	Ortalama	(±)SS	
<b>ACYÖ-E1 (Cinsel istek)</b>	2.09	1.22	1.81	0.85	0.588
<b>ACYÖ-E2 (Uyarılma)</b>	2.28	0.95	2.04	1.04	0.349
<b>ACYÖ-E3 (Sertleşme)</b>	2.66	1.23	2.04	0.84	0.101
<b>ACYÖ-E4(Orgazm kapasitesi)</b>	2.14	0.96	2.59	0.85	0.119
<b>ACYÖ-E5 (Doyum)</b>	2.76	1.22	1.77	0.61	<b>0.003</b>
<b>ACYÖ-E Toplam</b>	11.95	3.89	10.27	3.19	0.139

\*SS: Standart sapma

ACYÖ-K puanları BDÖ ve BAÖ puanları ile karşılaştırıldığında hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>.050$ ). ACYÖ-E puanları BDÖ ve BAÖ puanları ile karşılaştırıldığında hasta grubunun BAÖ ile ACYÖ-E puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p=.033$ ).



## TARTIŞMA

Bu çalışmada, tekrarlayıcı ataklarla seyreden süregelen bir hastalık olan, genital bölge mukozasını ve damar yapılarını tutması sebebiyle cinsel işlevler açısından da irdelenmesi gereken Behçet hastalığında, depresyon, anksiyete düzeyi ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmış, elde edilen veriler kontrol grubuyla kıyaslanmıştır. Hasta grubunda KCIÖ ve UEİF'ye göre cinsel işlev bozuklukları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Depresif duygu durumu ve anksiyeteyi gösteren ölçeklere bakıldığında, hasta grubunda kontrol grubuna göre depresif duygu durumun anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüş, anksiyete düzeyleri açısından gruplar arası fark olmadığı bulunmuştur.

Behçet hastalığı, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmekte, cinsel işlevlerde sorunlara yol açabilmektedir. Bu hastalarda bedensel belirtilere, depresif duygu durum ve anksiyete bozuklukları eşlik edebilmekte, psikiyatrik yakınmalar cinsel istek azlığı, uyarılma sorunları, sertleşme bozukluğu, geç boşalma, anorgazmi gibi cinsel işlev bozukluklarına sebep olabilmektedir. Eşlik eden psikiyatrik belirtilerin tedavisinde kullanılan özellikle seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) olmak üzere pek çok psikotrop ilaç cinsel yan etkilere neden olmaktadır (1-3).

Hastalığın tedavisinde, bedensel belirtileri yatıştırmak, inflamasyonu baskılamak, lezyonların nüksünü azaltmak, organ tutulumunu önlemek gibi amaçlarla kullanılan immunsupresif ajanlar, kortikostreoidler ve kolşisin de ruhsal belirtilere yol açabilmektedir (164-166).

Diğer organik hastalıklarda olduğu gibi Behçet hastalarında da psikiyatrik yakınmaların ve cinsel işlevlerin sorgulanması, yaşam kalitesinin gözden geçirilmesi, bunlara yönelik psikoterapötik desteğin sunulması geri planda kalmaktadır. Özellikle cinselliği konuşmanın kolay olmadığı, ayıp karşılandığı ekinlerde, hekimler için bile cinsel işlevleri sorgulamak çekinilen, kaçınılan, göz ardı edilen bir durumdur.

Behçet hastalığının en sık 20-40 yaş arasındaki kişilerde görüldüğü, ileri yaş ile cinsel işlev bozukluğu arasında pozitif korelasyon olduğu dikkate alınarak bu çalışmaya 18-50 yaş arası kişiler alınmış, hasta grubunun yaş ortalaması  $38.28 \pm 9.21$ , sağlıklı kontrol grubunun ise  $39.34 \pm 7.23$  olup hasta grubu ile benzer bulunmuştur (6,18).

Hasta grubunun %86'sı (n=43) evli, %14'ü (n=7) bekârlardan oluşmaktadır. Sağlıklı kontrol grubunun %92'si (n=46) evli, %8'i bekâr olup hasta grubu ile benzer bulunmuştur. Sağlıklı kontrol grubunun %54'ü memur olup sosyoekonomik düzey ile eğitim seviyesi hasta grubuna oranla belirgin yüksektir. Hasta grubundaki hemen her hasta cinsel işlev bozukluklarına yönelik bir anket dolduracağını öğrendiğinde buna kolayca gönüllü olmuş ancak anket uygulamak için kendilerine danışılan sağlıklı gönüllü olabilecek kişilerin çoğu, mahrem sorulara cevap vermek istemediklerini belirterek gönüllü olmayı kabul etmemişlerdir. Gönüllü olmayı kabul edenlerin çoğunun eğitim ve ekonomik düzeyinin yüksek olduğu, evli oldukları dikkat çekmiştir. Bekâr olup aktif cinsel yaşantısı olan kişiler gönüllü olmaktan kaçındığı için, hasta ve sağlıklı grubunda örneklemin büyük kısmı evli gönüllülerden oluşmaktadır. Bu durumun, geleneksel toplum yapısına sahip olmamız, yetiştiğimiz kültürde cinselliği konuşmanın ayıp sayılması sebebiyle utanma, çekinme, gizleme davranışlarının yerleşik olması, cinsel eğitimin yetersiz olması gibi sebeplere bağlı olduğu düşünülmektedir (167).

Sigaranın cinsel işlevler üzerinde etkisini inceleyen araştırmalarda sigara alışkanlığının vasküler kökenli erektil işlev bozukluğu için risk faktörü olduğu saptanmış, sigara içenlerde içmeyenlere göre erektil işlev bozukluğunun daha fazla görüldüğü bulunmuştur (122, 168). Sigara kullanımının damar endotelinde yaptığı hasar ve bununla ilişkili cinsel işlev bozuklukları hesaba katıldığında, bu çalışmada sigara kullanan az sayıda gönüllü bulunması, hasta ve sağlıklı kontrol grupları arasında sigara kullanımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmaması önemlidir.

Bu çalışmada Behçet hastalarının %82'sinde (n=41) hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi gibi sistemik hastalıklar bulunmazken, sistemik hastalığı olan 9 kişiden (%18) 6'sında (%70) hipertansiyon, 2'sinde hipotiroidi

olduğu bulunmuştur. Endokrinolojik, nörolojik, jinekolojik hastalıkların, geçirilen operasyonların, genel tıbbi durumu ve yaşam kalitesini etkileyen kronik hastalıkların, psikiyatrik sorunların cinsel isteği azalttığı, uyarılmayı ve orgazmı etkileyebildiği birçok çalışmada gösterilmiştir (169-173).

Cinsel fonksiyonları değerlendirirken psikolojik ve organik sebepleri ayrı ayrı araştırmak, bazı hastalarda hem organik hem psikolojik etkenlerin bir arada bulunabileceğini göz ardı etmemek gerekir. Örneğin disparoni ile cinsel terapiye başvuran kadınların %40'ında vajinit, servisit gibi enfeksiyonlar, Bartholin bezi enfeksiyonu, epizyotomi skarları, endometriyozis, adenomyozis gibi pelvik patolojiler bulunmaktadır (174). Orgazm sırasındaki uterus kasılmalarıyla ilişkili olarak myom, endometriyozis, adenomyozisli olgularda cinsel ilişki sonrası ağrı şikayeti olabilmektedir. Vulvar vestiblit ve interstisyel sistit de disparoniye sebep olabilmektedir. (175) Bu çalışmada, gönüllülere görüşme sırasında herhangi bir jinekolojik hastalığı olup olmadığı, jinekolojik bir operasyon geçirip geçirmediği sorulmuş, jinekolojik hastalığı olanlar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Edinilmiş geç boşalma, endokrinolojik bozukluklar, abdominoperitoneal cerrahi, multipl skleroz, diyabet, nörodejeneratif hastalıklar, spinal travmalar, alkolik nöropati gibi birçok organik sebebe bağlı olarak ortaya çıkabilir (153). Cinsel istekte azalma, genellikle beden algısını bozan ileostomi, kolostomi, mastektomi, histerektomi, prostatektomi gibi durumlarda, kronik hastalıklarda ve ilaç kullanımında karşımıza çıkabilir. (176-180). Bu çalışmada, sistemik hastalık olarak sadece hipertansiyon ve hipotiroidisi olan az sayıda hasta bulunmaktadır, diğer sistemik hastalığı olanlar çalışmaya dâhil edilmeyerek özellikle Behçet hastalığının psikiyatrik belirtiler ve cinsel işlevler üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda, Behçet hastalarında depresyon görülme oranı %23 ile % 66 arasında değişmekte olup Behçet hastalarının kontrol grubuna göre depresyon ve anksiyete ölçeklerinde yüksek puan aldığı, yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (4, 64, 181). Bu alışmada, Behçet hasta grubunda psikiyatrik tedavi görmekte

olan 11 kişiden (%22) 3 kişinin (%6) anksiyete bozukluğu, 8 kişinin (%16) DMUB tanısıyla takip edildiği ve SSGİ grubu ilaçları kullandıkları belirlenmiştir.

Depresif belirtileri yoğun olan ancak henüz psikiyatrik başvurusu olmayan 3 hastaya, uygulanan ölçeklerden sonra psikiyatrik tedavi başlanmış ve hastalar psikiyatri poliklinik takibine alınmıştır. Farmakolojik ajanlardan özellikle SSGİ'lerinin cinsel ilgi/uyarılmayı azaltabildiği gibi orgazmı da ketleyebildikleri, geç boşalmaya yol açtıkları bilinmektedir (182). Bununla birlikte, SSGİ'ler geç boşalma yan etkisinden faydalanmak üzere erken boşalma tedavisi amacıyla da reçete edilmektedir ancak nedenin çoğunlukla psikojen olduğu erken boşalma olgularında cinsel terapi yerine, antidepresan bir ilacın yan etkisini cinsel tedavi amacıyla kullanmak etik açıdan tartışmalıdır (155). SSGİ grubu ilaçların yanında, antipsikotikler, benzodiyazepinler, lityum gibi psikotrop ilaçlar; antihipertansifler, antikolinergikler, oral kontraseptifler, kemoterapötikler, antiandrojenler gibi pek çok ilacın cinsel isteği azalttığı bilinmektedir (183). Bu çalışmada 50 hastanın 6'sı antihipertansif kullanmakta ve 11 hasta psikotrop ilaç kullanmakta olup cinsel işlev bozukluğuna yönelik bulduğumuz sonuçlara, Behçet hastalarının kullandıkları antihipertansif ve psikotrop ilaçların da etkisi olduğu düşünülmektedir.

Behçet hastalığı, oral ve genital ülserler, papulopüstüler lezyonlar gibi mukokutanöz tutulum ya da oküler, vasküler, artiküler, gastrointestinal, pulmoner ve nörolojik tutulum gibi sistemik tutulumun olduğu, tekrarlayıcı ataklarla seyreden nedeni bilinmeyen süreğen, sistemik bir hastalıktır (1). Bu çalışmada, hastalardan % 72'si (n=36) sistemik tutulum, %28'i cilt tutulumu göstermekteydi. Yayınlar incelendiğinde, cilt tutulumuyla sınırlı vakalar ile sistemik tutulumun olduğu vakalarda ruhsal belirtiler açısından farklılıklar bulunduğu görülmektedir. Havlucu ve arkadaşlarının çalışmasında, sistemik tutulum olan hastalarda mukokutanöz tutulum olanlara göre mental sağlık, fiziksel ve emosyonel rol kısıtlılığı alanlarındaki yaşam kalitesi ölçeği skorları düşük bulunmuştur (4). Tanrıverdi ve arkadaşlarının çalışmasında göz tutulumu olan hastalarda kontrol grubuna göre anksiyete ve depresyon

düzeyi daha yüksek bulunmuştur (184). Önceki çalışmalarla uyumlu olarak bu çalışmada organ ve sistem tutulumu olan hastalarda, sadece mukokütöz tutulum olan hastalara oranla depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur ancak anksiyete düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Sistemik tutulumun hastaneye yatışa ve agresif tedavilere yol açtığı, fiziksel yeti azalmasına, görme kaybına, işgücü kaybına, eklem ağrısı ve yorgunluğa, işlevsellikte azalmaya neden olduğu, bu gerekçelerle depresif yakınmaları artırdığı söylenebilir. Uğuz ve arkadaşlarının çalışmasında, Behçet hastalarında BAÖ ve BDÖ puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuş, yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel sağlık ve psikolojik sağlık alt ölçekleri daha düşük bulunmuştur (64). Karlıdağ ve arkadaşlarının çalışmasında da Behçet hasta grubunda anksiyete ve depresyon ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur (181). Eren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise anksiyete ve depresyon açısından hasta ve kontrol gruplarında benzer sonuçlar saptanmıştır (185).

Bu çalışmada, hasta grubunda BDÖ puanlarının, anlamlı olarak yüksek bulunması literatürdeki birçok çalışmayla uyumludur ancak hasta ve sağlıklı kontrol grubunun BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmaya katılan hastaların yeni tanı alanlardan ziyade uzun bir süredir Behçet tanısıyla takip edilmesi ve buna bağlı olarak hastalığı kabullenmiş olması sebebiyle, kaygı düzeylerinin zaman içinde azalmış olabileceği düşünülmektedir.

Behçet hastalığı tedavisinde amaç semptomların giderilmesi ve inflamasyonun erkenden kontrol altına alınmasıdır. Mukokutanöz bulgular ve artrit tedavisinde, Kolşisin oldukça faydalıdır ancak ağır cilt tutulumu varlığında Azatiyoprin verilmektedir (55,56). Göz tutulumu hafif olduğunda genellikle lokal steroidler yeterli olmakta, retinal vaskülit, makuler ödem gibi ağır tutulumlarda sistemik steroidler uygulanmakta, uzun vadede Azatiyoprin, Siklofosfamid gibi immunsupresif ajanlar verilmektedir (57). Bu çalışmada, hastalardan %62'si (n=31) sadece Kolşisin, %8'i (n=4) Kolşisin ve Prednizolon, %30'u (n=15) Kolşisin ve Azatiyopriini kombine olarak kullanıyordu. Hastaların kullandığı bu ilaçların da ruhsal belirtilere yol açması muhtemeldir. Steroidlere bağlı ruhsal bozukluklarla ilgili literatür taramasında,

depresyon, disfori, anksiyete, intihar düşünceleri, deliryum, davranış bozukluklarının önde gelen belirtiler olduğu görülmektedir (164,165). Altta yatan mekanizma net olmasa da steroidlerin dopaminerjik, serotonerjik, kolinerjik sistem üzerindeki etkileri sorumlu tutulmaktadır (186). İnterferon ve immünsüpresif ilaçların da depresyona yol açtığıyla ilgili çalışmalar bulunmaktadır (166). Bu çalışmada, hasta grubunda BDÖ puanlarının anlamlı düzeyde yüksek bulunmasında steroid ve immunsupresan kullanımının da payı olabileceği göz ardı edilmemelidir ancak hasta sayısının yeterli olmaması sebebiyle bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmediği düşünülmektedir.

Süreğen sistemik hastalıkların, yaşam kalitesini ve benlik saygısını etkilemesi, depresyon ve anksiyete bozukluklarına yol açabilmesinin yanında cinsel işlevleri de etkilediği bilinmektedir. Diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, fibromyalji gibi pek çok hastalıkta cinsel işlev bozukluklarının eşlik ettiği çalışmalarda gösterilmiştir (187-191). Süreğen bir hastalık olan Behçet hastalığında da cinsel işlevlerin etkilendiğine yönelik çalışmalar vardır ancak literatürde bununla ilgili çok az veri bulunmaktadır. Bunun sebebi, hekimlerin daha ziyade Behçet semptomlarını sorgulayarak mevcut lezyonları giderici, inflamasyonu baskılayıcı tedavilerin üzerinde durması olabilir. Pratikte ne yazık ki psikiyatrik belirtilerin araştırılması geri planda kalmakta, cinsel yaşamla ilgili sorular ise neredeyse hiç sorulmamaktadır.

Erturan ve arkadaşlarının Behçet hastalarının cinsel işlevlerini değerlendirdiği bir çalışmada, KCIÖ'ye göre hasta grubunda sağlıklı kontrol grubuna kıyasla cinsel işlev bozukluğu oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Toplam KCIÖ ve cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon alt parametrelerindeki puan ortalaması hasta grubunda anlamlı olarak düşük bulunmuştur (5). Bu çalışmada ise, KCIÖ'ye göre kadın hasta grubunun hepsinde ( n=29) cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubu KCIÖ puanına göre değerlendirildiğinde 25 (%89) kişide cinsel işlev bozukluğu bulunmuştur. Hasta ve sağlıklı kontrol grupları KCIÖ puan

ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmuş, KCIÖ alt gruplarına bakıldığında istek ve uyarılma puanları hasta ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak farklı bulunmuştur. Erturan ve arkadaşlarının çalışmasının aksine, lubrikasyon açısından iki grup açısından fark bulmayışımızın, postmenapozal dönemdeki ve ileri yaştaki kadınları çalışmaya dâhil etmememiz ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Postmenapozal dönemdeki kadınlar vajinadaki atrofiye ve yetersiz lubrikasyona ikincil ağrı duyabildiklerinden, doğal veya cerrahi yoldan menapoza girmiş kadınlar bu çalışmaya dâhil edilmemiştir (174). Amerika'da yapılan bir çalışmada; düşük cinsel istek prevalansı, 20-49 yaşları arasındaki cerrahi menopoza girmiş olan kadınlarda, benzer yaştaki premenopozal kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ancak cerrahi olarak menapoza giren 50-70 yaş grubu ile doğal olarak menapoza giren grup arasında anlamlı fark gösterilememiştir (192). Avrupa'da yapılan kesitsel bir araştırmada, cerrahi olarak menopoza giren kadınların premenapozal dönemdekilere ya da doğal olarak menopoza giren kadınlara göre cinsel istek sorunu bulunma olasılığı yüksek saptanmıştır (193). Bu sebeplerle postmenapozal dönemdeki kadınların dâhil edilmemesi, bu çalışmanın güçlü taraflarından biridir.

Behçet hastalığında cinsel sorunların ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir başka çalışmada, hastalarda en çok görülen cinsel sorunların cinsel isteksizlik, cinsel ilişki sıklığında azalma, ağrılı cinsel ilişki olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada, kadın cinsiyetin ve Behçet hastalığı nedeniyle cinsel yaşamın etkilendiği düşüncesinin, ACYÖ-K puanını önemli oranda etkilediği bulunmuştur (1). Özdemir ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarının aksine, bu çalışmada, hasta ve sağlıklı kontrol grupları ACYÖ-K puanlarına göre değerlendirildiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışmada, KCIÖ'ye göre hasta ve sağlıklı gruplar arasında anlamlı fark olması ancak ACYÖ-K'ye göre anlamlı fark bulunmaması; hastaların cinsellikle ilgili soruları yanıtlamaktan kaçınması nedeniyle 5 maddelik kısa bir ölçek olan ACYÖ-K'ye yüzeysel cevaplar

vermesi ihtimaline bağılı olabilir. Bununla beraber KCIÖ sayesinde, çok sayıda soru ile cinsel işlevler daha detaylı sorgulanmış olabilir.

Cinsel istek duyma ve bunu belli etme, uyarılma, fantezi kurma, cinsel doyuma ulaşma fizyolojik, biyolojik, psikolojik faktörlerin yanında içinde yetiştiğimiz kültürle de ilintilidir bu sebeple kültürden kültüre, zaman içinde değişim gösterebilir. Belirli kültürlerdeki yerleşik mitler, cinsel bilgi ve eğitim yetersizliği, deneyimsizlik cinsel sorunlara yol açmaktadır (72). Örneğin “Sevişmeyi başlatan kadın ahlaksızdır” mitinde olduğu gibi, “iyi kız” rolünü üstlenerek kadınların cinsellikte edilgen olması, eşinin kendisini uyarmasını ve doyuma ulaştırmasını beklemesi gerektiği şeklindeki yanlış inançların kadınların cinsel fanteziler kurmasını engellediği, orgazmın ketlendiği belirtilmektedir (96, 158, 194). Bu çalışmada, sağlıklı kadın grubunda da KCIÖ’ye göre yüksek düzeyde cinsel işlev bozukluğu bulunmasının, özellikle cinsel istek ve uyarılma alt ölçek puanlarının düşük olmasının, toplumumuzdaki geleneksel yapı, kültürel faktörler ve cinsel mitlerle bağlantılı olduğu, kadınları doyurucu bir cinsel yaşantıdan mahrum bıraktığı söylenebilir. Bununla birlikte görülmektedir ki bu kadınlar cinsel sorunlara yönelik başvuruda bulunmamakta, profesyonel destek almamakta, gönüllü olarak katıldıkları bir çalışmada cinsel işlev bozuklukları olduğu tespit edilmektedir.

İlgili yayınlar incelendiğinde, kadın Behçet hastalarında olduğu gibi erkek hastalarda da cinsel işlevlerin değerlendirildiği çok az çalışma olduğu görülmüştür. Erdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında nörolojik tutulumu olan Behçet hastalarında erektil işlev bozukluğu görülme oranının yüksek olduğu belirtilmiştir ancak nörolojik tutulumun olmadığı olgularda erektil işlev bozukluğu hakkında veriler sınırlıdır (195). Literatürde, erektil işlev bozukluğu olan ancak nörolojik tutulumu bulunmayan iki Behçet olgusundan bahsedilen bir rapor bulunmaktadır (196). Erdemir ve arkadaşları ise Behçet hastalığı ile erektil işlev bozukluğu ilişkisini araştırdıkları çalışmada, Behçet hastalığı olanların olmayanlara göre erektil işlev bozukluğu olasılığının 7 kat daha fazla olduğunu belirtmişler ve Behçet hastalarında erektil işlev bozukluğu oranını yaklaşık %44 bulmuşlardır. Ancak aynı çalışmada hastaların yaklaşık



yarısının sigara kullanıyor olması, önemli bir kısmında hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, kalp hastalığı gibi sistemik hastalıklar bulunması sonuçları etkilemiş olabilir (6). Erdemir ve arkadaşlarının sonuçlarına benzer şekilde, bu çalışmada UEİF puanlarına göre Behçet hastası olan erkeklerin %48'inde (n=10) erektil işlev bozukluğu bulunurken, sağlıklı kontrol grubundaki erkeklerin %95'inde (n=21) erektil işlev bozukluğuna rastlanmamış, hasta ve sağlık kontrol grupları UEİF puanlarına göre değerlendirildiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Erektil işlev bozukluğunun etyolojisinde psikolojik, nörolojik, vasküler, anatomik, hormonal pek çok faktör rol oynayabilmektedir. Cinsel uyarı ve fanteziler sonucu ya da genital organların dokunmayla uyarılması yoluyla yahut uykunun REM döneminde çeşitli mekanizmalar aracılığıyla ereksiyon oluşur. Parasempatik uyarılar neticesinde salgılanan nitrik oksit, arteriyel ve arteriyoller relaksasyon ile penise gelen kan akımının artmasını sağlar. Venöz akım ise tunica albuginea ile sıkıştırılarak engellenir ve kanın korpus kavernosumda tutulması sağlanır, böylece intrakavernöz basınç artışıyla ereksiyon gerçekleşir (197). Dolayısıyla, hem bu çalışma hem de önceki çalışmalar ışığında, arter ve venleri tutabilen birçok hastalıkta olduğu gibi Behçet hastalığında da, erektil işlev bozukluğu riskinin arttığını söyleyebiliriz. Bununla birlikte, hasta grubunda UEİF puanları BDÖ ve BAÖ puanları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunması, hasta grubunun orgazmik işlev, cinsel istek, cinsel tatmin ve genel tatmin puanları ile BDÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunması, Behçet hastalarındaki ruhsal belirtilerin de cinsel işlev bozukluklarına etkisi olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmanın kısıtlılıkları; örneklemin küçük olması, örneklemin çoğunu evli kişilerin oluşturması, aktif cinsel yaşantısı olan bekâr kişilere yeterince ulaşılamamış olması, hastaların kesitsel olarak sadece bir kez görülmesi, cinsel işlevleri etkilediği bilinen prolaktin, testosteron, tiroid hormon düzeylerine bakılmamış olması şeklinde özetlenebilir. Bununla beraber, kontrol grubunun olması, diyabetik hastaların çalışmaya dâhil edilmemesi, hipertansiyon gibi kronik sistemik hastalığı bulunanların

sayısının düşük olması, postmenapozal dönemdeki kadın hastaların çalışmaya dâhil edilmemesi çalışmanın güçlü taraflarıdır.

Neticede, Behçet hastalığının en sık görüldüğü yerlerden biri olan ülkemizde, hastalığın ataklar ve remisyonlarla giden, çeşitli doku ve organları tutabilen süreğen bir hastalık olduğunu, süreğen hastalıklara psikiyatrik belirtilerin eşlik ettiğini, yaşam kalitesi ve cinsel işlevlerin etkilendiğini göz önünde bulundurarak hastalara psikiyatrik değerlendirmeyi de içeren sistematik bir yaklaşımla faydalı olunabileceği düşünülmektedir. Doğrudan hastalığın tutulumuna bağlı yahut eşlik eden depresif belirtilere, anksiyeteye ikincil görülebilen cinsel işlev bozukluklarını araştırmak için örneklemin geniş olduğu yeni çalışmalara gereksinim vardır.

## KAYNAKLAR

1. Özdemir L, Kalyoncu U, Akdemir N. The Evaluation of Sexual Problems and Influencing Factors in Behçet Disease. *Trakya Univ Tıp Fak Derg* 2010; 27(3):238-42.
2. Özmen E, Aydemir Ö. Bedensel hastalığı olanlarda depresyon. *Psikiyatri Bülteni* 1993; 2:71-7.
3. Zung WK, Magruder-Habip K, Velez R. The comorbidity of anxiety and depression in general medical patients :A longitudinal study. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(6):77-80.
4. Havlucu D, İnanır I, Aydemir Ö. Quality of Life, Anxiety, Depression and Knowledge of Disease in Patients with Behçet's Diseases. *Anatol J Clin Investig* 2011;5(2):82-8.
5. Erturan İ, Atay İ, Oksay T, Yürekli V. Evaluation of Sexual Functions in Female Behçet's Patients. *Turk J Dermatol* 2014; 2: 79-83.
6. Erdemir F, Atılğan D, Boztepe Ö, Aytan P. Is there a relationship between Behçet disease and erectile dysfunction. *Türk Üroloji Dergisi - Turkish Journal of Urology* 2010;36(4):380-6.
7. Evereklioglu C. Behçet's disease or Adamantiades–Behçet disease? An evidence–based historical survey. *Medical Science Monitor* 2010;16(6), 136-42.
8. Kartal SP, Altunel CT. Behçet Hastalığı İsminin Verilişi. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology Special Topics* 2017;10(4), 259-64.
9. Mignogna MD, Fedele S, Lo Russo L. International diagnostic criteria and delay of diagnosis in Behcet's disease. *J Rheumatol* 2000; 27(11):2725.
10. Alpsoy E. Behçet's disease: A comprehensive review with a focus on epidemiology, etiology and clinical features, and management of mucocutaneous lesions. *The Journal of dermatology* 2016; 43(6):620-32.
11. Demirhindi O, Yazici H, Binyıldız P. Silivri Fener koyu ve yoresinde Behçet hastalığı sikliği ve bu hastalığın toplum icinde taranabilmesinde kullanabilecek bir yontem. *Cerrahpasa Tıp Fak Derg* 1981; 12(1):509-14.
12. Yurdakul S, Günaydin I, Tüzün Y et al. The prevalence of Behcet's syndrome in a rural area in northern Turkey. *The Journal of rheumatology* 1988;15(5):820-2.
13. Acar MA, Akbaba M, Yalaz M. Çukurova bölgesinde Behçet hastalığı prevalansı. *Deri ve Zührevi Hastalıklarda Yenilikler Sempozyumu* 1989; 272-5.

14. Idil A, Gürler A, Boyvat A et al. The prevalence of Behçet's disease above the age of 10 years The results of a pilot study conducted at the Park Primary Health Care Center in Ankara, Turkey. *Ophthalmic epidemiology* 2002; 9(5): 325-31.
15. Azizlerli G, Akdağ Köse A, Sarıca R et al. Prevalence of Behçet's disease in Istanbul, Turkey. *International journal of dermatology* 2003; 42(10): 803-6.
16. Cakir N, Dervis E, Benian O et al. Prevalence of Behçet's disease in rural western Turkey: a preliminary report. *Clinical and experimental rheumatology* 2004;22: 53-5.
17. Çölgeçen E, Özyurt K, Ferahbaş A et al. The prevalence of Behçet's disease in a city in Central Anatolia in Turkey. *International journal of dermatology* 2015; 54(3):286-9.
18. Sakane T, Takeno M, Suzuki N, Inaba G. Behçet's disease. *New England Journal of Medicine* 1999; 341(17):1284-91.
19. Bang D, Lee JH, Lee ES et al. Epidemiologic and clinical survey of Behçet's disease in Korea: the first multicenter study. *Journal of Korean medical science* 2001; 16(5):615.
20. Ando K, Fujino Y, Hijikata K, Izawa Y, Masuda K. Epidemiological features and visual prognosis of Behçet's disease. *Japanese journal of ophthalmology* 1999; 43(4): 312-7.
21. Sakamoto M, Akazawa K, Nishioka Y, Sanui H, Inomata H, Nose Y. Prognostic factors of vision in patients with Behçet disease. *Ophthalmology* 1995; 102(2): 317-21.
22. Mahr A, Belarbi L, Wechsler B et al. Population-based prevalence study of Behçet's disease: differences by ethnic origin and low variation by age at immigration. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology* 2008; 58(12): 3951-9.
23. Evereklioglu C. Current concepts in the etiology and treatment of Behçet disease. *Survey of ophthalmology* 2005; 50(4): 297-350.
24. Kural-Seyahi E, Fresko I, Seyahi N et al. The long-term mortality and morbidity of Behçet syndrome: a 2-decade outcome survey of 387 patients followed at a dedicated center. *Medicine* 2003; 82(1): 60-76.
25. Kalayciyan A, Zouboulis CC. An update on Behçet's disease. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2007; 21(1): 1-10.
26. Gül A. Pathogenesis of Behçet's disease: autoinflammatory features and beyond. In *Seminars in immunopathology* 2015; 37(4):413-8.
27. Alpsoy E, Zouboulis CC, Ehrlich GE. Mucocutaneous lesions of Behçet's disease. *Yonsei medical journal* 2007; 48(4):573-85.

28. Alpsoy E, Er H, Durusoy C, Yilmaz E. The use of sucralfate suspension in the treatment of oral and genital ulceration of Behçet disease: a randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Archives of Dermatology* 1999; 135(5): 529-32.
29. Bang D, Lee ES, Lee S. Epidemiological and clinical features of Behçet's disease in Korea. *Yonsei Medical Journal* 1997; 38:428-36.
30. Main DM, Chamberlain, M A. Clinical differentiation of oral ulceration in Behçet's disease. *Rheumatology* 1992; 31(11):767-70.
31. Mendes D, Correia M, Barbedo M et al. Behçet's disease contemporary review. *Journal of autoimmunity* 2009; 32(3-4):178-88.
32. Ergun T, Mat C, Yazıcı H. Histopathologic features of the spontaneous pustular lesions of Behçet's syndrome. *International journal of dermatology* 1998; 37(3):194-6.
33. Zouboulis CC. Epidemiology of Adamantiades-Behçet's disease. In *Annales de Medecine Interne* 1999; 150(6):488-98.
34. Altaç M, Tüzün Y, Yurdakul S, Binyıldız P, Yazıcı H. The validity of the pathergy test (non-specific skin hyperreactivity) in Behçet's disease: a double-blind study by independent observers. *Acta dermatovenereologica* 1982; 62(2):158.
35. Evereklioğlu C. Behçet Hastalığında Göz Tutulumu ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology Special Topics* 2011; 4(4):50-65.
36. Evereklioglu C. Current concepts in the etiology and treatment of Behçet disease. *Survey of ophthalmology* 2005; 50(4):297-350.
37. Yıldırım A, Şenel AS. Kas ve Eklem Bulguları. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology Special Topics* 2017;10(4): 289-92.
38. Yurdakul S, Yazıcı H, Tüzün Y et al. The arthritis of Behçet's disease: a prospective study. *Annals of the rheumatic diseases* 1983; 42(5):505.
39. Sarui H, Maruyama T, Ito I et al. Necrotising myositis in Behçet's disease: characteristic features on magnetic resonance imaging and a review of the literature. *Annals of the rheumatic diseases* 2002; 61(8):751-2.
40. Yapar Z, Kbar M, Soy M, Özbek S. Osteonecrosis in Behçet's disease seen on bone scintigraphy. *Clinical nuclear medicine* 2001; 26(3):267-8.
41. Melikoglu M, Melikoglu MA. The prevalence of fibromyalgia in patients with Behçet's disease and its relation with disease activity. *Rheumatology international* 2013; 33(5):1219-22.

43. Erkan F, Gül A, Tasali E. Pulmonary manifestations of Behçet's disease. *Thorax* 2001; 56(7):572-8.
44. Sarica-Kucukoglu R, Akdag-Kose A, Kayabalı M, Yazganoglu KD, Disci R, Erzenjin D, Azizlerli G. Vascular involvement in Behçet's disease: a retrospective analysis of 2319 cases. *International journal of dermatology* 2006; 45(8):919-21.
45. Hiller N, Lieberman S, Chajek-Shaul T, Bar-Ziv J, Shaham D. Thoracic manifestations of Behçet disease at CT. *Radiographics* 2004; 24(3):801-8.
46. Lee HJ, Cheon JH. Optimal diagnosis and disease activity monitoring of intestinal Behçet's disease. *Intestinal research* 2017; 15(3):311-7.
47. Bayraktar Y, Özasan E, Van Thiel DH. Gastrointestinal manifestations of Behçet's disease. *Journal of clinical gastroenterology* 2000; 30(2):144-54.
48. Kalra S, Silman A, Akman-Demir G, Bohlega S et al. Diagnosis and management of Neuro-Behçet's disease: international consensus recommendations. *Journal of neurology* 2014; 261(9):1662-76.
49. Köseoğlu E, Sarılar AÇ, Yetkin MF. Nöro-Behçet Bulguları. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology Special Topics* 2017; 10(4): 293-7.
50. Al-Araji A, Kidd DP. Neuro-Behçet's disease: epidemiology, clinical characteristics, and management. *The Lancet Neurology* 2009; 8(2):192-204.
51. Saip S, Siva A, Altintas A et al. Headache in Behçet's syndrome. *The Journal of Head and Face Pain* 2005; 45(7):911-9.
52. Kidd D, Steuer A, Denman AM, Rudge P. Neurological complications in Behçet's syndrome. *Brain* 199; 122(11):2183-94.
53. Hirohata S. Histopathology of central nervous system lesions in Behçet's disease. *Journal of the neurological sciences* 2008; 267(1):41-7.
54. Al-Araji A, Sharquie K, Al-Rawi Z. Prevalence and patterns of neurological involvement in Behçet's disease: a prospective study from Iraq. *Journal of Neurology. Neurosurgery & Psychiatry* 2003; 74(5):608-13.
55. Yurdakul S, Mat C, Tuzun Y et al. A double blind trial of colchicine in Behçet's syndrome. *Arthritis Rheum* 2001;44(11):2686-92.
56. Yazıcı H, Pazarlı H, Barnes CG et al. A controlled trial of azathioprine in Behçet's syndrome. *N Engl J Med* 1990; 322(5):281-5.
57. Alpsoy E, Durusoy C, Yılmaz E et al. Interferon alfa-2a in the treatment of Behçet's disease: a randomized placebo-controlled and double blind study. *Arch Dermatol* 2002; 138(4):467-71.

58. Yazıcı H, Yurdakul S, Hamuryudan V. Behçet's syndrome How should we treat it? Clin Immunother 1995;3(2):102-7.
59. Siva A, Altintas A, Saip S. Behçet's syndrome and the nervous system. Current opinion in neurology 2004; 17(3):347-57.
60. Öktem-Tanör Ö, Baykan-Kurt B, Gürvit I et al. Neuropsychological follow-up of 12 patients with neuro-Behçet disease. Journal of neurology 1999; 246(2):113-9.
61. Bagheri F, Mani A, Tadayyoni A, Firozi F, Nazarinia MA. The prevalence of psychiatric symptoms in the patients with Behcet's disease in Shiraz, Southwest of Iran. Journal of Mood Disorders 2013;3(1):28.
62. Kawakita H. Neurologic aspects of Behçet's disease. J Neurol Sci 1966; 5(3):417-39.
63. Koptagel G, Tuncer O, Enbiyaoğlu G. A psychosomatic investigation of Behçet's disease. Psychother Psychosom 1983; 40(4):263-71.
64. Dursun R, Uguz F, Kaya N, Cilli AS, Endogru H. Psychiatric disorders in patients with Behcet's disease. International journal of psychiatry in clinical practice 2007; 11(1):16-20.
65. Goldberg D. The detection and treatment of depression in the physically ill. World Psychiatry 2010; 9(1):16-20.
66. Kırbaş D. Neuro-Psycho-Behçet or Neuropsychiatric Behçet Disease: A Modified Name for an Old Disease. Archives of Neuropsychiatry 2017; 54(3): 195.
67. Bernabé E, Marcenes W, Mather J, Phillips C, Fortune F. Impact of Behçet's syndrome on health-related quality of life: influence of the type and number of symptoms. Rheumatology 2010; 49(11):2165-71.
68. Blackford S, Finlay AY, Roberts DL. Quality of life in Behcet's syndrome: 335 patients surveyed. British Journal of Dermatology 1997; 136(2):293.
69. Canpolat Ö, Yurtsever S. The quality of life in patients with Behçet's disease. Asian nursing research 2011; 5(4):229-35.
70. Altıntaş B. Behçet hastalarında aleksitimi, anksiyete ve depresyon: Kendini bildirim ölçeğine karşılık görüşmecinin değerlendirdiği ölçek. (Uzmanlık Tezi) Bursa, Uludağ Üniversitesi; 2006.
71. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. Principles of Neuroscience. 4th edition. New York: McGraw-Hill Com; 2000.
72. Kayır A, Cinsellik Kavramı ve Cinsel Mitler. In: Yetkin N, İncesu C (eds). Cinsel İşlev Bozuklukları, İstanbul; 2001. 34-8.

73. Yasan A, Akdeniz I. Treatment of lifelong vaginismus in traditional islamic couples: a prospective study. *J Sex Med* 2009; 6(4):1054-61.
74. Sigmund F, Cinsellik Üzerine. Kapkın E (çev). 3rd edition. Payel Yayınevi, İstanbul; 2015.
75. Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston:Little Brown; 1970.
76. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. *Journal of sex & marital therapy* 1977; 3(1):3-9.
77. Basson R. The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000;26(1):51-65.
78. Rosen RC, Barsky JL. Normal sexual response in women. *Obstetrics and Gynecology Clinics* 2006; 33(4):515-26.
79. Kernberg FO. Love Relations, Normality and Pathology. Yale College; 1995.
80. May R. Love and will. WW Norton & Company; 2007.
81. Fenichel O. Nevrozların Psikanalitik Teorisi. Tuncer S(çev). Ege Üniversitesi Yayınları, İzmir; 1974. 48-92.
82. Sungur MZ, Gündüz A. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: Critiques and challenges. *The journal of sexual medicine* 2014; 11(2):364-73.
83. American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Edition. Arlington; 2013.
84. İncesu C. DSM-5 ve cinsel işlev bozuklukları. *Archives of Neuropsychiatry*, 2011;48 (1):1-6
85. Basson R, Berman J, Burnett A et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of urology* 2000; 163(3):888-93.
86. Ishak I, Low W, Othman S. Prevalance, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primarycare settings: A survey finding. *Journal of Sexual Medicine* 2010; 7:3080-7.
87. Oksuz E, MalhanS. Prevalance and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *Journal of Urology* 2006; 175:654-8.
88. Ayan C, Akbay S, Bozlu E, Canpoalt M, Acar B, Ulusoy E. The prevalance of femalae sexual dysfunction and potential risk factors that may



impair sexual function in Turkish Women. *Urologia Internationalis* 2004; 72:52-7.

89. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of sexual behavior* 2003; 32(3):193-208.

90. Carvalheira AA, Brotto LA, Leal I. Women's motivations for sex: Exploring the diagnostic and statistical manual, text revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. *The journal of sexual medicine* 2010; 7(4):1454-63.

91. Maserejian NN, Shifren JL, Parish SJ, Braunstein GD, Gerstenberger EP, Rosen RC. The presentation of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *The journal of sexual medicine* 2010; 7(10):3439-48.

92. L Dove, Michael W. Wiederman N. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26(1):67-78.

93. Seal BN, Bradford A, Meston CM. The association between body esteem and sexual desire among college women. *Archives of Sexual Behavior* 2009; 38(5):866-72.

94. Dean J, Rubio-Aurioles E, McCabe M et al. Integrating partners into erectile dysfunction treatment: improving the sexual experience for the couple. *International journal of clinical practice* 2008; 62(1):127-33.

95. Brotto LA, Chik HM, Ryder AG, Gorzalka BB, Seal BN. Acculturation and sexual function in Asian women. *Archives of Sexual Behavior* 2005; 34(6):613-26.

96. Kayır A. Kadın Orgazm Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics* 2009; 2(4):42-7.

97. Hassanin IM, Helmy YA, Fathalla MM, Shahin AY. Prevalance and characteristics of female sexual dysfunction in a sample women from Upper Egypt. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 108(3):219-23.

98. Safarinejad M. Female sexual dysfunction in a population based study in Iran: Prevalance and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research* 2006; 18:382-95.

99. Peixoto MM, Nobre P. Prevalance and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: A population based study with women aged 18-79 years. *Journal of Sex and Marital Therapy* 2015; 41(2):169-80.

100. Şahin D. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları, *Psikiyatride Güncel* 2014; 4(4):329-38.

101. Fugl-Meyer KS, Oberg K, Lundberg PO, Lewin B, Fugl Meyer A. On orgasm, sexual techniques, and erotic perceptions in 18-74 year old Swedish women. *J Sex Med* 2006; 3:56-8.
102. Cooper EB, Fenigstein A, Fauber RL. The faking orgasm scale for women: Psychometric properties. *Archives of sexual behavior* 2014; 43(3): 423-35.
103. Burri A, Spector T. Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK population sample: prevalence and risk factors. *The journal of sexual medicine* 2011; 8(9):2420-30.
104. Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. *Annual review of sex research* 2004; 15(1):173-257.
105. Yılmaz, E. Konya il merkezinde yaşayan evli nüfusta cinsel sorunların araştırılması (Doktora tezi). Konya, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.
106. Doğan S. Vaginismus and accompanying sexual dysfunction in a Turkish clinical sample. *J Sex Med* 2009; 6(1):184-92.
107. Ozdemir YO, Simsek F, Incesu C, Karakoç B. Sociodemographic and clinical characteristics of 1002 subjects referred to a multidisciplinary sexual dysfunction center. *European Journal of Sexual Health* 2006; 15(1):14-5.
108. Sungur M. Evaluation of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognostic factors in sexual and marital therapy. *Sexual and Marital Therapy* 1994; 9(3):251-65.
109. Silverstein JL. Origins of psychogenic vaginismus. *Psychotherapy and psychosomatics* 1989; 52(4):197-204.
110. Konkan R, Bayrak M, Gönüllü OG, Senormanci Ö, Sungur MZ. Sexual function and satisfaction of women with vaginismus. *Dusunen Adam* 2012; 25(4):305.
111. Ward E, Ogden J. Experiencing vaginismus—sufferers beliefs about causes and effects. *Sexual and Marital Therapy* 1994; 9(1):33-45.
112. Özen B, Özdemir YÖ, Beştepe EE. Childhood trauma and dissociation among women with genito-pelvic pain/penetration disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2018; 14:641.
113. Corona G, Rastrelli G, Ricca V et al. Risk factors associated with primary and secondary reduced libido in male patients with sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine* 2013; 10(4):1074-89.
114. Prause N, Janssen E, Hetrick WP. Attention and emotional responses to sexual stimuli and their relationship to sexual desire. *Archives of sexual behavior* 2008; 37(6):934-49.

115. Carvalho J, Nobre P. Biopsychosocial determinants of men's sexual desire: Testing an integrative model. *The journal of sexual medicine* 2011; 8(3):754-63.
116. Brotto LA. The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Men. *J Sex Med* 2010; 7:2015-30.
117. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson WO, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine* 2007; 357(8):762-74.
118. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004; 7(3):3-13.
119. İncesu C. Cinsel İşlev Bozukluklarında Ayırıcı Tanı Süreci. In: Yetkin N, İncesu C (eds). *Cinsel İşlev Bozuklukları*. İstanbul; 2001. 52-60
120. Erol H, Erdoğan T, Kadioglu A. Erektile Disfonksiyonlu Hastaya Yaklaşım. In: Yetkin N, İncesu C (eds). *Cinsel İşlev Bozuklukları*. İstanbul; 2001. 107-13.
121. Schiavi RC. Sexuality and aging in men. *Annual review of sex research* 1990; 1(1):227-49.
122. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of urology* 1994; 151(1):54-61.
123. Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. *International journal of impotence research* 2000; 12(6):305.
124. Akkus E, Kadioglu A, Esen A, Doran, S, Ergen A, Anafarta K. Turkish Erectile Dysfunction Prevalence Study Group. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: a population-based study. *European urology* 2002, 41(3):298-304.
125. Zilbergeld B. *The new male sexuality*. Bantam; 1999.
126. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of sex research* 2006; 43(1):68-75.
127. Kayır A. Cinsellik Kavramı ve Cinsel Mitler. In: Yetkin N, İncesu C (eds). *Cinsel İşlev Bozuklukları*. İstanbul; 2001. 34-8.
128. Gomes ALQ, Nobre P. Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in men. *Archives of sexual behavior* 2012; 41(1):311-20.

129. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior* 2006; 35(4):491-9.
130. Chevret M, Jaudinot E, Sullivan K, Marrel A, Gendre AS. Impact of erectile dysfunction on sexual life of female partners: assessment with the Index of Sexual Life questionnaire. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2004; 30(3):157-72.
131. Tükel AG. Erektıl Disfonksiyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics* 2009; 2(4):28-33.
132. McMahon CG, Lee G, Park JK, Adaikan PG. Premature ejaculation and erectile dysfunction prevalence and attitudes in the Asia-Pacific region. *The journal of sexual medicine* 2012; 9(2):454-65.
133. O'Sullivan K. Observations on vaginismus in Irish women. *Archives of general psychiatry* 1979; 36(7):824-6.
134. Leiblum SR, Rosen RC. Couples therapy for erectile disorders: Conceptual and clinical considerations. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1991; 17(2):147-55.
135. Maurice WL. Erkek Cinsel İstek Bozuklukları. Leiblum SR(ed). *Cinsel Terapi İlkeleri ve Uygulamaları*. Bolat F, Gül AH (çeviren). Kısa C(çeviri ed). Ck yayınları; 2013. 199-232
136. Sungur MZ, Gündüz A. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: Critiques and challenges. *The journal of sexual medicine* 2014; 11(2):364-73.
137. Rowland DL, Patrick DL, Rothman M, Gagnon DD. The psychological burden of premature ejaculation. *The Journal of urology* 2007; 177(3):1065-70.
138. Patrick DL, Rowland D, Rothman M. Ejaculatory Disorders: Interrelationships Among Measures of Premature Ejaculation: The Central Role of Perceived Control. *The journal of sexual medicine* 2007; 4(3):780-8.
139. Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer DH, Boolell M. Ejaculation disorders: A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *The journal of sexual medicine* 2005; 2(4):492-7.
140. Yıldırım EA. Boşalma Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics* 2009; 2(4):37-41.
141. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama* 1999; 281(6):537-44.

142. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *Journal of Public Health* 1997; 19(4):387-91.
143. Montrosi F. Prevalence of premature ejaculation: a global and regional perspective. *The journal of sexual medicine* 2005; 2:96-102.
144. Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, Schweitzer DH. Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data. *The journal of sexual medicine* 2005; 2(4):498-507.
145. Jern P, Santtila P, Witting K et al. Premature and delayed ejaculation: Genetic and environmental effects in a population-based sample of Finnish twins. *The journal of sexual medicine* 2007; 4(6):1739-49.
146. Xin ZC, Chung WS, Choi YD, Seong DH, Choi YJ, Choi HK. Penile sensitivity in patients with primary premature ejaculation. *The Journal of urology* 1996; 156(3):979-81.
147. Kaplan HS. *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel. *Human Sexual Inadequacy*; 1974.
148. Althof SE, Symonds T. Patient reported outcomes used in the assessment of premature ejaculation. *Urologic clinics of north america*, 2007; 34(4):581-9.
149. Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M, McMahon CG, Broderick GA. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *The journal of sexual medicine* 2010; 7(9):2947-69.
150. Hartmann U, Schedlowski M, Krüger THC. Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation: Differences between dysfunctional and functional men. *World journal of urology* 2005; 23(2):93-101.
151. Kempeneers P, Andrianne R, Bauwens S, Georis I, Pairoux JF, Blairy S. Functional and psychological characteristics of Belgian men with premature ejaculation and their partners. *Archives of sexual behavior* 2013; 42(1):51-66.
152. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. İnsanda Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Bozkurt A (çeviri ed). *Güneş Tıp Kitabevleri*; 2015. 564-93.
153. Xia JD, Han YF, Pan F, Zhou LH, Chen Y, Dai YT. Clinical characteristics and penile afferent neuronal function in patients with primary delayed ejaculation. *Andrology* 2013; 1:787-92.
154. Kaplan HS. *Cinsel Terapi El Kitabı*. Ck Yayınları, Ankara; 2010.

155. Hartman U, Waldinger MD. Geç Boşalmanın Tedavisi. Leiblum SR(ed). Cinsel Terapi İlkeleri ve Uygulamaları. Bolat F, Gül AH(çeviren). Kısa C(çeviri ed). Ck yayınları; 2013. 262-96.
156. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7:3-13.
157. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmn H. The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. Journal of cognitive psychotherapy 1998; 12:2.
158. Rosen C, Brown J, Heiman S, Leiblum C, Meston R, Shabsigh D, Ferguson R, D'Agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex & Marital Therapy 2000; 26(2):191-208.
159. Aygin D, Aslan FE. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlaması. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2005; 25(3):393-9.
160. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. Journal of sex & marital therapy 2005; 31(1):1-20.
161. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology 1997; 49(6):822-30.
162. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes C et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. J Sex Marital Ther 2000; 26:25-40.
163. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. Int J Impot Res 2004; 16:531-4.
164. Warrington TP, Bostwick JM. Psychiatric adverse effects of corticosteroids. In Mayo Clinic Proceedings 2006; 81(10):1361-7.
165. Brown ES, Khan DA, Nejtck VA. The psychiatric side effects of corticosteroids. Annals of Allergy, Asthma & Immunology 1999; 83(6):495-504.
166. Fireman M, DiMartini AF, Armstrong SC, Cozza KL. Immunosuppressants. Psychosomatics 2004; 45(4):354-60.
167. Yetkin N. Cinsel Sorunlara Yaklaşım. In: Yetkin N, İncesu C (eds). Cinsel İşlev Bozuklukları; 2001. 40 -4.
168. McVary KT, Carrier S, Wessells H. Smoking and erectile dysfunction: evidence based analysis. J Urol 2001;166(5):1624-32.

169. Bhasin S, Enzlin P, Coviello A, Basson R. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *The Lancet* 2007; 369(9561):597-611.
170. Atis G, Dalkilinc A, Altuntas Y, Atis A, Caskurlu T, Ergenekon E. Sexual dysfunction in women with clinical hypothyroidism and subclinical hypothyroidism. *The journal of sexual medicine* 2010; 7(7):2583-90.
171. Corona G, Jannini EA, Vignozzi L, Rastrelli G, Maggi M. The hormonal control of ejaculation. *Nature Reviews Urology* 2010; 9(9):508.
172. Corona G, Wu FCW, Forti G, Lee DM, O'connor DB, O'neill TW. Thyroid hormones and male sexual function. *International journal of andrology* 2012; 35(5):668-79.
173. Enzlin P, Mathieu C, Van den Bruel A, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes care* 2003; 26(2):409-14.
174. Ortaylı N. Jinekolojik sorunlardan etkilenen cinsel işlev bozuklukları. In: Yetkin N, İncesu C (eds). *Cinsel İşlev Bozuklukları*. İstanbul; 2001. 65-75.
175. Shultz WW, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wessellmann U, Van Lankveld J. Women's sexual pain and its management. *J Sex Med* 2005; 2:301-16.
176. Palmer BF. Sexual dysfunction in men and women with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Advances in renal replacement therapy* 2003; 10(1):48-60.
177. Burra P, Germani G, Masier A et al. Sexual dysfunction in chronic liver disease: is liver transplantation an effective cure? *Transplantation* 2010; 89(12):1425-9.
178. Stead ML. Sexual dysfunction after treatment for gynaecologic and breast malignancies. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2003; 15(1):57-61.
179. Lange MM, Van De Velde CJ. Urinary and sexual dysfunction after rectal cancer treatment. *Nature reviews Urology* 2011; 8(1):51.
180. Kalichman L. Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women. *Clinical rheumatology* 2009; 28(4):365-9.
181. Karlıdağ R, Ünal S, Evereklioğlu C, Sipahi B, Er H, Yoloğlu S. Stressful life events, anxiety, depression and coping mechanisms in patients with Behçet's disease. *J Eur acad Dermatol Venerol* 2003; 17(6):670-5.
182. Clayton AH, Pradk JF, Croft HA, Montano CB, Leadbetter RA, Metz A. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *The Journal of clinical psychiatry* 2002; 4(1):12-20.

183. Montejo AL, Montejo L, Navarro-Cremades F. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current opinion in psychiatry* 2015; 28(6): 418-23.
184. Tanriverdi N, Taşkın T, Duru C, Özdal P, Ortaç S, Ferat E. Health related quality of life in Behçet patients with ocular involvement. *Jpn J Ophthalmol* 2003; 47(1):85-92.
185. Eren I, Şahin M, Cüre E, Çivi-İnanlı I, Tunç ŞE. Psychiatric symptoms and quality of life in Behçet's disease. *Neurology, Psychiatry and Brain Res* 2006; 13(4):169-74.
186. Kenna HA, Poon AW, de los Angeles CP, Koran LM. Psychiatric complications of treatment with corticosteroids: review with case report. *Psychiatry and clinical neurosciences* 2011; 65(6):549-60.
187. Koseoglu N, Koseoglu H, Ceylan E et al. Erectile dysfunction prevalence and sexual function status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Urol* 2005; 174:249–52.
188. Tikiz C, Muezzinoglu T, Pirildar T et al. Sexual dysfunction in female subjects with fibromyalgia. *J Urol* 2005; 174: 620–3.
189. Hidalgo-Tamola J, Chitale K. Review type 2 diabetes mellitus and erectile dysfunction. *J Sex Med* 2009; 6:916-26.
190. Simsek I, Aslan G, Akarsu M. Assessment of sexual functions in patients with chronic liver disease. *Int J Impot Res* 2005; 17:343–5.
191. Yıldız H, Pınar R. Miyokard İnfarktüsünde cinsel fonksiyon bozukluğunun irdelenmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2004; 4(4):309-17.
192. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause* 2006; 13(1):46-56.
193. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *The journal of sexual medicine* 2006; 3(2):212-22.
194. Bozkurt S. Bireylerin Cinsel Mitlere İnanma Durumunun ve Cinsel Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi (Yüksek Lisans tezi). İstanbul, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı; 2016.
195. Erdogru T, Koçak T, Serdaroglu P, Kadioglu A, Tellaloglu S. Evaluation and therapeutic approaches of voiding and erectile dysfunction in neurological Behçet's syndrome. *J Urol* 1999; 162:147–53.



196. Aksu K, Keser G, Günaydin G et al. Erectile dysfunction in Behçet's disease without neurological involvement: two case reports. *Rheumatology* 2000; 39(12):1429-31.

197. Kendirci M, Kadioglu A. Ereksiyonun Fizyoloji, Patofizyoloji ve etyolojisi. In: Yetkin N, İncesu C (eds). *Cinsel İşlev Bozuklukları*. İstanbul; 2001. 98-105.



## EKLER

### EK-1: Sosyodemografik Veri Formu

#### SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Biyolojik Cinsiyet:	Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
Yaş:	
Medeni Durum:	Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Boşanmış-Du <input type="checkbox"/>
Varsa Kardeş Sayısı:	
Varsa Çocuk Sayısı:	
Eğitim Düzeyi:	Okur-yazar değil <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans ve Üstü <input type="checkbox"/>
Meslek:	
Gelir Seviyesi:	1686 TL'den az <input type="checkbox"/> 1686- 5492 TL arası <input type="checkbox"/> 5492 TL' den fazla <input type="checkbox"/>
Sistemik Hastalık Varsa	Süresi: Tanısı:
Psikiyatrik hastalık varsa	Süresi: Tanısı: Kullandığı ilaçlar:
Alışkanlıklar:	Sigara <input type="checkbox"/> Alkol <input type="checkbox"/> Madde <input type="checkbox"/>
Behçet Hastaları için	Cilt tutulumu ile sınırlı <input type="checkbox"/> Sistemik Tutulum <input type="checkbox"/> Hastalık süresi: Kullandığı ilaçlar:

## EK-2: Beck Depresyon Ölçeği

### Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

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

### EK-3: Beck Anksiyete Ölçeği

#### BECK ANKSIYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

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

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

## EK-4: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

Seytin katılımı, son dört haftada araştırılan cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizin için en az bir madde size uyum tek bir seçeneği içermektedir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.  
Teşekkür ederiz.

\* **Cinsel aktivite:** Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin (gâh) olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.  
\*\* **Cinsel ilişki:** Kadın ile erkeğin cinsel birleşme (sevişmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)  
\*\*\* **Cinsel uyanma:** Sevişme, sevişildiği veya düşüncelerin belirmesi ile vajinanın

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duyduunuz?

- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişki\*\* sırasında ne sıklıkta uyanıldığınızı hissettiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişki\*\* sırasında uyanma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişki\*\* sırasında cinsel bakımdan uyanacağınızdan ne derecede emindiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok emindim
- Emindim
- Oldukça emindim
- Az emindim
- Çok az / hiç emin değilim
- Çok düşük veya hiç

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişki\*\* sırasında uyanma durumunuz sizin için ne sıklıkta (çok) oldu?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişki\*\* sırasında haznenizi ne sıklıkla istendi / kayganlaştı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişki\*\* sırasında haznenizin istenmesi / kayganlaşması / zorluk derecesi nasıldı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok çok zor veya çok kolay
- Çok zorlu
- Zorlu
- Biraz zorlu
- Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişki\*\* bitene kadar cinsel organınızın ıstekliliğini / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite<sup>\*\*\*</sup> veya cinsel ilişki<sup>\*\*\*</sup> bitene kadar haznenizi ısıtıldım / kayışını konusabile zordunuzun sıklığı neydi?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 haftanızda, cinsel uyanım<sup>\*\*\*</sup> veya cinsel ilişki<sup>\*\*\*</sup> ne sıklıkta öğün<sup>\*\*\*\*</sup> oldunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 haftanızda, cinsel uyanım<sup>\*\*\*</sup> veya cinsel ilişki<sup>\*\*\*</sup> sırasında öğün<sup>\*\*\*\*</sup> uyanmanız için ne kadar zordu?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok çok zordu / imkansızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 haftanızda, cinsel uyanım<sup>\*\*\*</sup> veya cinsel ilişki<sup>\*\*\*</sup> sırasında öğün<sup>\*\*\*\*</sup> uyanmanız ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarı yarıya tatminkardı, yarı yarıya tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite<sup>\*\*\*</sup> veya cinsel ilişki<sup>\*\*\*</sup> sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarı yarıya tatminkardı, yarı yarıya tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişki<sup>\*\*\*</sup> sizin için ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarı yarıya tatminkardı, yarı yarıya tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarı yarıya tatminkardı, yarı yarıya tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişki<sup>\*\*\*</sup>de haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duyduunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişki<sup>\*\*\*</sup>de haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duyduunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

## EK-5: Uluslar Arası Eretil İşlev Formu(UEİF)

\*Cinsel ilişki: Ejn haznesine giriş (duhul). \*\*Cinsel faaliyet: Cinsel ilişki, sevişme ve kendi kendini tatmin dâhil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler. \*\*\*Boşalma: Meninin boşalması ya da boşalma hissi.

\*\*\*\*Cinsel uyanılma: Sevişme, açık saçık resimlere ve filmlere bakma ve benzeri durumlar.

1. Son 4 hafta içindeki cinsel faaliyetleriniz \*\* arasında penilde sertleşme ne sıklıkla oldu

- 0 Cinsel faaliyet olmadı
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukta (yansinden çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yansinde)
- 2 Nadiren (yansinden çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

2. Son 4 hafta içindeki cinsel uyanılmayla \*\*\* duşun sertleşmelerinin ne kadarlık bir kısmı cinsel ilişkiyi sağlayacak düzeydeydi?

- 0 Cinsel uyanılma olmadı
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukta (yansinden çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yansinde)
- 2 Nadiren (yansinden çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

3. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki\* girişimlerinde hazneye giriş (duhul) ne sıklıkla mümkün oldu?

- 0 Cinsel uyanılma olmadı
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukta (yansinden çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yansinde)
- 2 Nadiren (yansinden çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

4. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkiler\* arasındaki süreleri ne sıklıkla devam ettirebildiniz?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukta (yansinden çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yansinde)
- 2 Nadiren (yansinden çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

5. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkiler\* tamamlamak için sertleşmeyi sürdürmekte ne kadar zorlandınız?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 5 Hiç zorlanmadım
- 4 Biraz zorlandım
- 3 Çoğunlukla
- 2 Çok zorlandım
- 1 Aşırı zorlandım

6. Son 4 hafta içinde kaç kez cinsel ilişki\* girişiminde bulundunuz?

- 0 Hiç girişimde bulunmadım
- 1 1-2
- 2 3-4
- 3 5-6
- 4 7-10
- 5 10'den fazla

7. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki\* girişimlerinizde ne sıklıkla memnun oldunuz?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 5 Herken hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yansinden çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yeksanlık yansında)
- 2 Nadiren (yansinden çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen ~~hiç~~ hiç

8. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki\*lerden ne kadar zevk aldınız?

- 0 Cinsel ilişki olmadı
- 5 Son derece zevk aldım
- 4 Çok zevk aldım
- 3 Az derecede zevk aldım
- 2 Pek zevk almadım
- 1 Hiç zevk almadım

9. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma\*\*\* veya cinsel ilişki\* sırasında ne sıklıkla boşaldınız\*\*?

- 0 Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı
- 5 Herken ~~hiç~~ hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yansinden çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yeksanlık yansında)
- 2 Nadiren (yansinden çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen ~~hiç~~ hiç

10. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma\*\*\* veya cinsel ilişki\* sırasında ne sıklıkla orgazm (doyum) hissiyi yaşadınız?

- 0 Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı
- 5 Herken ~~hiç~~ hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yansinden çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yeksanlık yansında)
- 2 Nadiren (yansinden çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen ~~hiç~~ hiç

11. Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel idek duyduunuz?

- 5 Her zaman
- 4 Çoğunlukla (yansinden çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yeksanlık yansında)
- 2 Nadiren (yansinden çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen ~~hiç~~ hiç

12. Son 4 hafta içinde cinsel ideğinizin düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 5 Çok fazla
- 4 Fazla
- 3 Orta
- 2 Az
- 1 Çok az ya da hiç yok

13. Son 4 hafta içindeki cinsel hayatınız genel olarak ne kadar tatminkardı?

- 5 Çok tatminkardı
- 4 Orta derecede tatminkardı
- 3 Ne tatminkardı, ne değildi
- 2 Pek tatminkâr değildi
- 1 Hiç tatminkâr değildi

14. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel ilişkiniz\* ne kadar tatminkardı?

- 5 Çok tatminkardı
- 4 Orta derecede tatminkardı
- 3 Ne tatminkardı, ne değildi
- 2 Pek tatminkâr değildi
- 1 Hiç tatminkâr değildi

15. Son 4 hafta içinde yeterli çabamı ve devam ettirme konusunda kendinize güveninizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 5 Tam
- 4 Tama yakın
- 3 Orta derecede
- 2 Az
- 1 Çok az



**EK-6: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu**

**ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)  
KADIN FORMU**

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

**1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?**

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

**2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?**

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

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

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

**4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz?**

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

**5. Orgazmınız tatmin edici midir?**

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

**EK-7: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu**

**ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)  
ERKEK FORMU**

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

**1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?**

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

**2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?**

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

**3. Penisiniz / cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü?**

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

**4. Ne kadar kolay boşalılırsınız?**

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

**5. Boşalmanız tatmin edici midir?**

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Selçuk Kırılı, Doç. Dr. E. Yusuf Sivrioğlu, Prof. Dr. Cengiz Akkaya ve Prof. Dr. S. Saygın Eker'e; tezimin hazırlanmasındaki tüm aşamalarda emeği olan ve özverisi, bilgisi, tecrübesi ile uzmanlık eğitimim boyunca bana hep destek olan tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Aslı Sarandöl'e; aynı yolda birlikte ilerleyerek ve paylaşarak birbirimize çok şey kattığımızı düşündüğüm Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki sevgili asistan doktor arkadaşlarıma; uzmanlık eğitimim boyunca beraber görev yaptığım tüm klinik psikolog arkadaşlarıma, Psikiyatri kliniği ve polikliniğinin tüm hemşire ve personellerine, rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan öğretim üyelerine ve asistan doktor arkadaşlarıma, tezimin yapım sürecinde yardımlarını esirgemeyen Dermatoloji ve Romatoloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve asistan doktor arkadaşlarıma, hayatım boyunca desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, emeğini ve sevgisini her daim gösteren annem ve babama, sevgisiyle ilgisiyle hep yanımda olan, söyledikleri ve yaptıklarıyla ufkumu açan biricik kardeşime, tezim süresince desteğini ve bilgisini esirgemeyen, varlığıyla hayatıma anlam katan, anılarımı zenginleştiren ve güzelleştiren eşime çok teşekkür ederim.

## ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Düzce’de ailemin ilk çocuğu olarak dünyaya geldim. 2006 yılında Bolu Fen Lisesi’nden mezun olarak psikiyatrist olma arzusuyla tercih ettiğim Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’ne başladım. 6 yıllık tıp eğitimim süresince öğrenmekten en çok keyif aldığım, ufkumu açan, merakımı tazeleyen, beni heyecanlandıran dönem psikiyatri stajı olduğu için; 2012 yılında tıp fakültesinden mezun olup 4 ay süreyle pratisyen hekim olarak görev yaptıktan sonra bir süre farklı uzmanlık dallarında asistan hekim olarak çalışsam da en son yine hayalini kurduğum bölüm olan psikiyatri bölümünde ihtisasa başladım. Uzmanlık eğitimim sırasında Prof. Dr. Aslı Sarandöl’den “Sanatla Terapi ve Yaratıcılık- Giriş Modülü” eğitimi aldım ve şizofreni hastalarında 3 yıl süren sanatla terapi seanslarında rol alarak bu alanda pek çok gözlem yapma fırsatı buldum. Bu sayede, aynı zamanda tez danışmanım da olan değerli hocamdan şizofreni hastalarına ve yakınlarına yaklaşım konusunda çok önemli bilgiler edindim, grup psikoterapilerinde sanatın hızlandırıcı, bütünleştirici, geliştirici etkisini fark ettim.

Uzmanlık eğitimim süresince, ayrıca cinsel terapi eğitimi ilk modülünü alarak cinsel terapi eğitimime başlangıç yaptım ve 3 yıldır da kişilik bozukluklarının dinamik psikoterapisine yönelik eğitime devam etmekteyim.