



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA  
CİNSEL DOYUMUN CİNSEL MİTLER İLE İLİŞKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

Dr. FEYZA YILMAZ  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2022





T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA  
CİNSEL DOYUMUN CİNSEL MİTLER İLE İLİŞKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

Dr. FEYZA YILMAZ  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. ÖMER BÖKE

SAMSUN-2022

## TEŞEKKÜR

Araştırma görevlisi olarak çalıştığım süreç içinde iten desteklerini hissettiğim, mesleki birikimime ve hekimlik tecrübeme büyük katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN, Prof. Dr. Hatice ÖZYILDIZ GZ, Prof. Dr. Gökhan SARISOY, Doç. Dr. Aytül KARABEKİR RL ve Doç. Dr. Selçuk ÖZDİN'e;

Uzmanlık eğitimim süresince ve tezimi hazırlama esnasında desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, hoşgörüsü ile yol gösteren kıymetli tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ömer BKE'ye;

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan büyük bir keyif aldığım sevgili asistan arkadaşlarım ve psikiyatri kliniği ekibimize;

Öğrencilik hayatım boyunca her zaman ve her koşulda yanımda olup sonsuz destek ve sevgilerini daima hissettiren, yaşamım boyu büyük emek ve çaba sarf eden kıymetli aileme;

Hayatımda olduğu ilk andan itibaren her durumda en büyük destekçim olan, sevgisini ve varlığını her an hissettiren sevgili eşim Fatih YILMAZ'a minnet ve teőekkürlerimi sunarım.

Dr. Feyza YILMAZ  
Temmuz 2022-  
Samsun

## **BEYAN**

“Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda Cinsel Doyumun Cinsel Mitler ile İlişkisi” konulu tez çalışmasının bana ait orijinal bir araştırma olduğunu, tezimin planlaması ve başlangıcından itibaren, yazımı da dahil olmak üzere bütün aşamalarında etik dışı bir davranışımın olmadığını, araştırmamdaki verileri etik ilkeler çerçevesinde analiz ettiğimi, analiz sonuçlarının yorumlanması için destek aldığım tüm kaynakların kaynaklar listesinde bulunduğunu, tezin çalışılması ve yazımı esnasında patent ve telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Feyza YILMAZ

## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırmada Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) hastalarının ve kontrol gruplarının cinsel doyum düzeyleri ve cinsel mitlere olan inançlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma 40 OKB hastası, 40 Remisyonda Anksiyete bozukluğu (AB) hastası ve 40 sağlıklı kontrolden oluşan kesitsel bir araştırmadır. Araştırmada Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (BOKÖ), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS), Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ) ölçüm aracı olarak kullanılmıştır. Kontrol grupları, OKB grubundaki katılımcılarla sosyodemografik değişkenler ve kullandıkları tedaviler bakımından benzer dağılım göstermeleri göz önünde bulundurularak seçilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmamızda OKB hastalarının GRISS toplam ölçek puanlarının kontrol gruplarından daha yüksek olduğu, yani cinsel doyum düzeylerinin kontrollerden daha düşük olduğu ve CMÖ puanlarının da kontrol gruplarından daha yüksek olduğu, yani cinsel mitlere olan inançlarının kontrollere kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür. Kadın OKB hastalarının kontrol gruplarına kıyasla cinsel doyum ölçeğinin doyum, dokunma, kaçınma ve anorgazmi alt ölçekleri bakımından; erkek OKB hastalarının ise sıklık, kaçınma ve dokunma alt ölçekleri bakımından daha kötü bir yanıt gösterdiği saptanmıştır. GRISS ve CMÖ korelasyon analizinde kadın OKB hastalarının GRISS toplam puanları, iletişim ve kaçınma alt boyutları ile cinsel mitlere olan inanç arasında anlamlı ilişki olduğu; erkek OKB hastalarında ise cinsel doyumun kaçınma alt boyutu ile bu ilişkinin olduğu görülmüştür. BOKÖ ve GRISS ilişkisi değerlendirildiğinde kadın hastalarda bulaş ve simetri-mükemmeliyetçilik alt boyutları ile cinsel doyum arasında ilişki olduğu saptanmıştır, erkek hastalarda ilişki tespit edilmemiştir. CMÖ ve BOKÖ ilişkisi incelendiğinde kadınlarda BOKÖ toplam puanı ve bulaş alt boyutu ile CMÖ arasında pozitif korelasyon tespit edilmiş, erkek hastalarda ilişki gösterilememiştir. Sosyodemografik verilerin cinsel doyum ve cinsel mitler üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi için lineer regresyon analizi kullanılmıştır; analiz sonucunda cinsel doyumun en güçlü yordayıcısının OKB hastalık süresi olduğu; cinsel mitlerin ise hasta yaşı ve eğitim düzeyinden en yüksek oranda etkilendiği saptanmıştır.

**Sonuç:** Araştırmamız OKB hastalarındaki cinsel yaşama dair değerli bilgiler sunmaktadır. Araştırma verileri ışığında OKB hastalarının cinsel doyum düzeylerinin kontrol gruplarından daha düşük olduğu, cinsel mitlere olan inançlarının ise daha fazla olduğu gösterilmiştir. Elde edilen bulgular bu konuda psikoterapötik yaklaşım için temellendirme yapabilme potansiyeli taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Obsesif kompulsif bozukluk, cinsel doyum, cinsel mitler

## ABSTRACT

**Objective:** In this study, it was aimed to evaluate the sexual satisfaction levels and beliefs of sexual myths of patients with Obsessive Compulsive Disorder (OCD) and control groups.

**Materials and Methods:** This is a cross-sectional study consisting of 40 OCD patients, 40 Anxiety in Remission (AD) patients and 40 healthy controls. Sociodemographic and Clinical Data Form, Dimensional Obsession Compulsion Scale (BOCS), Golombok-Rust Sexual Satisfaction Scale (GRISS), Sexual Myths Scale (CME), Hamilton Anxiety Rating Scale (HADS) were used as measurement tools in the study. The control groups were selected considering that they showed a similar distribution with the participants in the OCD group in terms of sociodemographic variables and the treatments they used.

**Results:** In our study, it was seen that the GRISS total scale scores of OCD patients were higher than the control groups, that is, their sexual satisfaction levels were lower than the controls, and their CME scores were higher than the control groups, that is, their belief in sexual myths was higher than the controls. In terms of satisfaction, touch, avoidance and anorgasmia subscales of the sexual satisfaction scale compared to the control groups of female OCD patients; male OCD patients showed a worse response in terms of frequency, avoidance and touching subscales. In the GRISS and CME correlation analysis, there was a significant relationship between GRISS total scores, communication and avoidance sub-dimensions and belief in sexual myths in female OCD patients; In male OCD patients, this relationship was observed with the avoidance sub-dimension of sexual satisfaction. When the relationship between BOCS and GRISS was evaluated, it was found that there was a relationship between contagion and symmetry-perfectionism sub-dimensions and sexual satisfaction in female patients, but no relationship was found in male patients. When the relationship between CME and BOCS was examined, a positive correlation was found between the total score of BOCS and the contagion sub-dimension in women and CME, but no relationship could be shown in male patients. He used linear regression analysis to evaluate the impact of sociodemographic data on sexual satisfaction and sexual myths; As a result of the analysis, the strongest predictor of sexual satisfaction was the duration of OCD disease; On the other hand, it was determined that sexual myths were most affected by the patient's age and education level.

**Conclusion:** Our research provides valuable information about the sexual life of OCD patients. In the light of the research data, it has been shown that the sexual satisfaction levels of OCD patients are lower than the control groups, and their belief in sexual myths is higher. The findings have the potential to provide a basis for the psychotherapeutic approach in this regard.

**Keywords:** Obsessive compulsive disorder, sexual satisfaction, sexual myth

## **KISALTMALAR DİZİNİ**

AB	:Anksiyete Bozukluğu
BOKÖ	:Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
CETAD	:Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
CMÖ	:Cinsel Mitler Ölçeği
DSM	:Diagnostik and Statistical Mental Of Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
GRISS	:Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği
HADÖ	:Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
OKB	:Obsesif Kompulsif Bozukluk

## **TABLULAR DİZİNİ**

- Tablo 1. Grupların sosyodemografik verilerinin karşılaştırması
- Tablo 2. Grupların klinik verilerinin karşılaştırılması
- Tablo 3. OKB grubunda boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeğinin dağılımı
- Tablo 4. Cinsel mit toplam puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması
- Tablo 5. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 6. Kadınlarda Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği alt ölçek puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması
- Tablo 7. Erkeklerde Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği alt ölçek puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması
- Tablo 8. OKB grubunda olan kadınlarda cinsel mitler ölçeği ile Golombok-Rust cinsel doyum ölçeklerinin korelasyon analizi
- Tablo 9. OKB grubunda olan erkeklerde cinsel mitler ölçeği ile Golombok-Rust cinsel doyum ölçeklerinin korelasyon analizi
- Tablo 10. AB ve Sağlıklı kontrol gruplarında cinsel mitler ölçeği ile Golombok-Rust cinsel doyum ölçeklerinin korelasyon analizi
- Tablo 11. OKB grubunda olan kadınlarda boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeği ile Golombok-Rust cinsel doyum ölçeklerinin korelasyon analizi
- Tablo 12. OKB grubunda olan erkeklerde boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeği ile Golombok-Rust cinsel doyum ölçeklerinin korelasyon analizi
- Tablo 13. OKB grubunda olan kadınlarda cinsel mitler ile boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeklerinin korelasyon analizi
- Tablo 14. OKB grubunda olan erkeklerde cinsel mitler ile boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeklerinin korelasyon analizi
- Tablo 15. OKB grubunda erkek ve kadınlar arasında cinsel doyum toplam, cinsel mitler toplam ve boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 16. Cinsel doyum puanlarına etki eden sosyodemografik etkenlerin lineer regresyon analizi
- Tablo 17. Cinsel mitler puanlarına etki eden sosyodemografik etkenlerin lineer regresyon analizi

## **ŞEKİLLER DİZİNİ**

Şekil 1. Erkeklerde Cinsel Yanıt Döngüsü

Şekil 2. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
BEYAN .....	ii
ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	iv
KISALTMALAR DİZİNİ .....	v
TABLolar DİZİNİ .....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	vii
İÇİNDEKİLER .....	viii
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Çalışmanın Amacı.....	2
1.2. Çalışmanın Hipotezleri .....	2
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk .....	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe .....	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	5
2.1.3. Fenomenoloji .....	6
2.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirti Boyutları .....	7
2.1.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü .....	9
2.1.6. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Seyir .....	9
2.1.7. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Patogenezi .....	10
2.2. Cinsellik.....	12
2.2.1. Genel Bakış.....	12
2.2.2. Cinsel İşlevler .....	14
2.2.3. Cinsel İşlev Bozuklukları.....	16
2.3. Cinsel Doyum .....	18
2.3.1. Tanım .....	18
2.3.2. Cinsel Doyumun Boyutları .....	19
2.3.3. Cinsel Doyumu Etkileyen Etmenler .....	23
2.3.4. Cinsel Doyum ve Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisi .....	28
2.4. Cinsel Mitler .....	30
2.4.1. Tanım .....	30
2.4.2. Cinsel Mitleri Etkileyen Faktörler .....	31
<b>3. YÖNTEM .....</b>	<b>35</b>
3.1. Çalışmanın Deseni ve Katılımcılar .....	35

3.2. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri .....	35
3.2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Grubunun Dahil Edilme Kriterleri .....	35
3.2.2. Kontrol Gruplarının Dâhil Edilme Kriterleri .....	36
3.3. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri .....	36
3.3.1. Çalışma Grubunun Dahil Edilmeme Kriterleri .....	36
3.3.2. Kontrol Gruplarının Dahil Edilmeme Kriterleri .....	37
3.4. Çalışmada Kullanılan Form ve Ölçekler .....	37
3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	37
3.4.2. Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (BOKÖ) .....	38
3.4.3. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS).....	38
3.4.4. Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ).....	39
3.4.5. Hamilton Anksiyete Ölçeği.....	40
3.5. İstatistiksel Analiz .....	40
3.5.1. Örneklem Büyüklüğü.....	40
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>41</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>51</b>
5.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Grubunun BOKÖ Dağılımı Açısından İncelenmesi ....	52
5.2. Grupların Cinsel Mitleri Açısından Değerlendirilmesi.....	52
5.3. Grupların Cinsel Doyumları Açısından Karşılaştırılması.....	54
5.4. GRISS Alt Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	57
5.5. Cinsel Mitler ile Cinsel İşlevlerin İlişkisinin Değerlendirilmesi .....	59
5.6. OKB Şiddeti ve Alt Boyutları ile Cinsel Doyumun İlişkisi.....	62
5.7. Obsesif Kompulsif Bozukluk Şiddeti ve Alt Boyutları ile Cinsel Mitlerin İlişkisi .....	63
5.8. Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Cinsel Doyumun Belirleyicileri .....	63
5.9. Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Cinsel Mitlerin Belirleyicileri .....	64
<b>6. KISITLILIK VE GÜÇLÜLÜK .....</b>	<b>66</b>
<b>7. SONUÇ .....</b>	<b>68</b>
<b>8. ÖNERİLER .....</b>	<b>69</b>
<b>9. KAYNAKLAR .....</b>	<b>70</b>
<b>10. EKLER .....</b>	<b>84</b>
<b>EK-1:</b> Etik Kurul Onay Formu.....	84
<b>EK-2:</b> Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	85
<b>EK-3:</b> Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu .....	88
<b>EK-4:</b> Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği.....	89
<b>EK-5:</b> Cinsel Mitler Ölçeği .....	93
<b>EK-6:</b> Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği.....	94

<b>EK-7:</b> Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği .....	97
<b>EK-8:</b> Turnitin Orijinallik Raporu.....	99

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), girici nitelikte olup kişide bunalıya sebep olan obsesyonlar ve kişinin yapmayı engelleyemediği tekrar eden davranış ya da zihinsel eylemlerden oluşan ruhsal bir hastalıktır (1). OKB, tüm ruhsal hastalıklar içerisinde aile ve sosyal ilişkilerdeki problemlerin ve yaşam kalitesinin bozulmasının en önemli nedenlerinden biri olarak kabul görmektedir (2).

Cinsellik, yaşam kalitesi ve ruhsal iyilik halinin önemli bileşenlerinden biridir (3). Cinsel işlev bozuklukları, cinsel istekte ve cinsel yanıt döngüsündeki bozulmalarla karakterizedir. DSM-5'te geç boşalma, erektil disfonksiyon, kadında orgazm bozukluğu, kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu, erkekte düşük cinsel istek bozukluğu, erken boşalma, maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu olarak cinsel işlev bozuklukları tanımlanmıştır. Toplumda en sık görülen cinsel işlev bozuklukları kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, erkekler için ise erken boşalma ve erektil disfonksiyondur (1).

Cinsel doyum, cinsel yanıt döngüsünün son aşamasını oluşturmaktadır (4). Cinsel doyuma ilişkin en fazla kabul gören tanımlama Lawrance ve Byers'e aittir. Bu tanıma göre cinsel doyum, bireyin öznel değerlendirmesine dayanan, cinsel ilişkisine yönelik olumlu ve olumsuz deneyimlerini içeren duygusal tepkidir (5). Cinsel doyum, ruhsal ve bedensel iyilik haliyle ilişkili bulunmuştur (6).

Cinsel mitler, kişinin cinsel yaşamla ilgili doğru olarak kabul ettiği, genellikle abartılı, yanlış, bilimsel nitelikte olmayan inanışlardır. Cinsel işlev bozukluklarına ve cinsel doyumda azalmaya yol açabilen nedenler arasında gösterilmektedir. Cinsel mitler kişide cinsel yaşamla ilgili korkulara, gerçekçi olmayan beklentilere, pişmanlık ve suçluluk duygularına yol açabilmektedir. Cinsel işlev bozukluklarının oluşmasına ve sürmesine neden olabilmektedir (8).

OKB ve cinsel yaşam ilişkisine yönelik yapılan çalışmalarda, OKB'nin yakın ilişkileri ve cinsel sağlığı önemli derecede olumsuz etkileyebileceği gösterilmiştir (7). Kişilerin obsesif kompulsif belirtilerinin olmasının daha kötü cinsel fonksiyonlar ve cinsel doyum seviyesi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (8). Sağlıklı kontroller (%

30) ile karşılaştırıldığında OKB hastalarının % 50 oranında cinsel işlev bozukluğuna sahip olduğu bulunmuştur (9).

OKB'de cinsel doyum düzeyine cinsel mitlerin etkisi araştırılmamış bir konudur; OKB'de cinsel doyumun ve cinsel mitlerin ilişkisinin ortaya konması hastaların tedavi uyumunun arttırılmasına, semptomlarının azaltılmasına ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine yardımcı olabilir.

### **1.1. Çalışmanın Amacı**

Bu çalışmada, OKB tanılı hastalarda cinsel doyum düzeyinin, cinsel mitlere olan inançla ilişkisinin ortaya konması ve kontrol gruplarıyla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

### **1.2.Çalışmanın Hipotezleri**

- 1) OKB tanılı hastalarda kontrol gruplarına göre cinsel doyum düzeyi daha düşüktür.
- 2) OKB tanılı hastalarda kontrol gruplarına göre cinsel mitlere inanma daha yüksektir.
- 3) OKB tanılı hastalarda cinsel doyumun tüm alt boyutları kontrol gruplarına göre daha yüksek oranda bozulmuştur.
- 4) OKB hastalık şiddeti ile cinsel doyum düzeyi ve cinsel mitlere olan inanç ilişkilidir.
- 5) Temizlik ve dini-cinsel içerikli obsesyonları olan OKB hastalarında cinsel doyum düzeyi daha düşüktür.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk**

#### **2.1. 1. Tanım ve Tarihçe**

Obsesif kompulsif bozukluk, istem dışı tekrarlayıcı düşünceler, dürtüler ya da obsesyonlar ile karakterize ve bunlara kompulsiyon adı verilen tekrarlayıcı davranışların ya zihinsel eylemlerin eşlik ettiği psikiyatrik bir hastalıktır (1). Obsesyonlar kişide belirgin sıkıntıya neden olan girici düşünceler ya da dürtüler olarak tanımlanır. Kişi düşünmemeye, düşüncelerini uzaklaştırmaya çalışarak ya da kompulsiyonları ile bu zorlantının olumsuz etkisinden kurtulmaya çalışmaktadır. Kompulsiyonlar, hastanın sıkıntı veren obsesyonlarına tepki niteliğinde olan ve rahatsız edici durumun oluşmasına engel olabilmek amacıyla kişinin uygulamak zorunda hissettiği tekrarlayıcı davranışlar ya zihinsel eylemlerdir. Obsesyonlar girici ve inatçı vasıfta olup kişide sıklıkla kaygı ve rahatsızlık hissi yaratırlar; kompulsiyonlar bu duygularla başa çıkmak için ortaya çıkar, geçici bir rahatlama sağlar ve tekrar tekrar gerçekleştirilirler (1).

OKB 1850lere kadar o dönemki delilik kavramının bir çeşidi olarak kabul görmekteydi. Sonrasında psikoz kavramının bir varyantı olarak düşünülmüştür. 1880ler sonrasında nevroitik bir bozukluk olduğu kabul edilmeye başlanmıştır. 1860lardan itibaren OKB için organik açıklamalar yapılmaya başlanmış, 1890 ve sonrasında psikolojik nedenler gündeme gelmeye başlamış ve OKB'nin istemli, entelektüel veya duygusal bozulmalardan kaynaklanabileceği öne sürülmüştür. İlk olarak Almanya'da 19. yüzyılda obsesyonları oluşturan psikopatolojinin bilişsel işlevlerde olduğu, obsesyon ve sanrıların farklı fenomenler olduğu açıklanmıştır. Obsesif kompulsif belirtilere ilişkin 'zorlama' sözcüğü kullanılmaya başlanmış ve günümüze yakın bir adlandırma ortaya çıkmaya başlamıştır. Bunun karşılığı olarak İngiltere'de obsesyon, Amerika'da kompulsiyon terimi tercih edilmiştir (10). Fransa literatürü artmış olumsuz duygulanımın belirti oluşumundaki rolünü vurgulamıştır. Obsesif kompulsif davranışlar ve dürtüsellik arasındaki ayrım yapılmıştır (11).

DSM-III'ten önce obsesif kompulsif yaşantılardan söz edilmiş, güncel anlayışımıza en yakın ve fenomenolojik bakışımıza en uygun tanımlama ise DSM-III'te yapılmıştır. Obsesyon ve kompulsiyon ayrımı DSM-III'te kesin olarak vurgulanmış,

bulguların en sık görülenleri ve özellikleri tanımlanmıştır. DSM-IV ile Obsesif Kompulsif Bozukluk terimi kullanıma girmiş ve iç görüsü az olan alt tip kategorize edilmiştir. DSM-5 ile beraber OKB, anksiyete bozuklukları kategorisinden ayrıştırılmış, OKB ve ilişkili bozukluklar sınıfı oluşturulmuştur (1, 12).

DSM-5'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk'un tanımlanması;

A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırımmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).
2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn, yaygın anksiyete bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkarmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığın olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır (1).

### **2.1.2. Epidemiyoloji**

Hastalığın sıklığı ülkeler arası farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde OKB'nin yıllık prevalansı % 1.2, yaşam boyu OKB prevalansı ise % 2.3 olarak bulunmuştur (13). ABD, Almanya, Kanada, Tayvan, Porto-Riko, Yeni Zelanda ve Kore'de OKB'nin anlık prevalansını araştıran kesitsel bir çalışmada OKB

sıklığı Tayvanda % 0,4 diğer ülkelerde % 1,1-1,8 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada OKB başlangıç yaşı 21.9 ile 35.5 yıl arasında saptanmıştır (13). OKB'nin hem erişkin hem de pediatrik grupta % 1-3 sıklığında görüldüğü gösterilmiştir (25). Kadın cinsiyette erkeklere göre daha sık OKB görüldüğü belirtilmiştir (11).

Ülkemizde 2004 yılında yapılan bir çalışmada, OKB'nin yıllık prevalansı % 3 ve ortalama OKB başlangıç yaşı  $25.9 \pm 12.5$  yıl olarak saptanmıştır. OKB prevalansı kadınlarda az farkla daha yüksek bulunmakla beraber, kadın erkek cins arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (14).

OKB hastalarında semptomlar büyük oranda çocukluk ve ergenlik döneminde başlamaktadır (15). OKB'nin başlangıcının ikili dağılım gösterdiği, erken başlangıçlıda ortalama yaşın 11, geç başlangıçlıda 23 olduğu görülmüştür. Erken başlangıçlının tüm vakaların dörtte üçünü oluşturduğu, daha yüksek semptom şiddeti ile ilişkili olduğu, daha fazla komorbidite gösterdiği ve erkek cinsiyette daha sık erken başlangıç görüldüğü bildirilmiştir (12).

OKB hastalarının % 90'ında psikiyatrik bir eş tanı görüldüğü belirtilmiştir ve en fazla oranda anksiyete bozukluklarının olduğu görülmektedir. Farklı ülke verileri ile yürütülen bir çalışmada, OKB'nin yaygın anksiyete bozukluğu, majör depresif bozukluk, sosyal fobi ve özgül fobi ile yüksek oranda eş tanı aldığı gösterilmiştir (11, 16).

### **2.1.3. Fenomenoloji**

1989'da Goodman ve arkadaşları tarafından Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği geliştirilmiştir, bu ölçek ile OKB'nin belirtilerinin şiddeti ve içeriği değerlendirilebilir hale gelmiştir. YBOKÖ'de 8 obsesyon ve 7 kompulsiyon tipi tanımlanmıştır (17). Sonraki yıllarda boyutsal yaklaşım öne çıkmış, OKB'de belirti çeşitliliğinin yarattığı kategorizasyon sorunu ve hastalığın tek bir tipte görülüyor oluşunun zorluğu giderilmeye çalışılmıştır (18). Faktör analizi yöntemi ile birbiri ile ilişkili belirti boyutları aynı grupta birleştirilerek daha az sayıda grup ortaya konması hedeflenmiştir (16). En tutarlı faktör analizi çalışmaları dört veya beş boyuttan oluşmaktadır (19). Bu çalışmalar sonucunda OKB'deki her belirti boyutunun şiddetini ölçmeye olanak veren Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği oluşturulmuştur (20). YBOKÖ belirti listesi ile yürütülen faktör analizi sonucunda

dört faktör tanımlanmıştır: temizleme (temizleme ve bulaş), simetri (simetri, sıralama, sayma, tekrarlama), yasak düşünceler (saldırganlık, dini, cinsel ve somatik obsesyonlar), istifleme (istifleme obsesyonları). Bu dört faktörlü yapının OKB'nin klinik semptomlarındaki heterojenliği önemli ölçüde açıkladığı görülmüştür (21). OKB'de belirlenmiş olan bu faktörlere yönelik belirti şiddetini ölçen ölçeklerden yararlanılmaktadır (22).

Yaygın görülen obsesyon ve kompulsiyonlar (23)

Obsesyon	İlgili Kompulsiyon
Kir, mikrop, vücut sıvıları, dışkı, tehlikeli ve kimyasal maddelerin bulaşma korkusu	Temizleme ve yıkama kompulsiyonları, tetikleyicilerden kaçınma davranışı
Kendisine ya da başkalarına zarar verme korkusu, şüphesi	Kontrol etme veya güvenlik arama kompulsiyonları
Simetri ya da "tam olarak doğru olma" konusunda kaygı	Yineleme veya sıralama kompulsiyonları
Dini ya da cinsel içerikli yasak düşünceler	Sık sık zihnini kontrol etme ve tetikleyicilerden kaçınma davranışı

#### 2.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirti Boyutları

OKB fenomenolojik anlamda oldukça heterojen bir ruhsal bozukluk olup, aynı belirti grubunda bile ilişkili olunan duygusal, bilişsel, davranışsal etmenler değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin temizlik ve bulaş obsesyonları hem iğrenme duyarlılığı hem de zarar görme düşüncesi ile açıklanabilmektedir (24, 25).

Obsesyonların reaktif ve otojen olarak gruplandırılabilmesi düşünülmüştür. Otojen obsesyonlar bir uyarana olmaksızın da zihinde oluşabilen, genellikle benliğe daha fazla yabancı olarak algılanan, kabul edilemez bulunan, tekrarlayıcılığı fazla, kişinin kendisinde bulunmasından fazlaca rahatsızlık hissettiği düşünce ya da dürtülerdir. Dini- cinsel içerikli obsesyonlar, saldırganlıkla ilgili temalar bu grupta değerlendirilmektedir. Reaktif obsesyonlar dış uyarana tarafından sıklıkla tetiklenme eğiliminde olan, kişinin uyarana yanıt bakımından kısmen daha akla yatkın ve gerçekçi olarak değerlendirdiği ve daha az saklama gereği hissettiği obsesyonlardır. Bedensel, biriktirme obsesyonları, simetri-düzen, kirlenme gibi belirtiler bu grupta yer alırlar (26, 27). Otojen obsesyonlar düşünceler üzerinde kontrol oluşturma ve düşüncenin önemi üzerinde değerlendirmeye ve kaçınma kontrol stratejilerinin sık

kullanımına yol açmaktadır; reaktif obsesyonlar ise sorumluluk üzerine değerlendirme ve çatışmacı kontrol stratejilerinin sık kullanımı ile bağlantılı bulunmuştur (28).

OKB'de saldırganlık obsesyonları varlığında kişi, kendisine ya da başkalarına yönelik zarar verme, yaralama, öldürme veya kontrollü ya da kontrolü dışında bir felaketin oluşmasına neden olma düşüncesini barındıran imgeler deneyimler. Bu durumdan kaçınmak için zarar verici nesnelere, zarar verme düşüncesindeki kişilerden, nesnelere uzak durabilmektedir (29).

Temizlik ve bulaş obsesyonları sonucunda törensel yıkama-yıkanma, eşyaların yineleyici şekilde temizlenmesi, tuvalet rutinleri görülmektedir. Kirlilik oluşturacağı düşünülen nesnelere kaçınma ya da temas etmeme, kontrol etme davranışları olabilmektedir. Hastada pislenmiş olma veya bu durumdan zarar görme düşüncesi egemendir. Aşırı temizlenme sebebi ile bedensel bulgular (cilt lezyonları, temizlik maddesi kokma) görülebilmektedir (24).

Dini-cinsel içerikli obsesyonlarda kişi, yasak sevi, eşcinsellik, çocuklarla cinsel eylem gibi düşüncelere sahiptir ve düşünceleri sebebi ile günaha girdiğini veya bunları düşünerek eylemin gerçekleşme olasılığını arttırdığını, eylemi yapmış gibi olduğunu düşünmektedir (17). Buradaki obsesyonlar kişinin kendi sosyokültürel değerlerine göre kendisine yasaklamış olduğu eylemlerdir, böyle düşünmüş olmaktan dolayı kendisini suçlu ya da günahkar hisseder. Dini obsesyonlar; tanrı, din, dini ilke ve değerlere saygısızlık, küfür şeklinde olabilir (24). İbadetlerin tam olarak doğru yapılmadığı düşüncesi ile tekrarlanması görülebilmektedir.

Simetri, sayma, sıralama, düzenleme obsesyonu olan hastalarda; eşyaların belirli bir düzende olmasını isteme, yapılan eylemin mükemmel şekilde yapılması gerektiğini düşünme, gerçekleştirilen fiilin hatasız olması gerektiğine inanma şeklinde düşünceler egemendir (24).

Bedensel obsesyonlarda, kişinin ciddi bir bedensel veya ruhsal hastalığının olduğu yönünde düşünceleri olması beklenir. Bu düşünceler sebebi ile hastalığı araştırıcı eylemler içerisinde olabilirler (30).

İstifleme obsesyonu görülen hastalarda, kişi kendisi için değerini ya da işlevini değerlendirmeksizin nesnelere atmakta güçlük çeker. Biriktirme davranışı görülebilir (30).

Diğer obsesyonlar, yukarıdaki obsesyon tiplerinde sınıflandırılmayan belirti grubunu içermektedir. Batıl inançlar, uğurlu-uğursuz sayılar, zorlayıcı sesler-kelimeler, bir şeyleri hatırlama, bilme ihtiyacı bu grupta değerlendirilmektedir (30).

### **2.1.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü**

Kavramsal olarak içgörü, kişinin hastalığının varlığını kabulü, yaşadığı hastalık belirtilerinin patolojik olduğunun farkında olma ve hastalığa yönelik tedavi işbirliği sağlayabilme olarak açıklanmıştır (31). DSM-5'te OKB'ye yönelik 3 farklı içgörü tanımı yapılmıştır: iyi içgörü, zayıf içgörü, içgörü yokluğu (1).

Yapılan bir çalışmada, içgörüsü zayıf olan hastalarda semptom şiddetinin daha fazla olduğu, birinci derece akrabalarında daha yüksek oranda şizofreni spektrum bozukluğunun görüldüğü ve çocukluk dönemlerinde daha sık psikiyatrik bozukluk öyküsü olduğu gösterilmiştir. İçgörüsü olan hastaların tedaviye daha iyi yanıt verdikleri, içgörüsü olmayanların büyük oranda ilaç tedavisine yanıtız oldukları saptanmıştır (32). OKB hastalarında içgörünün zayıf olmasının daha erken hastalık başlangıç yaşıyla, daha uzun hastalık süresi ve daha şiddetli hastalık semptomlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. İçgörüsü kötü olan hastaların, tüm OKB boyutlarından daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır (33).

İçgörü düzeyi ile hastalık şiddetini bağlantılı bulmayan çalışmalar da bulunmaktadır. Dolayısıyla içgörünün bir şiddet veya işlevsellik belirteci olması sebebiyle değil, ilişkili olduğu farklı özelliklere bağlı olarak tedavi yanıtını öngördüren bir özellik olması beklenmektedir. İçgörüsü zayıf olan OKB'li bireylerin semptomlarına sınırlı direnç göstermeleri veya hiç direnç göstermemeleri nedeniyle daha az kaygılı oldukları varsayılabilir. Bu nedenle, bir sorunun var olduğunu kabul etme yeteneği, sıkıntıya yol açar ve sağlık hizmeti arama kararını motive eder (34).

### **2.1.6. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Seyir**

OKB'nin genellikle yaşam boyu devam eden bir seyri bulunmaktadır. Bazen semptom şiddetinde giderek azalma izlenebilmektedir. Hastaların % 30' unun

tedavilere yanıt vermediği, tedaviyi sürdürmediği ya da reddettiği bilinmektedir. İlaç tedavisi ve bilişsel tedavilere nadiren tam anlamıyla yanıt alınmaktadır, tedavi yanıtı iyi olan hastalarda dahi % 50 oranda kalıntı belirtiler izlenebilmektedir (23).

Psikiyatrik morbidite incelemelerinde OKB'nin intihar ile ilişkili olduğu ve eş tanı olarak anksiyete bozukluğu veya depresyonun eşlik etmesinin bu riski arttırdığı belirtilmiştir (35).

OKB tedavi edilmediğinde genellikle kronik bir seyir göstermektedir, kısıtlı bir hasta grubunda epizodik kötüleşme görülebilmektedir. Çocukluk ya da ergenlik döneminde başladığında kronikleşme olasılığı daha yüksektir. Diğer psikiyatrik hastalıkların eşlik etmesi OKB prognozunu olumsuz yönde etkilemektedir (15).

### **2.1.7. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Patogenezi**

#### **2.1.7.1. Psikanalitik Açıklamalar**

Psikanalitik anlamda OKB'nin meydana gelmesinde temel rolün 'gerileme' olduğu düşünülmüştür. Gerileme ile bireyin saplanmış olduğu doyum nesnesine geri dönmesi anlaşılmaktadır. OKB'de, ödipus dönemine ait isteklerin yarattığı kriz nedeni ile libidonun anal döneme gerilediği ve daha katı bir üst benlik oluşumunun gerçekleştiği düşünülmektedir. Böylelikle ödipal döneme ait dürtülerden uzaklaşılırken, anal dönemin çatışmaları ön plana geçmektedir; ego denetimi yetersiz bir hale gelmiştir ve ego işlevleri süper egonun kontrolünde yürütülmeye çalışılmaktadır.

Anal dönemin en belirgin özelliği birbirinin karşıtı istekler arasındaki çatışmanın belirgin olmasıdır. Bireyin duygularında ve davranımında 'iki değerlilik' geçerlidir. Bu durum eylem oluşturulurken kararsızlık ve tereddüt etme olarak ortaya çıkmaktadır.

Psikanalitik kuram, cinsel ve saldırgan dürtülerle başa çıkabilmek için üç temel savunma mekanizması tanımlamıştır: 'karşıt tepki kurma', 'yapma-bozma' ve 'yalıtma'.

Karşıt tepki kurma, dürtüsel bir tehlike karşısında savunma geliştirmek yerine tehlikeye karşı hazırlıklı olunan tutumu açıklamaktadır. Hissedilen duygunun ya da dürtünün abartılı olması, mevcut duygunun yalnızca kendisi olmayıp, karşıt

duygunun bilinç dışında tutulmak istenmesi olarak yorumlanmaktadır. Örneğin, nefret duygusunu bilinç dışı tutabilmek için yoğun bir sevgi yansımalarının görülmesi veya dürtüsel pislik isteğine karşılık abartılı temizlik ve düzen davranışının gösterilmesi söylenebilir.

Yapma-bozma düzeneğinin, dürtü denetiminin sağlanması ve anksiyetenin bastırılması için var olduğu kabul edilmektedir. Birey, yapma-bozma eylemi sırasında, bilinçdışı dürtüleri nedeni ile oluşabileceğine inandığı zararı yok etmeyi amaçlamaktadır. Benliğin tehlikeli olarak algılandığı birtakım dürtüleri, büyüsel bir şekilde yok saymaya çalıştığı düşünülmektedir. Yapma-bozma eylemi sırasında karşıt iki dürtünün sırasıyla doyum sağladığı görülmektedir. Yineleme kompulsiyonları, yapma-bozma düzeneğine örnek olarak verilebilir.

OKB'de, düşüncelerin eşlikçisi duygulardan arındırılması sıklıkla görülmektedir. Dürtünün duygusal bileşeni, duygusal içerikten ayrılarak bilinç dışına itilmektedir. Kişi, duygunun eşlik etmediği düşünceleri, benliğine yabancı olarak algılar ve o düşünceyle ilgili duygusal yükten kurtulmuş olur (11).

#### 2.1.7.2. Bilişsel Davranışçı Kuram

Obsesyon ve fobinin açıklanmasında iki aşamalı model tanımlanmıştır. Bu modelde korkunun klasik koşullanma yoluyla edinildiği, edimsel koşullanma ile sürdüğü düşünülmektedir (36). Obsesyonun bu kurama göre açıklanmasında, ilk olarak yansız düşünce veya nesnelere kaygı oluşturma yeteneğindeki uyarılarla eşleştirilmesiyle obsesyon ortaya çıkmaktadır. Obsesyonun oluşturduğu kaygının giderilmesi için kompulsiyonlar meydana gelmekte, anksiyetenin azalması da bu davranışları pekiştirmektedir. Bu kuramda, obsesyonlar kaygı oluşturan koşullu yanıtlar, kompulsiyonlar ise anksiyeteyi ortadan kaldırmak için öğrenilmiş eylemler olarak ele alınmaktadır (11).

Obsesif düşünceler, sağlıklı popülasyonda da sıklıkla görülmektedir. Normal obsesif düşünceler yaygın bir deneyim olup içerik bakımından da anormal obsesif düşüncelere benzemektedir. Obsesif düşünceler ve anormal obsesyonlar sıklık, süre, yoğunluk ve oluşturduğu sonuçlar bakımından farklılık göstermektedir (37). OKB hastaları bu düşünceleri, kişisel sorumluluğunun göstergesi olarak yanlış yorumlama

eğiliminde olmaktadır. Hatalı yorumlama ve yansızlaştırma, obsesyon ve kompulsyonların oluşumuna neden olmaktadır.

Abartılı sorumluluk modelinde, OKB hastalarının yaşadığı sıkıntının nedeninin düşüncelerin içeriğinden ziyade yanlış değerlendirilmesi olduğu vurgulanmaktadır (38). Zorlayıcı düşünceler, yüksek oranda kişisel sorumluluk ya da anlam yükleme şeklinde yorumlandığında obsesif düşünceye dönüşmektedir (39). Obsesif düşünce yanlış yorumlandığında, bu düşünceler anksiyete ile ilişkilendirilmekte ve kişi sorumluluktan kaçınmaya yönelik çabalamakta ve sonuçta yansızlaştırma yanıtları ortaya çıkmaktadır (40). Yansızlaştırma yanıtı, algılanan sorumluluk hissini azaltmaya yönelik başlatılan eylem (kompulsif davranışlar, düşünce ritüelleri) olarak tanımlanmaktadır (38). Kişi sorumluluk duygusu sebebi ile zorlayıcı düşüncelerini bastırmaya çabalamakta ve obsesyonun yarattığı sıkıntı artmaktadır.

## **2.2. Cinsellik**

### **2.2.1. Genel Bakış**

Cinsellik, insan yaşamının hem en çok merak edilen hem de konuşulmaya çekinilen, en önemli bileşenlerinden biridir. Cinsel yaşam, kişinin kendi deneyimine göre bazen keyifli ve sıcak bir yakınlaşma olabilirken bazen de çekingenlik ve iğrenme duygusu olarak algılanmaktadır (41). Cinsellik kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığının önemli bir bileşenidir aynı zamanda yakın ilişkilerin önemli bir parçasıdır (42). Cinsel eylemler, pek çok bileşenden etkilenebilen oldukça karmaşık süreçlerdir. Bireyin yaşam şartları, diğer insanlarla ilişkileri, sosyokültürel düzeyi ve inançları, özgüveni gibi pek çok faktör kişinin cinsel yaşamını etkileyebilmektedir (43).

Cinselliğe dair net bir tanımlama yapabilmek kolay değildir ve klinik uygulamada da anlamlı bulunmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre cinsel sağlık; cinsel hayatın duygusal, entelektüel, fiziksel ve sosyal yönlerinin, aşkı, kişiliği ve iletişimi destekleyici etkilerinin birleşiminden oluşmaktadır. "Cinsellik yaşam boyunca deneyimlenen cinsel ilişki, cinsiyet rolleri, cinsel yönelim, erotizm, haz, yakınlık ve üreme konularını içeren insan olmanın temel bir özelliğidir". Cinsel sağlık; cinsellikte; ayrımcılık, zorlama ve şiddetten uzak, keyifli ve güvenli cinsel deneyimlere sahip olmanın sonucu olarak, olumlu ve saygılı bir yaklaşım gerektirir. Cinsel sağlığın elde edilmesi ve devamı, tüm kişilerin cinsel haklarına saygı

gösterilmesi, korunması ve uygulanmasını gerekli hale getirmektedir (44). Anormal cinsellik denildiğinde, kişinin kendisine ya da partnerine zarar verdiği, birincil eşey organlarının uyarılmadığı, kaygı ve suçluluk duygularının eşlik ettiği cinsel davranış anlaşılmaktadır (45).

Cinsellik, nörofizyolojik ve nörokimyasal süreçlerin, endokrin dizgenin ve psikolojik etmenlerin bütünlüğünde oluşan karmaşık bir olgudur. Cinsel davranışlar oldukça çeşitli olup, bireyin sosyokültürel özelliklerinden, yaşadığı toplumun dinamiklerinden, diğer insanlarla olan ilişkilerinden etkilenmektedir. Bireyin kişiliği ile cinsel yaşamı bütünlük göstermektedir (46). Cinsel davranışlar, duygusal, davranışsal ve düşünsel boyutlardan oluşmaktadır. Duygusal boyutu ile bir kişiye yakınlık duyma, sevmeye, güvenme hislerini oluşturur. Davranışsal boyutu ile yaklaşma, dokunma, sarılma, öpme, sevişme öne çıkmaktadır. Düşünsel boyutunda ise kişinin kendi iç dünyasını başkası ile paylaşma isteğini ifade eder (47).

Cinsel yaşam, psikolojik ve sosyal işlevselliğin ihmal edilen alanlarından biridir. Toplum dinamiklerini olumsuz etkileyebileceği kaygısıyla konuşulması dahi sınırlandırılabilir. Cinsel mitlerin ve inançların arasında yüceltilmiş ve gizemli bir hale kavuşturulmuştur ancak cinsel organlara sınırlandırılmayacak kadar çok yönlü bir kavramdır (48). Cinsel yaşamla ilgili konular genellikle konuşulmaktan çekinilen, duyguların ifadesinde zorlanılan konular olarak görülmektedir. Cinsellik doğal bir unsur olmasına rağmen, suçluluk, utanç gibi olumsuz duygularla birlikte deneyimlenebilmektedir (49). Gelişmiş toplumlarda, cinselliğin daha kolay ifade edilebildiği, gelişmemiş toplumlarda ise konuşulmasının hala zor olduğu ve cinselliğin bastırıldığı görülmektedir (44). Ülkemizde cinselliği konuşabilmek oldukça zor görünmektedir. Cinsel yaşam hakkındaki pek çok olumsuz tabu ise geçerliliğini korumaktadır (50).

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği'nin 2006 yılında yaptığı araştırmasına göre (51); cinsellik, doğumdan ölüme dek yaşamın her aşamasında görülmektedir. Biyolojik, sosyokültürel ve psikolojik bileşenleri olan bir bütündür. Bu sebeple, tüm bu bileşenleri etkileyen her durumdan etkilenmektedir. Cinsellikle ilgili bir problemin çözümünde her üç bileşenin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Cinsel

sağlığın bozulması, fiziksel sağlığı, ruh sağlığını, sosyal yaşamı ve aile ilişkilerini de etkilemektedir.

Kişilerin cinsel yaşamına ilişkin bazı haklara sahip olmaları gerekmektedir. Bu konuyla ilgili olarak cinsel haklar, ilk kez Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı ve Dördüncü Dünya Kadın Konferansı'nda konuşulmuştur. Dünya Cinsel Sağlık Birliği, 1999'da Dünya Seksoloji Kongresi'nde evrensel cinsel haklar deklarasyonunu kabul etmiştir (52). Cinsel yaşam günümüzde temel bir insan hakkı olarak kabul gördüğünden cinsellik hakkında yürütülen araştırmalar da giderek artmaktadır (51).

10 – 15 Temmuz 2005 tarihlerinde Montreal – Kanada'da yapılan 17.Dünya Seksoloji Kongresi'nde Cinsel Haklar Bildirgesi sunulmuş ve kabul edilmiştir. Bu kabule göre cinsel haklar; cinsel özgürlük hakkı, cinsel otonomi, cinsel bütünlük ve vücudunun güvenliği hakkı, cinsel mahremiyet hakkı, cinsel eşitlik hakkı, cinsel zevk hakkı, duygusal cinsel ifade hakkı, özgürce cinsellik içeren ilişki kurma hakkı, özgür ve sağlıklı üreme seçimi yapma hakkı, bilimsel araştırmaya dayalı cinsel bilgi edinme hakkı, kapsamlı cinsellik eğitimi hakkı, cinsel sağlık bakımı hakkını kapsamaktadır.

### **2.2.2. Cinsel İşlevler**

İnsan cinsel yaşamı hakkındaki ilk kapsamlı araştırmalar Kinsey ve ark. tarafından yürütülmüştür (1938–1952). İnsan cinselliği konusunda bugünkü bilgilerimizin temelini oluşturan araştırmalar ise Masters ve Johnson tarafından yapılmıştır (55). Bu çalışmalar 10 yıl devam etmiş ve laboratuvar ortamında elde edilen veriler 'İnsanda Cinsel Davranış' adlı kitapta yayınlanmıştır.

Cinsel yanıt döngüsünün sorunsuz şekilde tamamlanması durumunda cinsel işlevlerin normal olduğundan söz edilebilir. Cinsel işlevler, nörolojik, mental, endokrin ve vasküler yapıların koordine işleyişi ile oluşmaktadır (53). Cinsel yanıt evrelerinin anlaşılması, cinsel sorunlara olan yaklaşımı kolaylaştırmaktadır (54). Masters ve Johnson tarafından cinsel yanıtı oluşturan evreler; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evresi olarak belirlenmiştir (30, 55). Daha sonrasında Kaplan tarafından istek evresi de cinsel yanıt döngüsüne eklenmiştir.

#### 2.2.2.1. İstek Evresi

İstek evresi, diğer evrelerden psikolojik olarak bağımsız işlemektedir. Cinselliği oluşturmakta ve pek çok değişkenden etkilenebilmektedir. Cinsel istek duygusu çok geniş bir spektrumda ifade edilebilmektedir. İlk evre olması nedeniyle diğer evreleri de etkileyebilmektedir (56).

#### 2.2.2.2. Uyarılma Evresi

Cinsel uyarılmanın şiddeti, süresi kişiden kişiye göre ve uyarının niteliğine göre değişebilmektedir. Uyarılma evresinde kan basıncında yükselme, kaslarda gerginlik, vajinal kayganlaşma ve vajina duvarlarında genişleme, testislerde şişme ve meme uçlarında sertleşme görülmektedir. Peniste ve klitoriste ereksiyon oluşmaktadır (57). Cinselliğin bu evresinde birey fizyolojik ve psikolojik olarak uyarılmaktadır. Uyarılma süresi kişiler arası farklılık gösterebilmektedir (41).

#### 2.2.2.3. Plato Evresi

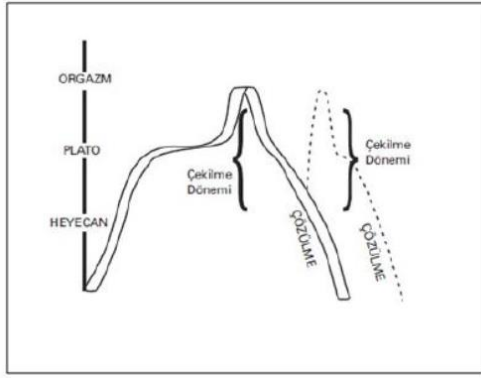
Uyarılmanın bir parçası ve devamı niteliğinde olup, bu evrede cinsel heyecan ve haz duygusu artmıştır ve orgazm evresine dek devam etmektedir. Bu evre orgazm evresine giriş niteliğinde kabul edilmektedir (41).

#### 2.2.2.4. Orgazm Evresi

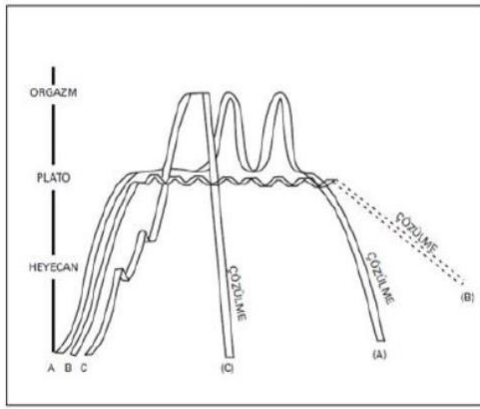
Cinsel haz bakımından en yoğun, süre anlamında en kısa evredir. Bu evre erkeklerde ejakülasyon, kadınlarda perine ve vajina etrafındaki kasların ritmik kasılması ile karakterizedir. Öznel bir deneyim olarak pelviste duyumsanmaktadır; kadında daha çok vajina ve klitoral alanda, erkekte prostat ve peniste yoğunlaşmıştır (41).

#### 2.2.2.5. Çözülme Evresi

Cinsel yanıtın son evresini oluşturmaktadır. Daha önceki aşamalarda oluşmuş olan tüm değişikliklerin geriye dönüşü ile karakterizedir. Bu evrenin süresi, cinsel uyarının devam edip etmemesine, orgazmın olup olmasına, cinsiyete göre değişebilmektedir. Bu evre sonlanana kadar erkeklerin cinsel bir uyarana yanıt vermesi, orgazm olması beklenmez; kadın cinsiyette ise cinsel yanıt aşamaları değişken izlenebilmektedir; uyarılma, çözülme ve orgazm aşamalarında farklılaşmalar olabilmektedir (41).



Şekil.1. Erkeklerde Cinsel Yanıt Döngüsü (41)



Şekil.2. Kadınlarda Cinsel Yanıt Döngüsü (41)

Basson'un cinsel yanıt modeli (58) ile kadın cinselliği konusunda yeni bir bakış açısı sağlanmıştır. Basson'un ortaya koyduğu modelde; kadının cinsel yanıt döngüsüne nötr durumda başladığı görülmektedir. Sonrasında cinsel uyarımları dikkate alır, cinsel ihtiyaçlarını fark eder ve uyarılması gerçekleşmiş olur. Bilinçli olarak psikolojik ve biyolojik faktörler tarafından tetiklenen cinsel uyarımlara odaklanmak cinsel isteğin oluşmasına yol açmaktadır. Uyarılma sürdüğünde başlangıçta eksik olan cinsel istek tetiklenmiş olmaktadır. Kadın istek ve uyarılma evreleri sonrasında orgazm olabilir ya da olmayabilir. Uyarılma devam ettiği sürece orgazm olsun ya da olmasın cinsel doyum sağlanmış olmaktadır.

### 2.2.3. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları toplumda oldukça sık görülen sorunlardır. Bu bozukluklarının ortaya çıkışı karmaşık ve çok faktörlü olmaktadır (41). Yapılan çalışmalarda cinsiyet farkı gözetmeksizin her üç kişiden birinin yaşamının bir

döneminde cinsel işlev bozukluğu yaşadığı bilinmektedir (41, 59). Masters ve Johnson tarafından tanımlanan cinsel yanıt döngüsünün dışında kalan sapmalar cinsel işlev bozukluğu kapsamında değerlendirilmektedir (30, 55). Uluslararası Cinsel Tıp Konsültasyonu Uzlaşma Bildirisine göre erkeklerde en sık erken boşalma ve erektil disfonksiyon; kadınlarda ise istek ve uyarılma bozuklukları cinsel işlev bozukluğu olarak karşımıza çıkmaktadır. Cinsel işlev bozuklukları tanım olarak bakıldığında, cinselliğe ya da uyarılara karşı verilen yanıtların, tekrarlayan biçimde, normalin dışında bozukluk göstermesi olarak açıklanmaktadır (60). Cinsel yanıtın kişisel farklılıklar gösterebilmesi nedeni ile cinsellikte normal kavramını tanımlamak zor olabilmektedir (41). Cinsel işlev bozukluğu tanısı, kişinin ya da cinsel partnerinin, soruna konu olan cinsel işlevden memnun olmaması ve tedavi edilmesini istemesi ile konulabilmektedir (61). Bireylerin zaman zaman cinsel işlev bozukluğu yaşamaları doğaldır, bir kişiye cinsel işlev bozukluğu tanısı koyabilmek için bozulmanın tekrarlayıcı veya süreğen olması gerekmektedir (1, 62). Sağlıklı cinsel ilişki dendiğinde uzlaşmacı, sömürücü olmayan, karşılıklı zevk almayı isteyen, dürüst, cinsel yolla bulaşan hastalıklara ve planlanmamış gebeliklere karşı korunma anlaşılmaktadır (43). Cinsel işlev bozukluklarının temelini cinsel konulardaki bilgisizlik ve yanlış bilgilendirilmenin oluşturduğu bilinmektedir (45).

ICD-11 cinsel işlev bozukluklarını dört alt-gruba ayırır: cinsel istek ve uyarılma bozuklukları, doyum (orgazm) bozuklukları, boşalma (ejakülasyon) bozuklukları ve diğer belirlenmiş cinsel bozukluklar.

DSM-5'e göre Cinsel İşlev Bozuklukları şu şekilde tanımlanmıştır:

“Geç Boşalma

Sertleşme Bozukluğu

Kadınlarda Orgazm Bozukluğu

Kadınlarda Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu

Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçerme Bozukluğu

Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu

Erken Boşalma

Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu

Tanımlanmış Diğer Bir Cinsel İşlev Bozukluğu

Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu” (1)

### **2.3. Cinsel Doyum**

#### **2.3.1. Tanım**

Cinsellik yaşam kalitesinin ve ruhsal esenlik halinin önemli bileşenlerinden biridir (3). Çok yönlü bir kavram olup, bireyin kimlik oluşumuna, ilişki ve yaşam doyumuna katkıda bulunmaktadır. Cinsellik, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi ile oluşmaktadır; kişinin cinsel davranışını belirlemektedir ve ruhsal iyilik halinin önemli bileşenlerinden biri olarak kabul görmektedir (63). Yapılan pek çok çalışmada cinsel yaşamın her iki cinsi de genel iyilik hali bakımından önemli oranda etkilediği gösterilmiştir (57). Cinsel doyumun, kişilerin cinsel sağlığında ve genel esenliğinde önemli bir faktör olduğu bilinmektedir (64).

Literatürde cinsel doyuma ilişkin pek çok farklı tanımlama bulunmaktadır. En çok kabul gören tanımlamanın Lawrance ve Byers (1995)’e ait olduğu bilinmektedir (64). Bu tanımlamaya göre cinsel doyum, kişinin cinsel yaşamına yönelik olumlu ve olumsuz değerlendirmelerini içeren öznel deneyimi olarak tanımlanmıştır (65). Başka bir tanımlamada, kişinin cinsel yaşamına yönelik herhangi bir mutsuzluğunun olmaması olarak ifade edilmektedir (66). Cinsel doyum, duygusal ilişkinin cinsel yönünden mutluluk içerisinde olmak şeklinde tanımlanmıştır (67). Farklı bir bakış açısına göre cinsel doyum, cinsel yaşamın önemli bir bileşeni olup cinsel yanıt döngüsünün son basamağı olarak da kabul edilmektedir (4). Literatür ışığında bir değerlendirme yapıldığında; cinsel doyum, bireyin duygusal ilişkisinde cinsel anlamda memnuniyet içerisinde olması, cinsel işlevler ve cinsel yaşamının duygusal boyutu bakımından herhangi bir zorluğunun olmaması şeklinde değerlendirilebilir. Yalnızca cinsel yanıt döngüsü ve cinsel işlevlere indirgenmeden, hem fiziksel hem de ruhsal olarak kişinin cinsel yaşamına dair olumlu bir tutum içerisinde olması şeklinde kabul edilebilir.

Yapılan bir çalışmada cinsel doyumun pek çok değişkenden etkilenebileceği düşünülmüş ve bu değişkenler kategorize edilmeye çalışılmıştır. Bireysel farklar

(yaş, ırk, gelir düzeyi, eğitim durumu), genel fiziksel sağlık (cinsel işlev bozuklukları, menapoz), ilişki durumu (beraber yaşama, ilişki süresi, partnere bağlı durumlar), cinselliğin uygulanması (ilişki sıklığı, ilişki şekli), kültürel düzey (duygusal bağ içermeyen cinsellik, evlilik öncesi cinsellikle ilgili tutumlar), nesil (68).

Cinsel doyumun, ruhsal ve bedensel açıdan sağlıklı olma, ilişki doyumunu ve olumlu partner iletişimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (69). Tatmin edici bir cinsel yaşam olumlu bir ruh hali ile ilişkili olduğundan, ruhsal hastalıklarda cinsel yaşamın bozulması sıklıkla görülmektedir (70).

CETAD tarafından yürütülen araştırmanın sonuçlarına göre cinsel doyum için bireyler kendi bedenlerini tanımalı, cinsel istekleri konusunu partneri ile paylaşabilmelidir. Kişiler mahremiyete saygı duyulan, karşılıklı beklentilere özen gösterilen, istenmeyen cinsel davranışların zorlanmadığı bir cinsel yaşam oluşturabilmelidir. Partnerler cinsel yaşamla ilgili inanışlarını, mitlerini paylaşabilmelidir (51).

### **2.3.2. Cinsel Doyumun Boyutları**

Cinsel doyumun değerlendirilmesine yönelik yapılan ölçüm araçlarında, cinsel doyuma yönelik hem cinsel işlev bozuklukları hem de cinsel doyumun diğer boyutlarına yönelik bir değerlendirme yapılabilmektedir. Cinsel doyumun değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan ve çalışmamızda yer verdiğimiz Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinde cinsel doyumun farklı alt boyutları değerlendirilmektedir. Cinsel doyumun pek çok bileşeni olduğu bilinmektedir ve bunlara yönelik ayrı ayrı bir değerlendirme olanağı sunmaktadır. Aşağıda ölçeğin ve literatürün ışığında cinsel doyumun boyutları açıklanmaya çalışılmıştır.

#### **2.3.2.1. Sıklık**

Yapılan bir çalışmada erkek cinsinde cinsel ilişki sıklığının cinsel doyumdaki etkisi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (71). Başka bir çalışmada erkeklerde cinsel ilişki sıklığının cinsel doyumdaki anlamı kadınlara göre daha fazla saptanmıştır. Cinsel ilişki sıklığı ile kadınlardaki evlilik uyumu arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur, erkeklerde partnerine yansıttığı sevginin azalması ile cinsel ilişki sıklığının azaldığı gösterilmiştir (72).

Artan yaş ile beraber cinsel ilişki sıklığının azaldığı, bu duruma da östrojen ve testosteron düzeylerindeki azalmanın başlıca neden olarak gösterilebileceği söylenmiştir. Aynı çalışmada depresyon ve anksiyete puanlarındaki artışın cinsel ilişki sıklığını ve doyumunu azalttığı belirtilmiştir (73). Literatüre bakıldığında ruhsal durumun cinsel ilişki sıklığında önemli bir belirleyici olabileceği sonucu çıkarılabilir.

#### 2.3.2.2. İletişim

Çiftler arasındaki bağlılığın azalması ile cinsel iletişimin de kötüleştiği bilinmektedir. Pek çok çalışma etkili iletişimin evlilik doyumuna olan etkisine vurgu yapmıştır (74, 75, 76). Çiftin arasındaki iletişim sorunlarının, bağlılıklarının ve karşılıklı paylaşımlarının azalmasına neden olduğu; bu durumun cinsel yaşamlarındaki iletişime de olumsuz yansıdığı söylenmiştir (72, 77, 78). Yapılan araştırmalara bakıldığında cinsel doyumda iletişimin rolü dikkat çekmektedir.

#### 2.3.2.3. Doyum

Cinsel doyum, cinsel ilişkiden duyulan memnuniyeti göstermektedir. Çiftlerin cinsel ilişkilerindeki memnuniyet düzeyleri ilişkilerindeki doyum düzeyine etki etmektedir (70).

İleri yaşta hormonal düzey azalmakta, cinsel fonksiyonlar zayıflamakta, cinsel istek, uyarılma ve orgazm problemleri görülebilmektedir. Menopoz döneminde cinsel doyumda azalma olduğu görülmüştür (79). Benzer şekilde hormonal değişimlere bağlı olarak gebelik döneminde de cinsel doyumun etkilenebileceği bilinmektedir (80).

Evliliğe yönelik tutum ve inançlar ve cinsel mitlere inanma düzeylerinin cinsel doyumunu etkilediği bildirilmiştir (81). Evlilik uyumunun cinsel doyum düzeylerinde etkili olabildiği görülmüştür (82, 83). Kişilerin cinsel yaşamlarındaki tatmin düzeylerinin evlilik doyumlarında önemli bir rolü olduğu söylenmektedir (78).

Ruhsal durumun cinsel yaşam üzerindeki etkisi bilinmektedir. Tüm ruhsal hastalıkların cinsel doyumunu etkileyebileceği düşünülebilir. Depresyon, anksiyete bozukluğu gibi ruhsal hastalıkların ve iletişim kaybının cinsel doyumda azalmaya neden olduğu bilinmektedir (84). Psikiyatrik hastalığı olan veya madde kötüye

kullanımı olan kişilerin yüksek oranlarda cinsel işlev bozukluklarının olabileceği sonucuna varılmıştır (85). Tıp öğrencilerinde yürütülen bir araştırmada depresyon puanlarındaki artışın cinsel doyumdaki azalmayı yordadığı görülmüştür (86). Ülkemizde yapılan bir çalışmada madde kullanım bozukluğu, bipolar afektif bozukluk, şizofreni hastalarında cinsel doyum puanlarında bozulmalar olduğu tespit edilmiştir (87). OKB hastalarına yönelik de cinsel doyum araştırmaları yapılmıştır. Yapılan bir metaanalizde OKB hastalarının cinsel doyumunun kontrollerden daha kötü olduğu gösterilmiştir (8). Ülkemizde OKB hastalarında cinsel doyumunu değerlendiren bir araştırma, OKB hastalarının cinsel doyum problemleri gösterebildiğini saptamıştır (88).

#### 2.3.2.4. Kaçınma

Cinsel yaşamdaki kaçınma davranışı tek bir cinsel duruma karşı oluşabileceği gibi cinsel ilişkiye dair her durumdan kaçınma şeklinde de görülebilmektedir (89). Kaçınma davranışı hem duygusal hem de düşünsel olabilmektedir. Cinsel ilişkiden kaçınma, isteksizlik, vaginismus, cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel tacize ile ilişkili olarak bulunmuştur. Kadın cinsiyette daha sık görüldüğü bildirilmektedir (90).

Cinsel ilişkiden kaçınması olan kişilerin sıklıkla çocukluk dönemlerinde cinsel istismara uğradıkları, dini ve ahlaki olarak katı yetiştirdikleri, genel kendilik algılarının düşük olduğu bildirilmiştir. Cinsel ilişkiden kaçınmanın diğer cinsel işlev bozukluklarına zemin hazırlayabildiği, kadınlarda en sık vajinismusla erkeklerde ise erken boşalma ve erektil disfonksiyon ile ilişkilendirildiği ortaya konmuştur (90).

#### 2.3.2.5. Dokunma

Cinsel davranışlar kişinin cinsel yaşamına dair tüm eylemlerini içermektedir. Cinsel deneyim kişinin kendisi ve başkaları ile cinsel yaşamı için ne yaptığını tanımlamaktadır. Cinsel yakınlık yalnızca cinsel birleşme demek değildir; bireylerin birlikte vakit geçirmeleri, konuşmaları, birbirlerine dokunmaları, öpmeleri, vücutlarını uyarmak için dokunmaları, okşamaları da cinsel yaşamın parçasıdır (44). Cinsellik kişiler arasındaki yakınlığın ve birlikteliğin adeta zirve noktası olup bu yakınlığı yalnızca cinsel birliktelik oluşturmaz. Dokunma, öpme, sarılma gibi davranışlar çiftlerin ilişkisindeki yakınlığını arttırmaktadır. Yapılan araştırmalarda

partnerle olan yakınlığın cinsel doyuma etkisi vurgulanmıştır (78). Dokunma cinsel uyumu da belirlemektedir (30).

OKB hastalarının cinsel doyumun tüm alt boyutlarında sorun yaşayabildiği bilinmektedir (91). Yapılan çalışmalarda OKB hastalarının cinsel doyumun dokunma, sıklık, kaçınma boyutlarında sorun yaşadıkları belirlenmiştir (88). Yapılan bir araştırmada anksiyete puanlarındaki artışın dokunma, kaçınma ve anorgazmiyi arttırdığı gösterilmiştir (92).

#### 2.3.2.6. Vajinismus / Sertleşme Sorunu

Cinsel doyuma bakılırken cinsel işlev bozukluklarının da değerlendirilmesinin gerekli olduğu bilinmektedir.

Vajinismus, vajinanın dış üçte birlik kısmında kaslarda cinsel birleşmeye engel olacak düzeyde, sürekli ya da yineleyici şekilde istem dışı kasılmanın görülmesidir. Zaman içerisinde ortaya çıkan yaygın spazma olan vurguyu azaltmış, anksiyete ve ağrıyı ön plana çıkarmaya başlamıştır (60).

Vajinismus kadınların en sık yaşadığı cinsel problemlerdendir. Vajinal kasların kasılması neticesinde girişin engellenmesi olarak tanımlanabilmektedir. Toplumda % 1- 6 oranında görülmektedir. Ülkemizde bu değerler çok daha yüksek sayılara ulaşmaktadır (93). Cinsel sorunlar sebebi ile psikiyatri kliniklerine başvuran kadınların %75 oranında vajinismus tanısı aldığı görülmektedir (30).

Vajinismuslu kadınlar daha fazla sıklıkta cinsel bilgi yetersizliği, cinsel doyumda azalma, cinsel deneyimsizlik ve daha yüksek oranda cinsel işlev bozuklukları bildirmişlerdir (94).

Eretil disfonksiyon cinsel etkinlik için gerekli olan yeterli ereksiyonu sağlayamama veya sürdürmemeye durumudur, bu durum tekrarlayıcı ya da kalıcı nitelik göstermektedir. Eretil disfonksiyon toplumda yaygın olarak görülmektedir ve erkek cinsel işlev bozuklukları içerisinde en sık başvuru nedeni olmaktadır. Yaş, bedensel hastalıklar, alkol madde kullanımı ile sıklığı artmaktadır. Psikojenik, organik ya da mikst tipte karşımıza çıkmaktadır (41). Yapılan bir araştırmada minimal, orta ve tam eretil disfonksiyonun birleşik prevalansı % 52 olarak saptanmıştır. Eretil disfonksiyonu yordama açısından yaş en önemli faktör olarak tespit edilmiştir.

Ayrıca hipertansiyon, kalp hastalıkları ve diyabet gibi organik hastalıklar ve ilaçlarının erektil disfonksiyona neden olabildiği, ek olarak sigara kullanımının da bu riski arttırdığı bulunmuştur (95).

#### 2.3.2.7. Orgazm Bozukluğu/Erken Boşalma

Orgazm, cinsel eylemden en fazla haz alınan nokta olarak tanımlanmaktadır. Erkeklerde boşalmanın, kadında vajina çevresindeki kasların ritmik kasılmaları ile karakterize bedensel bir algıdır. Erkeklerde en fazla prostat çevresi ve peniste, kadınlarda vajinada ve klitoriste hissedilmektedir (41).

Yapılan çalışmalarda, ilişkilerdeki duygu aktarımının daha az olduğu durumlarda orgazm olamamada artış olduğu gösterilmiştir (72). Kadınlardaki travmatik yaşantılar, eşlik eden ruhsal problemler, partnerle yaşanan sorunlar ve pek çok etkenin de orgazm olmayı engellediği görülmektedir (41). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, kadınlardaki cinsel işlev bozukluğu sıklığı % 46,9 olarak saptanmış ve orgazm sorunun oranı % 45,8 olarak saptanmıştır (96). Tüm sebeplere bağlı orgazm sorununun yaklaşık % 30 oranında olduğu gösterilmiştir (45).

Erken boşalma, cinsel eylem esnasında devamlı ya da tekrarlayıcı şekilde kişinin isteminden önce boşalma olmasıdır (90). Çok az bir cinsel uyarımla kişinin isteğinden önce boşalması, boşalmasını denetleyememesi ya da istediği düzeyde boşalmayı engelleyememesidir. Yürütülen araştırmalarda erken boşalma sıklıkları % 20-30 olarak bulunmaktadır (41). Ülkemizde yapılan bir araştırmada depresyon puanlarındaki artışın erektil disfonksiyon ve erken boşalmayı arttırdığı gösterilmiştir (97).

#### 2.3.3. Cinsel Doyumu Etkileyen Etmenler

Doyum düzeyi daha yüksek bir cinsel yaşam, kişinin sağlığı ve genel mutluluğu için önemli bir etkidir. Cinsel sorunlar genellikle depresyon, kaygılanma, yakın ilişkilerdeki problemler ve düşük benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur (42). Cinsel yaşamında problem yaşayan kişilerin anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk gibi pek çok psikiyatrik hastalığa karşı riskli durumda olduğu ve doyumlu bir cinsel yaşamın kişilerin ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği, yaşam kalitesini yükselttiği bildirilmiştir (98).

Bronfenbrenner (1994) tarafından insanın kendisi ve çevre ile etkileşimini değerlendirmek için ekolojik teori çerçevesi oluşturulmuştur. Bu teorideki dört değişken cinsel doyum üzerinde de değerlendirilmiştir. Bu bağlamda bireysel, çevresel ve sosyal etkileşim dört seviyeye ayrılmıştır: mikrosistem (depresyon, çocukluk çağı istismarı, homofobi), mezosistem (ilişki tatmini ve cinsel işlevler), ekzosistem (sosyal desteklenme, ebeveynlik) ve makrosistem (politika, ideolojiler, din). Cinsel doyum üzerinde; mikrosistem bireysel özelliklere, mezosistem yakın ilişkilere, ekzosistem sosyal ilişkilere ve makrosistem ise kurumsal ve sosyal faktörlere atıfta bulunmaktadır (64, 99).

Cinsel doyumunu olumsuz etkileyebilen nedenler; sevgi, flört etme ve duygusal bağın eksik olması, duygusal uzaklık ve çatışma, güvensizlik, beğenilmediğini düşünme, tükenmişlik ve stres olarak belirtilmiştir (100).

CETAD araştırmasına göre (51); yaş, cinsel yaşamı etkileyen önemli etkenlerden biridir. Yaşa bağlı olarak kişide psikolojik ve bedensel farklılıklar oluşmakta, bu da cinsel doyumunu etkilemektedir. İleri yaşta cinsel fonksiyonlarda bozulmalar beklenir ve hormon seviyelerindeki azalma ile beraber bu durum cinsel istekte azalma ve orgazm problemleri olarak ortaya çıkabilmektedir (93). Yaş artışına bağlı olarak diyabet, hipertansiyon gibi bedensel hastalıkların ortaya çıkma olasılığı artmakta, bunlara bağlı oluşabilecek cinsel doyum sorunlarına zemin hazırlayabilmektedir (46). Daha büyük yaş gruplarında cinsel aktivitede bulunma sıklığı daha düşük saptanmıştır. Cinsel doyumun yaşa bağlı olmadığı farklı yaş gruplarında benzer olduğunu söyleyen çalışmalar da bulunmaktadır (101).

Kadınlarda yaş artışına bağlı olarak vajinal kuruluk, cinsel isteksizlik ve östrojen seviyesinde düşme ve anorgazmi beklenmektedir (98, 109). İleri yaş ve menopoza dönemindeki kadınlarda cinsel doyumda azalma olduğu gösterilmiştir (102). İleri yaş, kronik hastalıklar ve doğum yapmış olmanın kadınlarda cinsel işlev bozukluklarını artırdığı görülmüştür (103). Gebelik, laktasyon ve yaşlılık dönemlerinde cinsel yaşamın olumsuz etkilenebildiği bilinmektedir (41). Erkeklerde ilerleyen yaş ve kronik hastalıkların varlığının erektil disfonksiyon ve prematür ejakülasyonla bağlantılı olduğu gösterilmiştir (46). Cinsel işlev bozukluğu prevalansının özellikle erkeklerde yaşla birlikte artma eğiliminde olduğu

görülmüştür. Yaşlanan erkeklerde erken boşalma ve erektil disfonksiyon en sık karşılaşılan problemlerdir (104). Bu bilgiler doğrultusunda yaşa bağlı olarak cinsel işlev bozukluğunda artış olmasının cinsel doyumunu da olumsuz etkileyebileceği yorumu yapılabilir.

Cinsiyetin cinsel doyum üzerindeki etkisi hakkında literatürde farklı sonuçlar görülmüştür. Cinsiyetin cinsel doyum üzerinde etkisi olmadığını söyleyen araştırmalar bulunmaktadır (105). Farklı araştırma sonuçlarına göre kadın ve erkek arasında cinsel doyum bakımından farklılıkların olabildiği göze çarpmaktadır (66, 106, 107). Bu durumun kadın erkek arasında cinsel yaşama dair beklentilerin farklı olabilmesine, cinselliği değerlendirmedeki farklılıklarına, toplumsal rollere, cinsel mitlere, farklı cinsel işlev bozuklukları gösteriyor olmalarına bağlanabilir.

Bekâr olan bireylerin evlilere oranla daha az cinsel aktivitede buldukları ve cinsel doyum düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (101). Evlilik mutluluğu için cinsel doyumun önemli bir etken olduğu bulunmuştur (51). Evli kişilerde cinsel yaşamın, karşılıklı paylaşımı ve yakınlaşmayı artırma, gündelik yaşamın sorunları ile baş etme, gerginliği azaltma, hazzı oluşturma işlevlerinin olduğu görülmüştür (75). Evli olanlarda cinsel doyum düzeylerinin evli olmayanlara kıyasla daha düşük olduğu gösterilmiştir (108). Evli olma süresi ile cinsel doyum düzeyi pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (109, 110). Başka çalışmalarda evlilik süresi ile cinsel doyum arasında doğrusal bir ilişkinin olmadığını, evlilik süresi arttıkça cinsel doyumun azaldığı söylenmiştir (104, 111). Literatür değerlendirildiğinde evli ya da bekâr olmanın ya da evlilikte geçirilen sürenin cinsel doyumunu etkileyebileceği ancak yapılan çalışmalardan çelişkili sonuçlar ortaya konduğu dikkati çekmektedir.

Yapılan araştırmalarda evlilik uyumu ile cinsel işlevler arasındaki ilişki gösterilmiştir (112). Evlilik uyumu azaldıkça cinsel doyumun da azaldığı söylenmektedir (72). Evlilik uyumu ile yaşam doyumunu ve cinsel doyumun ilişkili olduğu saptanmıştır (113). Evliliğe yönelik inanç ve tutumların cinsel doyumunu etkileyebileceği bilinmektedir (81). Çiftlerin arasındaki ilişki yakınlığının cinsel yaşamı olumlu etkilediği gösterilmiştir (114).

Kişilerin cinsel davranışlarını geliştirebilmelerindeki en önemli etken, büyüdükleri kültürel yapının özellikleri ve toplumun cinsellik konusundaki algısıdır (115). Bazı

kültürlerde cinsellik bastırılırken, bazı kültürler kısıtlayabilir ya da aksine cinselliğin açıkça ifadesini savunabilmektedir. Bastırılmış cinselliğin cinsel yaşamı olumsuz etkileyeceği bilinmektedir. Son araştırmalar cinsellik sorunlarının sosyokültürel faktörler, inanç sistemi ve normlardan etkilenebildiğini göstermiştir. Ülkemizdeki yaygın normlar ve inanç sistemi cinselliği tabu olarak görmekte ve cinselliğin konuşabilmesine engel oluşturmaktadır. Yapılan bir araştırmada farklı iki ülke cinsel mitleri açısından karşılaştırılmış ve her iki grubun da benzer sayıda cinsel miti olduğunu göstermiştir. Bu araştırma Türkiye ve Polonya’da yürütülmüş ve her iki ülkede de benzer oranda cinsel mite inanıldığını ortaya koymuştur (116). Buradan cinsel mitlerin yaygın olarak tüm kültürlerde görülebildiği sonucu çıkarılabilir.

Beden algısı, toplum tarafından yaratılan, değerler ve sosyokültürel etmenler tarafından belirlenen bir kavramdır. Beden algısının olumsuz olması kişinin tüm alanlarda kendini değerlendirmesini negatif etkilemektedir. Beden imgesinden memnuniyet düzeyi yüksek olan kişilerin, daha az cinsel sorun yaşadığı, daha sık cinsel eylemde buldukları gösterilmiştir (117). Beden algısındaki olumsuz değerlendirmenin cinsel işlevleri bozabileceği bildirilmiştir (118). Kişilerin beden memnuniyetleri arttıkça evlilik uyumları da olumlu yönde etkilenmektedir (119). Anorgazmisi olan kadınların beden algılarının kontrollere göre daha kötü olduğu gösterilmiştir (120). Olumlu beden algısını desteklemenin cinsel doyumunu olumlu etkileyeceği bildirilmiştir (121). Genel bir değerlendirme ile beden algısındaki olumsuz değerlendirmelerin cinsel işlevleri ve cinsel doyumunu olumsuz etkileyeceği düşünülebilir.

Cinsel yanlış inanışların cinsel işlev bozukluklarına yol açabildiği ve cinsel doyumunu olumsuz etkilediği bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda cinsel mitlere olan inancın arttıkça cinsel doyum düzeyinin azaldığı gösterilmiştir (81, 122, 123). Eğitim durumunun cinsel doyumunu etkilediği bilinmektedir (50, 113). Cinsel eğitim almanın ya da eğitim düzeyindeki artışın cinsel doyumunu arttırdığı anlaşılmıştır (84). Vajinismus tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada cinsel mitlerinin kontrollerden daha yüksek olduğu, cinsel bilgilerinin kısıtlı olduğu ve cinsel doyum düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (50). Prematür ejakülasyon hastalarında da benzer sonuçlara rastlanmıştır (124). Eğitim düzeyindeki artışın evlilik doyumunu da arttırdığı bilinmektedir (125). Eğitim süresi daha az olan bireylerde cinsel mitlere

inancın daha fazla olduğu ve cinsel doyum düzeylerinin daha az olduğu anlaşılmıştır (126). Cinsel işlev bozukluğu tanısı alan bireylerde eğitim yılının ve cinsel bilgi düzeylerinin daha az olduğu, cinsel mit sayılarının sağlıklı kontrollerden daha fazla olduğu (41, 54, 122, 123) gösterilmiştir (127). Genel olarak cinsel mitlere olan inancın cinsel işlev bozukluklarına yol açabileceği, cinsel doyumunu olumsuz yönde etkileyeceği söylenebilir.

Toplumsal cinsiyet kadınlara ve erkeklere toplum tarafından yüklenen sorumluluklar ve rollerdir. Toplumsal cinsiyet rollerinin cinsel doyumunu etkileyebileceği bilinmektedir. Toplumsal cinsiyet rolleri ile cinsel doyum arasında ilişki saptanmıştır (128). Kadınlarda yürütülen bir araştırmada toplumsal cinsiyet rolleri bakımından eşitliğin arttıkça cinsel doyumlarının da arttığı gösterilmiştir (129). Evli bireylerde eşitlikçi rollerin artmasının evlilik doyumunu arttırdığı anlaşılmıştır (130). Algılanan eş desteği ve ev işlerindeki paylaşımın cinsel doyumunu ve evlilik doyumunu pozitif etkilediği görülmüştür (131). Toplumsal rollerdeki eşit dağılımın ve partner desteğinin cinsel doyumunu olumlu etkileyeceği söylenebilir.

Psikiyatrik hastalıklar ve bunlarla ilişkili ilaçların kullanımının cinsel işlevlerdeki olumsuz etkileri bilinmektedir. Ruhsal hastalıklar ve ilişkideki esenlik çift yönlü olmaktadır, ruhsal hastaları çift bazında değerlendirmek tedaviyi ve önlemeyi kolaylaştırabilmektedir (132). Yapılan bir çalışmada bipolar afektif bozukluk, depresyon, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozukluğu, şizofreni ve yeme bozukluğu hastalarında cinsel işlev bozukluklarının daha fazla görüldüğü ortaya konmuştur (133). Psikiyatrik hasta grubunda kullanılan seratonin içerikli ilaçların cinsel istekte azalma, uyarılma güçlükleri, anorgazmi ile ilişkili olduğu bilinmektedir (134). Antidepresan ilaçların pek çoğunun cinsel işlev bozuklukları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (135). İlaçlar ve cinsel doyum yönünde kısıtlı sayıda araştırma olmakla beraber, ilaçların olası cinsel işlev bozukluğu etkileri ile cinsel doyumunu bozabileceği düşünülebilir.

Farklı pek çok ruhsal sorun cinsel yaşamda bozulmaya neden olabilmektedir. Ruhsal bir hastalığa bağlı benlik saygısında azalma ya da beden imajındaki değişimler de cinselliği olumsuz etkileyebilmektedir. Partnerle olan ilişki sorunları doğrudan cinsel sağlık sorunlarına, cinsel doyumda azalmaya yol açabilmektedir. Stresli yaşam

durumları, eşten ayrılma ya da kayıplar doğrudan cinsel sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir (136).

#### **2.3.4. Cinsel Doyum ve Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisi**

OKB hastaları, cinsel obsesyonları ile bağlantılı olarak cinsel problemler yaşayabilirler; ek olarak da haftanın belirli günlerinde sevişme, belirli bir düzene bağlı kalarak cinsel yaşamını sürdürme, kontrolünü kaybetme endişesi ile rahat olamama, temizlik kompulsiyonlarına bağlı zorluklar da deneyimleyebilmektedirler. OKB bulgusu ya da obsesyonların sonucunda gerçekleşen bir cinsel problem cinsel işlev bozukluğu olarak değerlendirilmez.

Cinsellik OKB kliniğinin önemli bir bileşenini oluşturmaktadır. Cinsel içerikli obsesyonların ifade edilmesinde problem yaşanabilmektedir. Cinsel obsesyonlara bağlı olarak işlevsellik kayıpları, kaçınmalar, suçluluk duyguları, cinsel davranışlara yönelik endişeler, ensest içerikli birliktelik yaşama korkuları görülebilmektedir. Cinsel yaşam semptom içeriğine bağlı olarak durma noktasına gelebilmektedir.

Bulaşma-kirlenme obsesyonlarına bağlı olarak meni, ter, cinsel organlar ve cilt temasına yönelik tiksinnmeler, isteksizlikler ve kaçınmalar görülebilmektedir. Cinsellik sonrasında uzun temizlenme ritüellerinin olması cinsel isteksizlik oluşmasına, cinsel aktiviteden kaçınılmasına yol açabilmektedir (11).

OKB tanı ve tedavisinde cinsel işlevlerin ihmal edildiği bilinmektedir (8, 137, 138). Yapılan çalışmalarda OKB hastalarının kontrollere göre daha kötü bir cinsel uyarılma ve daha yüksek oranlarda cinsel inhibisyon gösterdikleri anlaşılmıştır. Semptom şiddeti arttıkça cinsel yaşamdaki bozulma belirgin hale gelmiştir (137). OKB hastalarının kontrollere kıyasla kullanılan ilaçlar ve semptom içeriğinden bağımsız şekilde; daha az cinsel istek, uyarılma ve orgazm yaşadıkları anlaşılmıştır (139). Temizlik ve kontrol içerikli semptomu olan hastaların daha düşük cinsel uyarılma gösterdikleri anlaşılmıştır (7, 138).

Toplum taramalarından elde edilen veriler, obsesif kompulsif semptomlara sahip olmanın daha yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu, daha kötü bir cinsel işlevsellik ve daha düşük cinsel doyum ile ilişkili olduğunu göstermiştir (140). Sağlıklı popülasyon ile karşılaştırıldığında OKB hastalarında % 50 oranında cinsel işlev bozukluğu görüldüğü saptanmıştır (9). Genel popülasyon ve anksiyete bozukluğu ile

karşılaştırma yapılan çalışmalarda OKB hastalarında cinsel işlev bozukluklarının % 50-80 oranında görüldüğü bulunmuştur (141). OKB’de eşlik eden depresyon varlığında cinsel işlev bozukluğu daha sık görülmektedir (142).

OKB’de cinsellik yeterince araştırılmamış bir konudur. Bu kısıtlılığın nedeni olarak, OKB hastalarına yönelik semptom iyileştirmeye yönelik tedavi girişimlerinin daha çok olmasının, OKB hastalığında yaşam kalitesine yönelik yeterli değerlendirmenin ve araştırmanın yapılmamış olması söylenebilir. Bununla ilgili yapılan ilk çalışmalardan biri OKB ile takip edilen erkek hastaların % 25’inde uyarılma sorunları, % 12’sinde erken boşalma, % 6’sında erektil disfonksiyon olduğunu ve kadın hastaların % 10’ununda anorgazmi, % 22 uyarılma sorunları yaşadığını göstermiştir. Aynı çalışmada hastaların % 39 oranında cinsel doyumsuzluk yaşadığı anlaşılmıştır (143). Başka bir çalışmada OKB’si olan kadın hastalarda % 53.33 oranda cinsel işlev bozukluğu görüldüğü, en sık orgazm sorunları ile karşılaşıldığı saptanmıştır (144). Kadınlarda yapılan başka bir çalışmada kaçınma ve anorgazmi açısından OKB hastalarının kontrollere göre daha kötü bir performans gösterdiği anlaşılmıştır (145).

Özetle; OKB hastalarındaki cinsel işlev bozukluklarının ve cinsel doyumdaki düşüklüğün birkaç nedeni olabilmektedir. Kullanılan ilaçların cinsel yan etkilerine bağlı olarak cinsel işlev bozuklukları görülebilmektedir; SSRI’lara bağlı olarak cinsel isteksizlik, orgazm disfonksiyonu, erektil disfonksiyon oluşabilmektedir (146). Semptom içeriğine bağlı olarak da cinsel işlev bozuklukları tetiklenebilmektedir; OKB’deki kirlenme-bulaşma obsesyonları, dini-cinsel içerikli obsesyonlar, zarar verme kuşkuları cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir (147). OKB hastalarındaki fiziksel hastalıklar ve riskli davranışlara bağlı olarak da cinsel işlev bozuklukları izlenebilmektedir (148, 149). OKB hastalarının bulaşma-yıkama semptomları, dini-cinsel içerikli düşünceleri ve zarar verme endişeleri nedeniyle; fiziksel teması ve cinsel ilişkiyi yaşaması kısıtlanmakta, bunun neticesinde OKB hastaları cinsel istek, uyarılma, doyum ve orgazm ile ilgili pek çok sıkıntı yaşamaktadır (150).

## 2.4. Cinsel Mitler

### 2.4.1. Tanım

Mit, Yunanca mitos sözcüğünden gelmektedir. Sözlük anlamında, efsane, söylence anlamlarını karşılamaktadır. Türk Dil Kurumu tarafından, toplumun etkisi ile değişikliğe uğrayan, geleneksel olarak yayılan, halk efsanesi, efsaneleşmiş kavram ya da kişi olarak tanımlanmıştır. Terim olarak halk arasında kulaktan kulağa yayılan, bilimsel bir değeri olmayan, kişilerin doğru olarak değerlendirdikleri, çoğunlukla abartılı, yanlış, işlevsel olmayan inanışlardır (47). Cinsel mitler kişilerin inanmakta oldukları, cinsel yaşamla alakalı abartılı ve bilimsellikten uzak yargılardan oluşmaktadır (151). Cinsellik hakkındaki en yaygın yanlış bilgileri cinsel mitler oluşturmaktadır, cinsel yaşamı belirli kalıplara sokan her düşünce cinsel mit oluşturabilmektedir (152).

Cinsel mitlerin en önemli nedeni, cinsel yaşam üzerine yeterince konuşulamıyor olmasıdır. Cinsel konulardaki hatalı bilgiler ya da bilgi eksiklikleri, suçluluk, endişe, gerçekçi olmayan beklentiler ya da başarısızlık endişesi gibi hatalı bilişsel şemalara yol açmaktadır ve bunlar cinsel işlev bozukluklarının gelişmesinde ya da devam etmesinde önemli rol almaktadır. Toplumun her kesimi cinsel mitlere inanabilmektedir, toplumdan topluma cinsel mitlerin içeriği farklılıklar gösterebilmektedir (116).

Bazı toplumlarda cinsellik tabu olarak algılanmaktadır, bu toplumlarda cinsel mitlerin yaygın olarak görüldüğü söylenebilir. Cinsel mitlerin önemli bir kısmı kişinin cinsel yaşamını etkilemektedir (153). Cinsel yaşam hakkındaki yanlış inanışların, korku, kaygı ya da cinsel işlev bozukluklarına neden olduğu (154); kişilerin cinsel mitleri sebebi ile insan yaşamında önemli bir yeri olan cinselliğe karşı olumlu duygularını kaybedebildiği bilinmektedir (116).

Cinsel mitlere olan inancın cinsel işlev bozukluklarının oluşmasına neden olabildiği bilinmektedir (46, 59, 155). Cinsellikle ilgili yanlış bilgilere sahip olmak cinsel yaşamda kabul edilemeyecek davranışlara ya da sağlıksız bir cinselliğe neden olmaktadır (156). Cinsel mitler nesiller arasında aktarıldığında bireylerin cinsel ve sosyal yaşantısı bozulmaktadır (115). Cinsel mitlerin varlığı cinsel sorunlar için

yardım arayışlarını engellemekte, partnerle olan paylaşımı bile olumsuz etkilemektedir (116).

Toplumda sık görülen cinsel mitlere bakıldığında; cinselliğin içgüdüsel olup sonradan öğrenilmediği, cinsel isteğin yaşla birlikte azaldığı ya da cinsel yaşamın sonlandığı, kadınların erkeklerden daha az cinsel istek duydukları, penis büyüklüğünün cinsel yaşamı etkileyeceği, gebelikte ve yaşlılıkla cinsel ilişkinin uygun olmadığı, boşalma ve orgazmın aynı şeyi ifade ettiği, cinsel düşlemlerin ya da mastürbasyon yapmanın doğru olmadığı gibi pek çok mitin olduğu dikkati çekmektedir. Farklı toplumlarda farklı cinsel mitlerin görülebildiği ancak genel olarak tüm toplumlarda cinselliğe yönelik yanlış inanışların olduğu kabul görmektedir (136).

Özetle; kişilerin cinsel mitlerinin olmasının cinsel işlev bozukluklarına (117, 127, 128) ve cinsel doyum düzeyinde azalmaya (81, 122) neden olduğu bilinmektedir. Cinsel yaşam sorunlarına müdahalede cinsel eğitim en uygun müdahale şekli olarak kabul edilmelidir (112).

#### **2.4.2. Cinsel Mitleri Etkileyen Faktörler**

Yapılan araştırmalarda cinsel mitlerin yaş, eğitim durumu, cinsiyet, medeni hal, yaşanılan yerin sosyokültürel durumu, aile yapısı, cinsel eğitim, cinsel deneyim gibi pek çok faktörle ilişkili olduğu gösterilmiştir (157). Kişinin cinsel deneyimi, ebeveynlerinin eğitim durumu ve cinsel hayata yaklaşımları, dini inanış gibi pek çok farklı durum cinsel mitlere inancı etkileyebilmektedir (52).

Yaşla birlikte cinsel mitlere olan inanç değişebilmektedir (52). CETAD'ın 2006 yılındaki araştırma bulgularına (51) göre; evlilik öncesi cinsel deneyime olan olumsuz bakış açısının yaşla birlikte arttığı, bekaret konusundaki tutucu tavrın güçlendiği anlaşılmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte cinsel yaşamın sona ermesi gerektiği ve menopozun cinsel yaşamı sonlandırıcı bir etken olduğu cinsel mitleri görülebilmektedir.

Kültürümüz gereği yaşla beraber; cinsel isteğin azaldığı ve cinsel fonksiyonların bozulduğu düşünülmektedir. Yaşlı kişilerin cinsel ilişkide bulunmasının doğru olmadığı şeklinde yerleşmiş bir inanış bulunmaktadır. Yaş ile birlikte cinsel fonksiyonlarda bozulmalar görülebilmekle birlikte bunların cinsel yaşamın sürmesini

engellemediği bilinmektedir. Yaşlı kişilerin cinsel isteğinin azaldığı hatta olmadığı, yaşlı bireylerin cinsel ilişkide bulunmadığı yönündeki cinsel mitler yaygın olarak görülmektedir (136). Cinsel isteğin çok karmaşık bir olgu olduğu; fiziksel, psikolojik, sosyokültürel pek çok faktörden etkilendiği unutulmamalıdır. Ayrıca kadınlarda özellikle uzun süreli ilişkilerde cinsel isteğin azalabildiği ancak kadın cinselliğindeki arzunun sıklıkla cinsel eylem başladıktan sonra ortaya çıktığı bir gerçektir (158).

Eğitim düzeyinin cinsel mitlere inanmayı etkilediği pek çok çalışmada gösterilmiştir (48, 50, 157, 159). Kişinin eğitim düzeyinin artmasının cinsel mitlere olan inancı azalttığı bildirilmiştir (160). Cinsel yaşam ile ilgili ilk bilgiler aile tarafından verilmektedir. Cinsel yaşam hakkında ailenin konuşmaması, yasak olarak tanımlaması kişinin cinsel yaşam hakkında bilgi edinemesine yol açmaktadır. Okullarda cinsellik hakkında verilen eğitimler yeterli seviyede değildir (52). Cinsel eğitimin yetersiz olduğu durumlarda cinsel bilgi kaynağı ilk olarak arkadaş çevresi, yayıncılar, büyük kardeşler olabilmektedir. Bu durum cinsel yaşama ilişkin eksik ve yanlış bilgi oluşumuna, cinsel ön yargılara neden olabilmektedir (121). Genellikle kız çocuklarının cinsel bilgileri arkadaş çevresinden, erkek çocukların ise pornografik yayınlardan elde ettiği görülmüştür (161). Cinsellik hakkında yanlış bilgi aktaran bu kaynakların cinsel mitlerin yaygınlaşmasında etkili olduğu gösterilmiştir (46).

Cinsellik, cinsel davranış ve ilişkiler için oldukça önemlidir. Toplumumuzda cinselliğe yönelik konular tabu olmaya devam etmektedir ve açıkça konuşulması pek görülmemekte, aile içerisinde cinsel eğitim verilmesi nadiren olabilmektedir. Bu durum kadın ve erkeklerin cinsel yaşamlarını oldukça olumsuz etkilemektedir. Cinsellik hakkındaki eğitim, bireylerin cinselliğe dair tutum ve davranışlarını doğrudan etkilediği için toplum temelinde cinsel sağlığa yönelik yapılabilecek en etkili yatırımdır. Cinsel eğitim yaşamın erken dönemlerinde başlamalı, bireyin yaşına ve gelişim düzeyine göre düzenlenmelidir. Cinsel eğitime tüm toplumun katılımı sağlanabilmelidir. Bireylerin sağlıklı gelişim göstermeleri için uygun bir cinsel kimlik kazanabilmeleri oldukça önemlidir. Cinsel eğitim cinsel sağlığın korunmasını, kişilerin cinsel yaşamları hakkında özerkliğinin gelişmesini ve cinsel doyum

sağlayabilmelerini sağlamaktadır. İyi bir cinsel eğitim cinsel mitlerin kısıtlamalarından uzak, doyumlu, güvenli bir cinsel yaşam oluşturabilmektedir (136).

Cinsiyetin cinsel mitleri etkileyebildiği bilinmektedir. CETAD tarafından erkeklerin kadınlara göre daha fazla cinsel mitlere inandığı saptanmıştır (51). Yapılan birçok çalışma benzer sonuçlar göstermiştir (103, 157, 162). Yapılan çalışmalarda kadınların, cinsel yaşam ve evlilik dışı cinsel deneyime dair pek çok olumsuz tutum içerisinde oldukları görülmüştür (58). Erkek egemen toplumlarda, kadınlara cinsel yaşamın sadece üreme amaçlı bir eylem olduğu ve kadının cinsel yaşamdaki görevinin eşini memnun etmek olduğu empoze edilmektedir (163). Kadınlardan cinsel isteklerini belli etmemeleri beklenmekte, aksi durumda ahlaksız oldukları düşünülmektedir (164). Ülkemizde ilk cinsel deneyimin evlilikte yaşanması gerektiği düşünülmekte, özellikle de kadın cinsten bu durum beklenmektedir. Bu sebeple ilk cinsel deneyimle ilgili yoğun bir kaygı yaşanması kaçınılmazdır (52). CETAD, anorgazmi sorunu yaşayan kadınların büyük oranda cinsel eğitim almadıklarını, pek çok hatalı yanlış inanışa sahip olduklarını saptamıştır (51). Cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerde cinsel mitlerin daha fazla olduğu görülmüştür (124).

Cinsel deneyimin cinsel mitlerle ilişkisi gösterilmiştir. Cinsel deneyim yaşadıkça cinsel mitlere olan inancı azaldığı bilinmektedir (52). Cinsel deneyimi olmayan bireylerin, cinsel hayatla ilgili hayal kurmanın yanlış bir durum olduğunu düşünebilecekleri ve bu durumdan kaçınabilecekleri söylenmektedir (164). Cinsel deneyim konusunda da özellikle sosyokültürel durum ve dini inançla ilişkili pek çok cinsel mit bulunmaktadır. Bunların da cinsel yaşam konusunda olumsuz etkilerinin olduğu söylenebilir.

Cinsel fanteziler çoğu kişi tarafından olumlu olarak deneyimlenen düşlemlerdir ve erotik isteklerin zihinsel temsilini oluşturmaktadır. Cinsel fanteziler oluşturmanın toplumca hoş karşılanmadığı, cinsel hayatı bozacağı şeklinde pek çok mit bulunmaktadır. Oysaki cinsel düşüncelerin cinsel isteği arttırdığı, uyarılmayı kolaylaştırdığı, cinsel doyumu arttırdığı bilinmektedir (165).

Kişilerin yaşadıkları yer, yetiştikleri toplumun normları cinsel tutumlarını etkileyebilmektedir. Cinsel yaşamla ilgili kırsal kesimde yaşayanların daha tutucu yaklaşımlarının olduğu saptanmıştır (122, 157). Cinsellik hakkında en fazla

araştırmanın Ege bölgesinde yapıldığı görülmüştür (166). Cinsel mitlerin oluşumunda kültürel yapı, etnik köken ve dini inancın da rolü olabilmektedir (167). Cinsellikle ilgili yanlış inanışlar yalnızca ülkemizde olmayıp tüm dünyada görülebilmektedir (168). Gelişmiş toplumlarda cinsellik konusunda daha rahat konuşulabildiği, gelişmekte olan toplumlarda bu durumun açık olmadığı, rahatlıkla konuşulamadığı bilinmektedir (44). Literatürdeki bilgilere bakıldığında, cinselliğin daha rahat ifade edilebildiği, cinsel yaşama dair sorunların daha kolay konuşulabildiği toplumlarda cinsel mitlerin daha az ortaya çıkacağı ve cinsel yaşamın daha az olumsuz etkileneceği düşünülebilir.

Ailenin cinsel yaşam konusundaki yaklaşımı cinsel mitlerin oluşumuna zemin hazırlayabilmektedir. Ailenin cinsellikle ilgili kısıtlayıcı, eleştirel tutumları cinsel mitlerin oluşumunu tetiklemektedir (169). Ailenin eğitim düzeyinin de cinsel mitleri etkilediği bilinmektedir (52, 103).

Beden algısına yönelik cinsel mitlerin cinsel yaşamı olumsuz etkilediği bilinmektedir. Özellikle penisin algılanması konusunda toplumda pek çok mit bulunmaktadır. Penis boyu erkekliğin sembolü olarak resmedilmektedir, kişinin beden algısı ve gerçekçi olmayan beklentileri de cinsel hayatını olumsuz etkilemektedir (170). Kadınlarda G noktası ya da vajinal uyarı ile orgazm hakkında beklentiler olabilmektedir (171). Vajinal ya da klitoral orgazmın farklı değerlendirilmesi görülebilmektedir. Oysa kadınlarda tek tip orgazm olduğu bilinmektedir (172). Cinsel tatminin fiziksel ve duygusal faktörlerin birleşiminden oluştuğu unutulmamalıdır (173).

Evli bireylerin cinsel mitlere olan inançlarının bekar olanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (122, 174). Neden olarak benzer yaş grubundaki evli bireylerin bekar olanlara göre sosyokültürel farklılıklarının olmasının bu sonucu oluşturmuş olabileceği düşünülebilir.

Cinsel mitlerle ilişkili olabilen, literatürde açıklanmış pek çok faktör olduğu görülmektedir. bu bölümde bu değişkenlere ilişkin açıklamalar yapılmış ve cinsel mitlerin oluşmasına yol açabilen ya da cinsel mitlere olan inancı artırabilen etkenler değerlendirilmiştir. Cinsel mitlerin oluşmasında en etkili faktörlerden birinin cinsel yaşama ilişkin doğru bilgilendirmenin olmaması gösterilebilir.

### **3. YÖNTEM**

#### **3.1. Çalışmanın Deseni ve Katılımcılar**

Bu çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri polikliniğine başvuran ve Psikiyatri Servisinde yatarak tedavi alan hastalar dahil edilmiştir. Hasta grubu OKB tanılı hastalar, kontrol grubu ise remisyondaki Anksiyete bozukluğu hastalar ve sağlıklı kontrollerden oluşturulmuştur. Haziran 2021’de başlatılan çalışma belirlenen 40 hasta sayısı ve kontrol grubu sayılarına ulaşıncaya Nisan 2022’de sonlandırılmıştır. Dâhil edilme kriterlerini karşılayan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul ettiklerinde bilgilendirilmiş imzalı onam alınmıştır.

OKB tanılı hastalar ile klinik görüşme yapılmış dâhil edilme kriterlerini karşılamaları ve çalışmaya katılmayı kabul etmeleri durumunda; hastalara Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (BOKÖ), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS) ve Cinsel Mitler Ölçeği uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalar ise remisyondaki Anksiyete Bozukluğu hastaları ve Sağlıklı Kontrollerden oluşturulmuştur. Anksiyete bozukluğu hastalarına Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS) ve Cinsel Mitler Ölçeği uygulanmıştır. Sağlıklı kontrol grubuna Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS) ve Cinsel Mitler Ölçeği uygulanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarının yaş ve cinsiyet bakımından benzer olmasına özen gösterilmiştir.

#### **3.2. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri**

##### **3.2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Grubunun Dahil Edilme Kriterleri**

18-65 yaş aralığında olmak

DSM-5’e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanı kriterlerini karşılıyor olmak

Bilgilendirilme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Çalışmada yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak

### **3.2.2. Kontrol Gruplarının Dâhil Edilme Kriterleri**

#### **3.2.2.1. Anksiyete Bozukluğu Kontrol Grubu**

18-65 yaş aralığında olmak

DSM-5'e göre Anksiyete Bozukluğu tanı kriterlerini karşılıyor olup tedavi kullanımı ile Hamilton Anksiyete Değerlendirme ölçeği değerlendirmesine göre remisyonda olmak

Bilgilendirilme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Çalışmada yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak

#### **3.2.2.2. Sağlıklı Kontrol Grubu**

18-65 yaş aralığında olmak

Bilgilendirilme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Çalışmada yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak

### **3.3. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

#### **3.3.1. Çalışma Grubunun Dahil Edilmeme Kriterleri**

DSM-5'e göre psikotik bozukluk, bipolar affektif bozukluk, alkol madde kullanım bozukluğu, bilinen cinsel işlev bozukluğu tanısı olmak

Klinik muayene sırasında DSM-5'e göre major depresyon ve anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini karşılıyor olmak

Kombinasyon tedavisi kullanıyor olmak

Bilinen düzeltilmemiş herhangi görme ya da işitme kusuru olması, bilinen akut ya da kronik nörolojik hastalığının olması (epilepsi, Parkinson hastalığı vb.)

Bilinen stabil olmayan aktif medikal hastalık bulunması (Diabetes Mellitus, Hipertansiyon vb)

Onam yeterliliği olmayan veya doğru bilgi veremeyecek ek hastalığı olanlar (deliryum, demans, mental retardasyon)

### **3.3.2. Kontrol Gruplarının Dahil Edilmeme Kriterleri**

#### **3.3.2.1. Anksiyete Bozukluğu Kontrol Grubunun Dahil Edilmeme Kriterleri**

DSM-5'e göre psikotik bozukluk, bipolar affektif bozukluk, alkol madde kullanım bozukluğu, bilinen cinsel işlev bozukluğu tanısı olmak

Kombinasyon tedavisi kullanıyor olmak

Bilinen düzeltilmemiş herhangi görme ya da işitme kusuru olması, bilinen akut ya da kronik nörolojik hastalığının olması (epilepsi, Parkinson hastalığı vb.)

Bilinen stabil olmayan aktif medikal hastalık bulunması (Diabetes Mellitus, Hipertansiyon vb)

Onam yeterliliği olmayan veya doğru bilgi veremeyecek ek hastalığı olanlar (deliryum, demans, mental retardasyon)

#### **3.3.2.2. Sağlıklı Kontrol Grubunun Dahil Edilmeme Kriterleri**

DSM-5' e göre herhangi bir psikiyatrik hastalığa sahip olmak

Bilinen düzeltilmemiş herhangi görme ya da işitme kusuru olması, bilinen akut ya da kronik nörolojik hastalığının olması (epilepsi, Parkinson hastalığı vb.)

Bilinen stabil olmayan aktif medikal hastalık bulunması (Diabetes Mellitus, Hipertansiyon vb)

Onam yeterliliği olmayan veya doğru bilgi veremeyecek ek hastalığı olanlar (deliryum, demans, mental retardasyon)

### **3.4. Çalışmada Kullanılan Form ve Ölçekler**

#### **3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu**

Örneklem ve kontrol grubunun sosyodemografik ve klinik bilgilerini belirlemek için tarafımızca oluşturulan bir formdur. Hastalarla yapılan görüşmede araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Formda kişinin, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, sosyoekonomik durumu, çocuk sahibi olma durumu, cinsel eğitim alma durumu, ilaç kullanma durumu ve kullanılan ilaç grubu, hastalık süresi, cinsel sorun varlığı ile ilgili veriler yer almaktadır.

### **3.4.2. Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (BOKÖ)**

Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (BOKÖ), Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında belirti kümelerini ve belirti şiddetlerini ölçen bir değerlendirme aracıdır. Abramowitz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve öz bildirim dayalı bir ölçektir (175). Son bir ay içerisindeki şikayetler göz önüne alınarak doldurulmaktadır. Ölçekte dört farklı obsesyon kompulsiyon belirti boyutu değerlendirilmektedir; her belirti boyutunda çeşitli parametrelerle şiddeti ölçen 5 madde bulunmaktadır. Bu maddeleri, belirtilerle meşgul olunan zaman, kaçınma davranışları, belirtiler nedeni ile yaşanan sıkıntı, işlevsellikteki bozulma ve belirtileri kontrol etmekteki zorluk oluşturmaktadır. Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinin Türkçe versiyonun Türk toplumunda geçerliliğinin ve güvenilirliğinin olduğu saptanmıştır ve BOKÖ'nün dört faktörlü yapısını desteklenmektedir. Ölçekteki iç tutarlılığı gösteren Cronbach Alfa değeri tüm ölçek için 0,874'tür. Açıklayıcı faktör analizi sonuçları 4 faktörlü bir çözüm ortaya koymuştur: "bulaş", "sorumluluk", "kabul edilemez düşünceler", "simetri" (cronbach alfa değerleri sırayla; 0,932, 0,933, 0,948, 0,921 olarak hesaplanmıştır). Bu faktörler orijinal ölçekteki gibi faktör 1 (madde 1, 2, 3, 4 ve 5) bulaş; faktör 2 (madde 6, 7, 8, 9 ve 10) sorumluluk; faktör 3 (madde 11, 12, 13, 14 ve 15) kabul edilemez düşünceler; faktör 4 (madde 16, 17, 18, 19, 20) simetri şeklinde gruplandırılmıştır. Maddelerin faktörler altındaki yük değerleri faktörler açısından en düşük yüklenme değeri birinci faktör için 0,79, ikinci faktör için 0,83, üçüncü faktör için 0,77 ve dördüncü faktör için 0,77'dir (22).

### **3.4.3. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS)**

Cinsel ilişkinin niteliğini, cinsel işlev bozukluklarını ve cinsel sorunların şiddetini belirlemek amacıyla heteroseksüel bireylerde uygulanan, öz bildirim tarzındaki ölçek Rust ve Golombok (1986) tarafından geliştirilmiştir (176). Toplamda 28 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin kadın ve erkek formunda ortak olan alt boyutlar kaçınma, doyum, iletişim, dokunma ve ilişki sıklığıdır. Bu boyutlara ek olarak erkek formunda erken boşalma ve erektil disfonksiyon, kadın formunda ise vajinismus ve anorgazmi alt boyutları bulunmaktadır. İlişki sıklığı ve iletişim alt boyutları iki, diğer alt boyutlar ise dört madde ile sorgulanmaktadır. Yanı sıra her iki formda da bulunup alt

boyutların dışında kalan ve cinsel ilişkinin niteliğine ilişkin dört madde daha yer almaktadır. Güvenirlik katsayısı kadınlarda 0.94, erkeklerde ise 0.87 olarak saptanmıştır. Ölçekten elde edilen toplam puan cinsel ilişkinin genel niteliğine yönelik bilgi vermektedir, alt boyutlar ise cinsel ilişkinin farklı yönlerine dair fikir oluşturmaktadır. Alt boyutların Cronbach alfa katsayıları 0.61 ile 0.83 arasında değişmektedir. Ölçek beşli likert tipinde olup 0: Hiçbir Zaman, 1: Nadiren, 2: Bazen, 3: Çoğu zaman, 4: Her Zaman olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan yüksek puanlar cinsel doyumdaki bozulmaya işaret etmektedir. Elde edilen puanlar 1-9 arasındaki standart puanlara çevrilerek de kullanılabilir. Ölçekteki bazı sorular ters puanlanmaktadır. Erkek formunda; sıklık 1 ve 17, iletişim 2 ve 9, doyum 5, 11, 15 ve 21, kaçınma 7, 14, 22 ve 28, dokunma 6, 12, 20 ve 25, erken boşalma 4, 13, 24 ve 27, erektil disfonksiyon 3, 10, 16 ve 23. sorular ile sorgulanmaktadır. Kadın formunda; sıklık 3 ve 15, iletişim 2 ve 16, doyum 5, 10, 18 ve 22, kaçınma 7, 13, 20 ve 23, dokunma 9, 12, 19 ve 25, vajinismus 6, 11, 17 ve 24, anorgazmi 8, 14, 21 ve 28. maddeler ile değerlendirilmektedir. Erkek formundaki 1, 2, 3, 4, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 19, 20, 21 ve 25. maddeler ters puanlanmaktadır. Kadın formundaki 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 27 ve 28. sorular ters puan almaktadır (174, 177).

#### **3.4.4. Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ)**

Cinsel Mitler Ölçeği bireylerin cinsel mitlere inanç düzeylerini belirleyebilmek için kullanılmaktadır. Gölbaşı ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilmiş ve geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Cinsel Mitler Ölçeği beşli likert tipi olup 28 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte Asla Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5) seçenekleri mevcuttur. Ölçeğin sekiz alt boyutu mevcuttur. Bunlar; cinsel yönelim: 1-5. Maddeler, toplumsal cinsiyet: 6-11. maddeler, yaş ve cinsellik: 12-15. maddeler, cinsel davranış: 16-18. maddeler, mastürbasyon: 19-20. maddeler, cinsel şiddet: 21-24. maddeler, cinsel ilişki: 25-26. maddeler, cinsel memnuniyet: 27-28. maddelerinden oluşmaktadır. Cinsel Mitler Ölçeğinde bulunan her bir maddeye verilen puanlar toplanarak ölçeğe ait toplam puan hesaplanmaktadır. Alt boyutlara ait madde puanları toplanarak alt boyutlara ait puanlar da elde edilebilir. Ölçeğin bir kesme noktası olmayıp, alınan puandaki artış, kişinin cinsel mitlere inancının arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Cinsel mitler

ölçeğinin Cronbach Alfa katsayısı 0.91 bulunmuştur ve tekrarlanan güvenilirlik test çalışmasında katsayı 0.814 olarak saptanmıştır (178).

#### **3.4.5. Hamilton Anksiyete Ölçeği**

Ölçek, Hamilton tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (179). Hem ruhsal hem de bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşmaktadır. 8 maddenin toplamı somatik alt skoru, 6 maddenin toplamı ise psişik alt skoru oluşturmaktadır. Toplam skoru ise bu iki alt skorun toplam puanı vermektedir. Değerlendirmede toplam skora göre 17 puan ve altı hafif, 18-24 arası orta, 25 puan ve üzeri ise şiddetli olarak derecelendirilmektedir (180).

#### **3.5. İstatistiksel Analiz**

Araştırma verisi SPSS for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklenerek değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ( $\pm$ ) standart sapma, ortanca (Q1-Q3), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testleri) kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uymayan grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis, Ki-kare testleri, normal dağılıma uyanlarda tek yönlü Anova testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Testi'yle incelendi. Modelleme için tek değişkenli ve çok değişkenli doğrusal regresyon analizleri kullanıldı, çok değişkenli analizlerde geriye dönük eleme modeli kullanıldı.  $p < 0,05$  istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak belirlendi.

##### **3.5.1.Örneklem Büyüklüğü**

“Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluğu Hastalarındaki Cinsel İşlev Bozukluklarının Karşılaştırılması” uzmanlık tezi (88) kaynak gösterilerek %80 güçle, alpha değeri 0,05 alındığında örneklem büyüklüğü her bir grup için 23 kişidir.

#### 4. BULGULAR

Çalışmamızda 40 OKB hastası, 40 Remisyonda Anksiyete Bozukluğu olan hasta ve 40 sağlıklı kontrol alınmıştır. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyoekonomik durum, çocuk sahibi olma durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. OKB grubunun tamamı şehirde yaşamaktaydı ve bu nedenle remisyona anksiyete ve kontrol grupları da şehirde yaşayan kişilerden seçilmiştir.

Çalışma durumu açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu ve yapılan post-hoc analizden bu farkın OKB grubunun kontrol grubundan daha düşük oranlarda çalışma hayatına katılması ile oluştuğu tespit edilmiştir. Tablo 1’de grupların sosyodemografik verilerinin karşılaştırması gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Grupların sosyodemografik verilerinin karşılaştırması

Çalışma parametresi	OKB (n:40)	Remisyonda Anksiyete(n:40)	Kontrol (n:40)	İstatistik	p
Yaş	31 (Q1:24-Q3:43)	34 (Q1:23-Q3:44)	30 (Q1:27-Q3:42)	KW:0,155	0,926
Cinsiyet	Kadın	%67,5 (n:27)	%70,0 (n:28)	$\chi^2$ :0,077	0,962
	Erkek	%32,5 (n:13)	%30,0 (n:12)		
Medeni Durum	Bekar	%50,0 (n:20)	%47,5 (n:19)	$\chi^2$ :2,919	0,232
	Evli	%50,0 (n:20)	%52,5 (n:21)		
Eğitim düzeyi	İlkokul	%27,5 (n:11)	%12,5 (n:5)	$\chi^2$ :7,069	0,314
	Ortaokul	%5,0 (n:2)	%7,5 (n:3)		
	Lise	%30,0 (n:12)	%37,5 (n:15)		
	Üniversite	%37,5 (n:15)	%42,5 (n:17)		
Eğitim yıl	12 (Q1:5-Q3:16)	12 (Q1:12-Q3:16)	12 (Q1:12-Q3:16)	KW:3,733	0,155
Çalışma durumu	Çalışmıyor	%77,5 (n:31)	%55,0 (n:22)	$\chi^2$ :13,100	0,001*
	Çalışıyor	%22,5 (n:9)	%45,0 (n:18)		
Sosyoekonomik durum	Alt	%10,0 (n:4)	%15,0 (n:6)	$\chi^2$ :6,158	0,188
	Orta	%65,0 (n:26)	%60,0 (n:24)		
	Üst	%25,0 (n:10)	%25,0 (n:10)		
Çocuk sahibi olmak	Var	%47,5 (n:19)	%52,5 (n:21)	$\chi^2$ :0,802	0,670
	Yok	%52,5 (n:21)	%47,5 (n:19)		

Not: Medyan değerler ve kantiller gösterilmiştir. KW: Kruskal-Wallis test,  $\chi^2$ : Ki-kare veya Fischer kesinlik testi. \*p<0.05

OKB ve anksiyete gruplarındaki hastaların tamamı psikiyatrik tedavi almaktaydı. Grupların klinik verileri karşılaştırıldığında kullandıkları ilaçlar, yatarak tedavi görme ve cinsel sorunlar açısından istatistiksel anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir. Kullanılan ilaç grupları SSRI ve SNRI/TCA olarak gruplandırılmıştır. Cinsel eğitim alma açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu ve yapılan post-hoc analizde kontrol grubunun, OKB ve Anksiyete gruplarından anlamlı yüksek cinsel eğitim aldığı gözlenmiştir. Doktorunuz cinsel yaşamı daha önce sorguladı mı? sorusuna verilen yanıtlar arasında OKB ve anksiyete grupları arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı görülmüştür. OKB ve Anksiyete grupları hastalık süreleri açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında fark olduğu ve OKB grubunun hastalık süresinin istatistiksel anlamlı yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tablo 2’de grupların klinik verilerinin karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Grupların Klinik verilerinin karşılaştırılması

Çalışma parametresi		OKB (n:40)	Remisyonda Anksiyete (n:40)	Kontrol (n:40)	İstatistik	p
Kullandığı psikofarmakolojik tedavi	SSRI	%87,5 (n:35)	%90,0 (n:36)	-	$\chi^2:0,125$	0,723
	SNRI- TCA	%2,5 (n:5)	%10,0 (n:4)	-		
Hastalık süresi		5,5 yıl (Q1:3-Q3:15)	2 yıl (Q1:1-Q3:3)	-	Z:4,279	0.001 *
Yatarak tedavi	Var	%10.0 (n:4)	%0.0 (n:0)	-	$\chi^2:5,756$	0.116
	Yok	%90.0 (n:36)	%100.0 (n:40)	-		
Cinsel Eğitim alma	Var	%20.0 (n:8)	%20.0 (n:8)	%42.5 (n:17)	$\chi^2:6,771$	0,034 *
	Yok	%80.0 (n:32)	%80.0 (n:32)	%57.5 (n:23)		
Cinsel sorun yaşama	Var	%20.0 (n:8)	%15.0 (n:6)	%7.5 (n:3)	$\chi^2:2.604$	0,272
	Yok	%80.0 (n:32)	%85.0 (n:34)	%92.5 (n:37)		
Cinsel sorunları doktor tarafından sorgulanma durumu	Var	%17,5 (n:7)	%5,0 (n:2)	-	$\chi^2:3,129$	0,076
	Yok	%82,5 (n:33)	%95,0 (n:38)	-		

Not: Medyan değerler ve kantiller gösterilmiştir. Z: Mann-Whitney U test,  $\chi^2$ : Ki-kare veya Fischer kesinlik testi. \*p<0.05

OKB grubunda Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği incelendi ve grubun toplam puanlarının minimum 19 ve maksimum 63 arasında değiştiği ve medyan değerinin 35

olduğu görüldü. Tablo 3'te OKB grubunda Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinin dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 3.** OKB grubunda boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeğinin dağılımı

Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği	Toplam Puan	Boyut 1 (Bulaş)	Boyut 2 (Zarardan kaçınma)	Boyut 3 (Kabul edilemez düşünceler)	Boyut 4 (Simetri)
	35 (Min 19- Max 63)	11 (Min 2- Max 20)	8 (Min 0- Max 16)	10 (Min 0- Max 18)	7 (Min 1- Max 15)

Not: Medyan değerler ve minimum ve maksimum değerler gösterilmiştir.

Cinsel mit toplam puanları açısından grupların her birinin normal dağılım gösterdiği ve ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Yapılan post-hoc testte OKB grubunun cinsel mit ortalama puanının anksiyete ve sağlıklı kontrollerden istatistiksel anlamlı yüksek olduğu gözlenmiştir. Tablo 4'te Cinsel Mitler Ölçeği toplam puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 4.** Cinsel mit toplam puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması

Çalışma parametresi	OKB (n:40)	Remisyonda Anksiyete (n:40)	Kontrol (n:40)	İstatistik	p	Post-hoc
Cinsel Mit Toplam Puan	69,5±19,3	57,1±16,3	53,6±18,8	F:8,436	0,001	OKB>Anksiyete, Kontrol

Not: F: Tek-Yönlü ANOVA testi. Post-hoc Tukey testi kullanılmıştır.

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puanlarının gruplarda normal dağılıma uymadığı gözlenmiştir. Toplam puan gruplar arasında karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiş ve post-hoc analizde OKB grubunun toplam puanının anksiyete ve kontrol grubundan yüksek olduğu gözlenmiştir. Tablo 5'te GRISS toplam puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 5.** Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması

Çalışma parametresi	OKB (n:40)	Remisyonda Anksiyete (n:40)	Kontrol (n:40)	İstatistik	p	Post-hoc
Toplam Puan	38 (Q1:26- Q3:55)	26 (Q1:20- Q3:37)	19 (Q1:14- Q3:34)	KW: 20,356	0,001*	OKB>Anksiyete, Kontrol

Not: KW: Kruskal-wallis test. Post hoc Tek yönlü ANOVA KW test kullanılmıştır. \*p<0,05

Kadınlarda GRISS alt ölçek puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında, doyum ve dokunma açısından OKB grubunun kontrol grubundan anlamlı yüksek puan aldığı, kaçınma ve anorgazmi açısından OKB grubunun kontrol ve anksiyete gruplarından istatistiksel anlamlı yüksek puan aldığı gözlenmiştir. Tablo 6’da kadınlarda GRISS ölçeği alt ölçek puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 6.** Kadınlarda Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği alt ölçek puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması

Çalışma parametresi	OKB (n:27)	Remisyonda Anksiyete (n:28)	Kontrol (n:27)	İstatistik	p	Post-hoc
Sıklık	4 (Q1:2-Q3:6)	4 (Q1:2-Q3:4)	3 (Q1:2-Q3:4)	KW: 1,704	0,427	-
İletişim	3 (Q1:2-Q3:5)	3 (Q1:1-Q3:4)	3 (Q1:2-Q3:4)	KW: 1,553	0,460	-
Doyum	6 (Q1:3-Q3:8)	4 (Q1:2-Q3:6)	3 (Q1:2-Q3:4)	KW: 8,984	0,011*	OKB>Kontrol
Kaçınma	8 (Q1:5-Q3:9)	3 (Q1:2-Q3:6)	3 (Q1:1-Q3:5)	KW: 31,286	0,001*	OKB>Kontrol, Anksiyete
Dokunma	5 (Q1:2-Q3:8)	3 (Q1:0-Q3:5)	1 (Q1:0-Q3:4)	KW: 10,492	0,005*	OKB>Kontrol
Vajinismus	3 (Q1:2-Q3:6)	4 (Q1:2-Q3:6)	3 (Q1:1-Q3:5)	KW: 0,671	0,715	-
Anorgazmi	8 (Q1:6-Q3:9)	5 (Q1:4-Q3:7)	4 (Q1:3-Q3:7)	KW: 16,451	0,001*	OKB>Kontrol, Anksiyete

Not: KW: Kruskal-wallis test. Post hoc Tek yönlü ANOVA KW test kullanılmıştır. \*p<0,050

Erkeklerde GRISS alt ölçek puanlarının gruplar arasında karşılaştırıldığında, sıklık ve dokunma açısından OKB grubunun kontrol grubundan anlamlı yüksek puan aldığı, kaçınma açısından OKB grubunun kontrol ve anksiyete gruplarından istatistiksel anlamlı yüksek puan aldığı gözlenmiştir. Tablo 7’de erkeklerde GRISS alt ölçek puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 7.** Erkeklerde Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği alt ölçek puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması

Çalışma parametresi	OKB (n:13)	Remisyonunda Anksiyete (n:12)	Kontrol (n:13)	İstatistik	p	Post-hoc
Sıklık	4 (Q1:3-Q3:7)	3 (Q1:2-Q3:4)	2 (Q1:1-Q3:3)	KW: 11,161	0,003*	OKB>Kontrol
İletişim	2 (Q1:2-Q3:4)	2 (Q1:1-Q3:4)	2 (Q1:0-Q3:3)	KW: 2,246	0,325	-
Doyum	5 (Q1:2-Q3:8)	3 (Q1:2-Q3:4)	3 (Q1:2-Q3:3)	KW: 3,026	0,220	-
Kaçınma	5 (Q1:3-Q3:8)	1 (Q1:0-Q3:3)	1 (Q1:0-Q3:4)	KW: 11,003	0,004	OKB>Kontrol, Anksiyete
Dokunma	3 (Q1:1-Q3:6)	1 (Q1:0-Q3:2)	0 (Q1:0-Q3:2)	KW: 7,956	0,019	OKB>Kontrol
Erken boşalma	3 (Q1:2-Q3:7)	4 (Q1:3-Q3:7)	3 (Q1:2-Q3:4)	KW: 1,917	0,383	-
Empotans	5 (Q1:2-Q3:7)	3 (Q1:1-Q3:4)	3 (Q1:0-Q3:4)	KW: 3,509	0,173	-

Not: KW: Kruskal-wallis test. Post hoc Tek yönlü ANOVA KW test kullanılmıştır. \*p<0,05

OKB grubundaki kadınlarda Cinsel Mitler Ölçeği ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin ilişkisi incelendiğinde cinsel mitler ile toplam puan, iletişim ve kaçınma arasında istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Tablo 8’de OKB grubunda olan kadınlarda Cinsel mitler ile Cinsel doyum ölçeklerinin korelasyon analizi gösterilmiştir.

**Tablo 8.** OKB grubunda olan kadınlarda cinsel mitler ölçeği ile Golombok-Rust cinsel doyum ölçeklerinin korelasyon analizi

Çalışma parametresi	Cinsel mitler	p
	r	
Toplam Puan	0,392	0,043*
Sıklık	0,052	0,798
İletişim	0,563	0,002*
Doyum	0,230	0,248
Kaçınma	0,465	0,015*
Dokunma	0,307	0,119
Vajinismus	0,158	0,440
Anorgazmi	0,277	0,170

Not: Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. \*p<0,05

OKB grubundaki erkeklerde Cinsel Mitler Ölçeği ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin ilişkisi incelendiğinde cinsel mitler ile kaçınma arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Tablo 9’da OKB grubunda olan erkeklerde Cinsel mitler ile Cinsel doyum ölçeklerinin korelasyon analizi gösterilmiştir.

**Tablo 9.** OKB grubunda olan erkeklerde cinsel mitler ölçeği ile Golombok-Rust cinsel doyum ölçeklerinin korelasyon analizi

Çalışma parametresi	Cinsel mitler	p
	r	
Toplam Puan	0,501	0,081
Sıklık	0,114	0,710
İletişim	0,356	0,233
Doyum	0,519	0,069
Kaçınma	0,593	0,033*
Dokunma	0,014	0,964
Erken Boşalma	0,334	0,265
Empotans	0,510	0,075

Not: Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. \*p<0,05

Kontrol grupları arasında cinsel mitler ve cinsel doyumun korelasyonu gösterilmiştir. Anksiyete bozukluğu grubundaki erkek hastalar dışında diğer gruplarda korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Tablo 10’da kontrol gruplarımızda cinsel mitler ve cinsel doyum toplam puanları arasındaki korelasyon analizi gösterilmiştir.

**Tablo 10.** Anksiyete ve sağlıklı kontrol grubunda olan erkek ve kadınlarda Cinsel Mitler Ölçeği ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeklerinin korelasyon analizi

Toplam Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği puanu	Cinsel mitler	p
	r	
Anksiyete erkek (n:12)	0,367	0,240
Anksiyete kadın (n:28)	0,419	0,026*
Sağlıklı kontrol erkek (n:13)	0,771	0,001*
Sağlıklı kontrol kadın (n:27)	0,571	0,002*

Not: Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. \*p<0,05

OKB grubunda olan kadınlarda BOKÖ ile GRISS ölçeklerinin ilişkisi incelendiğinde kaçınma ile bulaş obsesyonları ve simetri-mükemmeliyetçilik ile iletişim arasında pozitif korelasyon olduğu gözlemlendi. Tablo 11’de OKB grubunda olan kadınlarda BOKÖ ve GRISS ölçeklerinin korelasyon analizi gösterilmiştir.

**Tablo 11.** OKB grubunda olan kadınlarda boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeği ile Golombok-Rust cinsel doyum ölçeklerinin korelasyon analizi

Çalışma parametresi	Toplam Puan		Boyut 1 (Bulaş)		Boyut 2 (Zarardan kaçınma)		Boyut 3 (Kabul edilemez düşünceler)		Boyut 4 (Simetri)	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Toplam Puan	0,229	0,250	0,259	0,193	0,018	0,928	-0,129	0,521	0,340	0,082
Sıklık	-0,014	0,945	-0,143	0,476	0,161	0,421	-0,134	0,504	0,160	0,424
İletişim	0,374	0,055	0,334	0,089	0,050	0,805	0,016	0,936	0,415	0,031*
Doyum	0,078	0,698	0,029	0,885	-0,025	0,900	-0,217	0,276	0,303	0,125
Kaçınma	0,189	0,346	0,405	0,036*	0,034	0,865	-0,201	0,315	0,097	0,630
Dokunma	0,158	0,432	0,245	0,217	-0,063	0,756	-0,160	0,425	0,291	0,141
Vajinismus	0,044	0,832	-0,084	0,685	0,106	0,607	0,075	0,715	0,131	0,523
Anorgazmi	0,204	0,317	0,344	0,085	0,059	0,775	0,049	0,811	0,141	0,493

Not: Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.\*p<0,050

OKB grubunda olan erkeklerde BOKÖ ile GRISS ölçeklerinin ilişkisi incelendiğinde, ölçeklerinin arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Tablo 12’de OKB grubunda olan erkeklerde BOKÖ ile GRISS ölçeklerinin korelasyon analizi gösterilmiştir.

**Tablo 12.** OKB grubunda olan erkeklerde boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeği ile Golombok-Rust cinsel doyum ölçeklerinin korelasyon analizi

Çalışma parametresi	Toplam Puan		Boyut 1 (Bulaş)		Boyut 2 (Zarardan kaçınma)		Boyut 3 (Kabul edilemez düşünceler)		Boyut 4 (Simetri)	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Toplam Puan	0,010	0,975	0,253	0,405	-0,299	0,322	-0,207	0,497	0,309	0,305
Sıklık	0,032	0,916	-0,016	0,959	-0,115	0,708	0,155	0,612	-0,413	0,160
İletişim	0,248	0,414	0,084	0,786	-0,039	0,898	-0,042	0,891	0,172	0,574
Doyum	0,064	0,836	0,074	0,809	-0,159	0,604	-0,056	0,856	0,222	0,467
Kaçınma	0,264	0,384	0,280	0,355	-0,157	0,608	0,011	0,971	0,113	0,713
Dokunma	0,229	0,452	-0,018	0,953	0,091	0,768	0,066	0,831	0,233	0,443
Erken Boşalma	0,029	0,925	0,124	0,686	-0,283	0,348	-0,150	0,625	0,193	0,527
Empotans	0,001	0,996	0,277	0,359	-0,387	0,191	-0,168	0,583	0,196	0,522

Not: Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.\*p<0,05

OKB grubunda olan kadınlarda cinsel mitler ile boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeğinin ilişkisi incelendiğinde, BOKÖ toplam puan ve bulaş alt ölçeği ile cinsel mitler toplam puan arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir. Tablo 13’te OKB grubunda olan kadınlarda cinsel mitler ile boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeklerinin korelasyon analizi gösterilmiştir.

**Tablo 13.** OKB grubunda olan kadınlarda cinsel mitler ile boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeklerinin korelasyon analizi

Çalışma parametresi	Toplam Puan	p	Boyut 1 (Bulaş)	p	Boyut 2 (Zarardan kaçınma)	p	Boyut 3 (Kabul edilemez düşünceler)	p	Boyut 4 (Simetri)	p
	r		r		r		r		r	
Cinsel mitler Toplam puan	0,414	0,032*	0,506	0,007*	0,053	0,794	0,202	0,313	0,249	0,210

Not: Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.\*p<0,05

OKB grubunda olan erkeklerde cinsel mitler ile boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeklerinin ilişkisi incelendiğinde, BOKÖ ile cinsel mitler arasında ilişki gözlenmemiştir. Tablo 14’te OKB grubunda olan erkeklerde cinsel mitler ile boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeklerinin korelasyon analizi gösterilmiştir.

**Tablo 14.** OKB grubunda olan erkeklerde cinsel mitler ile boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeklerinin korelasyon analizi

Çalışma parametresi	Toplam Puan	p	Boyut 1 (Bulaş)	p	Boyut 2 (Zarardan kaçınma)	p	Boyut 3 (Kabul edilemez düşünceler)	p	Boyut 4 (Simetri)	p
	r		r		r		r		r	
Cinsel mitler Toplam puan	0,393	0,185	0,296	0,327	0,148	0,628	0,169	0,580	0,092	0,765

Not: Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.\*p<0,05

OKB grubunda erkek ve kadınlar arasında GRISS, cinsel mitler ve BOKÖ toplam puanları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir. Tablo 15’te OKB grubundaki erkek ve kadınlar arasında GRISS, cinsel mitler ölçeği ve BOKÖ toplam puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 15.** OKB grubunda erkek ve kadınlar arasında cinsel doyum toplam, cinsel mitler toplam ve boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması

Çalışma parametresi	Kadın (n:27)	Erkek (n:13)	İstatistik	p
Cinsel doyum toplam puan	41 (Q1:29-Q3:57)	29 (Q1:25-Q3:41)	1,835	0,068
Cinsel mit toplam puan	74 (Q1:54-Q3:86)	69 (Q1:50-Q3:69)	0,319	0,711
Boyutsal obsesyon kompulsiyon ölçeği toplam	34 (Q1:28-Q3:42)	36 (Q1:21-Q3:41)	0,116	0,909

Not: Mann-whitney U testi kullanılmıştır.

OKB grubunda tanımlanan sosyodemografik ve klinik verileri kullanarak cinsel doyumunu öngörmek için yapılan analizde, ilk olarak tek değişkenli analizler yapılmıştır. Tek değişkenli analizlerin sonucunda, yaş, hastalık süresi, lise ve üstü eğitim düzeyinde olmak ve cinsel eğitim almanın anlamlı olarak cinsel doyuma etki ettiği gözlemlendi. Tüm değişkenler ile geriye dönük eleme metodu ile yapılan analizde en iyi model 6. Basamakta elde edilmiş olup (F:9,114, p:0.005), bu modelde sadece hastalık süresi değişkeni kalmıştır. Tablo 16’da GRISS puanlarına etki eden sosyodemografik etkenlerin lineer regresyon analizi gösterilmiştir.

**Tablo 16.** Cinsel doyum puanlarına etki eden sosyodemografik etkenlerin lineer regresyon analizi

Çalışma parametresi	Tek değişkenli		Geriye dönük eleme metodu ile modelde kalan değişkenler	
	Standartize $\beta$	p	Standartize $\beta$	P
Yaş	0,337	0,034*		
Hastalık süresi	0,440	0,005*	0,440	0,005*
Cinsiyet	Referans Kategori			
	Kadın (n:27)			
	Erkek (n:13)	-0,167	0,304	
Medeni Durum	Referans Kategori			
	Bekar (n:20)			
	Evli (n:20)	0,315	0,047*	
Eğitim düzeyi	Referans Kategori			
	Lise altı (n:13)			
	Lise ve üstü (n:27)	-0,363	0,021*	
Çalışma durumu	Referans Kategori			
	Çalışmıyor (n:31)			
	Çalışıyor (n:9)	0,122	0,455	
Sosyoekonomik durum	Referans Kategori			
	Alt-Orta (n:30)			
	Üst (n:10)	0,235	0,144	
Çocuk varlığı	Referans Kategori			
	Var (n:21)			
	Yok (n:19)	0,446	0,004*	
Cinsel eğitim alma	Referans Kategori			
	Hayır (n:32)			
	Evet (n:8)	-0,331	0,037*	

Not:\*p<0,05

OKB grubunda tanımlanan sosyodemografik ve klinik verileri kullanarak cinsel mitleri öngörmek için yapılan analizde, ilk olarak tek değişkenli analizler yapılmıştır. Tek değişkenli analizlerde yaş, hastalık süresi, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, cinsel eğitim değişkenleri anlamlı bulunmuştur. Tüm değişkenler ile geriye dönük eleme metodu ile yapılan analizde, en iyi model 5. basamakta bulunmuş olup (F:23,447, p:0.001), eğitim düzeyi ve yaş değişkenlerinin modelde kaldığı gözlemlenmiştir. Tablo 17’de cinsel mitler puanlarına etki eden sosyodemografik etkenlerin lineer regresyon analizi gösterilmiştir.

**Tablo 17.** Cinsel mitler puanlarına etki eden sosyodemografik etkenlerin lineer regresyon analizi

Çalışma parametresi		Tek değişkenli		Geriye dönük eleme metodu ile modelde kalan değişkenler	
		Standartize $\beta$	p	Standartize $\beta$	P
	Yaş	0,638	0,001*	0,496	0,001*
	Hastalık süresi	0,455	0,003*		
Cinsiyet	Kadın (n:27)	Referans Kategori			
	Erkek (n:13)	-0,102	0,529		
Medeni Durum	Bekar (n:20)	Referans Kategori			
	Evli (n:20)	0,610	0,001*		
Eğitim düzeyi	Lise altı (n:13)	Referans Kategori		Referans Kategori	
	Lise ve üstü (n:27)	-0,585	0,001*	-0,415	0,001*
Çalışma durumu	Çalışmıyor (n:31)	Referans Kategori			
	Çalışıyor (n:9)	0,156	0,337		
Sosyoekonomik durum	Alt-Orta (n:30)	Referans Kategori			
	Üst (n:10)	-0,097	0,551		
Çocuk Varlığı	Yok (n:19)	Referans Kategori			
	Var (n:21)	0,680	0,001*		
Cinsel eğitim alma	Hayır (n:32)	Referans Kategori			
	Evet (n:8)	-0,375	0,017*		

Not:\*p<0,05

## 5. TARTIŞMA

OKB, yaşam kalitesinin bozulmasının ve engelliliğin en ciddi nedenlerinden biri olarak kabul gören kronik bir ruh sağlığı sorunudur (8). Benzer biçimde tüm psikiyatrik hastalıklar değerlendirildiğinde aile ve sosyal ilişkilerdeki bozulmanın da en önemli nedenlerinden biri olarak görülmektedir (181). Ruh sağlığına yönelik araştırmalar hastaların güçlü yönlerinin, yaşamdan memnuniyet ve esenlik gibi özelliklerinin de ortaya konması gerekliliğine vurgu yapmaktadır. OKB açısından sadece semptomla yönelik tedavi yaklaşımı hastaların yaşam kalitesi ve iyilik haline yönelik değerlendirmelerin gözden kaçmasına neden olabilmektedir. Bu paradigmanın değişimi ile hastaların yaşam kalitelerinin pozitif etkileneceği ve uzun dönemli tedavi yanıtlarının daha iyi olacağı öngörülmektedir (182). OKB hastalarının cinsel yaşamındaki iyileştirmelerin semptomatolojiye rağmen daha iyi bir yaşam kalitesi sunması olasıdır (183). Daha iyi cinsel işlevler ve daha yüksek bir cinsel doyumun OKB hastalığına rağmen daha güçlü bir psikolojik işlevsellik sağlaması beklenebilir (8).

OKB hastalarının cinsel yaşama yönelik pek çok problem yaşayabildikleri, cinsel doyum düzeylerinin daha düşük olduğu bilinmektedir. Buna rağmen OKB hastalarında cinsel yaşam geri planda kalan bir konu olarak görülmektedir. OKB'nin tipik tedavi yaklaşımı semptom azaltılmasına odaklanmaktadır, bireyin cinsel işlev bozuklukları veya cinsel doyumuna yönelik herhangi bir psikoterapötik tedavi protokol bulunmamaktadır. OKB hastalarında cinsel yaşama yönelik müdahalelerin tedavi hedeflerimizden biri olması gerektiği açıktır (8).

Çalışmamızda Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hastalardaki cinsel doyumun cinsel mitler ile ilişkisinin araştırılması hedeflenmiştir. Bu amaca yönelik olarak hipotezlerimizde OKB hastalarında kontrol gruplarına göre cinsel doyum düzeyinin daha düşük olacağı, cinsel mitlere inanmanın OKB grubunda daha fazla saptanacağı öngörülmüştür, bir diğer hipotezimizde OKB hastalarında cinsel doyumun tüm alt boyutlarının kontrol gruplarına göre daha yüksek oranda bozulmuş olabileceği düşünülmüştür. OKB hastalık şiddeti ile cinsel doyum düzeyi ve cinsel mitlere olan inancın ilişkili olacağı beklenmiştir. Diğer bir hipotezimize göre temizlik ve dini-cinsel içerikli obsesyonları olan OKB hastalarında cinsel doyum düzeyinin daha

düşük olacağı varsayılmıştır. Varsayımlarımız literatür ışığında aşağıdaki alt başlıklarda tartışılmıştır.

### **5.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Grubunun BOKÖ Dağılımı Açısından İncelenmesi**

Çalışmamızda BOKÖ dağılımına bakıldığında sırasıyla temizlik, dini-cinsel içerikli düşünceler, zarardan kaçınma ve simetri boyutlarının görüldüğü anlaşılmıştır. Literatüre bakıldığında OKB hastalarında en sık bulaş obsesyon ve kompulsiyonları görüldüğü anlaşılmaktadır (184, 185). Ülkemizde yapılan bir araştırmada OKB semptom içeriği sıklık bakımından; bulaş, dini-cinsel içerikli obsesyonlar, zarar görme obsesyonları olarak sıralanmıştır (186). Ülkemizdeki başka bir çalışmada temizlik-bulaş obsesyonlarının ilk sırada görüldüğü, onu dini-cinsel içerikli obsesyonların ve zarar verme obsesyonlarının takip ettiği belirtilmiştir (187). Yurt dışında yapılan bir araştırmada OKB hastalarında en sık rastlanan obsesyonlar dini ve bulaşma obsesyonları (%60) ve somatik obsesyonlar (%49); en sık görülen kompulsiyonlar ise tekrar etme (%68), temizlik ve yıkama kompulsiyonları (%63) ve kontrol kompulsiyonları (%58) olarak bulunmuştur (188). Tayvanda yürütülen bir araştırmada en yaygın obsesyon bulaşma, ardından patolojik şüphe ve simetri olarak belirlenmiştir; en sık görülen kompulsiyon kontrol, temizleme-yıkama ve düzen kompulsiyonu olarak açıklanmıştır (189). Bu bilgiler doğrultusunda OKB hasta grubumuzun belirti dağılımının literatür ile benzerlik gösterdiği, OKB belirti boyutlarının genellikle bu dağılıma uygun olduğu bilinmektedir. Bu durum OKB fenomenolojisinde ve belirti boyutlarında açıklanmıştır.

### **5.2. Grupların Cinsel Mitleri Açısından Değerlendirilmesi**

OKB hasta grubunda cinsel mitler daha önce çalışılmamış bir konudur. Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında cinsel mitlerin OKB grubu hastalarda AB hastaları ve sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla görüldüğü anlaşılmıştır.

Ülkemizde cinsel mitler ve mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacı ile yapılan bir çalışmada, mükemmeliyetçilikteki artışın cinsel mitlere olan inancı arttırdığı ortaya konulmuştur (190). Sorumluluk duygusu daha yüksek olan kişilerde cinsel mitlerin daha fazla görüldüğü anlaşılmıştır (190, 191). OKB hastalarının sorumluluk duygularının yüksek oluşu ve mükemmeliyetçi özellikleri

pek çok araştırmada gösterilmiştir (192, 193). Kişilik zellikleri bakımından değerlendirildiğinde OKB hastalarının sorumluluk duygusunun toplumdaki diğer kişilere kıyasla daha fazla olmasının OKB hastalarında cinsel mitlere olan inancı artırmış olabileceği yorumunda bulunulabilir. Ek olarak OKB hastalarının mükemmeliyetçi kişiler olduğu bilinmekte olup, bu durumun da cinsel mitlere olan inancı yükseltmiş olabileceği düşünülebilir. Mükemmeliyetçi ve sorumluluk duygusu yüksek kişilerin kendilerinden beklentileri ve toplumsal rollere katılımları yüksek olabilmektedir. Bu nedenle kişiler cinsel yaşamları konusunda da bilişsel çarpıtmalar geliştiriyor olabilirler.

Çalışmamızda OKB hastalarının sağlıklı kontrollere kıyasla daha az oranda cinsel eğitim aldıkları görülmektedir. Cinsel eğitimin cinsel mitler üzerindeki rolü literatürde pek çok çalışmada açıklanmıştır ve cinsel bilgideki kısıtlılığın ya da yanlış bilgilendirmenin cinsel mitlerin oluşumunda en önemli bileşenlerden biri olduğu bilinmektedir (41, 52, 116, 161). OKB grubumuzda cinsel mitlere olan inançtaki anlamlı yksekliliğin cinsel eğitim almada kısıtlılıklarına bağlı olabileceği ve bu nedenle daha fazla cinsel mitlerinin olduğu yorumu yapılabilir.

Çocukluk ağındaki kötü muamelenin cinsel mitleri artırdığı (201) ve OKB hastalarının sağlıklı popülasyona göre daha fazla oranda çocukluk ağı travmasına uğradığı bilinmektedir (194, 195). OKB hastalarındaki cinsel mitlere inancın yüksek olmasının olası nedenlerinden biri olarak bu durum düşünülebilir. Cinsel deneyimdeki kısıtlılığın cinsel mitleri güçlendirdiği (52) ve OKB hastalarının cinsel yaşamlarında sorunlar olabildiği gösterilmiştir (197, 198). Cinsel yaşamlarındaki zorlukların OKB hastalarında cinsel deneyim azaltmış olabileceği buna bağlı olarak da cinsel mitlerin inancın kuvvetlenebileceği yorumu getirilebilir.

OKB hastalarında semptom içerikleri ve düşünme biçimleri nedeni ile de cinsel mitlerin daha fazla olduğu yorumunda bulunulabilir; bununla ilgili yorum BOKÖ ve cinsel mitlerin ilişkisinin değerlendirildiği kısımda detaylı olarak yapılmıştır. OKB hastalarında sıklıkla görülen dini-cinsel içerikli obsesyon ve kompulsiyonların cinsel yaşamı bozduğu bilinmektedir (196). OKB hastalarında görülebilen zihinsel kirlilik ve tikslenme duyarlılığının da cinsel yaşamı olumsuz etkilediği gösterilmiştir (159).

Bu nedenlerle de OKB grubunda cinsel mitlerin daha fazla olduğu yorumu yapılabilir.

Ülkemizde daha önce cinsel işlev bozukluğu hastalarında cinsel mitlerin araştırıldığı görülmektedir. Vajinismus ve prematür ejakülasyon hastalarında cinsel mitlerin anlamlı oranda yüksek saptandığı belirtilmiştir (50, 124). Benzer şekilde OKB hastalarında da cinsel işlevlerdeki bozulmaların cinsel mitler ile ilişkili olabileceği yorumu yapılabilir.

### **5.3. Grupların Cinsel Doyumları Açısından Karşılaştırılması**

Çalışmamızın sonuçları OKB hastalarının hem AB hastaları hem de sağlıklı kontrol grubundan daha kötü bir cinsel doyum puanı aldığını ortaya koymuştur. OKB grubunun cinsel doyum toplam puanı diğer gruplardan anlamlı şekilde kötü saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde OKB hastalarında cinsel doyumun yeterince araştırılmamış bir konu olduğu dikkat çekmektedir (8). Bunun sebebi olarak daha önce belirtmiş olduğumuz, OKB'deki tedavi stratejilerinin daha çok hastalıkla ilişkili semptomatolojiye odaklanıyor olması, cinsel yaşamla ilgili problemlerin hem hasta hem de klinisyen tarafından geri plana itiliyor olması gösterilebilir.

OKB hastalarında cinsel işlevleri değerlendirmek için yapılan çalışmalar incelendiğinde; OKB tanısının daha kötü bir cinsel performans, daha fazla oranda cinsel işlev bozukluğu ve daha kısıtlı bir cinsel doyum ile ilişkili olduğunu göstermektedir (140). Sağlıklı popülasyon ile karşılaştırıldığında OKB hastalarında % 50 oranda cinsel işlev bozukluğu görüldüğü bildirilmiştir (9). Literatüre bakıldığında pek çok araştırma OKB'nin cinsel işlevleri ve cinsel doyumunu olumsuz etkilediğini kanıtlamaktadır (8, 138, 139, 141, 145, 199). Ülkemizde yapılan pek çok çalışma da OKB hastalarındaki cinsel işlev bozukluklarına, cinsel doyumdaki kısıtlılığa işaret etmektedir (88, 91, 200). Nitekim bizim araştırmamızın sonuçları da kontrol gruplarına kıyasla OKB grubunun daha kötü bir cinsel doyum gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu duruma neden olabileceğini düşündüğümüz sebepleri açıklamaya çalıştık:

OKB hastalarında cinsel işlev bozukluğu ve cinsel doyumda azalmanın nedenlerinden biri olarak kullanılan ilaçlar gösterilmektedir (8, 70). Çalışmamız

dizayn edilirken ilaç kullanımı olan OKB hastalarını dahil ettik. Buna gerekçe olarak literatürdeki pek çok araştırmanın ilaç kullanan OKB hastalarını dışlamamış olmasını ve OKB tedavisinde antidepressan kullanımının ilk sıra tedavi olmasını ve çoğu OKB hastasının ilaç kullanıyor olmasını (138) gösterebiliriz. İlaç etkisinin cinsel işlevler üzerindeki olumsuz etkilerini dışlayabilmek için kontrol gruplarımızdan birini remisyonda olup OKB hastaları ile benzer grup ilaçları kullanan AB hastalarından oluşturduk. Çalışmamızın sonuçlarında OKB grubunun hem AB grubu hem de sağlıklı kontrol grubundan daha kötü bir cinsel doyum göstermesi, ilaç etkisinden bağımsız olarak OKB hastalığına bağlı da cinsel doyumda bozulmaların olabildiğini göstermesi bakımından oldukça kıymetlidir. Literatürde ilaç kullanımı olan OKB hastaları ile yürütülen araştırmalar da benzer sonuçlar ortaya koymuştur. Yapılan araştırmalarda ilaç kullanımı olan OKB hastalarının ilaç etkisinden bağımsız bir şekilde daha kötü cinsel işlev gösterdikleri anlaşılmıştır (91, 138). Araştırmamızın sonuçları literatür ile uyumlu görünmektedir. Yine de cinsel doyumdaki bozulmanın belirli bir kısmının ilaç yan etkisine bağlı ortaya çıkabilen cinsel işlev bozukluklarına bağlı olabileceği unutulmamalıdır.

İkinci bir durum olarak; OKB hastalarına eşlik eden depresyon ya da anksiyetenin olmasının cinsel işlevleri olumsuz yönde etkileyeceği bilinmektedir (142). Bu nedenle çalışmamıza, depresif bozukluk veya anksiyete bozukluğu eş tanısı olan OKB hastaları dahil edilmemiştir; klinik görüşmede DSM-5'e göre bu hastalıkların tanı kriterlerini sağladığı anlaşılan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Çalışmamızdaki esas amacımız OKB'nin CİB ile ve mitlerle ilişkisini ortaya koymak olduğu için komorbid hastalıklar dışlanmıştır ancak klinik takip sırasında komorbiditenin sıklıkla görüldüğü ve ek hastalık durumunun da cinsel işlevleri olumsuz etkileyebileceği akılda tutulmalıdır. Yine OKB hastalarının ek fiziksel hastalıkları sebebi ile de cinsel işlev bozukluklarının artacağı (8) bilindiğinden; cinsel işlevleri etkileyebileceği düşünülen kontrolsüz diabet, hipertansiyon, tanı konulmuş cinsel işlev bozukluğu tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu durumların dışlanmış olmasına rağmen OKB hastalarının cinsel doyumdaki olumsuz sonuçları değerlidir ve hastalığın semptom içeriğine bağlı bir bozulmaya işaret edebilir yorumu yapılabilir.

Ülkemizde yapılan bir araştırmada, OKB, panik bozukluk ve sağlıklı kontroller karşılaştırılmış ve OKB grubu hastaların sağlıklı kontrollere göre daha kötü bir cinsel

doyumuna sahip oldukları söylenmiş bunun nedeni olarak kompulsif davranışların cinsel işlevleri olumsuz etkilediği belirtilmiştir (88). Aynı çalışmada hem OKB hastalarının hem de PB hastalarının kontrollerden daha kötü bir cinsel doyuma sahip oldukları görülmüştür. Çalışmamızda remisyondaki AB hastalarının alınmasının AB hastalarında belirgin bir bozulma saptanmamış olmasına neden olmuş olabileceğini düşündük. Ülkemizdeki başka bir araştırmada OKB hastalarının AB hastalarından kötü bir cinsel doyuma sahip oldukları görülmüştür (145). Çalışmamızın bulguları eski araştırmalar ile uyumlu görülmektedir.

Ülkemizde OKB hastalarında cinsel işlevleri araştıran başka bir çalışmada OKB hastalarında % 65,4 ve kontrol grubunda %28,3 oranında cinsel işlev bozukluğu olduğu görülmüştür (91). Aynı çalışmada kadınlarda cinsel işlevlerin hemen hepsinin olumsuz etkilendiği, erkeklerde ise belirgin bir cinsel işlev bozukluğu oluşmadığı görülmüştür. Bu durumun hastaların kullandıkları antidepresan ilaçların erkek hastalarda nitelikli bir bozulmaya sebep olmadığı veya ilaç yan etkilerinin cinsel işlevler üzerindeki olumlu etkilerine bağlı olabileceği şekilde yorumlanmıştır. Nitekim bizim araştırmamızın sonuçlarında da erkek ve kadınlarda farklı alt boyutlarda bozulmalar gösterilmiştir.

OKB hastalarının sosyal ilişkiler ve yakınlık kurmada zorlukları olduğu bilinmektedir (7). Çalışmamızda cinsel doyumdaki problemi oluşturabilen nedenlerden biri olarak bu durum düşünülebilir.

Cinsel doyumun OKB grubunda daha kötü sonuçlanmasının en önemli nedenlerinden biri olarak hastalığın klinik görünümü düşünülebilir. OKB hastalarının temizlik-bulaş obsesyon ve kompulsiyonları gereği cinsel ilişkiye yönelik endişeleri olabileceği, kirlenme düşüncelerine bağlı meni, ter, cinsel organlar ve cilt temasına yönelik tiksinnmeler, isteksizlikler ve kaçınmalar görülebilmektedir. Cinsellik sonrasında uzun temizlenme ritüellerinin olması cinsel isteksizlik oluşmasına, cinsel aktiviteden kaçınılmasına yol açabilmektedir. Başka bir klinik görünüm olan zarar verme içerikli obsesyon ve kompulsiyonlara bağlı kontrolünü kaybetme endişesi ile rahat olamama, partnerine zarar verebileceği korkusu ile cinsellikten uzak durma davranışları izlenebilmektedir. Yine OKB semptomlarına bağlı olarak haftanın belirli günlerinde sevişme, belirli bir ritüelde cinsel yaşamını sürdürme gibi tutumlar izlenebilmektedir.

Cinsel obsesyonlara bağlı olarak ise cinsellikte kaçınmalar, suçluluk temaları, cinsellik konusunda kaygılar görülebilmektedir. Ek olarak OKB hastalarındaki mükemmeliyetçiliğin cinsel yaşamı olumsuz etkilediği bilinmektedir. Kısacası cinsel yaşam OKB hastalarında semptom içeriğine bağlı olarak durma noktasına gelebilmektedir (11, 136).

OKB hastalarında serotonin disregülasyonu, dopamin dizgesinde bozulmalar, santral yapılarda etkinlik değişimleri olduğu bilinmektedir (30). OKB hastalarında cinsel işlevlerdeki bozulmaya başka bir neden olarak da bahsedilen değişimlerin ve bozulmaların etkisinin olmuş olabileceği yorumu getirilebilir.

Biz de gerek hastalığın semptomatolojisine bağlı, gerekse de hem hastalığa hem de ilaç kullanımına sekonder oluşabilecek cinsel işlev bozuklukların OKB hasta grubumuzda cinsel doyumdaki bozulmayı açıklayabileceği düşünmekteyiz.

#### **5.4. GRISS Alt Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

OKB kadın hasta grubumuzda doyum ve anorgazmi alt boyutları, erkek OKB grubunda sıklık, her iki grupta ise ortak olarak dokunma ve kaçınma alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı şekilde kontrollerden daha kötü saptanmıştır.

Çalışmamızda hem kadın hem erkek OKB hastalarında dokunma alt boyutunun anlamlı oranda kötü sonuçlandığını gördük. OKB hastalarının temizlik-bulaş obsesyonları ve yıkama-temizleme kompulsiyonları sebebi ile cinsel doyumda bozulmalar yaşayabileceği bilinmektedir (138). Temizlik obsesyonları fenomenolojik olarak hastalık bulaşma korkusunu içerebilmektedir (24). Bazı OKB hastalarının temizlikle ilgili obsesyonlarının iğrenme kaynaklı da olabildiği bilinmektedir (25). Daha önce ülkemizde yapılan araştırmalarda OKB ve AB hastalarının dokunma problemi yaşadığı ortaya konmuştur (88, 145). Dokunmadaki zorlanma OKB hastalarında sıklıkla görülen temizlik obsesyon ve kompulsiyonları ile bağlantılı olabileceğini düşündük. Semptom içeriği nedeni ile hastalar partnerine dokunma konusunda zorluk yaşamış olabilirler. Benzer biçimde iğrenme duyarlılıklarına bağlı olarak da partnerine dokunmada problem yaşayabildikleri ve bu nedenle dokunma puanlarının kontrollere göre daha kötü saptanmış olabileceğini düşündük.

Çalışmamız hem erkek hem kadın OKB hastalarının kontrollerden daha fazla kaçınma gösterdiklerini ortaya koymuştur. Yapılan çalışmalar OKB hastalarının

kontrollere kıyasla cinsel ilişkiden daha fazla kaçınma gösterdiğine işaret etmektedir (138). OKB hastalarının cinsel yaşamlarında kaçınma problemi yaşadıkları yapılan pek çok araştırmada ortaya konmuştur (96,(143). Temizlik ve bulaş obsesyonlarına bağlı olarak OKB hastaları cinsel ilişki esnasında kir, mikrop, vücut sıvıları ile bulaş yaşayacağı düşüncesi ile cinsellik yaşamaktan kaçınabilmektedir (23). Ülkemizde yapılan bir çalışma kontaminasyon semptomları olan OKB hastalarının daha fazla kaçınma problemi gösterdiğini ortaya koymuştur (145). Cinsel doyumun kaçınma alt boyutundaki bozulmanın önemli nedenlerinden bir tanesi olarak bu durum gösterilebilir. OKB hastalarının mükemmeliyetçilik duyguları nedeniyle cinsellikte performans başarısızlığı tehdidi hissedip cinsel deneyim yaşamaktan kaçındıkları bildirilmiştir (201). Hastaların mükemmeliyetçi düşünme tarzları cinsel yaşamı doğallıktan uzak, keyifle yaşanması güç bir durum içerisine sokabilmekte ve bir süre sonra hastalar tarafından cinsel isteksizlik ya da cinsel ilişkiden kaçınma olarak ortaya çıkabilmektedir değerlendirmesinde bulunduk. Kontrol semptomlarının kişinin içsel deneyimlerini ve vücut sinyallerini devamlı olarak izlemesine, kontrol etmeye çalışmasına yol açtığı bilinmektedir. Yine semptom içeriğindeki gebe kalma ya da cinsel yolla bulaşan bir hastalık kapma şeklindeki obsesyonları nedeni ile cinsellikten korktukları bilinmektedir. Bu nedenlerin de OKB hastalarının cinsel yaşamdan kaçınmalarına yol açacağı söylenebilir. Ek olarak OKB hastalarında kabul edilmez nitelikte algılanan düşünceler olduğu bilinmektedir (138). Bu düşünceler dini-cinsel yaşama dair pek çok olumsuz temayı barındırabilmektedir, eşcinselliğe ya da ensest ilişkiye yönelik kişinin kabul edemediği pek çok içeriğe sahip olabilmektedir. Bu düşüncelerin getirdiği kaygılar kişinin cinsel yaşamını olumsuz etkileyebilmekte ve cinsellikten uzak durmasına neden olabilmektedir yorumunda bulunulabilir. Zarar verme yönündeki düşüncelerin kişilerin ikili ilişkilerini bozduğu bilinmektedir (11). Hastalar partnerine zarar verme düşünceleri nedeni ile cinsel yaşamdan uzak durabilmekte ve cinsellikten kaçınabilmektedir.

Doyum ve anorgazmi alt boyutları kadın cinsiyette istatistiksel anlamlı olarak daha kötü saptanmıştır. Obsesif kompulsif semptomların kadınlarda cinsel yaşamdaki bozulmanın en önemli öngörücülerinden olduğu bilinmektedir (140). Yapılan pek çok araştırma OKB hastalarında cinsel doyumdaki bozulmayı göstermektedir (8, 143). OKB hastalarındaki törensel nitelikteki davranışların ve cinsel deneyim

sonrasındaki temizlenme ritüellerinin cinsel doyumunu olumsuz etkilediği bildirilmiştir (88). OKB’de cinsellik konusunda yapılan ilk araştırmalardan biri kadın OKB hastalarının % 10 oranında anorgazmi yaşadığını belirtmiştir (143). Yapılan bir araştırmada kadın OKB hastalarında orgazm disfonksiyonu en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olarak belirlenmiştir (142). Kullanılan antidepresan ilaçların yan etkisi olarak özellikle kadın orgazmında gecikme görülebilmektedir (150). Çalışmamızda kadınlarda doyum ve anorgazmi boyutlarında bozulma olduğunu tespit etmiştik; ülkemizde yapılan bir araştırmada da benzer sonuçlar görülmüş, kadın hastalarda orgazmda bozulma olduğu dikkati çekmiştir (88). Bu durumun nedenleri olarak kadın hastalarda cinsel yaşamın değerlendirilmesinde cinsel memnuniyetin ön plana çıktığını düşündürmektedir. Doyumda ve orgazmda bozulmanın nedenleri olarak OKB semptomlarının ve ilaç kullanımının olabileceğini düşündük. Erkek hastalarda bu boyutlarda bozulma saptayamadık. Erkek hastalarda sıklık alt boyutu kontrollerden daha kötü saptanmıştır. Hastaların performans kaygısı göstermelerinin cinsel yaşamı bozduğu bilinmektedir (201). Erkek hastalarda gerek toplumsal yargılar gerekse kendilerinin beklentileri nedeni ile cinsel yaşam konusunda performans kaygısı gösterebildikleri ve bu nedenle ilişkiden kaçınabildikleri, ilişki sıklığının olumsuz etkilendiği yorumunda bulunulabilir. Antidepresanların boşalma üzerindeki etkileri göz önüne alındığında, erkek hastalarda erken boşalma boyutunda bozulma görülmemiş olması anlamlı bulunabilir. Bu farklılığa erkek hastalarda cinsel yaşamın değerlendirilmesi konusunda daha çok ilişki sıklığının, kadın hastalarda ise memnuniyet odaklı bir değerlendirmenin ön planda olmasının neden olabileceği yorumunda bulunduk.

Tüm verilerimiz değerlendirildiğinde OKB hasta grubunun kontrol gruplarından daha kötü bir cinsel doyuma sahip olduğu, daha fazla cinsel işlev problemi gösterdiği, cinsel doyumun özellikle dokunma ve kaçınma alt boyutlarında problem yaşandığı anlaşılmaktadır.

##### **5.5. Cinsel Mitler ile Cinsel İşlevlerin İlişkisinin Değerlendirilmesi**

Çalışmamızda OKB grubu kadın hastalarda cinsel mitler ile GRİSS toplam puanı, iletişim ve kaçınma alt boyutları arasında; erkek hastalarda ise kaçınma alt boyutu ile cinsel mitler arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın hipotezleri

arasında cinsel mitler ile cinsel doyumun ilişkili olacağı bulunmaktaydı. Mevcut literatür incelendiğinde OKB hastalarında cinsel mitlerin cinsel doyum ile ilişkisini araştıran bir çalışma görülememiştir.

Ülkemizde sağlıklı bireylerle yapılan bir çalışmada cinsel mit puanları arttıkça cinsel ilişkiden kaçınmanın arttığı gösterilmiştir (126). Kaygı, cinsel mitler ve cinsel doyumunu değerlendiren başka bir çalışmada cinsel mitlerin arttıkça cinsel doyumun toplam, alt boyutlardan ise kaçınma, iletişim, dokunma, doyum, empotans, erken boşalma ve vajinismus puanlarının arttığı görülmüştür (122). Sağlıklı popülasyonda yapılan başka bir çalışmada cinsel mitler toplam puanı ile kadınlarda kaçınma, dokunma ve vajinismus; erkeklerde ise dokunma ve erken boşalma alt boyutları arasında ilişki saptanmıştır (202). Anksiyete hastalarında cinsel mitlerin cinsel doyuma etkisini değerlendiren bir çalışmada cinsel mitler ile iletişim, doyum, kaçınma, anorgazmi, empotans, erken boşalma arasında ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre cinsel mitlerde bir birimlik artışın cinsel doyumda 0,31 birimlik bir azalmaya yol açtığı anlaşılmıştır (203).

Mevcut araştırmalar çerçevesinde araştırmamızın bulguları incelendiğinde benzer bulgular olduğu anlaşılmıştır. Cinsel mitler tüm toplumda yaygın olarak görülen ve daha önce cinsel doyum üzerine olumsuz etkileri farklı gruplarda gösterilmiş olan bir olgudur. Benzer ilişkinin OKB hastalarında da olabileceği öngörüsünde bulunmuştuk. Çalışmamızda OKB hastalarının hem semptom içeriği hem de düşünme biçimleri sebebi ile sağlıklı kontrollere göre cinsel mitlere daha fazla inanıyor olacaklarını düşündük. Semptom içeriğindeki özellikle temizlik, zarar verme ve dini-cinsel içerikli obsesyonların cinsel yaşamı olumsuz etkileyebileceğini, ek olarak OKB hastalarının mükemmeliyetçi ve ya hep ya hiç tarzındaki düşünme eğilimleri ve büyüsel düşünceleri nedeni ile cinsel mitlere daha fazla inanıyor olabileceklerini öngörmüştük. Nitekim çalışmamızın sonuçları cinsel mitlerin OKB hastalarında kontrollerden daha fazla görüldüğünü aynı zamanda cinsel doyumunu olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. OKB hastaları pek çok farklı nedenle cinsel yaşamlarına dair sorun yaşayabilmektedir, çalışmamızda cinsel mitlerin de bu durumun sebeplerinden olup olmadığını tespit etmeyi amaçlamıştık. Bulgularımız OKB hastalarında cinsel mitlerin kontrollerden daha fazla olması ve cinsel doyum üzerine olumsuz etkilerini de ortaya koyması bakımından değerlidir.

OKB hastalarında hem erkek hem kadınlarda kaçınma ile cinsel mitler arasında bir ilişki bulduk. Ülkemizde yapılan bir araştırmada OKB hastalarının cinsellikten kaçındıkları ortaya konmuştur (88). OKB hastalarında cinsel yaşamla ilgili yürütülen çalışmalar zihinsel kirliliğin cinsel hayatı olumsuz etkilediğini göstermektedir (204). OKB hastalarında tikslenme duyarlılığının olduğu ve cinsel yaşamdan kaçınmayı tetiklediği bilinmektedir (139). CETAD'ın araştırma sonuçları cinsel ilişkideki yakınlığa bağlı tikslenme ve partnerin vücudundan duyulan rahatsızlığın cinsellikten kaçınmaya neden olduğunu göstermiştir (51). Çalışmamızda da OKB hastalarında kaçınmanın daha fazla olduğunu ve cinsel mitler ile ilişkili olduğunu tespit ettik. Cinsel mitlere inancın artmasının cinsel yaşamı belirli kalıplara sokabileceğini, cinsel işlev bozukluklarına yol açabileceğini, kişilerin cinsel yaşam hakkındaki beklentilerini kısıtlayabileceğini biliyoruz. Bu gerekçelerle cinsel mitlerin cinsel yaşamdan kaçınma ile ilişkili olduğunu düşünebiliriz.

Kadın hastalarımızda cinsel mitlere olan inancın cinsel doyuma dair iletişimi ve aynı zamanda cinsel doyumun toplam puanı ile ilişkili olduğunu ortaya koyduk. Ülkemizde yapılan bir araştırma cinsel mitlerin iletişimi önemli bir oranda etkilediğini göstermiştir. Aynı çalışmada cinsel mitlerin kaçınmayı artırdığı ortaya konmuştur (203). Araştırma sonuçları cinsel iletişimdeki eksikliklerin cinsel işlev bozukluklarının etiyolojisinde ve devam etmesinde önemli bir faktör olduğunu ve tedavi sonuçlarını da etkileyebildiğini göstermektedir (205). Sonuçlarımız doğrultusunda cinsel mitlere olan inancın özellikle kaçınma noktasında olumsuz etkilerinin olduğu yorumu yapılabilir. Cinsel mitlerin partnerler arasındaki iletişimi bozabildiğini, kadınların özellikle de toplumsal mitler nedeni ile kendilerini cinsel yaşam konusunda ifade etmekte ve cinsel isteklerini yansıtabilme noktalarında sıkıntı yaşayabileceklerini düşündük. Kadın-erkek cinsiyet arasındaki farklılığı bu şekilde açıkladık. Yine cinsel doyumdaki bozulma üzerinde cinsel mitlerin kadınlarda daha etkili bir bileşen olduğu yorumunda bulunulabilir.

Çalışmamızı planlarken araştırma gruplarımızda da cinsel mitler ve cinsel doyumun ilişkili olabileceğini öngörüydük. Bu nedenle kontrol gruplarımızda da cinsel doyum ve cinsel mitler arasındaki ilişkiyi göstermek istedik. Korelasyon analizi sonuçlarımız erkek anksiyete bozukluğu hasta grupları dışında diğer gruplarda cinsel mitler ile cinsel doyum arasındaki bağlantıyı göstermektedir. Ülkemizde daha önce

sağlıklı gruplarda yapılan pek çok araştırmanın sonuçları da benzer bulguları ortaya koymuştur (54, 126, 127, 202). Ek olarak anksiyete bozukluğu hastalarında da cinsel mitler daha önce çalışılmış bir konu olup cinsel doyum üzerindeki olumsuz etkileri gösterilmiştir (122, 203). Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumlu görünmektedir ancak erkek AB grubu ve erkek OKB grubu hastalarında bu ilişki gösterilememiştir. Erkek hasta gruplarında ilaç kullanımı, hastalık yükü, ilişki problemleri gibi cinsel doyum olumsuz etkileyebilen başka faktörlerin etkisinin daha fazla olmuş olabileceği, bu sebeple cinsel mitlerin etkisinin erkek hasta gruplarımızda anlamlı saptanmamış olabileceği yorumu yapılabilir. Kadın hasta gruplarımızın tamamında bu ilişki gösterilmiştir ve geçmiş çalışmalar ile uyumlu görülmektedir.

Çalışmamızın sonuçları cinsel mitlerin yalnızca OKB hasta grubunda değil tüm gruplarda görülebildiğini ve cinsel doyum tüm gruplarda olumsuz etkileyebildiğini düşündürmektedir. Yine de cinsel mitlerin cinsel işlevler ve doyum üzerindeki etkilerini değerlendirebilmek ve genelleyebilmek için farklı hasta gruplarında çalışılmasına ihtiyaç olduğu anlaşılmıştır.

#### **5.6. OKB Şiddeti ve Alt Boyutları ile Cinsel Doyumun İlişkisi**

OKB hastalarının semptom içerikleri ve şiddetleri BOKÖ ile değerlendirilmiş ve alt boyutlara göre dağılımları ile GRİSS alt boyutları arasında ilişkinin olup olmadığına bakılmıştır. Sonuçlarımız kadın hastalarda temizlik-bulaş içerikli obsesyon ve kompulsiyonlar ile cinsel doyumun kaçınma alt boyutu arasında ilişki olduğunu göstermiştir; erkek hastalarda herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Çalışmamız planlanırken temizlik-bulaş obsesyonları ve dini-cinsel içerikli obsesyonları olan hastaların daha kötü bir cinsel doyum gösterecekleri varsayılmıştır.

Literatür incelendiğinde OKB hastalarının semptom içeriği ile cinsel işlevlerinin bağlantısını değerlendiren az sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalarda OKB hastalarında cinsel doyumdaki azalmanın nedenlerinden birinin semptom içeriği olabileceği; bulaşma ile ilgili obsesyonlar ile dini-cinsel-ahlaki temaların ve zarar vermeyle ilgili şüphelerin bu azalmaya neden olabileceği söylenmiştir (147). OKB hastalarında kontaminasyon ve iğrenme duyarlılığının cinsel işlevselliği etkileyip etkilemediğini araştıran bir araştırmada, temizlik obsesyonlarının ve yüksek iğrenme duyarlılığının cinsel yaşamda engellenmeyi

arttırdığı gösterilmiştir (7). Çalışmamız kadın hastalarda kaçınma ile temizlik-bulaş obsesyon ve kompulsiyonlarının ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Kirlenmeye ilişkin düşüncelerin ve sonrasındaki davranışların cinsel yaşamdan kaçınmaya neden olabileceği beklenebilir. Temizlenme ritüelleri ya da iğrenme duyarlılığı cinsel yaşamdan kaçınmayı ortaya çıkarmış olabilir.

### **5.7. Obsesif Kompulsif Bozukluk Şiddeti ve Alt Boyutları ile Cinsel Mitlerin İlişkisi**

Çalışmamızı planlarken OKB hastalık şiddeti ile cinsel mitlere olan inancın ilişkili olabileceğini düşünmüştük. Çalışmamızın sonuçları kadın hastalarda BOKÖ toplam puanı kullanarak ölçtüğümüz hastalık şiddeti ile cinsel mitlere inancın ilişkili olduğu ve BOKÖ temizlik-bulaş alt boyutu ile cinsel mitlerin ilişkisi olduğunu göstermiştir. Erkek hastalarda cinsel mitler ile OKB şiddeti arasında ilişki saptanamamıştır.

Literatürde OKB hastalarında cinsel mitleri araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Ülkemizde yapılan araştırmalar vajinismus hastaları ve prematür ejakülasyon olgularında cinsel mitlerin daha fazla olduğunu göstermiştir (50, 124). Yapılan çalışmalar cinsel mitlerin kaygı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (122, 203).

Mükemmeliyetçilik ve cinsel mitler arasındaki ilişki gösterilmiştir (190). OKB hastalarının da mükemmeliyetçi düşünme tarzları olduğu bilinmektedir (193). Hasta grubumuzda cinsel mitlerin daha fazla görülmüş olmasının sebeplerinden biri olarak mükemmeliyetçilik düşünülebilir. Ya hep ya hiç düşünme şeklinin ve mükemmeliyetçiliğin cinsel mitlere olan inancın kolaylaşmasını sağladığı yorumunda bulunulabilir.

Çalışmamızda en azından kadınlarda BOKÖ toplam puanı ile cinsel mitler bağlantılı görülmüştür. Erkek hastalarda bu ilişkiyi gösteremedik.

### **5.8. Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Cinsel Doyumun Belirleyicileri**

Sosyodemografik etkenlerin de cinsel yaşam üzerinde etkilerinin olabileceğini düşündük. Bu değişkenlerin beraberce değerlendirilerek cinsel doyum üzerindeki etkisini anlamayı hedefledik. Sosyodemografik değişkenlerin cinsel doyum üzerindeki etkisini değerlendirmek için lineer regresyon modeli kullanılmıştır, cinsel

doyum bağımlı değişken olarak kabul edilmiştir. Analiz sonucunda cinsel doyum üzerinde hastalık süresinin anlamlı etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

OKB hastalarında hastalık süresi uzadıkça cinsel doyumda azalma olduğu ve lineer regresyon analizinin sonucunda hastalık süresinin cinsel doyum üzerinde diğer sosyodemografik ve klinik değişkenler ile birlikte değerlendirildiğinde anlamlı etkisi olduğu görülmüştür. Hastalık süresi uzun olan hastaların daha şiddetli semptom içeriğine sahip oldukları bilinmektedir (184). Ülkemizde yapılan bir araştırmada OKB hastalarında hastalık süresi uzadıkça çevre ile ilişkilerinin bozulduğu görülmüştür (178). Uzun hastalık süresinin daha fazla ilaç kullanımına yol açmış olabileceği ve cinsel işlevlerde daha fazla bozulma olabileceği yorumu yapılabilir. Genel olarak değerlendirildiğinde uzun hastalık süresinin kronisite kazanma ile paralel olduğu düşünülebilir.

OKB hastalığının cinsel yaşam üzerindeki olumsuz etkisinin hastalık süresi ile ilişkili bulunması, OKB hastalığının cinsel işlevler üzerindeki olumsuz etkisini değerlendirmek adına önemli görünmektedir.

### **5.9. Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Cinsel Mitlerin Belirleyicileri**

Çalışmamızda cinsel mitler üzerine sosyodemografik değişkenlerin de etkisi olabileceğini öngördük ve lineer regresyon analizi ile bu etkiyi ortaya koymayı amaçladık. Analiz sonuçlarımıza göre yaş ve eğitim düzeyi değişkenlerinin cinsel mitler üzerinde en büyük etkiyi oluşturduğunu saptadık.

Lineer regresyon analizimiz sonucunda yaş arttıkça cinsel mitlerin arttığı görülmüştür. Ülkemizde sağlık çalışanlarında yapılan bir araştırmada yaş arttıkça cinsel mitlere daha fazla inanıldığını gösterilmiştir (208). Farklı bir araştırma da yaş arttıkça cinsel mitlerin arttığını belirtmiştir (122). CETAD'ın 2006 araştırmasında yaşla birlikte cinsel mitlerde artış olduğu belirtilmiştir (51). Yaşa bağlı olarak cinsel mitlerin değişiklik gösterdiği bilinmektedir (52). Çalışmamızda da ileri yaşta daha fazla cinsel mite inanıyor oluşu literatür ile benzerdir. Ayrıca ileri yaştaki bireylerin yetiştirildikleri dönemin sosyokültürel koşulları düşünüldüğünde cinsellik konusunda daha geleneksel ve tutucu bir yaklaşımla büyümüş olabilecekleri değerlendirilebilir. CETAD'ın araştırma verileri içerisinde cinsel yaşamla ilgili problemlerin sebebi sorulduğunda gelenek, görenek, tabu ve önyargıların önemli bir faktör olduğu

görülmüştür (51). Yaşlı bireylerin bekaret ve cinsel deneyim konusunda daha tutucu bir tavır sergileyebildikleri düşünülmektedir. Bu gibi nedenler yaş artışının cinsel mitleri artırmış olabileceğini düşündürmektedir.

Eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan bireylerde cinsel mitler daha az görülmektedir. Yapılan bir çalışmada eğitimi ilköğretim ve lise düzeyindeki kişilerin üniversite mezunlarına oranla daha fazla cinsel mite sahip oldukları görülmüştür (123). Başka bir çalışmada eğitim durumu ile cinsel mitler arasında istatistiksel anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (122). Prematür ejakülasyon hastalarında yapılan araştırmada eğitim düzeyinin 10 yıldan daha kısa olmasının cinsel mitleri arttırdığı söylenmiştir (124). Kişinin eğitim düzeyinin artmasının cinsel mitlere olan inancını azalttığı belirtilmiştir (52, 160). Araştırmamızın sonuçları literatür ile benzerdir. Eğitim düzeyi yükseldikçe, bireylerin bilgileri sorgulaması ve analiz etmesi, bilgiye ulaşımı daha kolay olmaktadır. Bu gibi sebeplerle eğitim düzeyi arttıkça bireylerin cinsel mitlere inanma oranlarının azalması beklenen bir olgudur. Çalışmamızda eğitim düzeyi daha düşük kişilerde cinsel mitlerin daha fazla görüldüğü anlaşılmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre cinsel mitleri etkileyen sosyodemografik değişkenlere bakıldığında en fazla yaş ve eğitim durumunun etkisi olduğu anlaşılmıştır. Bu duruma ilişkin daha fazla çalışmaya ve veriye ihtiyaç bulunmaktadır.

## 6. KISITLILIK VE GÜÇLÜLÜK

Çalışmamızda büyük oranda öz bildirim dayalı bir değerlendirme yapılmıştır. Bu durumun cinsel yaşamları hakkında katılımcıların vermiş olduğu bilgileri etkilemiş olabileceği düşünülebilir. Cinsel yaşamı konuşabilmek, cinsel problemlerden bahsedebilmek, cinsel yaşamları hakkında hastaları muayene edebilmek konusundaki tabular güncelliğini korumaktadır ve bununla ilgili tartışmalar ilgili bölümde ele alınmıştır. Kişilerin bu alandaki savunucu tutumu kişinin kendini doğru yansıtmasını engellemiş olabilir.

Çalışmamız kesitsel nitelikte olup bu durum değişkenlerimiz arasındaki bağlantıyı analiz etmemizi kısıtlayan bir olgudur.

Yalnızca polikliniğe başvuran hastalar çalışmada yer almıştır. Bu gibi nedenlerle hasta grubumuzun verilerinin tüm evreni temsil edemeyeceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda ilaç kullanan hastalar dahil edilmiştir çünkü OKB hastaları açısından ilaç kullanımı oldukça sık görülmektedir. İlaç tipleri anlamında hasta grupları eşleştirilmiştir ancak ilaç dozları bakımından bu denkliğin sağlanabilmesi olanaklı görünmemektedir. Literatürde antidepresan ilaçların eş değer dozlarına ilişkin farklı veriler olduğu dikkati çekmektedir. İlaçların kişilerin cinsel işlevlerini bozabildiği bilinmektedir ancak farmakokinetik ve farmakodinamik farklılıklar sebebi ile hangi hastada ne düzeyde yan etki oluştuğunu öngörmek mümkün olmamaktadır. Ek olarak OKB ve AB hastalarımızın hastalık süreleri arasında farklılık bulunmaktaydı.

Araştırmamızda cinsel eğitim almayı sorgularken standardize bir yöntem kullanamadık. Kişilerin beyan ettiği ailelerinden ya da okullarından aldıkları cinsel eğitimi geçerli kabul ettik.

Cinsel doyumu değerlendiren ve alt boyutları bakımından ortaya koyan kısıtlı sayıda ölçek bulunmaktadır. Çalışmamızda kullandığımız cinsel doyum ölçeği yalnızca partneri olan, heteroseksüel bireylerde değerlendirme yapabilmektedir. Çalışmamızın popülasyonu da bu şekilde seçilmiştir. Bu durum partneri olmayan ve heteroseksüel olmayan hastaları çalışma dışında bırakmıştır. Haliyle bu kişilerin cinsel doyumlarına yönelik veriler çalışmamızda yer alamamış ve sonuçlarımız bu anlamda kısıtlılık göstermiştir.

Araştırmamızın güçlü yönleri değerlendirildiğinde; çalışmanın OKB hastaları ile AB hastaları ve sağlıklı kontroller arasında yapılmış olması OKB hastalarında cinsel doyum ve cinsel mitleri değerlendirme konusunda yorum yapabilmeyi olanaklı kılmıştır. Literatüre bakıldığında OKB hastalarında cinsel doyumunu değerlendiren oldukça az sayıda çalışma olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda cinsel yaşamı etkilemesi olası olan sosyodemografik veriler bakımından grupların dengeli dağılmasına özen gösterilmiştir ve bu anlamdaki farklılıklar elimine edilmiştir. OKB hastalarında cinsel yaşamı olumsuz etkileyebileceği düşünülen depresyon ve anksiyete bozukluğu eş tanıları klinik görüşme ile dışlanmıştır. Benzer şekilde tüm gruplarda cinsel hayatı olumsuz etkileyecek olan mevcut ya da geçmişteki CİB tanısı, kontrol altında olmayan organik hastalıklar ve gebelik dışlanmıştır.

Çalışmamızda ilaç kullanımı olan OKB hastaları değerlendirilmiş olup ilaç yan etkisi sebebi ile cinsel doyumdaki bozulmayı dışlayabilmek için kontrol grubu olarak hastalık belirtileri olmayan ancak OKB ile benzer grup ilaçları kullanan AB hastaları kullanılmıştır. Bu şekilde ilaç etkisi dışlandıktan sonra bile OKB hastalarının cinsel doyum puanlarının kontrollerden daha kötü saptanmış olması değerlidir. Ayrıca ilaç kullanımı OKB hastalarında çok büyük oranda mevcut olduğu için ilaç kullanan hastalarla çalışılmış olması kıymetlidir.

Araştırmamızda OKB semptom tipleri ile cinsel doyum ilişkisi de değerlendirilmiş olup, ülkemizde bu anlamda bir veriye rastlanılamamıştır ve çalışmamızın bu konudaki verileri oldukça değerlidir.

## 7. SONUÇ

Çalışmamız öncesinde OKB hastalarında cinsel doyuma ilişkin kısıtlı araştırma olduğunu fark ettik ve OKB hastalarının cinsel yaşamları konusunda sorun yaşayabileceklerini öngördük. OKB hastalarını cinsel doyumları açısından değerlendirmeyi cinsel doyumlarının cinsel mitlerden etkilenme durumunu araştırmayı amaçladık. Çalışmamız neticesinde OKB hastalarının remisyondaki AB hastaları ve sağlıklı kontrollerden daha düşük bir cinsel doyuma sahip oldukları ve daha fazla cinsel mitleri olduğunu gözlemledik. OKB hastalarında cinsel mitlere olan inanç arttıkça cinsel doyumun kısıtlandığını saptadık. Cinsel doyumun bazı alt boyutlarında bozulmalar olduğunu ve bir kısmının cinsel mitlerden etkileniyor olduğunu gözlemledik.

Bu bilgilerimiz doğrultusunda klinisyenin OKB hastalarında cinsel doyum düzeyinin daha düşük olduğunu ve cinsel doyum ile cinsel mitlerin ilişkili olduğunu göz önünde bulundurması uygun olacaktır.

## 8. ÖNERİLER

Bu kısımda araştırma sonuçlarımızın verilerinin klinikteki önemi vurgulanarak sonraki araştırmalar için önerilerde bulunulacaktır.

Araştırmamızda cinsel doyumun ve cinsel mitlere yönelik verilerin OKB hastalarında anlamlı farklılığı olduğu görülmektedir. Söz konusu değişkenlerin OKB hastalarının remisyon döneminde de olup olmadığı ve ilaç kullanımı olmayan OKB hastalarında verilerin farklılık gösterip göstermeyeceği konusunda verilere ihtiyaç vardır.

Çalışmamız üniversitemizin psikiyatri kliniğinde yürütülmüş olup bu sebeple çeşitlilik bakımından kısıtlılık arz eden bir popülasyon değerlendirilebilmiştir. Daha büyük ölçekli ve çok merkezli araştırmaların OKB hastalarında cinsel işlevleri daha genellenebilir sonuçlarla ortaya koyabileceği düşünülebilir. Cinsel yaşama yönelik değerlendirmenin sosyokültürel değişkenlerden etkileneceği bilindiğinden farklı bölgelerde de benzer araştırmalar ihtiyaç bulunmaktadır.

OKB hastalarında cinsel işlevlere yönelik değerlendirmenin yapılması ve bu yöndeki tedavi protokollerinin geliştirilmesi, hastalığın tedavi yanıtı ve prognozu konusunda iyileştirici etkiler sunabilir.

## 9. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
2. Coluccia A, Fagiolini A, Ferretti F, Pozza A, Goracci A. Obsessive-Compulsive Disorder and quality of life outcomes: protocol for a systematic review and meta-analysis of cross-sectional case-control studies. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*. 2015;12(2).
3. Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, Davis SR. Psychology: The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *The journal of sexual medicine*. 2009;6(10):2690-7.
4. Basson R. Human sex-response cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2001;27(1):33-43.
5. Lawrance K-a, Byers ES, Cohen JN. Interpersonal exchange model of sexual satisfaction questionnaire. *Sexuality-related measures: A compendium*. 1998;2:525-30.
6. Scott VC, Sandberg JG, Harper JM, Miller RB. The impact of depressive symptoms and health on sexual satisfaction for older couples: Implications for clinicians. *Contemporary Family Therapy*. 2012;34(3):376-90.
7. Pozza A, Marazziti D, Mucci F, Grassi G, Prestia D, Dèttore D. Sexual arousal in obsessive-compulsive disorder with and without contamination/washing symptoms: A moderating role of disgust sensitivity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2020;208(9):694-700.
8. Pozza A, Veale D, Marazziti D, Delgadillo J, Albert U, Grassi G, et al. Sexual dysfunction and satisfaction in obsessive compulsive disorder: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic reviews*. 2020;9(1):1-13.
9. Kendurkar A, Kaur B. Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: do the sexual dysfunctions differ? *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2008;10(4):299.
10. Berrios GE. Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive psychiatry*. 1989;30(4):283-95.
11. Tükel r. obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar. 2017. 1-26 p.
12. American Psychiatric Association A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: American Psychiatric Association Washington, DC; 1980.
13. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *The Journal of clinical psychiatry*. 1994 Mar; 55 Suppl:5-10.
14. Cilliçilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive psychiatry*. 2004;45(5):367-74.

15. Brock H, Hany M. Obsessive-compulsive disorder. StatPearls Publishing , Treasure Island (FL); 2021.
16. Mataix-Cols D, Pertusa A, Leckman JF. Issues for DSM-V: how should obsessive-compulsive and related disorders be classified? : Am Psychiatric Assoc; 2007. p. 1313-4.
17. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. Archives of general psychiatry. 1989;46(11):1006-11.
18. Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. The Journal of clinical psychiatry. 1994.The Journal of Clinical Psychiatry, 55 (3, Suppl), 18-23.
19. Mataix-Cols D, do Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry. 2005;162(2):228-38.
20. Rosario-Campos M, Miguel E, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, et al. The Dimensional Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive–compulsive symptom dimensions. Molecular psychiatry. 2006;11(5):495-504.
21. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry. 2008;165(12):1532-42.
22. Şafak Y, Öcal DS, Özdel K, Kuru E, Örsel S. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Boyutsal Yaklaşım: Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Türkçe'nin Psikometrik Özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2018;29(2):122-30.
23. Veale D, Roberts A. Obsessive-compulsive disorder. Bmj. 2014;348:g2183.
24. Beşiroğlu L. Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel nöropsikolojik model bağlamında tedavi yanıtını ve direncini anlamak. Türk Psikiyatri Dergisi. 2016;27(3):1-9.
25. Olatunji BO, Moretz MW, Wolitzky-Taylor KB, McKay D, McGrath PB, Ciesielski BG. Disgust vulnerability and symptoms of contamination-based OCD: Descriptive tests of incremental specificity. Behavior Therapy. 2010;41(4):475-90.
26. Besiroglu L, Agargun MY, Ozbebit O, Aydin A. A discrimination based on autogenous versus reactive obsessions in obsessive-compulsive disorder and related clinical manifestations. CNS spectrums. 2006;11(3):179-86.
27. Moulding R, Kyrios M, Doron G, Nedeljkovic M. Autogenous and reactive obsessions: Further evidence for a two-factor model of obsessions. Journal of Anxiety Disorders. 2007;21(5):677-90.
28. Lee H-J, Kwon S-M. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. Behaviour research and Therapy. 2003;41(1):11-29.

29. Türksoy N, Tükel R, Özdemir Ö. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan ve olmayan obsesif kompulsif bozukluk hastalarında klinik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*. 2000;3:92-8.
30. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014; p 364-380.
31. Marková IS, Jaafari N, Berrios GE. Insight and obsessive-compulsive disorder: a conceptual analysis. *Psychopathology*. 2009;42(5):277-82.
32. Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*. 2001;34(2):62-8.
33. Shavitt RG, de Mathis MA, Oki F, Ferrao YA, Fontenelle LF, Torres AR, et al. Phenomenology of OCD: lessons from a large multicenter study and implications for ICD-11. *Journal of psychiatric research*. 2014;57:141-8.
34. Beşiroğlu L, Çilli AS, Aşk R. The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2004;45(2):99-108.
35. Bowen R, Rahman H, Dong LY, Khalaj S, Baetz M, Peters E, et al. Suicidality in people with obsessive-compulsive symptoms or personality traits. *Frontiers in psychiatry*. 2019:747.
36. Salkovskis PM, Clark DM, Gelder MG. Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour research and therapy*. 1996;34(5-6):453-8.
37. Rachman S, De Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour research and therapy*. 1978;16(4):233-48.
38. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour research and therapy*. 1989;27(6):677-82.
39. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive—compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1999;37:S29-S52.
40. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour research and therapy*. 1993;31(2):149-54.
41. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004;7(Suppl 3):3-13.
42. Bridges SK, Lease SH, Ellison CR. Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. *Journal of Counseling & Development*. 2004;82(2):158-66.
43. Eşel E. İnsan Cinselliğinin Biyolojik ve Evrimsel Temelleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2006;16(4).
44. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish journal of family medicine and primary care*. 2011;5(4).
45. Sadock B, Sadock V. Anormal cinsellik ve cinsel disfonksiyon. *Concise Textbook of Clinical Psychiatry—Türkçe Çeviri Klinik Psikiyatri*. 2005;2:277-29.

46. Gereklioğlu Ç, Başhan İ, Akpınar E. Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarında Aile Hekimiği Yaklaşımı. *Marmara Medical Journal*. 2010;23(2):308-15.
47. Kayır A. Cinsellik kavramı ve cinsel mitler. *Cinsel işlev bozuklukları monograf serisi*. 1998;1:30-5.
48. Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009;1(1):68-79.
49. Erbil N. The relationships between sexual function, body image, and body mass index among women. *Sexuality and Disability*. 2013;31(1):63-70.
50. Mutlu EA. Vajinismus tanısı alan hastaların sosyodemografik özelliklerinin cinsel mit inançları, cinsel öyküleri, cinsel doyum düzeyleri ve eş değerlendirme biçimleriyle karşılaştırılması. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı 2009.
51. Tedavi CE, Derneği A. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı araştırması 2006. İstanbul; 2011.
52. Kilci Ş, Özsoy S. Evlilik hazırlığı yapan çiftlerin cinsel mitlere inanma durumları ve etkileyen faktörler. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2019;5(2):1-28.
53. Karakoyunlu FB. Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı: Akdeniz Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Antalya; 2007.
54. Aydın D. Sağlık çalışanı evli kadınlarda cinsel mitlere inanma durumu ve cinsel işlev bozuklukları: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
55. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. 1966.
56. Çavaş Ş. Cinsel işlev bozuklukları polikliniğine başvuran vajinismus ve prematür ejakülasyon olgularında psikiyatrik komorbiditenin araştırılması. Prof Dr Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul. 2008.
57. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1993;19(3):171-88.
58. Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. WOMEN'S SEXUAL DYSFUNCTIONS: Assessment and Management of Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal. *The Journal of Sexual Medicine*. 2005;2(3):291-300.
59. Nedir C. Cinsel işlev bozuklukları. 2008.
60. Doğan S, Özkorumak E. Ağrılı Genital Cinsel Aktivite ve Vajinismus Tanısında Yaşanan Güçlükler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2008;11(3).
61. Levin RJ, Both S, Georgiadis J, Kukkonen T, Park K, Yang CC. The physiology of female sexual function and the pathophysiology of female sexual dysfunction (Committee 13A). *The Journal of Sexual Medicine*. 2016;13(5):733-59.

62. Höbek Akarsu R, Kızılkaya Beji N. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. 2016; 18(65): 134- 137.
63. Stephenson KR, Meston CM. The conditional importance of sex: Exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*. 2015;41(1):25-38.
64. del Mar Sánchez-Fuentes M, Santos-Iglesias P, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. *International journal of clinical and health psychology*. 2014;14(1):67-75.
65. Lawrance KA, Byers ES. Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal relationships*. 1995;2(4):267-85.
66. Renaud C, Byers ES, Pan S. Sexual and relationship satisfaction in mainland China. *Journal of Sex Research*. 1997;34(4):399-410.
67. Sprecher S, Cate RM. Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. *The handbook of sexuality in close relationships*: Psychology Press; 2004. p. 245-66.
68. Carpenter LM, Nathanson CA, Kim YJ. Physical women, emotional men: Gender and sexual satisfaction in midlife. *Archives of sexual behavior*. 2009;38(1):87-107.
69. Dundon CM, Rellini AH. More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40–70. *The journal of sexual medicine*. 2010;7(2):896-904.
70. Waldinger MD. Psychiatric disorders and sexual dysfunction. *Handbook of clinical neurology*. 2015;130:469-89.
71. Træen B. Sexual dissatisfaction among heterosexual Norwegians in couple relationships. *Sexual and Relationship Therapy*. 2010;25(2):132-47.
72. Öztürk CŞ, Arkar H. Evli çiftlerde evlilik uyumu ve cinsel doyum arasındaki ilişkiler. *Literatür ve Sempozyum*. 2014;1(3):16-24.
73. Danacı A, Oruç S, Adigüzel H, Yildirim Y, Aydemir O. Relationship of sexuality with psychological and hormonal features in the menopausal period. *The West Indian medical journal*. 2003;52(1):27-30.
74. Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*. 2005;31(5):409-24.
75. Carrère S, Gottman JM. Predicting divorce among newlyweds from the first three minutes of a marital conflict discussion. *Family process*. 1999;38(3):293-301.
76. Rogge RD, Bradbury TN. Till violence does us part: the differing roles of communication and aggression in predicting adverse marital outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67(3):340.

77. Kelly MP, Strassberg DS, Turner CM. Behavioral assessment of couples' communication in female orgasmic disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2006;32(2):81-95.
78. Yıldırım HKY. Evli Çiftlerde Bağlanma Stillerinin ve Ontolojik İyi Oluşun Cinsel Doyum Üzerine Etkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 2021; 18(39):382-404.
79. Varma GS, Oğuzhanoglu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T, Mısırlı Ş, et al. The relationship between depression and anxiety levels and sexual satisfaction for natural and surgical menopause. *Klin Psikiyatri Derg*. 2005;8:109-15.
80. Tunç S. Gebelik ve cinsel doyum: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
81. Vural BK, Temel AB. Cinsel Doyumun Yordanmasında Bazı Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;13(1):24-34.
82. Hasdemir K. Evlilik uyumu ve cinsel doyum arasındaki ilişki: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
83. Uzel A. Evlilik ilişkisi içerisinde çiftler arasında cinsel doyumun, evlilik uyumu ve benlik saygısı üzerindeki etkilerinin incelenmesi: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
84. Byers ES. Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of sex research*. 2005;42(2):113-8.
85. Wylie KR, Steward D, Seivewright N, Smith D, Walters S. Prevalence of sexual dysfunction in three psychiatric outpatient settings: A drug misuse service, an alcohol misuse service and a general adult psychiatry clinic. *Sexual and relationship therapy*. 2002;17(2):149-60.
86. Peleg-Sagy T, Shahar G. Depression and sexual satisfaction among female medical students: Surprising findings from a pilot study. *Psychiatry*. 2012;75(2):167-75.
87. Hariri AG, Karadağ F, Gurol DT, Aksoy UM, Tezcan AE. Sexual problems in a sample of the Turkish psychiatric population. *Comprehensive psychiatry*. 2009;50(4):353-60.
88. Aksoy UM, Aksoy ŞG, Maner F, Gokalp P, Yanik M. Sexual dysfunction in obsessive compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatria Danubina*. 2012;24(4.):381-5.
89. Boyacıoğlu GS. Kadın cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*. 1999;2:54-9.
90. Doğan S. Cinsellikten tiksinti duyma bozukluğu: Davranışçı tedaviye olumlu ve hızlı yanıt veren bir olgu. *Klinik psikiyatri*. 2006;9(4):191-7.
91. Turan Ş, Poyraz CA, Sağlam NGU, Batun GÇ, Yassa A, Duran A, editors. Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Cinsel İşlev Bozuklukları. *Yeni Symposium/ Haziran 2015/ Cilt: 53, Sayı:2; 37*

92. Akyol M, Ulger E, Alacacioglu A, Kucukzeybek Y, Yildiz Y, Bayoglu V, et al. Sexual satisfaction, anxiety, depression and quality of life among Turkish colorectal cancer patients [Izmir Oncology Group (IZOG) study]. *Japanese journal of clinical oncology*. 2015;45(7):657-64.
93. Türegün CA. Yetişkinlerde cinsel doyum ile suçluluk ve utanç arasındaki ilişkinin incelenmesi: Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.
94. Doğan S, Saraçoğlu GV. Yaşam boyu vajinismus olan kadınlarda cinsel bilgi, evlilik özellikleri, cinsel işlev ve doyumun değerlendirilmesi. *Balkan Medical Journal*. 2009;2009(2):151-8.
95. 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.
96. Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia internationalis*. 2004;72(1):52-7.
97. Alacacioglu A, Ulger E, Varol U, Yildiz I, Salman T, Bayoglu V, et al. Depression, anxiety and sexual satisfaction in breast cancer patients and their partners-izmir oncology group study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015;15(24):10631-6.
98. Trudel G. Sexuality and marital life: Results of a survey. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2002;28(3):229-49.
99. Härkönen U. The Bronfenbrenner ecological systems theory of human development. 2001.
100. Gottman J.M. & Gottman, J. S (2015). Gottman couple therapy. In A. S. Gurman, J. L. Lebow, & D. K. Snyder (Eds), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 129- 157). 2015.
101. Dekker A, Matthiesen S, Cerwenka S, Otten M, Briken P. Health, Sexual Activity, and Sexual Satisfaction: Selected Results From the German Health and Sexuality Survey (GeSiD). *Deutsches Ärzteblatt International*. 2020;117(39):645.
102. Varma GS, Oğuzhanoglu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2005;8(3):109-15.
103. Gölbaşı Z, Tuğut N, Erenel A, Eroğlu K. Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2014;36(1):1-10.
104. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira Jr ED, Paik A, Gingell C. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*. 2004;64(5):991-7.
105. Tolman DL, McClelland SI. Normative sexuality development in adolescence: A decade in review, 2000–2009. *Journal of research on adolescence*. 2011;21(1):242-55.

106. Haylı RG, Durmuş E, Kış A. Investigating the marital satisfaction in terms of gender: A meta-analysis study Evlilik doyumu'nun cinsiyet açısından incelenmesi: Bir meta-analiz çalışması. *Journal of Human Sciences*. 2017;14(4):3328-42.
107. Kılıçlar M. Cinsel doyum ile beden imajı ve benlik saygısı arasındaki ilişki: İstanbul Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
108. Demiralp EN, Bulut H, Özten E. Cinsel doyumun cinsel mitlere inanma ile ilişkisini yordayan etkenlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2016;17:12.
109. Egelioglu-Cetişli N, Serçekuş P, Nevin O. Primer infertil kadınlarda cinsel doyum ve çift uyumu. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2014;16(3):38-47.
110. Lazar A. Moderating effects of religiousness and marriage duration on the relation between sexual and marital satisfaction among Jewish women. *Archives of sexual behavior*. 2017;46(2):513-23.
111. Barrientos JE, Páez D. Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. *Journal of sex & marital therapy*. 2006;32(5):351-68.
112. Morokoff PJ, Gilliland R. Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *Journal of Sex Research*. 1993;30(1):43-53.
113. Erdiñ İ. Evli çiftlerde, evlilik uyumu, cinsel yaşam doyum ve yaşam doyum arasında ki ilişkinin incelenmesi: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
114. Hurlbert DF, Apt C, Rabehl SM. Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in nondistressed marriages. *Journal of sex & marital therapy*. 1993;19(2):154-65.
115. Sungur MZ. Cultural factors in sex therapy: the Turkish experience. *Sexual and Marital Therapy*. 1999;14(2):165-71.
116. Ejder Apay S, Nagorska M, Balcı Akpınar R, Sis Çelik A, Binkowska-Bury M. Student comparison of sexual myths: two-country case. *Sexuality and Disability*. 2013;31(3):249-62.
117. Weaver AD, Byers ES. The relationships among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly*. 2006;30(4):333-9.
118. Denizgil T, Sönmez İ, editors. Meme kanseri nedeni ile meme koruyucu cerrahi geçirmiş kadınlarla mastektomi operasyonu geçirmiş kadınlar arasında benlik saygısı, beden algısı, cinsel doyum ve cinsel yaşantıların karşılaştırılması. *Yeni Symposium/ Eylül 2015/ Cilt: 53, Sayı:3; 17*.
119. Murat D. Çiftlerin arasındaki evlilik uyumunun evli kalma sürelerine bağlı olarak beden algısı, kıskançlık düzeyleri ve akılcı olmayan inançları ile ilişkinin incelenmesi: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.

120. Dinç S. Orgazm olamayan kadınlar ile orgazm olabilen kadınların atılganlık düzeyleri, benlik saygıları, beden algıları ve evlilik uyumları açısından karşılaştırılması: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2012.
121. Thomas HN, Hamm M, Borrero S, Hess R, Thurston RC. Body image, attractiveness, and sexual satisfaction among midlife women: a qualitative study. *Journal of Women's Health*. 2019;28(1):100-6.
122. Şahbaz T. Cinsel mitlerin cinsel işlev bozukluğu ve kaygı üzerine etkisi: İstanbul Işık Üniversitesi; 2017.
123. Diker G. Kadın cinsel işlev bozukluğunda cinsel mitlere inanma düzeyi, cinsel bilgi ve benlik saygısı: İstanbul Işık Üniversitesi; 2017.
124. Güneş M, Akçali H, Onur D, Aslihan O, Bulut M, Demir S, et al. Prematür ejakülasyon olgularında cinsel mitlere inanma düzeyi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2016;43(2):319-28.
125. Çağ P, Yıldırım İ. Evlilik Doyumunu Yordayan İlişkisel ve Kişisel Değişkenler. *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal*. 2013;4(39).
126. Karakuş ŞG. Genç yetişkinlerin cinsel mitlere olan inançlarının cinsel doyuma ve yaşam doyumuna etkisinin incelenmesi: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
127. Kocagöz SZ. Cinsel işlev bozukluğu tipleri ve cinsel mitler arasındaki ilişki. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı; 2008.
128. Karagöz M. Toplumsal cinsiyet rolleri ile cinsel doyum ve cinsel özgüven arasındaki ilişkinin incelenmesi: İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.
129. Yılmaz MF. Erişkin evli kadınlarda toplumsal cinsiyet rolü ile cinsel doyumun ilişkisi: Üsküdar Üniversite Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı; 2014.
130. Kaplan K. Evli bireylerde toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumların, evlilik doyumuna ve psikolojik iyi oluş durumuna etkisinin incelenmesi: İstanbul Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı; 2016.
131. Pınar Ç, Yıldırım İ. Relational and personal predictors of marital satisfaction. *Türk psikolojik danışma ve rehberlik dergisi*. 2013;4(39):13-23.
132. Bodenmann G, Randall AK. Close relationships in psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2013;26(5):464-7.
133. Piontek A, Szeja J, Błachut M, Badura-Brzoza K. Sexual problems in the patients with psychiatric disorders. *Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)*. 2019;72(10):1984-8.
134. Montejo AL, Montejo L, Navarro-Cremades F. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current opinion in psychiatry*. 2015;28(6):418-23.
135. Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2009;29(3):259-66.

136. IsHak WW. The textbook of clinical sexual medicine: Los Angeles Springer; 2017.
137. Pozza A, Marazziti D, Mucci F, Angelo NL, Prestia D, Dèttore D. Sexual response in obsessive–compulsive disorder: the role of obsessive beliefs. *CNS spectrums*. 2021;26(5):528-37.
138. Pozza A, Marazziti D, Mucci F, Dèttore D. Propensity to Sexual Response among Adults with Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*. 2019;15:126.
139. Vulink NC, Denys D, Bus L, Westenberg HG. Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder? *Journal of affective disorders*. 2006;91(1):19-25.
140. 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.
141. Fontenelle LF, De Souza WF, De Menezes GB, Mendlowicz MV, Miotto RR, Falcão R, et al. Sexual function and dysfunction in Brazilian patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 2007;195(3):254-7.
142. Ghassemzadeh H, Raisi F, Firoozikhojastefar R, Meysamie A, Karamghadiri N, Nasehi AA, et al. A study on sexual function in obsessive–compulsive disorder (OCD) patients with and without depressive symptoms. *Perspectives in psychiatric care*. 2017;53(3):208-13.
143. Monteiro WO, Noshirvani HF, Marks IM, Lelliott PT. Anorgasmia from clomipramine in obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;151(1):107-12.
144. Thakurta RG, Dhar O, Sarkar S, Ray P, Mallick A. Prevalence and nature of sexual dysfunctions in OCD in a tertiary medical college. *East J Psychiatry*. 2016;17(2):20-30.
145. Aksaray BY, Cem Kaptanoğlu, Süleyman Oflu, Murat Özaltın, Gökay. Sexuality in women with obsessive compulsive disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2001;27(3):273-7.
146. Bala A, Nguyen HMT, Hellstrom WJ. Post-SSRI sexual dysfunction: a literature review. *Sexual medicine reviews*. 2018;6(1):29-34.
147. Moulding R, Aardema F, O'Connor KP. Repugnant obsessions: A review of the phenomenology, theoretical models, and treatment of sexual and aggressive obsessional themes in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014;3(2):161-8.
148. Aguglia A, Signorelli MS, Albert U, Maina G. The impact of general medical conditions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry investigation*. 2018;15(3):246.
149. Dell'Osso B, Nicolini H, Lanzagorta N, Benatti B, Spagnolin G, Palazzo MC, et al. Cigarette smoking in patients with obsessive compulsive disorder: a

- report from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *CNS spectrums*. 2015;20(5):469-73.
150. Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's Health*. 2018;14:1745506518762664.
  151. Kukulcu K, Gürsoy E, Sözer GA. Turkish university students' beliefs in sexual myths. *Sexuality and Disability*. 2009;27(1):49-59.
  152. Sungur MZ. Cinsel eğitim. *Klinik Psikiyatri*. 1998;2:103-8.
  153. Grzanka PR, Zeiders KH, Miles JR. Beyond "born this way?" reconsidering sexual orientation beliefs and attitudes. *Journal of Counseling Psychology*. 2016;63(1):67.
  154. Abdolmanafi A, Nobre P, Winter S, Tilley PM, Jahromi RG. Culture and sexuality: cognitive-emotional determinants of sexual dissatisfaction among Iranian and New Zealand women. *The journal of sexual medicine*. 2018;15(5):687-97.
  155. Kadioğlu D, Şatiroğlu H. *Vajinismus*. İstanbul: Arkadaş Yayınevi. 2011.
  156. Raizada A, Gupta S, Kumar A. Perceptions about sex related myths and misconceptions: Difference in male and female. *Indian Journal of Community Health*. 1997;9(1):33-8.
  157. Torun F, Torun SD, Özaydın AN. Erkeklerde Cinsel Mitlere İnanma Oranları ve Mitlere İnanmayı Etkileyen Faktörler. *Düşünen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*. 2011;24(1).
  158. Cabello F. *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis. 2010.
  159. Yılmaz B, Bahtiyar B. Obsesif kompulsif bozukluk belirtileri, tikslenme duyarlılığı ve zihinsel kirlenmenin cinsel doyumla ilişkisi. *Klinik Psikoloji Dergisi* 3(2), 92-103. 2019.
  160. Kısa S, Zeyneloğlu S, Yılmaz D, Verim E. Evlilik Hazırlığı Yapan Çiftlerin Cinsellikle İlgili Bilgi ve İnanışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(3).
  161. Uguz S, Soylu L, Unal M, Diler RS, Evlice YE. Psychosocial factors and sexual dysfunctions: a descriptive study in Turkish males. *Psychopathology*. 2004;37(3):145-51.
  162. Servet A, Şahin MK, Gülay O. Sexual myth beliefs and associated factors in university students. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019;13(4):472-80.
  163. Ohl LE. Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. *Urologic Nursing*. 2007;27(1):57-63.
  164. HE Ö. Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*. 1999;2(1):49-53.
  165. Zamboni BD, Crawford I. Using masturbation in sex therapy: Relationships between masturbation, sexual desire, and sexual fantasy. *Journal of Psychology & Human Sexuality*. 2003;14(2-3):123-41.


166. K m rc  N, Demirci N, Yıldız H, G n  . T rkiye'deki hem irelik dergilerinden cinselliğe bakış: Bir literat r incelemesi. Hem irelikte EĞitim ve Araştırma Dergisi. 2014;11(1):9-17.
167. Leiblum S, Wiegel M, Brickle F. Sexual attitudes of US and Canadian medical students: The role of ethnicity, gender, religion and acculturation. Sexual and relationship Therapy. 2003;18(4):473-91.
168. Dhall A. Adolescence: myths and misconceptions. Health for the millions. 1995;21(3):35-8.
169. Eroğlu K, G lbaŐı Z. Cinsel eğitimde ebeveynlerin yeri: ne yapıyorlar, ne yaŐıyorlar? Anadolu Hem irelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005;8(2):12-21.
170. Wylie KR, Eardley I. Penile size and the 'small penis syndrome'. BJU international. 2007;99(6):1449-55.
171. Mendoza N, Abad P, Bar  F, Cancelo MJ, Llaneza P, Manubens M, et al. Spanish Menopause Society position statement: use of tibolone in postmenopausal women. Menopause. 2013;20(7):754-60.
172. Puppo V, Puppo G. Anatomy of sex: Revision of the new anatomical terms used for the clitoris and the female orgasm by sexologists. Clinical Anatomy. 2015;28(3):293-304.
173. Pauls RN. Anatomy of the clitoris and the female sexual response. Clinical Anatomy. 2015;28(3):376-84.
174.  zdemir  , Yılmaz M. Sağlık Profesyonellerinin cinsel mitlere inanma durumlarının belirlenmesi. Adnan Menderes  niversitesi Sağlık Bilimleri Fak ltesi Dergisi. 2020;4(3):221-32.
175. Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO, Wheaton MG, Berman NC, Losardo D, et al. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. Psychological assessment. 2010;22(1):180.
176. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust inventory of sexual satisfaction (GRISS). British Journal of Clinical Psychology. 1985;24(1):63-4.
177. Tuğrul C,  ztan N, Kabak ı E. Golombok-Rust cinsel doyum  l eği'nin standardizasyon  alıŐması. T rk Psikiyatri Dergisi. 1993;4(2):83-8.
178. Golbası Z, Evcılı F, Eroğlu K, Bircan H. Sexual myths scale (SMS): development, validity and reliability in Turkey. Sexuality and Disability. 2016;34(1):75-87.
179. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. British journal of medical psychology. 1959.
180. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaoğlu E, Yola  P. Hamilton anksiyete değerlendirme  i eği, değerlendiriciler arası g venirlik ve ge erlik  alıŐması. T rk Psikiyatri Dergisi. 1998;9(2):114-7.
181. Schwartzman CM, Boisseau CL, Sibrava NJ, Mancebo MC, Eisen JL, Rasmussen SA. Symptom subtype and quality of life in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry research. 2017;249:307-10.

182. Lampropoulos GK. Integrating psychopathology, positive psychology, and psychotherapy. 2001.
183. Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. *International clinical psychopharmacology*. 1998.
184. Khanna S, Channabasavanna S. Towards a classification of compulsions in obsessive compulsive neurosis. *Psychopathology*. 1987;20(1):23-8.
185. Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. SLACK Incorporated Thorofare, NJ; 1989. p. 67-73.
186. Demet MM, Deveci A, Deniz F, Taşkın E, Şimşek E, Yurtsever F. Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005;6(3):133-44.
187. Tezcan E, Millet B, Kuloğlu M. Türkiye ve Fransa’da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 1998;1(1):35-41.
188. Okasha A, Saad A, Khalil AH, El Dawla AS, Yehia N. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study. *Comprehensive psychiatry*. 1994;35(3):191-7.
189. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2001;55(6):623-7.
190. Kahraman S, Kaya ME, İlayda E. Yetişkinlerde Mükemmeliyetçilik ve Cinsel Mitler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*.3(3):175-82.
191. Çelik F. Kişilik özelliklerinin çocukluk çağı travması ve cinsel mitlerle olan ilişkisi: İstanbul Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
192. Pişgin İ, Özen DŞ. Çocukluktan erişkinliğe obsesif kompulsif bozuklukta hatalı değerlendirme ve inanç alanları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(1):117-31.
193. Yorulmaz O, BAaştuğ G, Tüzer V, Göka E. Obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastalarda yanlış yorumlama, inançlar ve düşünce kontrol yöntemleri. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013;14(3).
194. Boger S, Ehring T, Berberich G, Werner GG. Impact of childhood maltreatment on obsessive-compulsive disorder symptom severity and treatment outcome. *European journal of psychotraumatology*. 2020;11(1):1753942.
195. Destree L, Brierley M-EE, Albertella L, Jobson L, Fontenelle LF. The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: a systematic review. *Journal of psychiatric research*. 2021;142:345-60.
196. Akpınar A, BAKIM B, Alpak G, Çevik M, Yavuz BG, KARAMUSTAFALIOĞLU O. Childhood trauma, sexual functions, psychiatric comorbidity and sociodemographic data in obsessive-compulsive disorders with sexual obsessions. *Dicle Tıp Dergisi*. 2013;40(2):183-91.

197. Turan Ş, Poyraz CA, Sağlam NGU, Batun GÇ, Yassa A, Duran A, editors. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında cinsel işlev bozuklukları. Yeni Symposium Haziran 2015 Cilt: 53, Sayı: 2; 42.
198. Aksoy, U. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluğu Hastalarındaki Cinsel İşlev Bozukluklarının Karşılaştırılması; İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı; 2006.
199. Staebler CR, Pollard CA, Merkel WT. Sexual history and quality of current relationships in patients with obsessive compulsive disorder: a comparison with two other psychiatric samples. *Journal of sex & marital therapy*. 1993;19(2):147-53.
200. Ak N, Lapsekili E, Temizsu M. Bir Olgu Üzerinden Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Cinsel İşlevler; 2012 Cilt:1, Say: 3; 178-183.
201. Summerfeldt LJ, Endler NS. Examining the evidence for anxiety-related cognitive biases in obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*. 1998;12(6):579-98.
202. Kapıcı GA. Klinik psikoloji yüksek lisans öğrencilerinin cinsel mitlere inanma düzeylerinin cinsel doyum ve kaygı düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.
203. Yılmaz M. Yetişkinlerde anksiyetenin ve cinsel mitlerin cinsel doyum ile ilişkisinin incelenmesi: İstanbul Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı; 2018.
204. Coughtrey AE, Shafran R, Knibbs D, Rachman SJ. Mental contamination in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2012;1(4):244-50.
205. Metz ME, Epstein N. Assessing the role of relationship conflict in sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2002;28(2):139-64.
206. Özdemir Ö, Yılmaz M. Sağlık Profesyonellerinin Cinsel Mitlere İnanma Durumlarının Belirlenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2020;4(3):221-32.

## 10. EKLER

### EK-1: Etik Kurul Onay Formu



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/243-295 05.05.2021

Sayın Prof. Dr. Ömer BÖKE

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda cinsel doyumun cinsel mitler ile ilişkisinin incelenmesi** başlıklı OMÜ KAЕК 2021/202 Karar nolu nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 15.04.2021 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

## EK-2: Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

### HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

#### ARAŞTIRMANIN ADI ( ÇALIŞMANIN AÇIK ADI ):

“Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda cinsel doyumun cinsel mitler ile ilişkisinin incelenmesi”

#### **Gönüllünün Baş Harfleri << >>**

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Bu çalışmada Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda cinsel doyumun cinsel mitler ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız.

#### **BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDAMIYIM?**

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Ayrıca destekleyici firma çalışmayı sonlandırmaya karar verirse bu durumda da çalışmadan çıkartılacaksınız.

#### **ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR? Açıklayınız**

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda cinsel doyum ile cinsel mitler arasındaki ilişkinin incelenmesi ve bağlantılarının ortaya konması amaçlanmıştır. Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda azalmış cinsel doyum düzeyleri görülmektedir. Bu durum kişilerin işlevselliğini, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların cinsel doyumları ile cinsel mitlerin ilişkisinin değerlendirilmesi ve remisyonadaki anksiyete bozukluğu hastaları ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

#### **ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:**

Bu araştırma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında cinsel doyumun ve cinsel mitlerin ilişkisinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

## **BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?**

Anketi okuyup uygun şekilde doldurmanız yeterlidir.

## **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?**

Yapılacak olan anketin size ve sağlığınıza herhangi bir zararı bulunmamaktadır.

## **GEBELİK VE DOĞUM KONTROLÜ**

Eğer denek / hasta doğurganlık döneminde / emziren bir kadın ise....

Çalışmamız Ankettir.

## **ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR? (Varsa açıklayınız)**

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda azalmış cinsel doyum düzeyleri görülmektedir. Bu durum kişilerin işlevselliğini, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların cinsel doyumları ile cinsel mitlerin ilişkisinin değerlendirilmesi ve remisyonadaki anksiyete bozukluğu hastaları ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır, çalışmaya katılmanız bu hasta gruplarındaki cinsel doyum ve cinsel mitlerin çalışılması açısından faydalı olacaktır.

## **GÖNÜLLÜ KATILIM**

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğim veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabilirim bilincindeyim.

## **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?**

Araştırmaya katılmanız nedeniyle size para ödenmeyecek yada sizden para talep edilmeyecektir.

## **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Çalışmanın yürütülmesi ve yayınlanması aşaması dâhil, hiçbir aşamada sizin isminiz ve kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır.

Çalışma destekleyicisi firma çalışma verilerinizi, sadece yukarıda belirtilen amaçlarda kullanacak olan kendi grubundaki diğer şirketler, hizmet alınan kurumlar, anlaşmalı firmalar ve diğer araştırma kuruluşları ile paylaşabilir. Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır.

Eğer onayınızda vazgeçerseniz, çalışma verilerinizi artık kullanılmayacak ya da diğer kişilerle paylaşılmayacaktır. Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermekteyim.

**ARAŞTIRMA SÜRESİNCE 24 SAAT ULAŞILABİLECEK KİŞİLER:**

Ad, soyad ve telefon numaraları

Dr.Feyza YILMAZ

Prof.Dr.Ömer BÖKE

Tel: 03623121919

**ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:** Varsa açıklayınız

Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışmadan çıkmanız halinde bu tedavi kurumunda göreceğiniz bakım ve tedaviler etkilenmeyecek, herhangi bir aksama olmayacaktır.

**YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR**

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

**Çalışmaya Katılma Onayı**

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

**\* Açıklamalar hastanın anlayabileceği açıklıkta ve teknik terimlerden uzak bir şekilde belirtilmelidir.**

**EK-3: Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu**

**Adı Soyadı:**

**Yaş:**

**Cinsiyet:** (0) Erkek (1) Kadın

**Medeni Durum:** (0) Bekar (1) Evli

**Eğitim Süresi:** ... yıl

**Çalışma Durumu:** (0) Çalışmıyor (1) Çalışıyor

**Yaşanılan Yer:** (0) Köy-Kasaba (1) Kent

**Sosyoekonomik Düzey:** (0) Alt (1) Orta (2) İyi

**Çocuk Varlığı:** (0) Yok (1) Var

**Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu:** (0) Hayır (1) Evet

**Psikiyatrik Tedavi Alıyorsa Hangi Tedavi:** ...

**Hastalık süresi:** ... yıl

**Yatarak Tedavi Alma Durumu:** (0) Hayır (1) Evet

**Cinsel Eğitim Alma Durumu (Aile, Okul):** (0) Hayır (1) Evet

**Cinsel Bir Sorunu Olduğunu Düşünme:** (0) Hayır (1) Evet

**Doktoru Tarafından Cinsel Yaşamın Sorgulanması:** (0) Hayır (1) Evet

## EK-4: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

Bu anket sizin 4 farklı konudaki (sizin yaşadığınız veya yaşamadığınız) endişelerinizle ilgili sorular sormaktadır. Her bir tip için; o tipe özgü düşüncelerin (bazen obsesyon olarak adlandırılır) ve davranışların (bazen ritüel ya da kompulsiyon olarak adlandırılır) tanımı vardır. Tanımların ardından bu düşünce ve davranışlarla ilgili sizin yaşadıklarınız hakkında 5 soru gelmektedir. Lütfen her açıklamayı dikkatlice okuyun ve her kategorideki sorulara son bir ay içerisindeki yaşantularınıza dayanarak cevap verin.

<p><b>Kategori I: Mikroplar ve kirlenme (bulaşma) hakkındaki endişeler</b></p> <p>Örnekler...</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Belirli bir nesne ya da kişi ile temas ettiğiniz ( ya da yakın olduğunuz) zaman kirlendiğiniz şeklindeki düşünce veya hisleriniz.</li><li>➤ Belirli bir yerde (banyo gibi) bulunduğunuzdaki kirlenme hissiniz.</li><li>➤ Mikropların, hastalığın ya da kirliliğin yayılma olasılığı hakkındaki düşünceleriniz.</li><li>➤ Kirlenme ile ilgili endişelerinizden dolayı el yıkama, el dezenfektanı kullanma, banyo yapma kıyafetlerinizi değiştirme ya da nesnelere dokunma gibi davranışlarınız.</li><li>➤ Kirlenme nedeniyle belli bir düzeni takip etmeniz (ör.; banyoda, giyinirken).</li><li>➤ Kirlenme nedeniyle belli insanlardan, nesnelere ya da yerlerden kaçınmanız.</li></ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bundan sonra gelecek sorular **son bir ay içinde** kirlilikle ilişkili düşünce ve davranışlarınız hakkındadır. Yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın:

1. Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını kirlenme hakkında düşünerek ve kirlilikten dolayı yıkama veya temizleme davranışları ile meşgul olarak geçirirsiniz?
  - 0 Hiç
  - 1 Her gün bir saatten az
  - 2 Her gün 1 ile 3 saat arasında
  - 3 Her gün 3 ile 5 saat arasında
  - 4 Her gün için 5 saat ya da daha fazla
2. Kirlenme hakkındaki endişelerinizi önlemek için ya da yıkama, temizleme veya dış almaya zaman harcamak zorunda kalmamak için bu durumlardan ne ölçüde kaçınmanız?
  - 0 Hiç kaçınmam
  - 1 Biraz kaçınırım
  - 2 Orta derecede kaçınırım
  - 3 Çok kaçınırım
  - 4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınırım
3. Kirlenme hakkında düşünceleriniz olsaydı ama yıkama, temizleme veya dış alma (veya başka şekilde kirlere temizleme) davranışlarını yapmasaydınız, ne kadar sıkıntılı veya kaygılı endişeli olurdunuz?
  - 0 Hiç sıkıntılı/endişeli olmam
  - 1 Hafif sıkıntılı/endişeli olurum
  - 2 Orta derecede sıkıntılı/endişeli olurum
  - 3 Çok sıkıntılı/endişeli olurum
  - 4 İleri derecede sıkıntılı/endişeli olurum
4. Kirlenme kaygıları ve aşırı derecede temizleme, yıkama, dış alma ya da kaçınma davranışları nedeniyle günlük işleriniz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne ölçüde bozulmuştur?
  - 0 Hiç bozulmadı.
  - 1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla işlevsellikim iyi.
  - 2 Birçok şey bozuldu fakat hala idare edebiliyorum.
  - 3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve güçlüklerle idare ediyorum.
  - 4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.
5. Sizin için kirlenme ile ilgili düşüncelere aldırış etmemek ve yıkama, dış alma, temizleme ve diğer arınma davranışlarını yapmayı bırakmak ne kadar zordur?
  - 0 Hiç zor değil
  - 1 Biraz zor
  - 2 Orta derecede zor
  - 3 Çok zor
  - 4 Aşırı derecede zor

**Kategori 2: Zarardan, Yaralanmadan veya Talihsizlikten Sorumlu Olma Konusundaki Endişeler**

**Örnekler...**

Zararlı ya da korkunç bir şeyin olmasına neden olabilecek bir hata yapmış olma şüphesi.  
Korkunç bir kaza, felaket, yaralanma veya başka bir talihsiz olayın meydana gelebileceği ve sizin bunu önlemek için yeterince dikkatli olmadığınız düşüncesi.  
Bir şeyleri belli bir düzende yaparak, belirli sayıları sayarak ya da uğursuz sayı ve kelimelerden kaçınarak tehlike veya talihsizliği engelleyebileceğiniz düşüncesi.  
Kaybedilmesi pek muhtemel olmayan önemli şeyleri kaybetme düşüncesi (ör, cüzdan, kimlik kartı, evraklar).  
Elektrik düğmeleri, kilit ve cüzdan gibi eşyaları gereğinden fazla kontrol etmek.  
Kötü bir şey olmadığı (veya olmayacağı) konusunda güvence almak için bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek ya da tekrar tekrar sormak.  
Yanlış bir şey yapmadığınızdan emin olmak için geçmiş olayları zihinsel olarak gözden geçirmek.  
Zarar veya felaketlerin meydana gelmesini önleyebilmek için özel bir rutini takip etmeye ihtiyaç duymak.  
Zarara yol açma korkusu nedeniyle bazı uğursuz sayılardan kaçmaya ve ya belli sayıları saymaya ihtiyaç duymak.

Bundan sonraki sorular **son bir ay içinde** felaket ve zararla ilgili düşünce ve davranışlarınız hakkındadır. Sizin yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

- Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını zarar ya da felaketlerin meydana gelme olasılığı hakkında düşünerek ve böyle şeylerin meydana gelip gelmediği ile ilgili güvence için sfor sarf ederek veya kontrol ederek geçirirsiniz?
  - 0 Hiç
  - 1 Her gün bir saatten az
  - 2 Her gün 1 ile 3 saat arasında
  - 3 Her gün 3 ile 5 saat arasında
  - 4 Her gün 5 saat ya da daha fazla
- Olası zarar veya felaketler hakkında endişelenmeniz ya da tehlikeyi kontrol etmeniz gerek kalmaması için bu durumlardan ne ölçüde kaçınırsınız?
  - 0 Hiç kaçınmam
  - 1 Biraz kaçınıyorum
  - 2 Orta derecede kaçınıyorum
  - 3 Çok kaçınıyorum
  - 4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınıyorum
- Zarar veya felaketlerin olma olasılığı hakkında düşünmeden zaman veya eğer bu konular hakkında güvence alamıyor veya kontrol edemiyorsanız ne kadar sıkıntılı veya kaygılı/endişeli olursunuz?
  - 0 Hiç sıkıntılı/endişeli olmam
  - 1 Biraz sıkıntılı/endişeli olurum
  - 2 Orta derecede sıkıntılı/endişeli olurum
  - 3 Çok sıkıntılı/endişeli olurum
  - 4 Aşırı sıkıntılı/endişeli olurum
- Zarar ve ya felaketleri düşünmekten, güvence almaktan veya aşırı kontrol etmekten dolayı günlük rutin işleriniz (iş, okul, ev bakımı, sosyal yaşam) ne derecede bozulmuştur?
  - 0 Hiç bozulmadı.
  - 1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla işlevselliğim iyi.
  - 2 Birçok şey bozuldu fakat hala idare edebiliyorum.
  - 3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve güçlüklerle idare ediyorum.
  - 4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.
- Olası zarar ve felaketle ilgili düşüncelere aldırış etmemek ve güvence arama davranışlarından veya kontrol etmekten vazgeçmek sizin için ne kadar zordur?
  - 0 Hiç zor değil
  - 1 Biraz zor
  - 2 Orta derecede zor
  - 3 Çok zor
  - 4 Aşırı derecede zor

### Kategori 3: Kabul Edilemez Düşünceler

Örnekler...

- Cinsellik, ahlaksızlık veya şiddetle ilgili isteğiniz dışında zihninize gelen rahatsız edici düşünceler.
- Gerçekte yapmak istemediğiniz çirkin, uygunsuz veya utanırıcı şeylerle ilgili düşünceler.
- Kötü bir düşünceden dolayı özel bir rutini uygulamak veya bir eylemi tekrar etmek.
- İstenmeyen veya rahatsız edici bir düşünceden kurtulmak için zihinsel olarak belli işlemleri gerçekleştirmek veya dua etmek.
- İstenmeyen veya rahatsız edici düşünceleri tetikleyen belli kişilerden, yerlerden veya durumlardan kaçınmak.

Bundan sonraki sorular son bir ay içinde aklınıza istemeden gelen düşünceleri ve bu düşüncelerle başa çıkmak için yaptığınız davranışları değerlendirir. Sizin yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

1. Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını istenmeyen, rahatsız edici düşüncelerle ve bu düşüncelerle başa çıkmak için yaptığınız davranışsal veya zihinsel eylemlerle geçirirsiniz?
  - 0 Hiç
  - 1 Her gün bir saatten az
  - 2 Her gün 1 ile 3 saat arasında
  - 3 Her gün 3 ile 8 saat arasında
  - 4 Her gün 8 saat ya da daha fazla
2. İstenmeyen ve rahatsız edici düşünceleri tetikleyen durumlar, yerler, nesnelere ve diğer hatırlatıcılardan (sayılar, kişi) ne ölçüde kaçınırsınız?
  - 0 Hiç kaçınmam
  - 1 Biraz kaçınırım
  - 2 Orta derecede kaçınırım
  - 3 Çok kaçınırım
  - 4 Neredeyse her şeyden aynı derecede kaçınırım
3. İradeniz dışında aklınıza istemeyen ve rahatsız edici düşünceler geldiğinde ne kadar sıkıntı ya da kaygı-endişe yaşarsınız?
  - 0 Hiç sıkıntı / endişe yaşamam
  - 1 Biraz sıkıntı / endişe yaşarım
  - 2 Orta derecede sıkıntı / endişe yaşarım
  - 3 Çok sıkıntı / endişe yaşarım
  - 4 Aynı sıkıntı / endişe yaşarım
4. İstenmeyen rahatsız edici düşünceler ve bu düşüncelerle başa çıkma, kaçınma çabaları yüzünden günlük rutin işleriniz (iş, okul, bakım, sosyal yaşam) ne derecede bozulmuştur?
  - 0 Hiç bozulmadı.
  - 1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla işlevselliğim iyi.
  - 2 Birçok şey bozuldu fakat hala idare edebiliyorum.
  - 3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve güçlüklerle idare ediyorum.
  - 4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.
5. İstenmeyen rahatsız edici düşüncelere aldırış etmemek veya bu düşüncelerle başa çıkmak için yaptığınız davranış ya da zihinsel eylemleri kullanmaktan vazgeçmek sizin için ne kadar zordur?
  - 0 Hiç zor değil
  - 1 Biraz zor
  - 2 Orta derecede zor
  - 3 Çok zor
  - 4 Aynı derecede zor

**Kategori 4: Simetri, eksiksizlik ve Bir Şeylerin "Tam Olması" Gereksinimiyle İlgili Endişeler**

Örnekler...

- Simetri, düzenlilik, eşitlik veya kesinlik ihtiyacı.
- Bir şeylerin "tam" olmadığı hissi.
- "Tam" veya "eşit" olduğunu hissedene kadar belli bir eylemi tekrarlamak.
- Anlamsız şeyleri saymak (örn., tavan panelleri, bir cümledeki kelimeler).
- Gereksiz yere eşyaları "düzenlemek".
- "Tam doğru" hissettirene kadar bir şeyleri tekrar tekrar aynı şekilde söylemek.

Bundan sonraki sorular **son bir ay içinde** bir şeylerin tam olmadığı ile ilgili hisleriniz ve simetri, düzen ve eşitlik sağlamak üzere yaptığınız davranışlarınız hakkındadır. Sizin yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

1. Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını simetri, düzen veya eşitlik ile ilgili istenmeyen düşüncelerle ve simetri, düzen, eşitlik sağlamak amacıyla yaptığınız davranışlarla geçirirsiniz?
  - 0 Hiç
  - 1 Her gün bir saatten az
  - 2 Her gün 1 ile 3 saat arasında
  - 3 Her gün 3 ile 5 saat arasında
  - 4 Her gün 5 saat ya da daha fazla
2. Bazı şeylerin simetrik veya tam doğru olmadığını hissettiren nesne, durum ve yerlerden ne derecede kaçınırsınız?
  - 0 Hiç kaçınmam
  - 1 Biraz kaçınıyorum
  - 2 Orta derecede kaçınıyorum
  - 3 Çok kaçınıyorum
  - 4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınıyorum
3. Bazı şeylerin "tam doğru" olmadığı ile ilgili hisleriniz olduğu zaman ne kadar sıkıntılı ve kaygılı/endişeli olursunuz?
  - 0 Hiç sıkıntılı/endişeli olmam
  - 1 Biraz sıkıntılı/endişeli olurum
  - 2 Orta derecede sıkıntılı/endişeli olurum
  - 3 Çok sıkıntılı/endişeli olurum
  - 4 Aşırı sıkıntılı/endişeli olurum
4. Bir şeylerin "tam doğru" olmadığı hissi nedeniyle ve tam olarak doğru olması için düzeltme ve sıraya koyma-çabaları nedeniyle günlük rutin işleriniz (iş, okul, öbakiim, sosyal yaşam) ne derecede bozulmuştur?
  - 0 Hiç bozulmamıştır
  - 1 Biraz bozulmuştur fakat çoğunlukla işlevliliğim iyidir.
  - 2 Birçok şey bozulmuştur fakat hala idare edebilirim.
  - 3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve çok sıkıntılı idare ediyorum.
  - 4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevli değilim.
5. Simetri ve düzenin olmadığıyla ilgili düşüncelere aldırış etmemek ve düzenlemekten veya belli davranışları tekrarlamaktan vazgeçmek sizin için ne kadar zordur?
  - 0 Hiç zor değil
  - 1 Biraz zor
  - 2 Orta derecede zor
  - 3 Çok zor
  - 4 Aşırı derecede zor

**EK-5: Cinsel Mitler Ölçeği**

İFADELER	Asla Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Kısmen Katılmıyorum (4)	Kesinlikle Katılmıyorum (5)
1 Eşcinsellik bir hastalıktır.					
2 Eşcinsellik tedavi edilmelidir.					
3 Eşcinseller toplum için zararlıdır.					
4 Eşcinsel erkekler kadın gibi davranır.					
5 Bireyin cinsel yönelimi dış görüntüsünden (giyimi, konuşması, davranışları) anlaşılır.					
6 Erkekler matematik gibi zeka gerektiren işlerde kadınlardan daha başarılıdır.					
7 Ev işleri kadınların görevidir.					
8 Erkeğin kararları kadınlara göre daha gerçekçi / mantıklıdır.					
9 Erkekler kadınlardan daha rekabetçidir.					
10 Kadınlar yardıma muhtaçtır.					
11 Erkek olmak, kadın olmaktan daha değerlidir.					
12 Yaşlı bireylerin cinsel ilişkide bulunması doğru değildir.					
13 Yaşlanma ile birlikte cinsel yaşam sona erer.					
14 Menopoza girmek (adetten kesilmek), kadının cinsel yaşamını sona erdirir.					
15 Doyumlu bir cinsel yaşam için genç olmak şarttır.					
16 Cinsel ilişkinin her aşaması erkeğin kontrolünde olmalıdır.					
17 Kadın, cinsel ilişkide eşinin isteklerine göre hareket etmelidir.					
18 Cinsel ilişkide eşini memnun etmek kadının görevidir.					
19 Mastürbasyon yapmak fiziksel hastalıkların gelişmesine neden olur.					
20 Mastürbasyon yapmak psikolojik sorunlara neden olur.					
21 Eşlerden birinin rızası dışında gerçekleşen cinsel ilişki "tecavüz" sayılmaz.					
22 Erkek çocuklar tecavüz kurbanı olmazlar.					
23 Tecavüze uğrayan erkek çocukları büyüdüklerinde eşcinsel olurlar.					
24 Kadınlar dış görünüşleri / giyimleri ile cinsel şiddetin ortaya çıkmasına neden olurlar.					
25 Cinsellik, cinsel ilişki (cinsel birleşme) demektir.					
26 Eşlerin cinsel hazzı yaşayabilmeleri için cinsel ilişki şarttır.					
27 Cinsel ilişki mutlaka orgazmla (haz / tatmin) sonuçlanmalıdır.					
28 Kadınlar yalnızca "cinsel ilişki" yoluyla orgazma ulaşabilirler.					

## EK-6: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

### Golombok-Rust Cinsel Doyum Envanteri

#### ERKEK Formu

1. Haftada iki defadan fazla cinsel birleşimde bulunur musunuz?

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

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

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

3. Cinsel açıdan kolaylıkla uyanır mısınız?

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

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

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

5. Eşinizle cinsel yaşantınızda monotonluktan şikâyetçi misiniz?

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

6. Eşinizin cinsel organını okşamaktan hoşlanmadığınız olur mu?

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

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

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

8. Eşinizle cinsel birleşmeden zevk alır mısınız?

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

9. Eşinize cinsel ilişkide nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız?

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

10. Penisinizin sertleşmediği olur mu?

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

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

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

12. Eşinizin cinsel organınızı okşamasından zevk alır mısınız?

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

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

## **Golombok- Rust Cinsel Doyum Envanteri**

### **KADIN Formu**

1.Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?

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

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

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

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

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

4.Cinsel yönden kolaylıkla uyanır mısınız?

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

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

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

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

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

7.Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?

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

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

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

9.Eşinize sarılıp, vücudunuzu okşamaktan zevk alır mısınız?

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

10.Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkâr bulur musunuz?

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

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

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

12.Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız olur musunuz?

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

26.Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?

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

27.Cinsel birleşme anında hoşlanır mısınız?

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

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

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

## EK-7: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

### HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (strekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

#### Birini İşaretleyin

1. ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.	0	1	2	3	4
2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, titreme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6. DEPRESİF MİZAÇ: İlgisi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7. BEDENSEL: (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu.	0	1	2	3	4
8. SOMATİK: (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma durumu.	0	1	2	3	4
9. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.	0	1	2	3	4

10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Goguste baski veya sikisma, bogulma duygusu, ic cekme, dispne.	0	1	2	3	4
11. GASTROINTESTINAL SEMPTOMLAR: Yutma guclugu, bagirsaklarda gaz, karin agrisi, yanma duyumları, karında dolgunluk, bulanti, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
12. GENITOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sik iseme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Agız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş agrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
14. GORUŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kızarma, gergin yüz, ic çekme veya hızlı solama, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon saçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.	0	1	2	3	4

TOPLAM:

PSİŞİK:  
(1,2,3,5,6)

SOMATİK  
(4,7,8,9,10,11,12,13)

## EK-8: Turnitin Orijinallik Raporu

ORJİNALLİK RAPORU			
% <b>14</b>	% <b>12</b>	% <b>4</b>	% <b>8</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
<b>1</b>	<b>acikbilim.yok.gov.tr</b> İnternet Kaynağı		% <b>3</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi		% <b>2</b>
<b>3</b>	<b>Submitted to TechKnowledge Turkey</b> Öğrenci Ödevi		% <b>2</b>
<b>4</b>	<b>www.turkpsikiyatri.com</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>dergipark.org.tr</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>Stefan Zwingenberger, Roberto D. Valladares, Achim Walther, Heidrun Beck et al. "An epidemiological investigation of training and injury patterns in triathletes", Journal of Sports Sciences, 2013</b> Yayın		<% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>www.phdernegi.org</b> İnternet Kaynağı		<% <b>1</b>
<b>8</b>	<b>Submitted to Gaziantep Aniversitesi</b> Öğrenci Ödevi		