

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**OBEZİTE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
KADINLARIN CİNSEL İŞLEVLERİNİN, HASTALARIN
BEDEN KİTLE İNDEKSLERİ, DEPRESYON VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Hülya GÜÇ
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Mayıs, 2018

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**OBEZİTE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
KADINLARIN CİNSEL İŞLEVLERİNİN, HASTALARIN
BEDEN KİTLE İNDEKSLERİ, DEPRESYON VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Hülya GÜÇ
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran MUTLU

İSTANBUL
Mayıs, 2018

Yazar Bildirimi

"OBEZİTE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN CİNSEL İŞLEVLERİNİN, HASTALARIN BEDEN KİTLE İNDEKSLERİ, DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ" isimli uzmanlık tezinde Dr. Hülya GÜÇ ;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Mayıs, 2018

Dr. Hülya GÜÇ

İmza:

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Herhangi bir firma desteği veya sponsorluğu ile kongreye katılmadım.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanlar; Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran MUTLU
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Hülya GÜÇ

Teşekkür

Tıp Fakültesi'ndeki eğitimim sırasında bilgi ve deneyimleriyle desteğini esirgemeyen, çocuk, ergen ve yetişkin ruh sağlığına bakış açımın gelişmesini sağlayan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Burak Doğangün'e,

Asistanlık eğitimim sırasında; tez danışmanlığının yanı sıra Aile Hekimliği Kliniği'ndeki uzmanlık eğitimim süresince desteğini her zaman hissettiğim, değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran Mutlu'ya;

Bilgi ve deneyimleri ile, hekimliğe ve hayata farklı bir bakış açısıyla bakmamızı sağlayan, idari ve klinik sorumlumuz, saygıdeğer hocam Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mehmet Sarğın'a ve yardım ve katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Zuhale Aydan Sağlam'a;

Tez çalışmamda engin tecrübe ve deneyimlerini paylaşan Dr. Cem Keçe ve Prof. Dr. Mehmet Z. Sungur'a;

Psikiyatri rotasyonum sırasında tanıştığım, bilimsel, destekleyici ve öğretici yaklaşımı için Dr. Öğr. Üyesi Hasan Turan Karatepe'ye;

Dostlukları ve destekleriyle asistanlık sürecimi huzurlu ve mutlu geçirmemi sağlayan birlikte çalışmaktan onur duyduğum Göztepe'den tüm asistan ve uzman arkadaşlarıma;

Hiçbir fedakarlıktan kaçınmayarak beni yetiştiren, hayatıma güç katan aileme sonsuz teşekkürler...

Dr. Hülya GÜÇ

Özet

OBEZİTE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN CİNSEL İŞLEVLERİNİN, HASTALARIN BEDEN KİTLE İNDEKSLERİ, DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ

Amaç: Obezite tanısı konan kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu, depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek ve beden kitle indeksleriyle ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Temmuz 2017 – Mayıs 2018 tarihleri arasında Obezite ve Aile Hekimliği Polikliniği'nde gerçekleştirildi. Çalışmada obezite polikliniğine başvuran cinsel işlevlerini etkileyebilecek organik ve/veya psikiyatrik hastalığı olmayan cinsel aktif obez kadın vaka grubunu ve obez olmayan cinsel aktif, herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olmayan ve/veya tedavisi görmeyen kadın bireyler kontrol grubunu oluşturdu. Hastaların yaşı, menopoz durumu, eğitim durumu, doğum sayıları, meslekleri, obez olanlarda kilo alma nedenleri, sigara kullanma durumu sorgulandı. Antropometrik ölçümleri (kilo, boy), beden kitle indeksleri (BKİ) not edildi. Tüm katılımcılara; sosyodemografik veri toplama formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu (ACYÖ-K), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) uygulanarak her iki grup karşılaştırıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların (n=102) yaşları 29 ile 57 yaş aralığında olup, ortalaması 43,60±6,44 yıldır. Çalışmaya katılan obez kadınlar (vaka) ve obez olmayan (kontrol) arasında yaş ortalaması açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Obezite varlığına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği, toplam FSFI ve ağrı hariç diğer FSFI alt grup puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; obez olan grubun cinsel disfonksiyon sıklığı, anksiyete ve depresyon düzeyi, obez olmayan gruptan yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Beden Kitle İndeksi (BKİ) düzeyine göre gruplandırılan olgularda da Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları, Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puanları, toplam FSFI ve ağrı hariç diğer FSFI alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

($p=0,001$; $p<0,01$). Obez olgularda ($n=60$) Menopoz durumuna göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği, toplam ve alt grup FSFI puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Obez grupta Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında pozitif yönlü %28,0 düzeyinde ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r:0,280$; $p=0,030$; $p<0,05$). Tüm olgularda ($n=102$) ise Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları ile Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puanları arasında pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $r:0,270$; $r:0,331$; $p<0,01$). FSFI toplam puanı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanları arasında negatif yönlü %22,8 düzeyinde ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r:-0,228$; $p=0,021$; $p<0,05$). Cinsel işlev bozukluğu olan olguların BKİ ölçümleri, cinsel işlev bozukluğu olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Cinsel işlev bozukluğu varlığına göre BKİ için cut off noktası 32,9 ve üzeri olarak saptanmıştır.

Sonuç: Kadınlarda obeziteye zemin oluşturmuş ya da obezite nedeniyle ortaya çıkmış depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluklarının sıklığı dikkat çekicidir ve özellikle obez kadınlarda tedaviyi ve izlemi etkileyen önemli faktörlerden biri olarak düşünülmelidir. Olguların biyo-psiko-sosyal açıdan irdelenmesi ve psikiyatrik yardım arayışlarının desteklenmesi önemlidir. Obezite ve ruh sağlığının bileşenlerinden olan cinsel sağlık kadınların sağlığına bütüncül yaklaşımda aile hekimlerince ele alınması gereken önemli konulardandır. Klinikler arası işbirliği ile hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi, tedavinin etkili ve kalıcı olması, tedavi maliyetlerinin düşürülmesi, tedavi ekibi ve hastalar için ayrılan zamanın daha verimli kullanılması sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Cinsel İşlev Bozuklukları, Depresyon, Anksiyete, Beden Kitle İndeksi

Abstract

THE RELATIONSHIP BETWEEN SEXUAL FUNCTION IN FEMALE PATIENTS PRESENTING TO THE OUTPATIENT OBESITY CLINIC WITH BODY-MASS INDEX, DEPRESSION AND ANXIETY LEVELS

Aim: To determine the levels of depression, anxiety and sexual dysfunction in obese female patients and to investigate their relationship to body-mass index.

Method: This study was performed in Istanbul Medeniyet University Goztepe Research and Teaching Hospital between July 2017 and May 2018 by the Outpatient Obesity Clinic and Department of Family Medicine. The study group was selected among obese sexually active female patients who presented to the obesity clinic without organic and/or psychiatric disorders that could possibly effect sexual functions while the control group was selected among non-obese sexually active female patients without psychiatric diagnoses or who do not undergo treatment for such disorders. The age, menopausal status, education status, birth data, occupation, reasons for gaining weight in obese patients and smoking status of the patients were questioned. Anthropometric measurements (weight, height) and BMI were recorded. All patients completed sociodemographic data questionnaire, Arizona Sexual Experience Scale – Female questionnaire, Beck Anxiety Scale, Beck Depression Scale, Female Sexual Function Index (FSFI) and two groups were compared to each other.

Results: The age range for the women in the study (n=102) was between 29 and 57 with a mean of $43,60 \pm 6,44$ years. There was no statistically significant difference between mean ages of the obese and non-obese groups in the study ($p > 0.05$). In the presence of obesity, statistically significant difference between the groups were found in the scores of Arizona Sexual Experiences Scale, Beck Depression and Anxiety Scales, total FSFI and subgroups of FSFI except for pain, with the obese group demonstrating a higher frequency of sexual dysfunction, anxiety and depression compared to the non-obese group ($p < 0.01$). When patients were grouped according to Body-Mass Index (BMI), statistically significant difference between the groups were found in the scores of Arizona Sexual Experiences Scale, Beck Depression and Anxiety Scales, total FSFI and subgroups of FSFI except for

pain ($p=0,001$; $p<0,01$). In obese patients ($n=60$), no statistically significant difference were found in the scores of Arizona Sexual Experiences Scale, Beck Depression and Anxiety Scale, total FSFI and subgroups of FSFI when patients were grouped according to menopausal status ($p>0.05$). In the obese group the scores of Arizona Sexual Experiences Scale and Beck Depression Scale were found to be positively correlated ($r:0,280$; $p=0,030$; $p<0,05$). Analyzed for all patients ($n=102$), the scores of Arizona Sexual Experiences Scale and Beck Anxiety and Depression Scales were found to be positively correlated (respectively $r:0,270$; $r:0,331$; $p<0,01$). The total FSFI scores and Beck Anxiety Scale scores were found to be negatively correlated ($r:-0,228$; $p=0,021$; $p<0,05$). BMI values of the patients with sexual dysfunction were found to be significantly higher than those without sexual dysfunction ($p=0.001$; $p<0.01$). The cut-off value for BMI according to presence of sexual dysfunction was found to be 32.9 and above.

Conclusion: The frequency of depression, anxiety and sexual dysfunction causing or due to obesity in women is significant and should be considered an important factor regarding the treatment and follow-up of especially obese women. It is important to evaluate cases in a bio-psycho-social manner and to support psychiatric help-seeking. Sexual health, which is a component of obesity and mental well-being; is an important topic regarding familial and societal well-being that should be handled by family practitioners in terms of a holistic approach to female well-being. Cooperation between clinics may contribute to improving quality of life of the patients, more effective and lasting treatment, lowered costs, more efficient use of time for patients and the treating team.

Keywords: Obesity, Sexual Dysfunction, Depression, Anxiety, Body-Mass Index

İçindekiler

Şekil Listesi	x
Tablo Listesi	xii
GİRİŞ ve AMAÇ	16
GENEL BİLGİLER	18
2.1. OBEZİTE	18
2.1.1. Obezitenin Tanımı	18
2.1.2. Obezitenin Tanısı ve Takibi	18
2.1.3. Obezitenin Tarihçesi	21
2.1.4. Obezitenin Epidemiyolojisi	21
2.1.5. Obezitenin Etiyolojisi	26
2.1.6. Obezitenin Komplikasyonları	32
2.2. OBEZİTE VE RUH SAĞLIĞI İLİŞKİSİ	33
2.2.1. Obezitenin Psikopatolojik Yönü	33
2.2.2. Obezitede Yeme Davranışının Nöronal Sistemlerle Etkileşimi	34
2.2.3. Obeziteye İlişkin Psikanalitik Kuramlar	35
2.2.4. Obeziteye Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkili Etmenler	36
2.3. CİNSEL SAĞLIK	41
2.3.1. Cinsel Sağlığa Biyopsikososyal Yaklaşım	41
2.3.2. Kadınlarda Cinselliğin Gelişimi	44
2.3.3. Cinsellik Kavramının Ve Kuramlarının Tarihi Değişimi	45
2.3.4. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları	53
2.3.5. Kadınlarda Cinsel Disfonksiyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler	56
2.4. OBEZİTE VE CİNSEL SAĞLIK	61
2.4.1. Obez Kadınlarda Cinsel Disfonksiyon Sıklığı	62
2.4.2. Obezite - Cinsel İşlev İlişkisinde Cinsiyete Göre Farklılık Yaratın Endokrin Organımız: Adipoz Doku	64
2.4.3. Obezite - Cinsel İşlev İlişkisini Etkileyen Doğrudan ve Dolaylı Faktörler	66

2.4.4. Obez Kadınlarda Kilo Vermenin Cinsel İşlevlere Olan	
Katkısı	69
GEREÇ ve YÖNTEM	71
3.1. ÇALIŞMANIN TASARIMI	71
3.2. ÖLÇME ARAÇLARI	72
3.3. ÇALIŞMA	75
3.4. İSTATİSTİK YÖNTEMLER	76
BULGULAR	77
TARTIŞMA ve SONUÇ	106
5.1. TARTIŞMA	106
5.2. TEZİN KISITLILIKLARI	110
5.3. SONUÇ	110
Kaynaklar	112
EKLER	134
Etik Kurul Onay Formu	141
Tez Değerlendirme Formu	145

Şekil Listesi

2.1:	Eurostat Verilerine Göre Türkiye 2014-2016 Obez Bireylerin Yüzde Değerlerinin 2014'teki Bazı Avrupa Birliği Ülkelerinin Yüzdeleri Arasındaki Yeri	22
2.2:	1990-2002 Yıllarında Obezitenin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	24
2.3:	Kırk Yaş Ve Üzeri TEKHARF Katılımcılarında (N=2700) Üç Ağırlık Kategorisinin Erkek (Solda) Ve Kadında (Sağda) 7 Coğrafi Bölgemizdeki Dağılımı	24
2.4:	Masters ve Johnson'a göre Erkek Cinsel Yanıt Döngüsü	48
2.5:	Masters ve Johnson'a göre Kadın Cinsel Yanıt Döngüsü	49
2.6:	Basson'a Göre Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü	50
4.1:	Obez olan grupta eğitim durumuna göre dağılımlar	78
4.2:	Obez olmayan grupta eğitim durumuna göre dağılımlar	79
4.3:	Obez olan grupta mesleğe göre dağılımlar	79
4.4:	Obez olmayan grupta mesleğe göre dağılımlar	80
4.5:	Obez olan grupta BKİ dağılımları	82
4.6:	Obezite varlığına göre Arizona cinsel yaşantılar puanlarının dağılımı	83
4.7:	Obez olan grupta Arizona cinsel işlev bozukluğu ölçeğine göre cinsel işlev bozukluk oranları	83
4.8:	Obez olmayan grupta Arizona cinsel işlev bozukluğu ölçeğine göre cinsel işlev bozukluk oranları	84
4.9:	Obez olan grupta Beck Anksiyete dağılımı	85
4.10:	Obez olmayan grupta Beck Anksiyete dağılımı	85
4.11:	Obez olan grupta Beck Depresyon dağılımı	86
4.12:	Obez olmayan grupta Beck Depresyon dağılımı	86
4.13:	Obezite varlığına göre Beck Anksiyete ve Depresyon puanları dağılımı	87
4.14:	Obez olan grupta FSFI dağılımı	88
4.15:	Obez olmayan grupta FSFI dağılımı	88
4.16:	Obezite varlığına göre FSFI puanlarının dağılımı	89

4.17: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinin BKİ Düzeylerine Göre Dağılımı	95
4.18: BKİ düzeylerine göre Beck Puanları Dağılımı	96
4.19: BKİ düzeylerine Göre FSFI Dağılımı	98
4.20: Tüm olgularda BKİ ile Arizona cinsel yaşantılar puanı ilişkisi.....	99
4.21: Tüm Olgularda BKİ ile Beck ölçümleri ilişkisi.....	100
4.22: Tüm Olgularda BKİ ile FSFI puanı ilişkisi	101
4.23: Cinsel işlev bozukluğu varlığına göre BKİ düzeyine ilişkin ROC eğrisi	105



Tablo Listesi

2.1:	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2017; BKİ'ne Göre Obezite Sınıflandırılması	19
2.2:	Dsö'ye Göre Hastalık Risklerinin *BKİ ve Bel Çevresine Göre Değerlendirilmesi	19
2.3:	Vücut Kitle İndeksinin Cinsiyete Göre Dağılımı, 2014, 2016 (+15 Yaş) (TÜİK).....	23
2.4:	Obeziteye Neden Olabilecek Genler	27
2.5:	Obezite İle Birlikte Olan Sendromlar	28
2.6:	Obeziteye Neden Olan Tek Gen Mutasyonları	28
2.7:	DSM-5-TR Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları Tanımları.....	55
2.8:	DSM-5-TR Tarafından Tanımlanan Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları Alt Tipleri	56
2.9:	DSM-4 ve DSM-5 Sınıflaması Farkları.....	56
2.10:	Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubunun Kanıt Sıralamasında Kullandığı Anahtar İfadeler ve Önerilerin Sınıflandırılması	60
3.1:	FSFI Puan Hesaplaması	74
4.1:	Demografik Özelliklerin Dağılımı	77
4.2:	Obez Olgularda Kiloya İlişkin Dağılımlar	80
4.3:	Obezite Varlığına Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi.....	82
4.4:	Obezite Varlığına Göre Beck Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Değerlendirmesi.....	84
4.5:	Obezite Varlığına Göre FSFI Puanlarının Değerlendirmesi	87
4.6:	Menopoz Olmayan Olgularda, BKİ Düzeylerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	90
4.7:	Obez Olgularda, Menopoz Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	92
4.8:	BKİ Düzeylerine Göre Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi	93

4.8a: BKİ Düzeylerine Göre Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Post Hoc Değerlendirilmesi.....	94
4.9: Tüm Olgularda, BKİ Ölçümleri ile Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	99
4.10: Tüm Olgularda ve Obez Grupta Ölçek Puanlarının İlişkisi	101
4.11: Obez Olgularda, Eğitim Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	103
4.12: Obez Olgularda, Çocuk Sayısı ile Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	103
4.13: BKİ İçin Tanı tarama Testleri ve ROC Curve Sonuçları	104
4.14: Cinsel İşlev Bozukluğu ile BKİ (Kesme Değeri 32,9) İlişkisi	105



Kısaltmalar

DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
BKİ.....	Beden kitle indeksi
DSM.....	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
TEMD	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
BÇ	Bel çevresi
VYO	Vücut yağ oranı
DEXA.....	Dual Enerji X-Ray Absorbsiyometri
MONICA.....	Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çokuluslu İzlenmesi
NHANES.....	Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık ve Beslenme Enstitüsü
EUROASPIRE	Birincil ve İkincil Korumada Olayları Girişim Yoluyla Azaltmada Avrupa Eylemi
AB	Avrupa Birliği
EUROSTAT	Avrupa Birliği İstatistik Ofisi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TEKHARF	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
ERICA.....	İyonlaştırıcı Kirleticiler için Çevresel Risk: Değerlendirme ve Yönetim
TOÇBİ.....	Türkiye’de okul çağı çocuklarında büyümenin izlenmesi projesi
COSI-TUR	Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması
TOHTA	Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması
SNPs.....	Tek nükleotit polimorfizmleri
MCR4.....	melanokortinreseptör 4
FTO	vücut yağları ve obeziteyle bağlantılı

Kısaltmalar

MetS	Metabolik sendrom
BKO	bel ve kalça çevresi arasındaki oran
fMRI.....	fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme
MÖ	milattan önce
YY	yüzyıl
ICD-10.....	Uluslararası hastalık kodları 10
FSFI.....	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği
CİB	Cinsel işlev bozuklukları
SYK.....	sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi
KCFB	Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu
HSDD.....	Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu
ACYÖ-K	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BAÖ.....	Beck Anksiyete Ölçeği
FSH	Folikül Uyarıcı hormon
LH	Lüteinleştirici Hormon
DHEA-SO ₄	dehidroepiandrosteron SÜLFAT
BYD	beyaz yağ dokusu
KYD	kahverengi yağ dokusu
VYD	visseral yağ dokusu
SSS	Santral Sinir Sistemi
T	testosteron
E2	ÖSTRADIOL
NO	nitrik oksit
SHBG	seks hormon bağlayıcı globulin

GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde, önlenabilir ölümlerin sigaradan sonra gelen ikinci önemli nedeni olarak obezite görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında obezitenin 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak kalacağını bildirmiştir (1).

Obezite batı toplumlarının yanı sıra artık tüm dünyada yüksek oranda görülebilen, etiyolojisinde birden çok faktörün rol aldığı, diyabetes mellitusun, iskemik kalp hastalığının, safra kesesi hastalığının, uyku apne sendromunun, bazı karsinom türlerinin riskinde artışla toplum sağlığını tehdit eden, yaşam kalitesini düşüren ve süresini azaltan bir hastalıktır (2).

Obezitenin oluşumunda genetik, çevresel ve psikolojik etmenlerin rolü olduğu bilinmektedir ancak bu etmenlerin kişide obezite gelişimine hangi oranda katkıda bulunduklarını belirlemek zordur.

Obezite ve psikopatoloji ilişkisini inceleyen araştırmalarda, obez bireylerde depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları özellikle posttravmatik stress bozukluğu, sigara bağımlılığı, yeme bozukluklarının ve cinsel işlev bozukluklarının sık görüldüğü bildirilmiştir. Obezite ve ruh sağlığı arasındaki çift yönlü ilişki obezitenin takibi ve yönetiminde anahtar rol oynar.

Obez kadınlarda obeziteye zemin oluşturmuş ya da obezite nedeniyle ortaya çıkmış psikiyatrik hastalıklar ve/veya cinsel işlev bozuklukları obezite tedavisini olumsuz etkilemektedir. Ülkemizdeki sosyokültürel yapı düşünüldüğünde ruh sağlığıyla ilgili durumların ve cinsel sorunların hasta tarafından ifade edilmesinde yaşanan zorluklar da tedaviye direnç oluşmasına ya da tedavinin kalıcı olmamasına neden olabilir.

Bu çalışmamızda; obez kadınlarda hastaların cinsel işlev bozukluklarının, hastaların BKİ, depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ilişkisinin incelenmesi, obez olmayan popülasyon ile karşılaştırılması ve obez hastalarda ortaya çıkan psikiyatrik durumlar ile cinsel fonksiyon bozukluklarının önemine dikkat çekmek amacı ile yapılmıştır.



GENEL BİLGİLER

2.1. OBEZİTE

2.1.1. Obezitenin Tanımı

Latince 'yemekten kaynaklanan' anlamına gelen obeziteyi; DSÖ sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal yağ birikmesi olarak tanımlamıştır. Bu tanım obezitenin tek başına ideal ağırlığın üzerine çıkılması anlamına gelmediğini vurgulamaktadır. (3)

Vücut ağırlığının erkeklerde ortalama %15-20'si, kadınlarda %25-30'u yağ dokusu tarafından oluşturulduğundan obez erkeklerde bu oranın %25, obez kadınlarda ise %33'un üzerine çıkması beklenir. Ancak bu oranların normal değerleri yaşa bağlı olarak artar (4).

Bir diğer tanıma göre obezite, alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki mevcut dengenin, alınan enerji lehine bozulmasıyla ortaya çıkar (5). Obezite, vücuda besinlerle alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olmasıyla tetiklenen, vücut yağ kitlesinin yağsız vücut kitlesine oranla artmasıyla oluşan kronik bir hastalıktır (6).

2.1.2. Obezitenin Tanısı ve Takibi

Obezite; dünyada prevalansı giderek artan bir halk sağlığı sorunu olduğundan; ucuz, kolay uygulanabilir ve doğruluk oranı yüksek bir yöntemin tanı ve takipte kullanılmasına ihtiyaç duyulmuştur.

Beden kitle indeksi (BKİ), yetişkinlerde yaygın olarak kullanılan boy-ağırlık oranının basit göstergesidir. Bu oran kişinin kilogram (kg) cinsinden ağırlığının metrekaare (m²) cinsinden boyunun karesine bölünmesiyle tanımlanmaktadır. DSÖ'ne göre; 25'e eşit veya daha büyük BKİ değerleri aşırı kilolu, 30'a eşit veya daha büyük BKİ değerleri obezite olarak

tanımlanmaktadır (1). BKİ'ne göre obezite sınıflandırılması Tablo 2.1'de görülmektedir.

Tablo 2.1: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2017; BKİ'ne Göre Obezite Sınıflandırılması

	BKİ (kg/m ²)	OBEZİTE SINIFI
DÜŞÜK KİLOLU	< 18,5	
NORMAL	18,5 - 24,9	
FAZLA KİLOLU	25 - 29,9	
OBEZİTE	30 - 34,9	I
	35 - 39,9	II
MORBİD OBEZİTE	≥40	III

BKİ ölçümünün güvenilir, kolay ve tekrarlanabilir olması, yaygın olarak kabul görmesine yol açmıştır. Bu nedenle BKİ; epidemiyolojik çalışmalarda obeziteyi değerlendirmede en çok kullanılan parametre olmuştur (4). Buna karşılık BKİ, bel çevresi ve bel kalça oranı ölçümleri gibi parametrelerden farklı olarak beden yağ dağılımı hakkında bilgi vermez. Bel çevresinin kalça çevresine bölümü ile elde edilen bel kalça oranının Amerikan Kalp Birliği'nin tanımına göre kadınlarda 0.88, erkeklerde 0.95 üzerinde olması 'riskli' kabul edilmiştir. Bel çevresinin kadında 80 cm, erkekte ise 94 cm üzerinde olması metabolik sendromtanı kriterlerinden biri olarak kabul edilirken; kadında 88 cm, erkekte 102 cm üzerinde olması 'geniş' olarak tanımlanmıştır (Tablo 2.2) (7).

Tablo 2.2: Dsö'ye Göre Hastalık Risklerinin *BKİ ve Bel Çevresine Göre Değerlendirilmesi

Sınıflama	Erkek BÇ ≥ 94-102 cm Kadın ≥80-88 cm	Erkek BÇ ≥ 102 cm Kadın ≥ 88 cm
Normal ağırlık **		
Fazla Kiloluluk	Artmış	Yüksek
I. Derece Obez	Yüksek	Çok yüksek
II. Derece Obez	Çok yüksek	Çok yüksek
III. Derece Obez	Aşırı yüksek	Aşırı yüksek

* Tip 2 diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar

**Artmış bel çevresi normal ağırlıktaki kişiler için de risk olabilir(8).

BÇ: Bel çevresi

BKİ bu anlamda en çok kullanılan ve doğrudan vücut yağ oranını göstermeyen ancak vücut yağ dokusu miktarı ile %90 uyumlu olan bir parametredir. Direkt olarak yağ ölçümünü içermediği için BKİ, kas geliştiren sporcularda, hamilelerde, büyüme çağındaki çocuklarda, ileri derecede yaşlılarda, konjestif kalp yetmezliği veya böbrek yetmezliği gibi ödeme yol açan hastalıklarda kullanılmamalıdır.

Vücut yağ oranı (VYO); beden kitle indeksi, yaş ve cinsiyet değişkenleri kullanılarak aşağıdaki formül ile yaklaşık olarak belirlenebilir.

$$VYO = 1.2(BKİ) + 0.23 (Yaş) - 10.8(Cinsiyet) - 5.4$$

(Cinsiyet erkek için 1, kadın için 0)

Vücut yağını ve dağılımını ölçen diğer yöntemler;

Deri kıvrımları,

Bel ve kalça çevresi ölçümleri,

Ultrasonografi,

Vücut yoğunluğu için İmmersiyon ve Pletismograf,

Ağır su,

Potasyum izotopu ,

Tüm vücut elektriksel iletkenliği,

Biyoelektrik impedans,

Yağda çözünen gaz absorpsiyometre (DEXA),

Bilgisayarlı tomografi,

Manyetik rezonans,

Nötron aktivasyonudur.

Son yıllarda giderek yaygınlaşan biyoelektriksel impedans ölçümünde dokudan geçirilen düşük voltajlı alternatif elektrik akımı ile dokulardaki su miktarı ile ters orantılı olan impedans ölçülür. Yağ dokusunun %10'u su iken kas dokusunun %73'ü sudan oluşur. Bireyin hidrasyonundan etkilenebilirse de standardize edilmiş pozisyonda ölçülmesi halinde hata payı düşük olup kullanımı kolaydır (4).

2.1.3. Obezitenin Tarihçesi

Diyet kısıtlaması, egzersiz artışı gibi tarihi veriler Hipokrat'tan beri tanımlanmasına rağmen tarihte obezite, 16. yüzyılın sonlarında konu olarak tartışılmaya başlanmış ve ilk yazılı metinler 18. yüzyılda yayınlanmıştır. Roma döneminden kalma taş oymalarda masif obez vakalar bildirilmiştir. Obezite tipleri ise 19. yüzyılda tanımlanmıştır (9). Bazen doğurganlık, bereket ve bolluk ile tanımlanan obezite, bazen güç, kudret, hükümlan, heybetli gibi terimlerle ifade edilmiş, orta çağ ve Rönesans döneminde zenginliğin simgesi olmuştur. İlk çağ tanrılarında şişmanlık-şişman kadına tanrıça, gücü ve yaşamı anlatmıştır (10). Günümüzde halen Afrika'nın bazı bölgelerinde beslenmenin sorun olduğu yerlerde obezite halen zenginlik göstergesi sayılmaktadır. Hızlı ve hareketli çalışma temposuna uyum beklenirken kilolu kişiler, yavaş, problemli ve sağlıksız olarak anılmaya başlanmıştır. 19. yüzyılla birlikte obezite sorunu olan kişilere karşı ayrımcılık yapılırken zayıflık aranan bir özellik olmaya başlamıştır (11).

2.1.4. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite; dünyadaki tüm toplumlarda ve toplumun her kesiminde, neredeyse tüm yaş gruplarını ve cinsiyetleri etkilemesi ve önlenabilir olması gibi özellikleri nedeniyle birinci basamağı yakından ilgilendiren bir halk sağlığı sorunudur (12).

DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı bölgesinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA (Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çokuluslu İzlenmesi) çalışmasında obezite prevalansında 10 yılda (1980-1990) %10-30 arasında bir artış olduğu bildirilmiştir (13).

National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) Amerika'daki yetişkin ve çocukların sağlık ve beslenme durumunu belirlemek amacıyla düzenlenmiş büyük katılımlı bir çalışmadır. NHANES 2011-2012 verilerine göre yetişkinlerde obezite prevalansı %34,9 (kadınlarda %36,1, erkeklerde %33,5) iken yaş gruplarına göre en yüksek prevalans %39,5 (kadınlarda %39,5, erkeklerde %39,4) ile 40-59 yaş arasında görülmektedir (14).

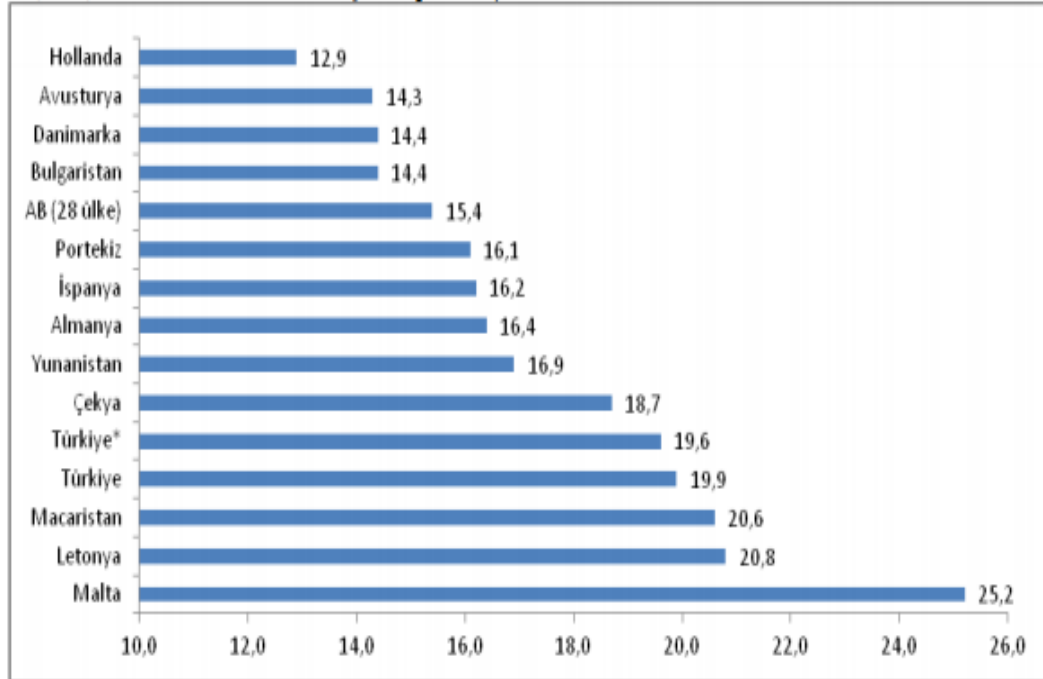
European Survey of Cardiovascular Disease Prevention and Diabetes (EUROASPIRE) Avrupa çapında kardiyovasküler hastalıklar ve etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla yapılan geniş katılımlı ve uzunlamasına (1995-2013) bir çalışmadır. EUROASPIRE çalışmasının 1999-2000, 2006-

2007, 2012-2013 yıllarındaki son üç araştırmanın verilerine bakıldığında BKİ' ye göre obezite prevalansı sırasıyla (32%, 33%, 39%; $p=0.007$), bel çevresine göre ise sırasıyla (51%, 51%, 57%; $p=0,04$) olarak belirlenmiştir. Çalışmaya göre Avrupa'da obezite prevalansı yıllar içerisinde anlamlı olarak artış göstermiştir (15).

2014 yılında dünya nüfusunun ortalama BKİ' si $24 \text{ kg} / \text{m}^2$ dir. Sahraaltı afrika ve asyanın bazı bölgeleri dışında tüm dünyada düşük kilolu insanlardan daha fazla obez insanlar görülmektedir.

Avrupa Birliği'nin (AB) 2014 yılı verileri incelendiğinde ise, obezite oranı AB'de 15 yaş ve üzeri bireylerde ortalama olarak %15,4'tir. Türkiye'nin obezite verileri bu ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye'nin 2014 te % 19.9 oranıyla 4. Sırada yer aldığı görülmektedir (Şekil 2.1, Tablo 2.3). Türkiye'de 15 yaş ve üzeri obez bireylerin oranı 2016 yılında %19,6'ya ulaşmıştır (16,17).

Seçilmiş AB ülkelerinde obez bireylerin yüzdesi, 2014



*2016 yılı verisidir.

Şekil 2.1: Eurostat Verilerine Göre Türkiye 2014-2016 Obez Bireylerin Yüzde Değerlerinin 2014'teki Bazı Avrupa Birliği Ülkelerinin Yüzdeleri Arasındaki Yeri

Tablo 2.3: Vücut Kitle İndeksinin Cinsiyete Göre Dağılımı, 2014, 2016 (+15 Yaş) (TÜİK)

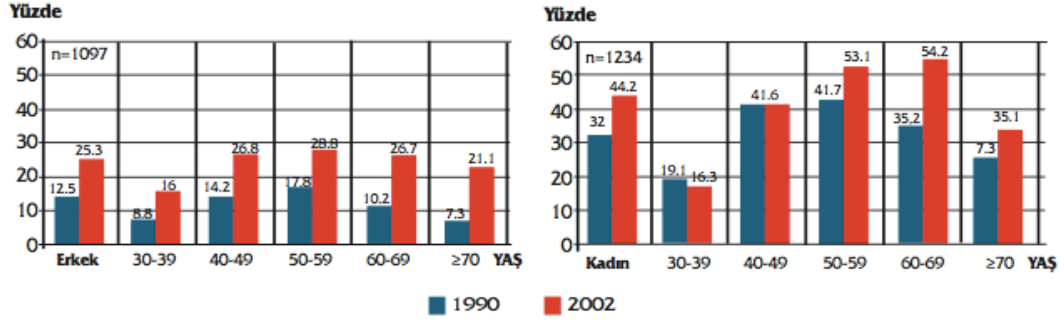
Yıl ve	Cinsiyet	Toplam	Düşük kilolu	Normal Kilolu	Obez öncesi ⁽¹⁾	(%) Obez
2014	Toplam	100,0	4,2	42,2	33,7	19,9
	Erkek	100,0	2,8	43,7	38,2	15,3
	Kadın	100,0	5,5	40,7	29,3	24,5
2016	Toplam	100,0	4,0	42,1	34,3	19,6
	Erkek	100,0	2,5	43,8	38,6	15,2
	Kadın	100,0	5,6	40,4	30,1	23,9

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

(1) “Fazla kilolu” ifadesi “obez öncesi” olarak değiştirilmiştir.

Türkiye’de obezite prevalansını ve koroner risk faktörü olarak yerini araştıran ilk kapsamlı çalışma Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri TEKHARF çalışması olmuştur. 1990 yılındaki analizde BKİ’yi değerlendirmek amacıyla taranan bireylerin ağırlık ve boy ölçümleri yapıldı ve BKİ’leri (vücut ağırlığı/boy²) hesaplandı. 1990 analizinde BKİ erkeklerde 30 kg/m², kadınlarda 29 kg/m² üzerinde bulunanlar obez kabul edildiyse de, daha sonraki değerlendirmelerde, dünyadaki tanımların değişimine paralel biçimde, her iki cinsiyette de 30 kg/m² ölçütü kullanıldı.

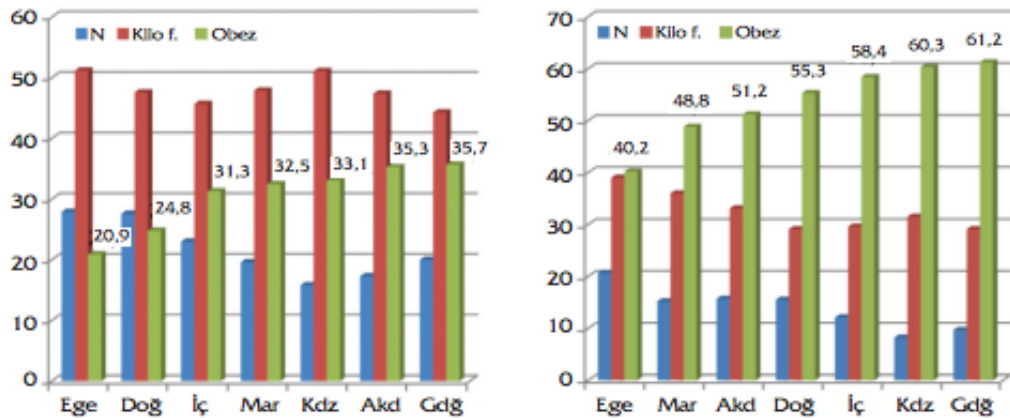
1990 yılında taranan 3687 kişinin 687’si tanım gereği obez bulundu. Ortalama BKİ erkeklerde 24.4 kg/m², kadınlarda 26.4 kg/m² idi. Otuz yaş ve üzerindeki kişilerde, BKİ erkeklerin %12.5’inde, kadınların ise %32’sinde 30 kg/m² ve üzerinde idi. Şekil 2.2’de Türk erişkinlerinde yaş gruplarına göre obezite prevalansı sunulmaktadır. Her iki cinste de prevalansın en yüksek değere 50-59 yaş grubunda ulaştığı görülmektedir. Obezite prevalansı kişilerin kentsel ve kırsal yerleşimi gözetilerek değerlendirildiğinde, %8’e karşılık %10.4, kadınlarda %27.7’ye karşılık %29.7 oranlarında olmak üzere kentlilere kıyasla kırsal kesimde obeziteye biraz daha sık rastlanıyordu (18).



Şekil 2.2: 1990-2002 Yıllarında Obezitenin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

TEKHARF 2001-2002 yılı takibinin 30 yaşını aşkın kohortunda, $>30 \text{ kg/m}^2$ olanların prevalansı, erkeklerde %25.3, kadınlarda %44.2 olarak tespit edilmiştir (Şekil 2.2). 1990 taramasına göre, obez kişi sayısı yaklaşık %90 oranında arttığı görülmektedir. Buna göre 3.2 milyon erkek ve 5.5 milyon kadında obezite bulunduğu tahmin edilmiştir. Son iki tarama verilerine göre ise, 40 yaş ve üzeri 3.6 milyon erkek ile 8.0 milyon kadının obezite kriterlerini doldurduğu belirtilmektedir. Bu, obezite prevalansının ülkemizde son 10 yılda nüfus artışı ve yaştan bağımsız olarak %20 oranında arttığını göstermektedir.

Obezite prevalansının 2010-2013 döneminde bölgelere göre dağılımı Şekil 2.3'te gösterilmiştir. Obezite prevalansı en yüksek bölgeler Güneydoğu, Karadeniz (erkeklerde %35, kadında %61) en düşük bölge ise Ege (%20 ve %40) olarak tespit edilmiştir.



Şekil 2.3: Kırk Yaş Ve Üzeri TEKHARF Katılımcılarında (N=2700) Üç Ağırlık Kategorisinin Erkek (Solda) Ve Kadında (Sağda) 7 Coğrafi Bölgemizdeki Dağılımı

N: Normal ağırlıkta olan Kilo

F.: Kilo fazlalığı olan

1988 yılında DSO'ya göre, 35-64 yaşlarındaki Türk erkeklerinin ortalama BKİ değeri 25.4 kg/m², kadınların ise 27.7 kg/m² idi. MONICA çalışmasına katılan 44 merkez erkek örneklemelerinde bu değer ortalama olarak 26 kg/m² olup, yalnız 5 merkezde Türkiye'den daha düşük değerler elde edilmiştir (19). Kadınlarda ise ortalama değer BKİ 25.5 kg/m² idi ve sadece Sovyetler Birliği ile Malta'ya ait 6 tarama merkezinde kadınlarımızdan daha yüksek değerler saptanmıştır.

Erkekler için 30, kadınlar için 29 kg/m² obezite sınırı olarak alındığında 40-59 yaşlarındaki Türk kadınlarının %46.6'sı, erkeklerin %15.9'u obezite kapsamına girmekteydi. Dünya Sağlık Örgütü'nün ERICA çalışmasında aynı yaş diliminde, aynı kriterle erkeklerin Batı ve Kuzey Avrupa'da %10'u, Güney ve Doğu Avrupa'da %14-15'i obezdi (20). Bu, Türk erkeklerinin Avrupalı erkeğe göre obezite prevalansında önemli bir farklılık olmadığını göstermektedir. Kadınlarda ise, Batı ve Kuzey Avrupa kadınlarının %13-14'ü obez iken, Güney ve Doğu Avrupa kadınlarının %25-30'u obez bulunmuştur. Bu oranın bu yaş grubundaki kadınlarımızda %47 olduğu dikkate alınırsa, obezitenin Türk kadınında yaygınlığı ortaya çıkmaktadır.

Türkiye'de okul çağı çocuklarında büyümenin izlenmesi projesi (TOÇBİ), 2011 yılında 6-10 yaş arası 12301 okul çağı çocuğu üzerinde yapılan bir araştırmadır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre; çocukların %14,3'ü fazla kilolu, %6,5'inin de obez olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada obezite ve fazla kiloluğun kentsel bölgede yaşayan çocuklarda (sırasıyla %8,5,%16,3), kırsal bölgede yaşayan çocuklara göre (sırasıyla %4,0, %11,9) daha fazla olduğu gösterilmiştir. Obezite görülme sıklığı erkeklerde %7,5, kızlarda %5,4 iken, fazla kilolu olma durumu erkeklerde %15,1, kızlarda %13,5'tir (21).

Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR) 2013 yılındaki sonuçlarına göre; erkek çocuklar arasında obez veya fazla kilolu olma sıklığı %23,3, kız çocuklarda ise %21,6'dır. Kentsel kesimde hem kız hem de erkek çocuklarının obezite sıklıkları daha yüksektir (22).

Kesitsel ve topluma dayalı olarak yürütülen bir çalışmada (TURDEP I-Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması) 20 yaş üzeri bireylerde obezite prevalansı %22.3 (erkek: %12,9; kadın: %29,9) olarak saptanmıştır. Prevalans kentlerde %23,8 ve kırsal kesimde ise %19,6 olarak bulunmuştur. Bel çevresi >80 cm ve üzerinde olan kadınların sıklığı %49,2,

bel çevresi >102 cm ve üzerinde olan erkeklerin sıklığı ise %17,2'dir. TURDEP II çalışmasında ise 26499 bireyde obezite prevalansı %35,9 (erkek:%27,3; kadın: %44,2) bulunmuştur (23,24,25).

2002 yılında TOHTA (Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması) araştırmasında obezite (BKİ>30 kg/m²) prevalansı kadınlarda %50.0, erkeklerde %40.0 ve genel toplumda ise %44.4 olarak tespit edilmiştir (26).

DSÖ'ye göre obezitenin dünya çapındaki prevalansı 1975 ve 2016 yılları arasında yaklaşık olarak üç kat artmıştır.

2016 yılında, yaşları 18 ve üzerindeki fazla kilolu yetişkinlerin sayısı yaklaşık 1.9 milyara, obezlerin sayısı 650 milyona ulaşmıştır. Bu verilere göre dünya yetişkin nüfusunun %39'u fazla kilolu, %13'ü ise obezdir. Cinsiyetlere bakıldığında erkeklerin % 39'u ve kadınların %40'ı aşırı kilolu sınıfına girmektedir. Erkek popülasyonunun %11'inde ve kadın popülasyonunun % 15'inde obezite görülmektedir.

Aynı araştırmaya göre ülkemizdeki duruma bakılırsa 1975 yılında 18 yaş üstü Türkiye nüfusunun % 34,5'i fazla kilolu, %8,6'sı obez iken 2016 da bu değerler sırasıyla %66,8 ve % 32,1'e yükselmiştir.

Çocukluk obezitesi, 21. Yüzyılın en ciddi halk sağlığı problemlerinden biridir. 2016 DSÖ verilerine göre 5 yaşın altında 41 milyon çocuğun, 5-19 yaş aralığında 340 milyon çocuk ve adolesanın kilolu veya obez olduğu tespit edilmiştir.

1975 yılında 5-19 yaşlarındaki çocuklar ve ergenlerde normalin üstü kilo ve obezitenin prevalansı sadece % 4 iken, 2016'da bu oran % 18'in üzerine yükselmiştir. Obezite 1975'te 5-19 yaş aralığının %1'inden azında görülürken, 2016'da kızların %6 sı, erkeklerin %8'i olmak üzere toplam 124 milyon çocuk ve ergen bu sınıfa dahil olmuştur (12).

Bu artış hızı devam ederse 2025 yılında obezite oranının % 50 nin üzerine çıkacağı öngörülmektedir. (4).

2.1.5. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite etyolojisi en karmaşık olan sağlık sorunlarından biridir. Çünkü insan organizmasında enerji alımını veya harcanmasını etkileyen çok sayıda mekanizma bulunmaktadır.

Obezite ile toplum genelinde mücadele ederken obezitenin multifaktöryel etyolojisi göz önünde bulundurulmalıdır. Tüm toplumu ilgilendiren sağlık sorunlarını çözerken birinci basamak hekimliğinin koruyucu özelliği ön plana çıkar. Koruyucu hekimliğin etkili bir şekilde yapılabilmesi etyolojinin ve patogenezin çok iyi anlaşılmasıyla yakından ilgilidir.

Etyolojide karşılaştığımız etkenlerin bir kısmı doğuştan olup obeziteye zemin hazırlarken, diğer bir kısmı da sonradan eklenip obezitenin oluşumunu hızlandıran, tedavisini zorlaştıran ancak değiştirilebilir risk faktörleri de içeren çevresel etmenlerdir. Genetik (Tablo 2.4, 2.5, 2.6) nörolojik, çevresel, fizyolojik, biyokimyasal, psikolojik ve sosyokültürel pek çok etmen birbiri ile ilişkili olarak obeziteye neden olmaktadır. Obezitenin oluşumunda genetik, çevresel ve psikolojik etmenlerin rolü olduğu bilinmektedir ancak bu etmenlerin kişide obezite gelişimine hangi oranda katkıda bulunduklarını belirlemek zordur.

Birçok genin obezite ile birlikteliği görülmüş, bu sebeple obezitenin poligenik olduğu sonucuna varılmıştır (27). Obezite ile ilişkili (İ) olan veya birliktelik (B) gösteren genler Tablo 2.4'te verilmiştir.

Tablo 2.4: Obeziteye Neden Olabilecek Genler

β3-AR (B) TNF (İ)
Lipoprotein Lipaz (B) UCP2 (İ)
Apolipoprotein D (B) Adenozin Deaminaz Gen (İ)
Apo B (B) Ob Gen (İ)
LDL Reseptör (B) Acyl Carrier Protein-1 (İ)
Dopamin reseptör D2 (B)
İnsulin Gen (B)
UCP1 (B)
IRS-1 (B)
ADD-1/SREBP-1c

Tablo 2.5: Obezite İle Birlikte Olan Sendromlar

Bradet-Biedl
Prader-Willi
Laurence-Moon
Biernacki Sendromu
Alstrom
Cohen
Albright herediter osteodistrofi

Tablo 2.6: Obeziteye Neden Olan Tek Gen Mutasyonları

Leptin (LEP)
Leptin reseptör (LEPR)
Prohormon konvertaz 11 (PC1)
Pro-opiomelanokortin (POMC) geni
Peroxisome proliferatör aktive reseptör gama 2 (PPAR)
Melanokortin 4 reseptör gen (MC4-R)
Melanokortin 3 reseptör gen (MC3-R)

Obezite veya aşırı kilo ile ilgili yapılan genetik çalışmalarda, vücudun enerji kullanımı, iştah, yağın bedenin belirli bölümlerine dağılımı, yağ hücre sayısı ve büyüklüğünün genlerle ilişkili olduğu gösterilmiştir (28).

Genler beslenme derecesini çeşitli yollardan etkilerler (29). Bu yollar:

1. Beslenme merkezinin enerji deposunun düzenlenmesindeki anormallikleri,
2. Bir rahatlama mekanizması olarak iştahı açan ya da kişiyi yemeye sevk eden anormal ve kalıtsal psikolojik faktörler,
3. Karbonhidrat ve yağdepolanmasıyla ilgili genetik bozukluklar olarak sıralanabilir.

Aile çalışmaları ve ikiz çalışmalarında vücut yağkütlesinin yaklaşık %50 oranında kalıtsal aktarıldığı gösterilmiştir (30). İkiz çalışmalarında çift yumurta ikizlerine kıyasla tek yumurta ikizlerinde daha fazla uyum elde edilmesi insanlarda obezitenin genetik özelliğini destekleyen kanıtlar arasındadır (30). Büyük Genom ile ilgili çalışmalarda yetişkin beden kitle

indeksinde yaklaşık %1.5 varyasyonla korelasyonu açıklayan 30'dan fazla SingleNucleotide Polymorphisms (SNPs)'i tanımlanmıştır. Ayrıca nörogenetik araştırmalarda DRD2 A1 varyantı bağımlı, kompulsif ve impulsif davranış spektrumu ile ilişkili bulunmuştur (31,32).

Türk Obezite Genom Projesi 1997 yılında Profesör A. Donny Strosberg (Cochin Institute, Paris) ile ortak bir çalışma olarak başlamış ve ilk aşamada Türk obezlerde beta3 adrenerjik reseptör, uncoupling protein-1 ve lipoprotein lipaz gen polimorfizmini ve metabolik komplikasyonlarla ilişkisini araştırmayı hedeflemiştir. Bulgular "International Journal of Obesity" dergisinde 2000 yılında yayınlanmıştır. Bu araştırma sırasında akraba evliliklerinin çok sık olduğu bir Türk ailesinde leptin gen mutasyonu saptanmış ve "Nature Genetics" dergisinde 1998 yılında, "Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism" dergisinde ise 1999 yılında rapor edilmiştir. Son olarak da otozomal dominant geçişli obez hastalarda ve ailelerinde melanocortin 4 reseptör (MCR4) gen mutasyon araştırmaları sonucunda şimdiye kadar taranan 40 obez hastanın birinde daha önce saptanmamış orijinal bir mutasyon saptanmış ve bu çalışma Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism dergisinin 2001 Temmuz sayısında yayınlanmıştır (34).

Yağ kitlesi ve obezite ile ilişkili olduğu bilinen (FTO) rs9939609 geni ve rs1421085 SNP'lerinin obezite, Metabolik sendrom (MetS) ve insülin-bağımlı parametrelerle ilişkisi 1967 Türk yetişkinde incelenmiştir. Minör allellerin kadında obezite, erkekte MetS riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çoklu lojistik regresyon analizine göre kadınlarda C-allel taşıyıcısı olmanın obeziteyi bağımsız bir risk faktörü olarak anlamlı oranda arttırdığı görülmüştür. Erkekte C-allel taşıyıcılarının MetS için anlamlı olasılık artması BKİ ile ilişkili bulunmuştur. Sonuçta Türk yetişkinlerinde FTO geni kadında bağımsız olarak obeziteye, erkekte ise, BKİ ile etkileşme yoluyla MetS ve insülin direncine katkıda bulunduğu görülmektedir (35).

Dünya genelinde besine ulaşılabilirliğin kolaylaşması ve yüksek oranda doymuş yağ içeren besinlerin tüketimindeki artış da obezitenin önemli nedenleri arasındadır (36).

Tüketilen porsiyonların büyümesinin yanında öğün atlama, hızlı yeme gibi yanlış beslenme alışkanlıkları enerji alımının artıran etkenlerdendir (12).

Obezite gelişmesinde bir başka etkenin de bebeklik dönemindeki beslenme şekli olduğu ve obezite görülme sıklığının, anne sütü ile beslenen çocuklarda anne sütü ile beslenmeyen çocuklara göre daha düşük oranda olduğu, anne sütü verme süresinin, tamamlayıcı besinlerin türü, miktarı ve başlama zamanının da obezite gelişimini etkilediği bildirilmektedir (37,38).

Obezitenin farklı topluluklarda bu kadar yaygın görülmesi sadece metabolik ve genetik faktörlerle açıklanamamaktadır. Çevresel ve sosyal etmenler ile obezite arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Obezite epidemisinde çevresel etmenler, aşırı besin alımına ve daha az fiziksel aktiviteye neden olur. Fiziksel, ekonomik, politik ve sosyokültürel etmenlerden oluşan besinsel çevre, bireylerin yiyecek ve içecek seçimlerini ve beslenme durumunu etkiler (39).

Çevre ve obezite ilişkisine yönelik obezejenik çevre tezi ilk kez Swinburg tarafından ileri sürülmüştür. Swinburg'a göre sağlıklı besin çevresi daha sağlıklı diyet seçimlerini, çevresel etmenlerde fiziksel aktiviteyi destekleyerek obezite prevalansındaki farklılıklara neden olmaktadır. Çevrenin fiziksel, ekonomik, politik ve sosyokültürel özellikleri besin alımını ve fiziksel aktiviteyi etkilemektedir. Bu etki obezejonik ya da leptojenik olarak tanımlanır.

Besin seçiminde etkili olan çevresel etmenler dört temel grup altında toplanabilir.

1. Bireysel etmenler (besin seçiminde ve yeme davranışındaki tutum ve davranışlar, tercihler, biyolojik ve demografik etmenler),
2. Sosyal çevre (aile, arkadaş, akraba ve diğer toplum bireyleri),
3. Fiziksel çevre (okullar, bebek bakım yerleri, iş yerleri, besin satışı yapılan yerler, restoranlar, besine erişilen ve satın alınan yerler),
4. Makro düzeydeki çevresel etmenler (sosyo ekonomik düzey, kültürel normlar, besinlerin pazarlanması, besin ve tarımsal politikalar) (40).

Bu etmenler yeme davranışlarını dolaylı ve dolaysız olarak etkilemektedir. Bir çocuğun sebze tüketimi ele alındığında, çocuğun sebzeyi sevip sevmemesi bireysel bir etmendir. Çocuğun ailesinin sebze tüketip tüketmemesi ise sosyal etmendir. Çocuğun zamanını geçirdiği yerlerde evde, okulda, okul dışında sebzenin bulunması ve ailenin kaliteli ve yakın çevrede

Üretilen sebzeyle kolaylıkla erişebilmesi fiziksel evre etmenidir. Makro düzeyde ise tarımsal politikalar ve sebzenin fiyatı için ekonomik fiyat politikası bireyin besin seçimini ve davranışlarını etkileyebilmektedir (41).

Aile yeleri ve ortamı besin alımını etkileyen önemli bir obezejonik faktördür. Aile yeleri ve ailede beslenmeden sorumlu kişiler başta çocuklar ve ergenler olmak üzere diğerk aile bireylerinin beslenme alışkanlıklarının belirlenmesinde model oluştururlar. Üstelik bu modeller çocukların ve ergenlerin yetişkinlik dönemindeki davranışlarını da etkilemektedir. Dördüncü sınıf çocuğu olan 1196 aile üzerinde yapılan bir araştırmada, evde sebze ve meyve yada cips, pasta, şekerleme, bar gibi yiyeceklerin toplu olarak alınıp evde gözönünde bulundurulması ile tüketimi arasında doğrudan bir ilişki olduğu saptanmıştır (42). Aileleri ile birlikte haftada yedi kez ve daha fazla yemek yiyen adölesanların gençlik dönemlerinde sebze ve meyve tüketimlerinin yaklaşık olarak 0,7 porsiyon daha fazla olduğu, şekerli içeceklerin tüketiminin ise daha düşük olduğu bulunmuştur (43). Saelens ve ark. nın yaptıkları araştırmada kilolu ailelerin %35,1'i kilolu çocuğa sahipken, obez olmayan ailelerin %8,2'si obez ailelerin ise %23,2'inin bir şişman çocuğa sahip oldukları tespit edilmiştir (44). İngiltere'de yapılan bir çalışmada 9-10 yaşları arasındaki çocukların evlerinin yakında sağlıklı besin satın alabilecekleri yerler varsa daha düşük BKİ' ye sahip oldukları, fast food restoranlar varsa daha yüksek BKİ' ye sahip oldukları bildirilmiştir (45). Araştırmalar, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin desteklendiği çevreye (süpermarketlerin yakınlığı, fast food restoranların sıklığının az olması, yürüyüş ve fiziksel aktivite için iyi kalitede parkların bulunması vb.) sahip çocuklar arasında kilolu ve şişman olanların oranının daha az olduğunu ortaya koymaktadır.

Çocuklarda ve adölesanlarda gün içinde en az iki öğünün okulda geçmesi ve günlük enerjilerinin %19-50'sini okulda tükettikleri besinlerden almaları nedeni ile okul çevresi beslenme durumunu büyük ölçüde etkilemektedir. Okullarda satılan besinlerin çoğu yüksek enerji, yağ, şeker ve tuz, bunun aksine protein, kalsiyum, C vitamin, A vitamin ve demir gibi besin öğelerini yetersiz oranlarda içermektedirler. Okullarda yiyecek/içecek otomatı bulunma durumunun bile çocukların sebze/meyve tüketimiyle negatif, toplam yağve doymuş yağasidi alımı ile pozitif ilişki gösterdiği belirlenmiştir (46).

Gıda reklamları bireylerin beslenme bilgilerini, gıda tercihlerini, satın alma tercihlerini, tüketimlerini, beslenme ve sağlık durumlarını yakından etkilemektedir. İştah dürtüsü ve besin alımı çevremizden gelen ve bedenimizde oluşan sinyallerden etkilenir. Son zamanlarda bu sinyallerin kullanılarak besinlerin tüketiminin arttırılması nöropazarlama olarak adlandırılan ve besin endüstrisi tarafından sık kullanılan tekniklerden biri haline gelmiştir. Besin endüstrisi ürünlerinin reklamlarında, nörobilimcilerin ve psikologların uzmanlıklarından daha fazla yararlanmaya başlamıştır (47,48). Çocuklar reklamlar için çok önemli bir hedef olmakla birlikte çocuklara yönelik yapılan gıda pazarlamaları tamamen endüstrinin istekleri doğrultusunda olmaktadır. Gıda pazarlaması, daha çok enerji içeriği yüksek ve besin değeri düşük olan yiyecek ve içeceklerin tercih edilmesine ve bu ürünlere karşı pozitif inanışların oluşmasına neden olmaktadır.

Bilgisayar teknolojisinin ilerlemesi, çalışma koşullarının değişmesi, ev ve işyerlerinde mekanik yardımların olması, hayatı kolaylaştıran araçların kullanımının artması vb. çevresel değişiklikler fiziksel aktivite alanlarını ve günlük enerji harcamasını azaltmıştır (49). Ulusal Hanehalkı Araştırmasına göre (beş bölge 18 yaşüstü 11.481 bireyde) ülkemizde bireylerin %20,3'sinin hareketsiz yaşadığı, %15,1'unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır (50).

Yaş ilerledikçe fiziksel aktivite azalır ve buna bağlı olarak enerji ihtiyacı da azalmaktadır. Böylece vücut ağırlığının artması ile yaş arasında pozitif bir ilişki vardır. Yaş ilerledikçe şişmanlığın sıklığı artmaktadır (51).

Obezite prevalansının meslek gruplarına göre dağılımına bakıldığında; ev kadınlarında %30,7, emeklilerde %18,4, işsizlerde %18,8, işçilerde %17,4, memurlarda %14,9 ve serbest meslek sahiplerinde %15,1 olduğu görülmüştür (52).

2.1.6. Obezitenin Komplikasyonları

Obezitenin, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, tip 2 diyabet, metabolik sendrom, dislipidemi, hormon bağımlı bazı kanserler, obstruktif uyku apne sendromu gibi pek çok hastalık için risk faktörü olduğu bilinmektedir.

Obezitenin komplikasyonları açısından android (abdominal) ve jinekoid (kalça ve basen) obezite arasındaki kalitatif fark da önemlidir. Çünkü diyabet ve aterosklerozis oluşumunu içeren metabolik komplikasyonlara daha fazla eşlik eden android tiptir. Yalnızca bel çevresi ölçüsü organ yağlarının miktarı ile daha iyi korele olmasına rağmen bel ve kalça çevresi arasındaki oranın (BKO) > 1 olması android obezitenin indeksi gibi kullanılmaktadır (53). Metabolik komplikasyonların riski, örneğin android tip obezite gelişimine eğilim, bel çevresi ile ilişkilidir ve genellikle hafif veya ağır olarak sınıflandırılır. Obez kişilerde yağ enerjinin ana kaynağı olarak kullanılmasına rağmen bu durum alınan substratın örüntüsünden de etkilenir. Obez kişiler artmış yağsız kütlelerine ve daha ağır vücutlarını hareket ettirmek için gerekli olan çabaya bağlı olarak daha fazla enerji harcarlar. Obez kişilerde her bir kilogram vücut ağırlığına karşılık gelen oksijen tüketimi normalden daha azdır. Çünkü yağ dokusu, yağsız dokudan daha az metabolik hıza sahiptir. Bazı obez kişiler daha düşük diyetle bağlı termogeneze sahiptirler. Yeme bozuklukları obezitenin ilerlemesini arttırabilir (54). Gece yeme sendromu günlük toplam alınan gıdanın % 50'den fazlasının gece alınması olarak tanımlanır ve serotonin sisteminde anormallik, depresyon ve uyku apne sendromu ile ilişkilidir. Aşırı yeme, özellikle geceleri olan, kontrolsüz aşırı yeme dönemleri olarak tanımlanır ve aynı zamanda santral serotonin eksikliği ile ilişkilendirilmiştir.

Obezite metabolik bozukluklar yanında bazı psikiyatrik tablolara da yol açmaktadır (55).

2.2. OBEZİTE VE RUH SAĞLIĞI İLİŞKİSİ

2.2.1. Obezitenin Psikopatolojik Yönü

Obezite ve psikopatoloji arasındaki iki yönlü ilişki her zaman araştırmacıların dikkatini çekmiştir. Crisp ve Guinness 1976 yılında “Jolly fat” (neşeli şişman) hipotezi ile orta yaş grubundan obezitesi olan kadınlarda anksiyetenin, erkeklerde hem anksiyetenin hem depresyonun düşük olduğunu bildirmesine rağmen daha sonraki geniş çaplı çalışmalarda ise, genellikle obezitesi olan bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin yüksek olduğu yönünde bulgular elde edilmiştir. Bu farklılığın sebebi; çalışmaların yapıldığı tarih ve coğrafyadaki ortalama gelir düzeyine bağlı

olarak refahı yüksek toplumların daha kolay besine ulaşmasından kaynaklı insanların beden kitle indeksindeki artışa ve araştırmaların daha büyük kitlelerde yapılabilmesine bağlanabilir.

Çalışmalar obezitenin tıkanırcasına yeme bozukluğu, bipolar afektif bozukluk, majör depresif bozukluk, şizofreni ve diğer psikiyatrik bozukluklarda giderek artan oranlarda karşımıza çıktığına işaret etmektedir (56,57,58). Marcus ve Wildes; madde bağımlılığı ve kompulsif davranışlarda gözlenen özelliklerin obezite de var olduğunu ve bu nedenle de obezitenin 'kompulsif gıda tüketimi' olarak adlandırılabilceğini belirtilmektedir (59).

Yeme davranışı yalnızca beslenmek olarak algılanmamalıdır. Yeme tutumunun arka planında farklı psikodinamik açıklamalar bulunabilmektedir. Yeme tutumu hem psikomotor gelişim hem de çevresel etmenlerin karşılıklı etkileşimi ile oluşmaktadır. Yeme davranışındaki aşırılık obeziteden tek başına sorumlu olmamakla birlikte obezitesi olan bireylerin yeme davranış ve tutumlarında sorunlar yaşadıkları, kilo vermede yeme tutumlarındaki değişikliklerin etkili olduğu bilinmektedir (60,61). Psikolojik belirtiler yeme tutum ve davranışlarıyla ilişki içerisindedir (62,63).

2.2.2. Obezitede Yeme Davranışının Nöronal Sistemlerle Etkileşimi

Yeme davranışı ve nöronal sistemler arasında karşılıklı etkileşim mevcuttur. Beslenmenin temel mekaniği, beyin sapındaki merkezler tarafından kontrol edilmektedir ve iştahı etkileyen diğer merkezler hipokampusla yakından ilişkili olan amigdala ve prefrontal kortekstir. Bazı amigdala lezyonlarında beslenme davranışı azalırken, bazı amigdala alanlarının lezyonlarında beslenmede artış görülmektedir. (64). İnsanlarda yeme ve dinlenme dönemlerinde fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmalarında sürekli ve tutarlı olarak aktivite değişikliği görülen alanlar; prefrontal korteks (uygunsuz cevapları engeller), orbitofrontal korteks (yiyecekten hoşlanma/hoşlanmama ile ilgilidir), insula ve temporal korteks (tat duyusu ile ilgilidir), anterior singulat korteks (otonomik girdiler burada entegre olur), ventral striatum, nükleus akkübens ve amigdala (dürtüsellik, ödülle bağlantılı ve duygusal davranışlarla ilgilidir) gibi limbik ve paralimbik alanlardır (65).

Yeme serotonin başta olmak üzere kompleks nöral mekanizmaların kontrolü altındadır. Aynı zamanda gıda alımı, serotoninergik nöronlarda serotonin salınımının kontrolünde etkili olmaktadır. Serotonin salınımı karbonhidrat alımına bağlı insülin salınımı ve plazma triptofan oranının artışı ile artarken, protein alımı ile değişmemektedir (66). Serotoninin duygudurum, iştah, ağrı duyusu, kan basıncı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Hastaların karbonhidrat alımı serotonin salınımına bağlı olarak kendilerini daha iyi hissetmelerine neden olmakta, bunun sonucunda bu gıdalara karşı bir düşkünlük meydana gelmektedir. Karbonhidrat alımı insanların kendini iyi hissetmesine neden olurken aynı zamanda kilo alımına da neden olmaktadır.

Premenstrüel sendromu olan kadınlarda, sigarayı bırakan (nikotin beyinde serotonin miktarını artırır, nikotin kesimi tam tersi etki yapar), kış depresyonu olan hastalarda bu gıdalara eğilim görülmektedir (66).

Yeme davranışı ile karşılıklı ilişkisi olan serotonin aynı zamanda bir çok psikiyatrik bozukluğun fizyopatolojisinde rol alan bir nörotransmitterdir. Serotonin dizgesinde bir bozukluğun olması hastada hem psikiyatrik bozukluğun hem de obezitenin gelişmesini açıklayabilir.

2.2.3. Obeziteye İlişkin Psikanalitik Kuramlar

Obeziteye ilişkin psikanalitik teorilerde, obez bireylerin çözümlenmemiş bağımlılık durumlarının bulunduğu ve bu kişilerin psikoseksüel gelişimin oral döneminde takılı kaldığı vurgulanmaktadır. Bu dönemde takılı kalmak aşırı bir iyimserlik veya karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık ve sabırsızlık gibi özellikler barındıran bir kişilik yapısı oluşturmaktadır. Oral dönemde bebeklerin davranışlarında iye alım ve doyum önceliklidir. Ancak bu, sadece doyum amaçlı tek yönlü bir "alış"tan çok, yaşamın erken dönemlerinde başlayan ve insan ilişkilerinin özgül özelliklerinden biri olan bir "alış-veriş"tir. Oral dönemde alış-verişteki dengesizlik yalnızca veren (özgeci) ya da yalnızca almayı düşünen (bencil) bir kişiliğin gelişmesine yol açabilmektedir. İştah ve yeme bozukluklarının çoğunda bu dengesizliğin izlerine rastlanılmaktadır (67). Zayıf dürtü kontrolü, düşük uyum ve disiplin; obeziteye yol açan düşük öz saygı, depresif özellikler, duygusal yeme davranışı ile ilişkilidir. Duygusal etkenler, özellikle stres obezite gelişiminde önemli rol oynar (68).

Bunlara ek olarak insanda ruhsal durum ve yeme davranışı arasında karşılıklı etkileşim olmaktadır. Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın olarak kabul edilmektedir. Emosyonel durumla bağlantılı olan yemek yeme davranışı emosyonel yeme olarak tanımlanmaktadır. Emosyonel yemenin beden ağırlığı ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (69). Çalışmalarda sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma, korku, gerilim ve ağrı sırasında azalma olduğunu bildirilmektedir (70). Macht (1999) üzüntü ve neşenin yeme davranışını etkilediğini göstermiştir (71). Öfke, depresyon, sıkıntı, anksiyete ve yalnızlık gibi negatif emosyonlarla emosyonel yeme davranışının ortaya çıktığı bildirilmektedir (69). Bir çalışmada obez bireylerin anksiyeteli olduklarında aşırı yedikleri ve yemenin anksiyetelerini azalttığı öne sürülmüştür (72). Yemenin anksiyeteyi azaltma mekanizması tam olarak anlaşılamamış olmasına rağmen, protein ve karbonhidrat alımının özellikle serotonin sentezine farklı etkileri üzerinde durulmaktadır.

2.2.4. Obeziteye Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkili Etmenler

Smits ve arkadaşları (2010) Kanada'da yaklaşık 37.000 kişiyle gerçekleştirdikleri araştırmada duygudurum bozukluklarında obezite artışının %86'sının ilaç (örn; antidepresanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler, hipnotikler, duygudurum düzenleyicileri) kaynaklı olduğunu, anksiyete bozukluğu (panik bozukluk, sosyal fobi) ve obezite ilişkisinin %32 oranında ilaca bağlı olduğunu bulmuşlardır. Antidepresan ve antipsikotikler obezite öncülleri olarak ön plana çıkmışlardır.

Ruhsal bozukluklarda bulunan fizyolojik düzensizlikler de obezitenin gelişimini açıklamada yararlı olabilir. Kortizol salınımı hipotalamopituitar adrenal eksen tarafından düzenlenmekte; anksiyete ve depresif bozukluklarda kortizol salınımında bozukluklar olmaktadır (73). Kortizol vücutta santral bölgelerde yağ depolanmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda depresyon ile santral yağ miktarı arasında ilişki bulunmuştur (74,75). Diğer metabolik süreçlere gelince hem obezite hem de depresyonda glukoz intoleransı ve insulin direnci görülmektedir. Üstelik obezite ve depresyon tedavisi ile insulin duyarlılığı da düzeltilmektedir (76,77).

Depresyon obeziteye, obezite depresyona yol açmaktadır. Faith ve arkadaşları (2011) yaptıkları gözden geçirmede; %80 araştırmada obezitenin depresyona ve %53 araştırmada depresyonun obeziteye neden olduğunun ileri sürüldüğünü belirtmişlerdir. Obezite ile duygudurum ve anksiyete bozuklukları arasında bir ilişki olduğu görülmektedir. Duygudurum bozukluğu ve anksiyete mi aşırı yemeye dolayısıyla obeziteye yol açıyor, yoksa kullanılan psikotrop ilaçlar mı kilo alımına yol açarak obeziteye neden oluyor sorusu hala gündemdedir (65).

Nörobiyolojik araştırmalar obezite ve madde bağımlılığında gözlenen ödül sistemlerinde ortaya çıkan benzerlikleri ortaya koymaktadır. Buna karşıt olarak bazı araştırmalar ile belirgin farklılıklara işaret etmektedirler (78). Obezite ile yeme bağımlılığı arasındaki ilişki hala tartışılan bir konudur. Bazı araştırmacılar obezitenin yeme bağımlılığı dışında bir ruhsal bozukluk olarak DSM-V' te yer almasını önermekte iken (79), bazı araştırmacılar obezitenin kalıtsal nörodavranışsal bir bozukluk olarak tanımlanması gerektiğini öne sürmüşlerdir (80). Yeme bağımlılığında ortaya çıkan davranışların obezitenin tamamını açıklamada yeterli olmadığını, ancak yeme bağımlılığında ortaya çıkan birçok nörobiyolojik değişikliklerin obez kişilerde de saptanmasının önemli bir bulgu olduğu belirtilmiştir (81).

Obezitesi olan bireylerde psikiyatrik belirtilerle ilişkili olduğu düşünülen bir diğer alan benlik saygısıdır. Benlik saygısı kişinin duygusal, zihinsel, toplumsal ve bedensel özelliklerinin gerçekçi olarak farkında olması ve kabul etmesi ile yakından bağlantılıdır. Varolan özelliklerini ve yeteneklerini uygun biçimde kullanabilen bir birey kendi değeriyle ilgili olumlu bir tutum geliştirmektedir(82). Bazı araştırmalarda obezitenin benlik saygısını olumsuz olarak etkilediği bildirilirken (82,83), bazılarında obezite ve benlik saygısı arasında ilişki bulunmadığı öne sürülmüştür (84).

Yeme bozuklukları, obezite ve sağlıksız beslenme pratikte ortak psikopatolojiyi paylaşmaktadırlar ve psikolojik-fiziksel sağlıkta ciddi olumsuz etki yapabilmektedirler. Örneğin bulimik yeme bozukluğu ve tıknırcasına yeme bozukluğu obeziteyle sonuçlanabilirken, obez kişilerde ve anoreksia nervosa hastalarda olumsuz beden algısı paylaşılabilmektedir (85).

Obezite ve psikopatoloji ilişkisini inceleyen araştırmalarda, obez bireylerde depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları özellikle posttravmatik stress bozukluğu, sigara bağımlılığı ve yeme bozukluklarının sık görüldüğü bildirilmiştir (86,87). Bazı çalışmalarda obez bireylerde belirgin bir psikiyatrik bozukluk bulunmadığı, pasif agresif kişilik bozukluğu başta olmak üzere kişilik bozukluklarına daha fazla rastladığı ileri sürülmüştür (88).

Ülkemizde endokrinoloji polikliniğine başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiş, obezlerde komorbid psikiyatrik tanı sıklığının yüksek olduğu, en sık konulan tanıların depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları olduğu saptanmıştır (89). Obez bireylerde psikopatoloji sıklığının, özellikle anksiyete ve depresif bozuklukların yüksek olduğu bildirilmektedir (90,91,92,93,95).

Buna karşın, depresyon ve obezite ilişkisini inceleyen bir çalışmada, kesitsel analizlerde obez bireylerde normal kilolu bireylere göre major depresyon oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiş, ancak prospektif ve çoklu analizlerde anlamlı bir bulgu elde edilememiştir (95). Bir başka çalışmada, obezite ve diğer sağlık sorunları nedeniyle tedavi gören bireylerde orta derecede depresyon ve anksiyete belirtileri bulunduğu, obez bireylerde psikopatoloji düzeylerinin medikal ve cerrahi hastalarındakinden daha yüksek olmadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada, disfori, anksiyete, depresyon gibi psikopatolojik bulgular obezitenin nedeni olmaktan çok sonucu olarak yorumlanmıştır (96). Obez kişilerdeki disfori, anksiyete ve depresyonu obezitenin sonucu olarak gören bir diğer araştırmaya göre BKİ $\geq$ 40 olanlarda (aşırı obezler) depresyon riski artar; obez kişilerde depresyon daha ağır geçer ve prognozları daha kötüdür. Erişkinlerde önce obezite, ardından depresyon gelişirken; çocuklarda önce depresyon, ardından obezite geliştiği bildirilmektedir (97).

Yapılan bir çalışmada obezitenin yaşla bağlantısı incelenmiş;erken yaşta başlayan hastalarda daha geç yaşta başlayanlara göre duygusal sorunlar ve psikiyatrik belirtilerin daha fazla olduğu tespit edilmiş, obeziteninpsikolojik çatışmalarla ilişkili olduğu vurgulanmıştır (98). Diğer taraftan Pine ve arkadaşları (1997) yaptıkları çalışmada 700 adolesanı 1982 ve 1992 yıllarında değerlendirmişler ve bazal depresyonun yetişkin dönemdeki BKİ'de önemli yüksekliğin prediktörü olduğunu bulmuşlardır (99). Yine

Roberts ve arkadaşları (2000) bazal obezite seviyesinin ileri dönemdeki depresyon için öncül olduğunu bildirmişlerdir. Bundan dolayı uzunlamasına çalışmalar iki yönlü nedensel etkileşimin olabileceğini desteklemektedir (100).

Aşırı yeme; depresyon ve anksiyete ile kötü uyumlu bir başetme tepkisi olarak ortaya çıkabilmektedir. Obez bireylerin aşırı yemek suretiyle anksiyete ile başetmeyi çalıştıkları ve bu bireylerin edilgen bağımlı özelliklerinin bu kişileri alternatif başetme becerileri geliştirmekten alıkoyduğu öne sürülmektedir (101). Özdel ve arkadaşları tarafından yapılan diğer bir çalışmada, major depresif bozukluk kadar kronik depresif duygudurumla seyreden distiminin ve major depresyon ve distimi birlikteliğinin de sık olduğu görülmektedir. Anksiyete bozukluklarından belirgin olarak öne çıkan bir bozukluk bulunmamasına karşın fobik bozukluklarının sık olduğu belirlenmiştir (102). Bugünkü psikiyatrik bozukluk sıklığı kadar geçirilmiş psikiyatrik tanı oranlarının da yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum obezite ve psikiyatrik bozukluklar arasında karşılıklı bir ilişki bulunduğunu düşündürmektedir.

Obezitenin oluşumunda genetik, biyokimyasal, endokrinolojik ve sosyolojik faktörlerden birisinin ya da birkaçının katkısı olduğu bilinmektedir. Depresyon ve obezitenin ortak noktalarının gözden geçirildiği bir makalede, her iki durumun ailesel geçiş özelliği gösterdiği vurgulanmıştır. Hem depresyonun hem de obezitenin etyolojisinde stres ve fiziksel hastalık gibi çevresel özelliklerin etkili olduğu, serotoninerjik dengesizliğin depresyon yada obezite ile sonuçlanabildiği belirtilmiştir (87). Obezite ile ilişkili bir durum olan fiziksel aktivitenin azalmış olması endorfin düzeylerini etkilemekte, dolayısıyla norepinefrin metabolizmasında değişikliklere yol açarak psikolojik belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Ayrıca, obezite nedeniyle fiziksel aktivitenin azalması ve fiziksel hastalıkların artması sonucu zevk verici, hoşnutluk verici etkinliklerin yapılamaması depresyon ortaya çıkışını kolaylaştırabilmektedir (103,91). Diğer taraftan, toplumun obeziteye gösterdiği tepki venedeniyle obez kişiler iş bulma güçlüğü, okul ve iş çevrelerince reddedilme gibi sosyal sorunlar yaşayabilmektedir. Bunlarla bağlantılı olarak anksiyete ve depresif belirtiler, suçluluk duygusu ve somatik yakınmalar gelişebilmektedir (104,105).

Obezitesi olan bireylerde yaşam kalitesinin bozulduğu ve obezite derecesi arttıkça bu bozulmanın arttığı vurgulanmaktadır (106,107). Hem metabolik hastalık sıklıklarının yüksek olması, hem de obezite ile birlikte bel, kalça ve diz ağrısı, osteoartit gibi fiziksel hastalıkların daha fazla yaşanması bu bireylerin normal kilolu kişilere göre yaşam kalitelerinin daha düşük olmasına yol açmaktadır (108,109). Psikiyatrik belirti ve psikopatoloji varlığında yaşam kalitesinin kötüleştiği bildirilmektedir (110).

Obez bireylerde etyolojiye bağlı olarak eşlik eden bazı ek hastalıklar ve obezite sonucunda oluşan komplikasyonlar hastaların tedavisini zorlaştıran kısır döngü yaratır. Eşlik eden fiziksel hastalıklar da psikiyatrik bozukluk gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (111).

Obezite ve psikolojik belirtilerin ilişkisini inceleyen bazı çalışmalarda cinsiyet farklılığına dikkat çekmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, obez kadınlarda obez olmayanlara göre depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (112,113). Buna karşın, obez ve normal kilolu erkekler arasında psikiyatrik belirti açısından farklılık saptanmamıştır. Carpenter ve ark. (2000) kadınlarda BKİ arttıkça depresyonun ve intihar düşüncelerinin arttığını, erkeklerde ise tam tersi bir ilişki olduğunu, BKİ arttıkça depresyonun ve intihar düşüncelerinin azaldığını tespit etmiştir (114). Kadınlarda yapılan bir izlem çalışmasında, depresyon ve obezite arasında iki yönlü bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Dört yıllık izlem periyodu sonrasında depresyonu olan kadınlarda olmayanlara göre obezite riskinin, obez kadınlarda normal kilolulara göre depresyon riskinin artmış olduğu tespit edilmiştir (115).

Depresyonda iştah artışına bağlı olarak kilo alınması, fiziksel aktivitenin azalması, kullanılan ilaçların iştah arttırıcı özellikte olması, özellikle kadınlarda depresyon esnasında yeme ataklarının yaşanması nedeniyle kilo alımı ve obezite gelişebilmektedir (91).

Orta yaş grubundan kadınlarla yapılan bir çalışmada, obezite; fiziksel aktivitenin yetersiz olması ve yüksek kalorili besinlerin alınması ile ilişkili bulunmuş, obez kadınlarda depresyonun fazla olduğu bildirilmiştir (116). Diğer bir çalışmada, obez kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtilerinin yüksek olduğu, orta/şiddetli depresif belirti varlığı ile BKİ arasında pozitif ilişki bulunduğu tespit edilmiştir (117). Mevcut veriler obez kadınların

erkeklere göre psikopatolojiye daha yatkın olduğunu düşündürmektedir. Yapılan bir çalışmada, 40-65 yaş arası 4543 kadın değerlendirilmiş, eğitim düzeyi ne olursa olsun obezite ve beden imajındaki memnuniyetsizliğin depresyonla ilişkili olduğu saptanmıştır (118). Kadınlar toplumsal ve kültürel etmenlerle ilişkili olarak fiziksel görünüme daha çok önem vermektedir. Bu nedenle obezite, beden imajında sorunlara ve hoşnutsuzluğa yol açabilmekte, benlik saygısının azalması ile birlikte psikolojik belirtiler ortaya çıkabilmektedir (119). Jorm ve ark. (2004) obez kadınlarda normal kilolu kadınlara göre depresyon ve anksiyete belirtilerinin yüksek olduğunu belirlemiştir (120).

Obezite yaşam döngülerine göre ele alındığında özellikle kadın sağlığını her evrede olumsuz olarak etkiler. Obezite genç kadınları psikososyal yönden etkilerken yaşla birlikte üreme sağlığını ve kronik hastalıkların gelişimini etkiler.

Günümüzde genel olarak kabul edilen yaklaşım tedavi için hastaneye başvuran olguların obez bireyler arasında farklı bir alt grup olduğu şeklindedir. Bu kişilerde psikopatoloji ve tıknırcasına yeme davranışının tedaviye başvurmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (121). Tedavi arayışında olan bireylerle yapılan çalışmaların gözden geçirildiği bir makalede, bu bireylerde borderline kişilik bozukluğu, yeme bozuklukları ve depresyonun tedavi görmeyen bireylere göre anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir (76). Ayrıca, tedavi için başvuran grubun daha çok psikososyal desteğe ihtiyacı olduğu öne sürülmektedir (89).

2.3. CİNSEL SAĞLIK

2.3.1. Cinsel Sağlığa Biyopsikososyal Yaklaşım

Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı “cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleşmesi ve güçlenmesi” olarak tanımlamaktadır (122). Bu bağlamda cinsel sağlık; üreme ve cinsel fonksiyonları etkileyen organik hastalık ve sakatlıkların olmamasının yanı sıra, cinsel tepkileri baskılayan ve insan ilişkilerini olumsuz etkileyen korku, utanç, suçluluk ve yanlış inançların olmamasıyla birlikte sosyal ve kişisel etikle uyumlu olarak üreme ve cinsel davranışları kontrol edebilme

ve bundan mutlu olmayı da içermektedir. İnsan psikolojisini oluşturan temel tutumlar kişilik özellikleri, duygular, bilişsel işlevler, geçmiş yaşantılar travmalar, öğrenilmiş davranış modelleri vb. cinselliğe yaklaşımımızı ve seçimlerimizi belirler (123).

Cinsel sağlık sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik halidir. Cinsel sağlık; cinsellik ve cinsel ilişkilerde; zorlama, ayrımcılık ve şiddetten arınmış, hem keyişi hem de güvenli cinsel deneyimlere sahip olma olasılığının sonucu olarak, olumlu ve saygılı bir yaklaşım gerektirir. Cinsel sağlığın; elde edilmesi ve bakımı; tüm kişilerin cinsel haklarına saygı gösterilmesi, korunması ve yerine getirilmesini gerekli kılar. Şiddet ve ayrımcılığın olmadığı güven ve saygıyı içerir. Belirli insan haklarının yerine getirilmesine bağlıdır. Sadece üreme çağını değil, gençlik ve yaşlılık da dahil bireyin tüm yaşamını kapsar. Farklı cinsellik ve cinsel ifade biçimleri aracılığı ile ifade edilebilir. Eleştirel toplumsal cinsiyet değerleri, rolleri, beklentileri ve güç dinamikleri tarafından etkilenir (124).

Biyolojik bakış açısıyla cinsellik, temel bir içgüdüdür. Cinsel işlevler, başta merkezi sinir sistemi, beş duyu ve genital organlar olmak üzere tüm bedenin katıldığı ve bedenimizin ürettiği 30'dan fazla hormon ve kimyasal maddenin karmaşık bir etkileşimi ile yürütülen bir süreçtir. Bu nedenle başta hastalıklar, kullanılan ilaç ve maddeler ile bedenimizi etkileyen her etken ile gebelik, menopoz, ergenlik gibi her dönemsel durum cinselliğimizi de etkileyebilir. Sonuç olarak, sağlıklı ve mutlu bir cinsel yaşam için sağlıklı işleyen bir beden olmazsa olmaz bir kuraldır.

Psikolojik bakış açısına göre sağlıklı işleyen bir beden cinselliği sağlıklı bir şekilde yaşayabilmek için gerekli altyapıyı sağlar. Ancak, o cinselliğin nasıl yaşanacağını, kiminle yaşanacağını, ne zaman, nerede ve nasıl olacağını, nasıl uyarılıp nasıl doyuma ulaşılacağını vb. belirleyen ise insan psikolojisidir. Cinsel işlevler, esas olarak merkezi ve periferik sinir sistemi tarafından yönetilmektedir, insan psikolojisini oluşturan temel tutumlar, kişilik özellikleri, duygular, bilişsel işlevler, geçmiş yaşantılar, travmalar, öğrenilmiş davranış modelleri vb. cinselliğe yaklaşımımızı ve seçimlerimizi de belirler.

Sosyokültürel bakışa göre ise kişilerin yetiştiği ve içinde yaşadığı aile, yakın çevre, alt kültür ve toplumsal yapı, gelenekler ile dini inanç ve ahlaki tutumlar da cinsel tutum ve davranışlarımızı belirleyenler arasındadır. Çoğu zaman, yalnızca sosyokültürel nedenler herhangi bir cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkmasında başlıca rolü oynayabilmektedirler. Örneğin, vajinismusun muhafazakar toplumsal yapı, bekaret ve namus gibi geleneksel değer yargıları, aşırı acı, kanama ve ilk gece korkuları gibi cinsel mitler ile cinselliğin yasaklandığı, rahatça konuşulmadığı, cinselliğe yönelik olumsuz tutumların sergilendiği tutucu aile ortamlarında yetişme vb. unsurlardan kaynaklandığı bilinmektedir.

Bireyin sağlıklı ve mutlu bir cinsel yaşam sürmesinde bu üç bakış açısının da önemli yeri vardır. Birey cinsel bir sorun ya da bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığında sorununun çözümü ya da getirilecek her türlü tedavi yaklaşımında da bu üç temel unsurun göz önünde tutulması gerekir. Artık tüm dünyada kabul edilmiş olan modern tedavi yaklaşımları insanı biyopsikososyal bir varlık olarak tanımlamakta ve tüm tedavi stratejilerini bu temel saptama üzerine kurmaktadır. Kuşkusuz bu yaklaşım insan cinselliği ve cinsel yaşam sorunları için de geçerlidir. Cinsel yaşama ilişkin sorunların çözümünde yalnızca tıbbi bir yaklaşım getirmek yeterli olmadığı gibi yalnızca psikolojik ya da sosyokültürel bir yaklaşım da yeterli olmayacaktır. Modern cinsel tedaviler, bu üç yaklaşımı da bireye, çifte, topluma ya da kültüre özgü uygun biçimde kapsar.

Cinselliğin bir tabu olduğu görüşü devam etmekle birlikte, günümüzde cinsellik ve cinsel yaşamın bir insanlık hakkı olduğu kabul edilmekte ve buna uygun düzenlemeler yapılmaya devam etmektedir. Bu gelişmeler ülkelere ve bölgelere göre değişkenlik gösterse de, genel anlamda sürecin olumlu olduğu kabul gören bir görüştür.

Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin 17 Nisan 2007'de Sydney'de yapılan genel toplantısında "Milenyum Gelişim Bildirgesi için Cinsel Sağlık" ilkeleri belirlenmiştir. Bu ilkelerden biri cinsel kaygılar, işlev bozuklukları ve hastalıkları yaşam kalitesine etkisi büyük olduğundan tanımlamak, sevk etmek ve tedavi etmektir.

Yine bu bildirgeye göre; cinsel sağlık, hastalığının yokluğundan daha fazla bir şeydir. Cinsel zevk alma hakkı evrensel kabul edilmeli ve

desteklenmelidir. Cinselliğin bedensel, etik, psikolojik, toplumsal ve duygusal boyutları vardır. Cinsellik, fiziksel, zihinsel ve duygusal olduğu kadar toplumsal, sosyal ve entellektüel öğeleri de barındırır. Bireyin kişilik özelliklerini, iletişim ve sevgiyle besleyen, geliştiren ve zenginleştiren bir niteliğe sahiptir (125, 126,127,128).

2.3.2. Kadınlarda Cinselliğin Gelişimi

İntrauterin hayattan başlayıp ölüme kadar devam eden cinsellik yaşamın her evresinde sürekli bir gelişim ve değişim içindedir. Kadının cinsel deneyimleri, cinselliğini ifade etme yolu bireyseldir ve yaşamı süresince değişir. Doğumdan önce, insanda cinsel tepki döngüsünün başladığı bildirilmiştir. Dişi cinsel tepki döngüsü ise doğum öncesinde işlevselleşmektedir. Doğumdan sonra, altı aydan bir yıla kadarki dönemde kendi cinsel organlarının keşfi ve mastürbasyon her iki cinsiyet için de söz konusudur. Çocuklar 3-5 yaşında, kadın ve erkeğin nasıl davranması gerektiğine yönelik toplumun gönderdiği mesajları almaya başlar ve toplumsal cinsiyetlerinin gerektirdiği rolleri ortaya koyarlar. Bununla birlikte 5-12 yaş arasındaki çocuklar, kültürel faktörlere bağlı olarak romantik ilgi göstermeye başlarlar.10-15 yaş arasıdaki gençler ise genellikle romantik etkinliklerle uğraşırlar. Bu dönem önemli ölçüde kültürel faktörlere bağlıdır (129,130,131).

Ergenlik döneminde biyolojik farklılaşma ile kadın artık cinsel döngünün evrelerini yaşayabilir durumdadır. Mastürbasyonla ilgili kaygılar bu dönemde yoğun yaşanabilir. Erişkinliğe yaklaştıkça cinsiyetin toplumsal rolleri de yaşanmaya başlar. Ergenlerin cinsel rolleri cinsiyet farklılıkları göstermekle birlikte davranışları kültürel beklentiler ile tutarlıdır. Bu dönemdeki ergenlerin cinsel aktivitelerin ahlakçı tutumlar ile sınırlandırılması ileri dönemlerde kadının cinsel sorunlar yaşama olasılığını arttırmaktadır. Mastürbasyonun bilinmemesi, konuşulmaması, olumsuz nitelendirilmesi birçok kadında uyarılma ve cinsel haz gelişimini olumsuz etkilemektedir. Erişkinlik dönemi kadının cinselliği rahat yaşayabildiği, cinsel olarak aktif olduğu bir dönemdir. Bu dönemde düzenli partner ilişkilerinin kurulması ile kadının yaşamında toplumsal ve cinsel rolüne özgü değişiklikler olur. Cinsellik öğrenilen bir eylem olduğundan aktif cinsel yaşamı olan kadının yaşla birlikte orgazm olma ve haz alma becerileri artar. Ancak gebelik ve emzirmenin yanı sıra infertilite deneyimi cinsel işlevi

etkileyebilir (129). Menopoz döneminde yaşam stresleri ve kişilerarası ilişkiler, cinsel işlevde önemli bir rol oynamaktadır. Kadınların her geçen yıl partneri ile cinsel aktiviteye girme olasılığı azalır. Menopoz cinsel uyarılma evresini etkilerken cinsel istek üzerine olumsuz bir etkisi olmaz.

İnsanın cinsel yaşamı tüm yaşam alanları ile bir bütün içindedir ve bu bağlamda cinsel uyum genel uyumun bir parçası olmaktadır. Cinsellik, biyolojik düzeyde üreme ile nesillerinin devamının sağlanması, psikolojik düzeyde ise cinsel ilişkiden haz alma, sevmeye, sevilme, kendini ve ihtiyaçlarını ifade etme, partneriyle iletişim kurma gibi bireyin temel ihtiyaçlarının doyurulması ile ilişkilidir.

2.3.3. Cinsellik Kavramının Ve Kuramlarının Tarihi Değişimi

Cinsellik tarihi ile ilgili bilinen en eski eser MÖ 6000 yıllarına ait olduğu tahmin edilen ülkemizde Çatalhöyük kazısında VI A tabakası 30 nolu tapınaktan çıkarılmış olan kutsal evlenme konulu kadın ve erkeği sarılmış olarak gösteren kabartmadır. Bu esergünümüzde Ankara Anadolu Medeniyetleri Müzesinde sergilenmektedir(132).

Cinselliğe bakış açısından tarih incelendiğinde antik Yunan'da, Hititler'de, eski Mısır'da, sümerlerde hindistanda tantracılar arasında görüş benzerlikleri görülür. Özellikle MÖ 2000 lere giden Hindistan'daki tantra öğretilerinde cinsellik yüceltilir. Cinsel hazlar da yemek içmek gibi insana mutluluk veren etkinlikler olarak düşünülür. Doyumlu ve uzun süren bir cinselliğin yaşam enerjisi oluşturduğu vurgulanır. Bu görüşler 20. YY ikinci yarısından sonra seksoloji araştırmalarının çalışmaları sonucu tekrar kabul görmeye başlamıştır.

Kanadalı psikiyatr ve cinsel tedavi uzmanı Frank Sommer cinsel sorunların sağlığı bozduğunu ve bu yolun sonunda intihar ve cinayetlerin görülebildiğini ifade etmiştir.

Mö 6. yy'de yaşamış ünlü çinli düşünür Lao Tse'ye göre eğer kadın ve erkek onun aşk kurallarını gerektiği şekilde uygularsa; erkek sağlıklı ve genç kalır kadın ise yüz hastalıktan korunmuş olur. Hem doyumlu bir yaşama ulaşırlar hem de bedenleri sağlıklı kalır.

Cinselliğin erdemsizlikle ilişkilendirilmesi ve baskıcı tutumlar ise ilk olarak romalıların ortaçağda yerleştirdiği kavramlardır (133).19. yy'de cinsel baskı

doruk noktasına ulaşmış ancak 19. yy sonlarına doğru bilim insanları cinsellik konusunu bilimsel ve akılcı bakış açısıyla incelemeye başlamıştır.

Eski Yunanda ve Latinlerde, cinsellik kavramını karşılayacak genişlikte bir kavram bulunamamış, cinsel ilişki, birleşme veya temas olarak adlandırdığımız durumlar için, sunousia, homilia, plesiasmos, mixis, ocheia gibi kelimeler kullanılmıştır (134).

Hipokrat gibi hekimler, Aristo ve Plato gibi filozoflar cinsellik araştırmalarının mimarlarıdır. Araştırmalarında cinsel davranışlarla ilgili olarak yapmış oldukları gözlemleri paylaşmışlar ve cinsel yanıt, cinsel fonksiyon bozukluklarına, üremeye, doğum kontrolüne, kürtaja, cinsellik ve cinsel etik konularına ilişkin ilk varsayımları ortaya koymuşlardır. Bu ilk çalışmaların ardından Roma'da, Soranus ve Galen gibi Yunanlı hekimler ve ardından gelen İslam bilimcileri cinsellik hakkındaki sorulara daha fazla zaman harcamışlardır. Bu çalışmalar Yunan ve Latin el yazılarıyla standart bir metin haline getirilmiş, tıp okullarında 16,17 ve 18. yüzyılda anatomik araştırmaların yeniden doğuşuna sebep olmuştur. On dokuzuncu yüzyılda nüfusun artışıyla birlikte cinsellikle ilgili merak edilenler de bu tür çalışmaların artmasını hızlandırmıştır.

Henry Havelock Ellis, 1859–1939 yılları arasında insan cinselliği üzerine çalışmalar yapmış İngiliz psikolog ve aynı zamanda hekimdir. Çalışmalarında cinsellik ile ilgili korkular ve gece uyku esnasında istem dışı ejekülasyon konularını ele almıştır. Ayrıca cinsellik konusunda bilgisiz olunması hakkındaki endişelerini de belirtmiştir. Ellis 1896 ve 1910 yılları arasında Sex Psikolojisi Çalışmaları adlı altı ciltlik seri yayınlamıştır. Bu çalışmalarda şunları ifade etmiştir (135).

1. Her iki cinsiyet için mastürbasyon yapmak yaygın bir davranıştır.
2. Erkek ve kadınlardaki orgazm çoğunlukla aynıdır.
3. Homoseksüellik ve heteroseksüellik cinselliğin bir evresidir.
4. Kadınlar cinsel arzuya sahiptirler.
5. Cinsellik için tek bir norm yoktur. Düşünceler ve davranışlar kişilere ve kültürlere göre değişmektedir.
6. Her iki cins için erken yaşta cinsel eğitim verilmelidir.

7. Doğum kontrolünde yada bireysel cinsel davranışlara karşı kurallar olmamalıdır.

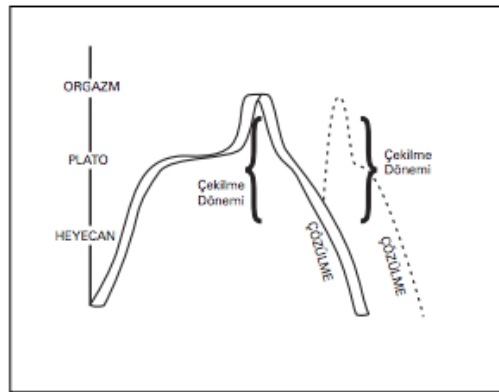
Ellis cinsel davranışlar konusunda yaptığı çalışmalarında cinselliğe antropolojik, kültürel, psikolojik ve tıbbi bir bakış açısı getirmiştir. Bulmuş olduğu çoğu veriyi vaka incelemelerinden ve yaşam hikâyelerinden elde etmiştir. Bu alandaki tecrübe ve deneyimleriyle bir fenomen olmuştur. Hatta araştırma amacıyla kendi cinsel tecrübelerini de kullanmıştır. Araştırmalarında gece uyku esnasında istem dışı ejakülasyon, mastürbasyon ve diğer cinsel davranışları tartışarak normal cinsel davranış şekillerinde geniş varyasyonlar olduğu kanısına varmıştır. Ellis'in araştırmalarında ele aldığı iki önemli madde vardır; araştırmalarında elde ettiği bilgiyi bilimsel bakış açısıyla sağlaması ve kendisinin içinde bulunduğu baskılayıcı dönemin şartlarından ayırmasıdır. O dönemde toplum cinselliği negatif bir kavram olarak tanımlarken birçok cinsel davranışı da hastalık olarak kabul etmekteydi. Bu nedenle cinselliği normal olarak değerlendiren bu ilk araştırmacılar cinselliğin günümüz sosyal toplumunda normal algılanmasında etkili olmuşlardır. Ellis'in fikirleri ve çalışmaları sonraki dönemlerde cinsellik araştırmacılarını ve yazarlarını da etkilemiştir.

İnsan cinselliği üzerine yapılan en büyük gözlemsel araştırma ise muhtemelen William Masters ve Virginia Johnson'ın cinsel tepkiler üzerine yaptığı çalışmadır (1966). Günümüzdeki cinsel terapi olarak bilinen yaklaşımların temelleri William Masters ve Virginia Johnson'un (1966) 'İnsan Cinsel Yetersizliği (Human Sexual Inadequacy) adlı kitabı ile atılmıştır (136).

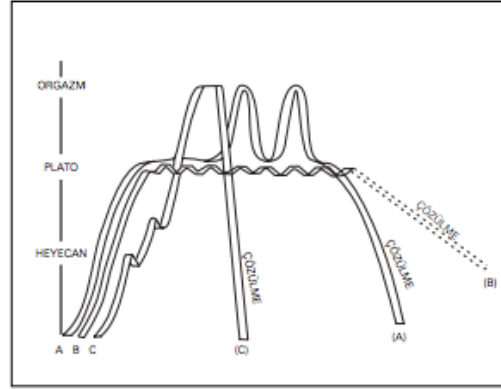
Masters ve Johnson insanda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkiyi uyarılma, plato, orgazm ve çözülme olarak, dört ayrı evreye ayırmış ve cinsel sorunlarını dört aşamadan birinde ya da bir kaçında meydana gelen aksaklıklar olarak tanımlamışlardır (136,137). Çoğu cinsel işlev bozukluğunun sebebini ise performans anksiyetesi, danışma, iletişim yetersizlikleri ve cinsel aktivite boyunca bir "seyirci" rolünde olmaya bağlamış, cinsel eğitim, eşler arasındaki iletişim biçimleri, işlev bozukluğunun ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde rol oynayan hatalı davranışlar üzerinde çalışılması gerektiğini gündeme getirmişlerdir. Cinselliğe yaklaşımları davranışçı bakış açısına dayansa da psikanalitik ve

diğer davranışçı yaklaşımlardan farklı olarak temelinde holistik (bütüncül) yaklaşım yatan sistem teorisinden kısmen etkilenmiş 'birleşik davranışsal modelleri' kullanmışlardır ve cinsel partnerleri birlikte değerlendirerek cinsel terapiye sistematik uygulama getirmişlerdir. Daha önce cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde odaklanılan bilinçdışı çatışmaların analizi ve bireyin iç görü kazanmasını sağlayan yöntemlerden ziyade cinsel işlev bozukluğunun türüne özgül teknikler geliştirmişlerdir (138).

Helen S. Kaplan, vaka çalışmalarının, insan cinselliğinin karmaşık doğasının anlaşılmasında ve derinliğine incelenbilmesinde önemli rolü vardır. Masters ve Johnson tarafından temelleri atılan cinsel terapilerin geliştirilmesi ve yeni boyutlar kazanmasında önemli bir rol oynayan isim ise Helen S. Kaplan'dır. Çalışmalarını ağırlıklı olarak vaka örnekleri üzerinden sunarak bu alana büyük katkılar sağlamıştır. Kaplan, cinsel fonksiyonu etkileyen durumlar (yaş, kronik hastalıklar, psikiyatrik bozukluklar, evlilik sorunları, ilaçlar gibi) ve her iki cinse özel cinsel sorunların tedavisi gibi konularda yaptığı çalışmalarını The New Sex Therapy (1974) adlı kitabında yayımlamıştır. Kaplan, cinsel işlevlerin bifazik (üç fazlı) niteliğini vurgulamış, cinsel yanıt evrelerini klinik açıdan yeniden sınıflandırarak bunlara cinsel isteği de eklemiştir. Kaplan, cinsel yanıtın bifazik niteliğiyle ilgili olarak cinsel yanıtın, gerçekte tek ve bağımsız bir bütün oluşturmaktan çok, birbirlerinden bağımsız iki ayrı bölümden oluştuğunu, ilk bölümün uyarılma ve plato evrelerini içerdiğini, ikinci ve üçüncü bölümün ise orgazm ve çözülme evresi olduğunu açıklamıştır (138,139) (Şekil 2.4 ve 2.5).



Şekil 2.4: Masters ve Johnson'a göre Erkek Cinsel Yanıt Döngüsü



Şekil 2.5: Masters ve Johnson'a göre Kadın Cinsel Yanıt Döngüsü

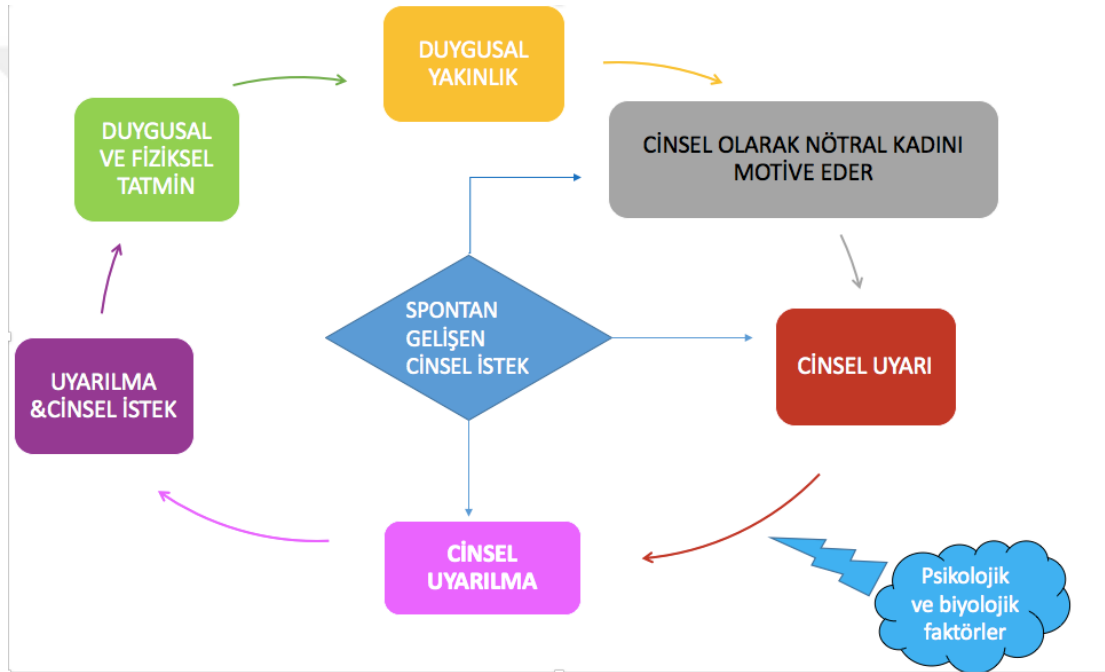
A. Çoğul orgazm patern

B. Orgazmsız patern

C. Uyarılma aşamasında birkaç kısa atım ve hızla çözülme aşamasına geçen patern

Rosemary Basson, (2000) Master ve Johnson'ın ve onların teorisinden yola çıkan Kaplan'ın teorilerinin özellikle kadın cinsel yanıt döngüsünü tam olarak açıklayamadığını öne sürerek yeni bir model ortaya çıkarmıştır. Modele göre kadın, cinsel yanıt döngüsüne cinsel olarak nötr olarak başlar, daha sonra cinsel olmayan ihtiyaçlarının cinsel olduğunun farkına varıp cinsel uyarıyı değerlendirmeye alır ve cinsel yanıt oluşturur, böylece cinsel olarak uyarılma gerçekleşir ve kadın artık cinsel isteğinin farkındadır. Cinsel istek, kadının cinsel açlığının bir sonucu, bir uyarıya cevaplama isteği ya da muhtemelen cinsel gerilimi azaltmaya yönelik olabilir. Kadın artmış cinsel istek ve uyarılma sonucunda orgazm olabilir ya da olamayabilir. Ancak orgazm olmadan da fiziksel iyilik hali gözlenebilir ve bu döngü biyolojik ve psikolojik faktörlerden olumsuz etkilenebilir. Basson'un bu yeni cinsel yanıt döngüsü kadın cinselliğine farklı bir bakış getirmiş cinsel isteği bir durum olmaktan çıkartıp bir döngü olarak görmeye yönlendirmiştir (135, 138). Basson'un kadındacinsel yanıt döngüsü (Şekil 2.6), cinsel deneyim sırasında daha önceden yaşanılmış cinsel arzular ve deneyimlerin yanı sıra spontan gelişen bir cinsel arzunun döngü içerisinde değişkenlik gösterebileceğini göstermektedir. Spontan gelişen cinsel arzu aşamasında (ortada) ancak olumlu motivasyonla tarafsızlık sağlanır. Bir kadının cinsel olarak uyarılması ya da cinselliği kabul etmesi için; fiziksel zevk almak ve paylaşmak için sevgiyi ifade etmek, duygusal yakınlık hissetmek, partnerin memnuniyeti ve kendi sağlığını artırma arzusunu

içeren bazı nedenleri vardır. Bilinçli olarak cinsel uyarılara odaklanmak cinsel olarak istekli olmaya yol açar. Bu uyarılar biyolojik ve psikolojik faktörler tarafından etkilenmektedir ve akıl yolu ile değerlendirilirler. Oluşan durum subjektif bir cinsel uyarıdır. Uyarılmanın devam etmesi cinsel heyecan ve zevk için daha yoğun bir tetikleme arzusu sağlar ve başlangıçta eksik olan cinsel istek bu uyarılar sonucunda oluşur. Uyarılma yeterince devam ederse, kadın bu uyarılara odaklı kalabilir ve ağrı gibi herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmaz ise orgazm ya da orgazm olmadan gerçekleşen bir cinsel doyum gerçekleşmiş olur (138,135,139).



Şekil 2.6: Basson'a Göre Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü

Sigmund Freud'un geliştirdiği psikanalitik kuram, insanın psikolojik bakımdan evrensel ilkelere uygun olarak geliştiğini kabul eder. Ancak Freud bir bireysel kişiliğin işlevsel yönlerinin toplumsal bir bağlam içinde biçimlendiğine de inanır. Freud'un gelişimcilere en önemli katkısı, tüm yaşam boyunca sürececek örüntülerin oluşmasında erken yaşam deneyimlerinin önemini vurgulamasıdır. Freud kuramını biyolojik ayrılıklara dayandırmıştır

Freud kadının cinsel yaşamını henüz keşfedilmemiş 'meçhul ada' olarak niteler. Gerçekten kadının psikoseksüel evrimi erkeği uzun zaman ilgilendirmemiştir; günümüzde bile kadın psikolojisinin tam olarak

bilinmediği söylenebilir. Öte yandan kadına ilişkin bilgilerimizin çoğu erkek tarafından ve erkeğin yararları doğrultusunda oluşturulmuştur. Psikanalizin kadın cinselliği konusunda getirdiği bilgilerin özü de bu niteliği taşır (140). Freud'un kuramında, yaşamış olduğu dönemin etkisiyle erkek çocuklarına ve erkeklere birincil kişiler gibi bakılmakta kadınlar ise ikincil kişiler olarak algılanmaktadır. Bu nedenle "penis" kavramı Freud'un kuramında cinsel kimlik kazanmada belirgin biyolojik özellik konumundadır.

Freud'un cinselliğe ilişkin ses getiren bu yaklaşımı uzun yıllar etkisini sürdürmüştür ancak 1960'lı yıllardan itibaren yerini sosyal, davranışsal ve bilişsel öğrenme kuramlarına bırakmıştır. Sosyal öğrenme kuramlarında, cinslere bağlı kimliğin geliştirilmesinde çocukluk dönemindeki seçici pekiştirme ve taklit önemli yer tutar. Çocuklar aynı cinsten ebeveynin davranışlarını model aldıkları için ödüllendirilir ya da cinsine uygun davranmadığında cezalandırılır. Toplumda da sistemli ödül ve cezalarla bu taklit etme davranışları pekişir. Davranışçı öğrenme kuramlarında tüm diğer davranışlar gibi cinsel davranışlarda öğrenilir. Cinsel istek bozuklukları bireyin cinsel bir duruma karşı verdiği koşullu anksiyete tepkisidir. Örneğin, mastürbasyon yaparken annesi tarafından yakalanan ve annesinin iğrenme ya da öfke tepkisiyle karşılaşan bir erkek çocuk klasik koşullanmayla, cinsel uyarılmaya yol açan uyarıcı ile utanma ya da kaygı arasında bir bağlantı geliştirir. Bu kaygı beklentisi ise, cinsel ilişki esnasında ereksiyonu sürdürme becerisini olumsuz yönde etkiler. Bilişsel öğrenme kuramlarına göre ise çocukluk döneminde kalıplaştırılmış bir erkeklik ve kızlık anlayışı oluşur ve çocuk bu kalıp imgeyi ileri yaşlarda kendi çevresini örgütlemeye kullanır. Böylece kendi cins kavramalarıyla uyuşan davranışları seçip geliştirir. Sonuç olarak öğrenme kuramlarının genelinde tüm davranışlar gibi cinsel davranışlarında öğrenilmiş davranışlar olduğu varsayılır. Günümüzde de adölesan cinselliği ve kontrasepsiyon, sağlıkla ilişkili cinsel davranışlar ve cinsel davranış modelleri konularında bu kuramlar sıklıkla kullanılır (138). Farklı bir kuramla karşımıza çıkan Erik Ericson (1902– 1994), ego psikolojisinin en önde gelen kişileri arasında yer almaktadır. Ericson, Freud'un psikoseksüel gelişim olarak tanımladığı ve cinsel gelişmeyi temel alarak hazırladığı gelişimi, psikososyal kuram adı altında yeniden incelemiş, bu gelişimi "İnsanın 8 evresi" adı altında 8 evre

halinde ele almıştır. Her evrede benliğin karşılaştığı bir olumlu benlik, bir de bunun karşısını belirtmiştir. Temel güven ve bunun karşıtı olan temel güvensizlik gibi. Ericson'un kuramının dayandığı temel düşünceler şunlardır:

Genel olarak insanların temel ihtiyaçları aynıdır,

Benlik yada egonun gelişimi, temel ihtiyaçların karşılanmasıyla oluşmaktadır,

Gelişim dönemler halinde meydana gelir,

Her dönem gelişim için fırsatlar sağlayan bir krizle veya psikososyal problemle nitelenir.

Farklı dönemler bireyin güdülenmesinde farklılıklar oluşturur. İnsanın sağlıklı bir hayat sürdürebilmesi içinde bulunduğu fiziksel ve sosyal ortama uyum sağlamasına bağlıdır. Bu nedenle sosyal gelişim ve buna bağlı olarak sosyalleşme kavramı büyük önem taşımaktadır. Sosyalleşme ya da toplumsallaşma, kişinin belirli bir toplumun davranış kalıplarını kişiliğine mal ederek o topluma ait bir kişi durumuna gelmesidir. Ericson kişilik gelişiminin biyolojik temellerini "Epigenetik" ilke ile açıklamaya çalışmıştır. Epigenetik ilke; gelişmekte olan herhangi bir şeyin bir planı olduğunu vurgular. Buna göre gelişim, yaşamın belli dönemlerinde, belli kişilik özelliklerinin ardışık bir biçimde ortaya çıkabilmesini olanaklı kılarak ve önceden belirlenmiş biyolojik temellere bağlı olarak gerçekleşir. Bu tıpkı doğum öncesi dönemde, bebeğin farklı organlarının farklı zamanlarda belli bir sıra dahilinde oluşup şekillenmesine benzetilebilir. Freud'un öğrencisi olan Ericson büyük ölçüde onun görüşlerinden etkilenmiştir. Ericson, psikososyal kişilik kuramında gelişimde cinsiyetin yerine toplumun etkisi üzerinde yoğunlaşmış ve gelişimi yaşam boyu incelemiştir. Çevresine güvenmeyen bir bebeğe bir sonraki dönemde ilgi ve bakım sağlanırsa, çocuk insanlara karşı güven geliştirebilir. Ericson'un kuramı Freud'unkinden ayıran en önemli özellik de budur.

Cinselliğin algısının tarihine ve cinselliğe dair kuramların gelişimine bakıldığında;cinsellik konusunda yapılan çalışmaların tarihsel süreç içerisinde birbirlerinden, dönemin özelliklerinden, araştırmacıların cinsel yaşamları ve cinsel kimliklerinden, toplumsal baskılardan ve cinsiyet ayrımcılığından etkilendikleri görülmektedir. Cinsellik çalışmalarının çok

faktörlü etkenlerden etkilenmesi ve deneysel yapılan çalışmalardaki sınırlılıklar nedeniyle yapılacak çalışmaların çok boyutlu ele alınıp bütüncül olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (141).

2.3.4. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları

Kadın cinsel yanıt döngüsünün evrelerindeki fizyolojik süreçlerden bir veya birkaç aşamasının bozulması (örn. istek, uyarılma, lubrikasyon ve orgazm) olarak tanımlanan kadın cinsel disfonksiyonu; kadınların yaşam kalitesini düşüren vasküler, nörojenik, hormonal, müsküler, farmakolojik etmenlerden etkilenen çok yönlü bir sorundur (142,143). Cinsel işlev bozukluğunun bir diğer tanımı; cinsel doyum isteğinde ve /veya cinsel doyuma ulaşmadaki bozulmalar olmasıdır (144).

Cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırma sistemleri başlangıçta Masters ve Johnson (1970) tarafından tanımlanan ve Kaplan (1974) tarafından geliştirilen, cinsel yanıt siklus modelleri üzerine yapılandırılmıştır. Bu modeller cinsel yanıtın istek, uyarılma ve orgazmı içeren fazlarının koordinasyonu ve birbirini izlediği üzerinde durmuştur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1992'de yapılan uluslararası sınıflandırmada (ICD-10) cinsel fonksiyon bozuklukları; cinsel istek azlığı ya da kaybı, cinsel tiksinti bozuklukları, genital yanıt eksikliği (yetmezliği), orgazmik disfonksiyon, organik olmayan vajinismus, organik olmayan dispareni ve aşırı cinsel dürtü olarak yer almaktaydı (145,146).

Amerikan Psikiyatri Birliği ise DSM-4 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 4) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabında cinsel fonksiyon bozukluklarını; cinsel istek bozuklukları, cinsel uyarılma bozuklukları, orgazm ile ilgili bozukluklar, cinsel ağrı bozuklukları, genel bir tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozukluğu, madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu ve başka türlü adlandırılamayan cinsel işlev bozuklukları olarak gruplandırmaktadır. Her bir grup için de geçerli alt tipleri; yaşam boyu tip, edinsel tip, yaygın tip, durumsal tip, psikolojik etkenlere bağlı tip, bileşik etkenlere bağlı tip olarak tanımlamıştır (145).

DSM 4-Türkiye (DSM-4 TR) kriterleri, Masters ve Johnson ve Kaplan gibi lineer cinsel döngü modellerine göre oluşturulmuştur.

DSM-4'te yer alan cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilgili sınıflandırma sistemi en sık kullanılan sınıflandırmadır ve daha sonra yapılan değişiklikler bu temel üzerine şekillenmiştir (146).

ICD-10 ve DSM-4'e bakıldığında kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırmalarında psikojenik ve organik bozukluklar arasında ayrımın olmadığı düşünülmüş, subjektif sıkıntı kriterine ihtiyaç duyulduğu, medikal ve mental sağlık alanlarında uygulanabilir bir diyagnostik sınıflandırma sistemine gereksinim olduğu saptanmıştır. Bu yüzden 1998 Boston'da, kadın cinsel disfonksiyonunu sınıflandırma tanımları değerlendirme ve yeniden düzenlemek amacıyla multidisipliner 19 uzmanın katıldığı bir konferans yapılmıştır ve 2000 yılında uluslararası konsensus raporu yayınlanmıştır. Raporda belirtilen sınıflandırma DSM-4 ile benzer gruptadadır. Fakat Cinsel Ağrı Bozukluklarına "disparoni ve vajinismus" a ek olarak diğer cinsel ağrı bozuklukları eklenmiştir. Ayrıca yeni sınıflandırmada cinsel aktiviteyi kabul etme isteği, kişisel sıkıntı, psikolojik ve biyolojik faktörlerin rolü ve bunların karşılıklı olarak birbirlerini etkilemesi gibi durumlar eklenmiştir (147).

Olumsuz eleştirilerin çok olması nedeniyle 2003 yılında Paris'te kadın seksüel disfonksiyonu üzerine ikinci uluslararası konsensus toplantısı yapılmıştır. On üç uzmandan oluşan multidisipliner komitenin kadın cinsel bozukluklarının kadınların gerçek deneyimlerini ve kanıta dayalı araştırma bulgularını yansıtacak şekilde yeniden düzenlenmesi ve geliştirilmesi amacıyla yaptığı çalışmalar 2004 yılında da devam etmiştir (148). Paris konsensus toplantısında Cinsel uyarılma bozuklukları tanımı subjektif uyarılma bozukluğu, genital cinsel uyarılma bozukluğu, genital subjektif uyarılma bozukluğu ve devamlı cinsel uyarılma bozukluğu olarak dört ayrı gruba ayrılmış, orgazmik bozukluk, disparoni, vajinismus ve cinsel tiksinti bozukluğu ve cinsel istek bozukluğu tanımları değiştirilmiştir (147).

Yapılan araştırmalarkadınlarda uyarılma ve cinsel yanıt evresi arasında kesin bir ayrımın olmayışı cinsel davranışları açıklamada yeterli olmadığını ifade etmektedir. Bu nedenle cinsel işlev bozuklukları tanı kriterlerinde değişiklikler meydana gelmiştir (149).

Kadın cinsel yanıt döngüsünün lineer modelden uzaklaşmasıyla birlikte 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te terminolojide değişiklikler yapılmıştır

(Tablo 2.7, 2.8) (150). Kadınlarda Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu (HSDD), cinsel fantezi/ cinsel istekte devamlı ya da yineleyici olarak ortaya çıkan ve kişi/ kişiler arasında sorun oluşturan azlık ya da eksiklik olarak tanımlanır. DSM-5 kriterlerinde de yerini almış ve HSDD ile kadın cinsel uyarılma bozukluğu tanımları birleştirilerek “kadın cinsel istek/uyarılma bozukluğu” olarak tek bir başlık altında toplanmıştır (151). Sıklığı çeşitli yayınlarda değişmekle birlikte %9–12 civarındadır (152). Hipoaktif cinsel disfonksiyonunun muhtemel patofizyolojik mekanizmasının prefrontal kortekste seratonin ve noradrenalin düzeylerindeki değişimle ilgili olduğu düşünülmektedir (153). Cinsel tiksinti bozukluğu,yeterli ampirik destek olmaması, fobi ve anksiyete bozukluklarına daha yakın olduğu için DSM-5’ten çıkarılmıştır. Ayrıca, daha önce farklı başlıklar olan disparoni ve vaginismus tanıları da genitopelvik ağrı/ penetrasyon bozuklukları olarak tek bir başlık altında toplanmıştır (Tablo 2.9).

Tablo 2.7: DSM-5-TR Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları Tanımları

HİPERSEKSÜEL BOZUKLUK: Bireyin kendisine veya başkalarına fiziksel veya duygusal zarar verici fantezi, dürtü ve cinsel davranışlara yönelmesidir.

KADINLARDA CİNSEL İLGİ/UYARILMA BOZUKLUĞU: Cinsel etkinlikte bulunma isteğinin veya fantezilerin az olması ya da hiç olmaması, cinsel etkinlik sırasında cinsel heyecan/hazzın az olması ya da hiç olmamasıdır.

GENİTOPELVİK AĞRI/BİRLEŞME BOZUKLUĞU: Vajinal giriş/birleşmenin olmaması,vajinal giriş/birleşme denemelerinde belirgin vulvovajinal, pelvik ağrı veya pelvik taban kaslarında belirgin gerginlik ve kasılmadır.

KADINDA ORGAZM BOZUKLUĞU: Neredeyse her cinsel etkinlikte gecikme, orgazmda belirgin gecikme veya yokluğu ya da orgazmın düşük yoğunlukta olmasıdır.

MADDE VE İLACIN YOL AÇTIĞI BOZUKLUK:Maddenin eksikliği ve yoksunluğunda ya da ilacın kullanımından sonra başlayan ve ortaya çıkan bozukluklar.

TANIMLANMIŞ DİĞER BOZUKLUKLAR: Cinsel işlev bozukluklarının belirli özelliklerinin baskın olduğu ancak diğer cinsel işlev bozukluklarının herhangi birinin tanı ölçütlerini tam karşılanmadığında bu kategori kullanılır.

TANIMLANMAMIŞ DİĞER BOZUKLUKLAR: Cinsel işlev bozukluklarının baskın ancak diğer cinsel işlev bozukluklarının tanı ölçütlerini tam karşılanmadığında bu kategori kullanılır.

Tablo 2.8: DSM-5-TR Tarafından Tanımlanan Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları Alt Tipleri

Yaşam boyu/Edinilmiş: Cinsel işlev bozukluğu cinsel işlevin başlangıcından beri mevcuttur/ sonradan edinilmiştir.
Yaygın/Durumsal: Yaygın cinsel işlev bozukluğu uyarının türü, uyarılar ve partner durumu ile sınırlıdır/ sınırlı değildir.
Partner faktörü: Partnerin cinsel sorunları ve partnerin sağlık durumu
İlişki faktörleri: İlişkide çatışma ve cinsel istek uyumsuzluğu
Bireysel faktörler: Depresyon, kaygı ve geçmişte istismara maruz kalınması
Kültürel/Dinsel etkenler: Cinselliğe yönelik yasaklardan kaynaklanan ket vurma

Tablo 2.9: DSM-4 ve DSM-5 Sınıflaması Farkları

DSM-4 Kategorileri	DSM-5 Kategorileri
İstek bozuklukları	İstek/uyarılma bozuklukları
- Hipoaktif cinsel istek bozukluğu	- İstek ve uyarılma aynı kategoride birleştirilmiştir.
- Cinsel tiksinti bozukluğu	- Cinsel tiksinti bozukluğu kaldırılmıştır.
Uyarılma bozuklukları	
Orgazm bozukluğu	Kadın orgazm bozukluğu
Ağrı	Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu
- Disparoni: Koitusta pelvik ağrı	- Disparoni ve vaginismus birleştirilmiştir
- Vaginismus: Penetrasyonda ağrıya neden olan pelvik taban kas spazmı	

2.3.5. Kadınlarda Cinsel Disfonksiyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler

Öksüz ve Malhan; yapmış oldukları çalışmada kadınlarda cinsel disfonksiyon sıklığının ortalama %48.3 olduğunu, cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların %35.9'unun uyarılma bozukluğu, %40.9'unun ıslanma problemleri, %42.7'sinin orgazm bozukluğu, %45'inin doyumsuzluk, %42.9'unun ağrı bozuklukları yaşadığını belirlemişlerdir (154). Yine bu çalışmada cinsel disfonksiyon oranının 18-30 yaş arasında %41 iken, 46-55 yaş arasında %67,9'a yükseldiği bulunmuştur.

Hong Kong'ta yapılan başka bir çalışmada ise kadınlarda cinsel disfonksiyon sıklığı %37.9 olarak ifade edilmiştir (155).

Kadınlar arasında en sık görülen cinsel işlev bozuklukları Türkiye'yi içine alan 29 ülkede, 27.500 olgu üzerinde gerçekleştirilen Seksüel Tutumlar ve Davranışlar Global Çalışması'na göre (2003), cinsel isteksizlik (%32),

orgazm problemleri (%25) ve yetersiz lubrikasyon (%24) sorunlarının olduğu belirlenmiştir (156). Ülkemizde Çayan ve arkadaşları tarafından 179 kadın üzerinde gerçekleştirilmiş çalışmada, seksüel disfonksiyon prevalansının yaşla birlikte arttığı, düşük eğitim düzeyi, ek bir kronik hastalık bulunması, doğum sayısının fazlalığı, menopoz gibi faktörlerin cinsel fonksiyonları olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %60.3'de cinsel isteksizlik, %43'ünde uyarılma, %38'inde lubrikasyon, %45.8'inde orgazm problemleri, %38'inde memnuniyetsizlik, %36.8'inde dispareni olduğu saptanmıştır (157).

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı ile ilgili çalışmalarda; Demirezen ve ark. %67,5, Yánez ve ark. %92,3, Çalışkan ve ark. %60-78, Laumann ve ark. %25-63 arasında sorun yaşandığını saptamışlardır (158, 159, 160,161). Verit ve ark. çalışmalarında, postmenopozal ve premenopozal dönemdeki kadınlar arasında “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI)” e göre;cinsel disfonksiyon prevalansı postmenopozal kadınlarda %85,9, premenopozal dönemdeki kadınlarda %47,7 oranlarında olmak üzere fark belirlemişlerdir (162). Yánez ve ark. tarafından 40-65 yaş arası sağlıklı 385 kadın üzerinde yapılan çalışmada menopoz varlığı saptanan kadınlarda cinsel disfonksiyonunun 1,8 kat daha fazla görüldüğü, cinsel disfonksiyon prevalansının 40-44 yaş arasında %71,6 iken, 60-65 yaş arasında %92,3'e yükseldiği saptanmıştır (158). Öksüz ve Malhan'nın çalışmasında kadınlarda menopoz varlığının cinsel disfonksiyonu etkilediği saptanmıştır (154).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların yaşlarının, eğitim durumlarının, menopoza girme yaşlarının cinsel disfonksiyon yaşama durumlarını etkilediği belirlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Çalışkan ve ark., menopoz süresi, tütün kullanımı ve evlilik süresinin toplam cinsel disfonksiyon riskini arttırdığını; ayrıca, eğitim yılı arttıkça cinsel disfonksiyon oranında azalma olduğunu, düşük eğitim seviyesinin menopozdaki kadınlarda cinselliğe olan ilginin azalmasına yol açtığı saptamışlardır (159). Güvel ve ark. nın yaptıkları çalışmada, düzensiz menstürasyon gören, histerektomi geçirmiş ve menopoz döneminde olan kadınların FSFI ölçek puanları herhangi bir menstürasyon problemi

olmayan kadınlara göre düşük bulunmuştur (163). Demirezen ve ark. yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum ile cinsel fonksiyon bozukluğu arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır (161).

Laumann ve ark. nın toplum temelli çalışmalarında, cinsel disfonksiyon prevalansının ek bir sağlık sorunun bulunması, üriner sistem semptomlarının varlığı, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, öğrenim seviyesinin düşük olması, stres ve emosyonel faktörler ile arttığı; bekar, dul veya boşanmışlara kıyasla evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının daha az ortaya çıktığı; lise mezuniyetinden daha az eğitim düzeyine sahip kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının daha çok ortaya çıktığı belirtilmektedir (160).

Literatür incelendiğinde menopoza varlığı kadınlarda cinsel disfonksiyon görülme sıklığını arttırmaktadır. Tüm bunlar dikkate alındığında menopoza döneminde kadınların çoğunluğunun cinsel disfonksiyon yaşadıkları, fakat yaşanan bu problemlerin sorun olarak algılanmadığı ve menopoza döneminin doğal bir sonucu olarak algılandığını söylemek mümkündür.

Kanıtlara göre postmenopozal kadınlarda duygu durum bozuklukları cinsel disfonksiyonla eş zamanlı olarak görülmektedir. Bu durum menopoza döneminde obezite ve kilo alımının cinsel fonksiyonları azaltmada risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. Postmenopozal kadınlar arasında cinsel problem yaşayan kadınların büyük çoğunluğunun abdominal obezitesi olanlar oluşturmaktadır. Kilo, BKİ ve abdominal çevrede artma aşırı kilolu ve obez kadınlarda görülen vazomotor semptomlarda azalma ile ilişkilidir (164).

Mastektomi geçiren kadınlarda, kadın cinsel fonksiyonlarını bozan güzellik ve cinsel çekiciliğin kaybedildiği düşüncesi, sosyokültürel standartlardan daha fazla etkilenmeleri, bedensel görünüm ve memnuniyetsizlik arasındaki ilişki, cinsellik deneyimini olumsuz yönde etkileyebildiğini düşündürmektedir. Bu anlamda, bazı yayınlarda partnerine cinsel açıdan çekici gelme konusunda endişe hissetmenin tatmin edici bir cinsel deneyim yaşamayı da engellediği bildirilmektedir (165, 166).

Cinsel işlev bozuklukları (CİB), kronik hastalıkları olan bireylerde sık görülür ve azalmış sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SYK) ile ilişkilidir. SYK'nin cinsel yönelimden ve cinsel ilişki korkusundan etkilendiği de bilinmektedir.

Diğer yandan cinsel işlev,sağlığın birçok boyutu ile yakından ilişkilidir. Birçok kronik hastalık CİB'e yol açabilir veya CİB birçok hastalığın habercisi olabilir. Normal cinsel fonksiyon ve SYK iç içe geçmiş olgulardır ve enfeksiyon hastalıkları, böbrek hastalıkları, kalp hastalıkları, kanser, romatoid rahatsızlıklar, prostat problemleri, ruhsal bozukluklar, ve şişmanlık gibi farklı durumlarla ilgisi bilinmektedir (167).

Kadın cinsel disfonksiyonuyla ilgili yapılan çalışmalardan elde edilen bulgularda kadınların yalnızca %17,2'sinin cinsel disfonksiyonlarının farkında olduğu ve onlarında vajinal kuruluştan yakındığı ancak bu şikâyetlerini gidermek için herhangi bir uygulama yapmadıkları saptanmıştır. Kadınlarda menopoza birlikte serum östrojen seviyesinin azalması cinsel yanıtı etkilemektedir. Östrojen seviyesindeki azalma vajinal atrofiye; bu da vajinal kuruluk ve ağrıya neden olmaktadır. Kadınlarda menopoza birlikte serum östrojen seviyesinin azalması aynı zamanda cinsel yanıtı olumsuz yönde etkileyerek cinsel disfonksiyon prevalansında artışa neden olmaktadır (168,169).

Dünyada yapılan araştırmalara göre cinsel sorunu olan kadınların bu sorunlarını hekim/sağlık personeli ile paylaşmak yerine eşi ile paylaşmayı tercih etmektedir. Nazareth ve ark. nın Londra'daki çalışmasında, kadın olguların %30'unun cinsel sorununu hekime danıştığını bildirmiştir (170). Mercer ve ark. nın çalışmasında cinsel sorunları olan kadın olguların %21'inin bu konuda yardım arayışına girdiği; bunlardan %74,3'ünün hekime danıştığı, %4,8'inin bir genitoüriner kliniğine başvurduğu saptanmıştır (171). Moreira ve ark. nın Almanya'daki çalışmasında, kadınların %47,1'inin cinsel sorununu partneri ile; %15,2'sinin hekimi ile konuştuğu saptanmıştır (172). Elnashar ve ark. nın Mısır'da yaptıkları bir çalışmada, kadınların %84,5'inin cinsel sorunları konusunda yardım almadığı saptanmıştır (173).

Cinsel sağlığın ve ilişkili faktörlerin, bireylerin sosyokültürel özellikleriyle iç içe olduğu düşünülürse ülkemizde bu alanda yapılacak daha yaygın araştırmalara ihtiyaç vardır.

Kadın cinsel disfonksiyonu, hem kadın hem de hekim tarafından dile getirilmesi ve yönetilmesi oldukça güç bir konudur. Kadınlar bu konuyu dile getirirken utanç duyabilmektedir. Hekim tarafından bakıldığında ise,

bu konu ile ilgili soruları yöneltmek ile ilgili çekinceler, yetersiz bilgi ve eğitim, muayene esnasında bu konuya ayıracak yeterli vakit olmaması, kadın cinsel disfonksiyonunun sorgulanmasını engelleyebilmektedir Cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların yalnızca %17,2'sinin bunu hekimlerine dile getirdiği düşünüldüğünde, hekimin basit sorular ile bu konuyu sorgulaması oldukça önem kazanmaktadır (174).

Tablo 2.10: Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubunun Kanıt Sıralamasında Kullandığı Anahtar İfadeler ve Önerilerin Sınıflandırılması (175)

Kanıt kalitesinin değerlendirilmesi	Önerilerin sınıflandırılması
I: İyi tasarlanmış en az birtane randomize kontrollü çalışmadan elde edilen kanıtlar	A: Klinik önleyici eyleme yönelik önerilen iyi kanıtlar vardır
II-1: İyi tasarlanmış randomizasyon olmayan kontrollü çalışmalarda elde edilen kanıtlar	B: Klinik önleyici eyleme yönelik önerilen gerçeğe uygun kanıtlar vardır
II-2: İyi tasarlanmış birden fazla merkez/grup tarafından yapılmış, kohort (prospektif veya retrospektif) ya da vaka kontrol çalışmalarından elde edilen kanıtlar	C: Varolan kanıtlar çelişkilidir ve önerilerin yapılmasına izin vermez ya da klinik önleyici eylemin kullanımına karşı, bununla birlikte diğer faktörler karar vermeyi etkileyebilir
II-3: Kontrolsüz deneysel çalışmaların etkileyici sonuçları (Örneğin 1940'lardan penislinin tedavi sonuçları gibi)	E: Klinik önleyici eylem aleyhine önerilen iyi kanıtlar vardır
III: Klinik deneyimlere dayalı, saygın otoritelerin görüşleri, tanımlayıcı çalışmalar ya da uzman komite raporlarından elde edilen kanıtlar	L: Bir öneriyi yapmak için (nicelik ve kalite olarak) yeterli kanıt yoktur, ancak karar vermeyi diğer faktörler etkileyebilir

Bu kılavuzda bildirilen kanıtların kalitesi Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubunca açıklanan kanıt kriterleri değerlendirilmesinden uyarlanmıştır. Bu kılavuzlarda bulunan öneriler Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubunca açıklanan öneri kriterleri sınıflamasından uyarlanmıştır.

Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubunca açıklanan kanıt kriterleri değerlendirilmesine göre kadın cinselliğiyle ilgili tespitler aşağıdaki gibidir (176):

Kadınlar cinselliği, partneriyle ve mastürbasyonda dahil olmak üzere değişik yollarla ve çeşitli şekillerde açıklayabilir. (II-2)

Cinsel bir partneri olan veya olmayan kadınlarda mastürbasyon, kendi kendine tatmin ve cinsel boşalma cinselliğini tanımada önemli olabilir. (III)

Cinsellikle ilişkili faktörler bir kadının iyilik durumunda önemli bir etkiye sahiptir. (II-2)

Gebelik ve emzirmenin yanı sıra infertilite deneyimi cinsel işlevi etkileyebilir. (II-2)

Menopozda cinsel aktivite sıklığında düşüş olmaz ancak kadınların arzu, uyarılma, orgazm, cinsel zevk ya da cinsel doyum potansiyeli değişir. (II-2)

Kadınların cinsel iyilik durumunu etkileyen faktörler; biyolojik yaşı, psikolojisi, sosyo-kültürel ilişkisi ve menopoz deneyimidir. (II-2)

Kadın cinselliği, biyolojik olaylardan (örneğin; ergenlik, doğum, menopoz ve yaşlanma) kendi psikolojisi/ psikolojik sağlığı, kendi etnik kültürü ve cinsel yöneliminden etkilenebilir. (III)

Kadınların cinsel istek ve aktivitesinin devam edip etmemesi; gebelik, doğum, menopoz ve yaşlanma dönemleri, partnerin varlığı, partnerin cinsel fonksiyonu, ilişkinin kalitesi ve her iki partnerin genel sağlık durumuna bağlı olabilir. (III)

Kadınların cinsellikle ilgili söylem ve deneyimlerinde partner farklılıkları önemlidir. (II-2)

2.4. OBEZİTE VE CİNSEL SAĞLIK

Cinsel sorunlar; obezitenin de her biriyle ilişkide olduğunu bildiğimiz bireysel özellikler, psikiyatrik sorunlar, tıbbi sorunlar gibialanların etkisi altındadır. Örneğin,

- Obezite, cinsel işleve de müdahale edebilen depresyon, kaygı, zayıf vücut imgesi ve düşük öz saygı ile ilişkilidir.
- Obezlerdeki yağ dokusunun biyokimyasal aktivitesi; metabolik sendrom gelişimi ile ilişkili olarak, cinsel işlevi olumsuz olarak etkilediği bilinen bir dizi patolojiden (örn. dislipidemi, insülin direnci, hipertansiyon, hiperglisemi, artmış kardiyovasküler hastalık ve kronik inflamasyon) sorumlu olabilir
- Obezite, partnerliği ve / veya cinsel bağlılığı azaltarak cinsel ilişkileri olumsuz yönde etkileyebilir. Obezite ve cinsel işlev arasındaki bağın anlaşılmasını zorlaştıran ise bu bağın biyolojik, patofizyolojik, psikolojik yönleriye sahip olması ve hem bireysel hem de çok değişkenli birçok aracı faktörden etkilenmesidir (177).

2.4.1. Obez Kadınlarda Cinsel Disfonksiyon Sıklığı

Yapılan çalışmaların önemli bir kısmında obezite ve kadınlarda cinsel işlev bozukluğu arasında orta derecede bir ilişki olduğu ve obez popülasyonda daha sık veya daha şiddetli cinsel sorunlara yol açtığı görülmektedir.

200'den fazla cinsel olarak aktif obez kadınlarda yapılan bir çalışma % 48.3'ünün istek,% 35.9'unun uyarılma, (DSM-5 te bu iki komponent birleştirilmiştir.) % 45.0'ı lubrikasyon ve% 42,9'unun ağrı ile ilgili sorunlara sahip olduğunu göstermiştir. Bu grupta kadınlardaki cinsel işlev bozukluğu (% 66 oranıyla) oldukça yaygındır. Ancak bu çalışmada hormon dengesizliği, vücut görüntü bozukluğu ve kendini algılama gibi aracı faktörler incelenmemiştir (178).

553 kadında yapılan obezite-cinsel davranış bağlantısını araştıran bir başka araştırmada, kadınların şu andaki cinsel partneri ve cinsel partnerlerin sıklığı hakkındaki sorulara dayanıt aranmıştır. Bu çalışmada obez kadınlar;son 12 ayda, kilosu ortalama ağırlıktaki kadınlara göre % 30 daha az cinsel aktivitede bulunduğu tespit edilmiştir. Birçok obez katılımcı günlük aktivitelerinde fiziksel olarak sınırlı hissederken yine bu çalışmada BKİ'deki artış ile kadınlardakicinsel istek, ilgi ve etkinliğin ters olarak ilişkili olduğu sonucuna varıldı (179).

İranlı kadınlarla ilgili yapılan bir çalışmada da obez kadınların uyarılma, vajinal kuruluk, orgazm ve cinsel tatmin ile ilgili daha çok soruna sahip olduğu bildirilmiştir (180).

Obezite ve kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğuarasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik Esposito tarafından yapılan bir çalışmada FSFI skoru 23 altında olan 52 kadın ile FSFI skoru 23 üzerinde olan yaş ve menapoz durumları benzer 66 kişilik kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda FSFI skorunun BKİ ile anlamlı derecede korele olduğu ama bel/kalça oranı ile anlamlı olmadığı bulunmuştur. Parametrelerden cinsel istek ve ağrı BKİ ile korele değilken uyarılma, vajinal kuruluk, orgazm ve cinsel tatmin BKİ ile korele olduğu saptandı. Obez kadınlarda kontrol grubuna göre trigliserit ve kolesterol düzeyi daha yüksek ve FSFI skoru anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (181).

Fransada 5072 kadın ile yapılan (3651 normal kilolu kadın, 1010 kilolu kadın ve 411 obez kadın) bir çalışmada obez kadınların son 1 senede daha

az sayıda cinsel partneri olduğu ve BKİ ile kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları (KCFB) arasında ilişki olmadığı, 30 yaşın altında obez kadınların daha az kontrasepsiyon için sağlık hizmeti aldığı ve istenmeyen gebelik oranlarının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (179).

Kinzl ve arkadaşları 82 morbid obez (ortalama BKİ 42.8 kg/m²) kadın üzerinde yaptığı çalışmada cinsel aktivitenin obez kadınlarda daha az sıklıkta olduğunu tespit etmişlerdir(182).

Morbid obez kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu olup olmadığının araştırılması ve beden kitle indeksinin (BKİ) cinsel işlevler üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan BKİ'si en az 40 olan 72 kadın morbid obez ve bu hastalarla yaş olarak eşleştirilmiş BKİ'si 30'un altında olan 28 sağlıklı kadının dâhil edildiği ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada hastalara sosyodemografik veri formu ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) uygulanmıştır. Bu çalışmada cinsel işlevleri etkileyebilecek depresyon, anksiyete ve kronik fiziksel hastalık gibi değişkenlerin kontrol edilmesi önemsenmiştir. Hasta ve kontrol grubu bir psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilerek DSM 5'e göre bir psikiyatrik hastalığı olanlar, cinsel işlevleri etkileyebilen ilaç kullananlar, kronik fiziksel hastalık ve/veya herhangi bir nörolojik hastalığı bulunanlar, gebelik ya da emzirme döneminde olanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Yapılan istatistiksel analizlerde morbid obez kadın hastalarda kontrol grubundan daha fazla sıklıkta cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlenmiş, ACYÖ-K ve doyum oranı dışındaki tüm alt ölçek puanları morbid obez kadın hastalarda kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ancak BKİ ile cinsel işlev arasında korelasyon saptanmamıştır (183).

Tüm bu çalışmaların yanında obez kadınlarda cinsel disfonksiyon sıklığıyla ilgili farklı sonuçlar içeren çalışmalarda mevcuttur.

İsveç'te yapılan bir çalışmada %18'i kilolu, %6'sı obez olan 840 kadın (18-49 yaş) ve %32'si kilolu %11'i obez olan 426 kadın (50-74 yaş) karşılaştırılmış ve obez ve normal kilolu kadınların cinsel hayatlarından memnuniyetlerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak genç grupta kilo arttıkça cinsel tatmin ve cinsel istekte azalma yönünde bir eğilim saptanmıştır (184).

Bliss Kaneshiro ve ark. yaptığı BKİ ve cinsel davranış üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada 3600 normal BKİ sahip kadın, 1643 kilolu kadın ve

1447 obez kadın incelemiştir. BKİ ile cinsel yönelim, ilk ilişki yaşı, heteroseksüel ilişki sıklığı, erkek partner sayısı arasında ilişki belirlenmezken kilolu ve obez kadınlarda erkek partner ile cinsel ilişki daha sık olduğu saptanmıştır (185).

Ülkemizde yapılan toplam 64 obez premenopozal cinsel aktif kadın ile normal BKİ sahip yaşları eşleştirilmiş 27 kadından oluşan kontrol grubuyla karşılaştırılması sonucunda 64 obez kadının yarısında (32/64) kontrol grubunun %41'inde (11/27) KCFB bulunmuştur. Bu çalışmada total FSFI skorları ve alt skorları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Tüm kadınlar depresyon açısından Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ölçeği ile değerlendirilmiş ve BDÖ skoru obez grupta daha yüksek olarak anlamlı bulunmuştur. BKİ ile FSFI skoru arasında negatif korelasyon tespit edilirken hormon profili (FSH, LH, D₄SO₄, Serbest Testesteron, Estradiol) açısından karşılaştırıldığında yalnızca serbest testesteron FSFI ile negatif korele saptanmıştır (186).

Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar, kadınlarda obezite ve cinsel işlev bozukluğu arasında erkeklerin aksine çok daha karmaşık bir bağlantı olduğunu desteklemektedir.

2.4.2. Obezite - Cinsel İşlev İlişkisinde Cinsiyete Göre Farklılık Yaratan Endokrin Organımız: Adipoz Doku

Yapılan araştırmalar obezitenin cinsel işlevle ilişkisini incelemektedir, ancak bu bilgileri yorumlamak için bu ilişkinin altında yatan sürecin açıklanmasına ihtiyaç vardır.

Obezite; adipoz doku birikimini temsil eder. Bu doku, erkeklerde ve kadınlarda cinsel cevabı doğrudan etkileme potansiyeline sahip farklı biyokimyasal değişiklikleri tetikleyebilir. Bu etkilerin bir kısmının cinsiyete özgü olması muhtemeldir. Örneğin; fazla kalori erkekler ve premenopozal kadınlarda farklı şekilde depolanır, aynı zamanda aşırı yağ dokusunu biyokimyasal sonuçları da cinsiyetler arasında farklı etkiler yaratan endokrin değişikliklere neden olabilir (187,188).

Geçmişte yağ dokusu sıcaklık düzenleme ve izolasyonunda yardımcı rollerle birlikte neredeyse yalnızca trigliseritler için bir depo olarak kabul edilmiştir (189). Son araştırmalar ise, adipoz dokuyu çok önemli işlevlere sahip endokrin organ olarak tanımlamaktadır (190) Çünkü adipoz yağ dokusu;

periferik endokrin organlardan (örneğin, duodenum ve böbrekler) ve merkezi sinir sistemi ile anterior hipofiz, tiroid gibi büyük endokrin bezlerden gelen sinyallere cevap vermektedir. Bu nedenle, bir endokrin organ olarak hareket eden yağ dokusu, vücuttaki gonadal steroidal hormonların dengesini önemli ölçüde değiştirebilir. Yağ dokusu hemen hemen tüm dolaşımdaki östrojenden ve postmenopozal kadınlarda testosteronun (T) yaklaşık % 50'sinden sorumlu gibi görünmektedir (190). Adipoz doku, normal olarak gonad ve adrenal bezlerden salgılanan steroid hormonlarının aktivasyonu için gerekli olan enzimleri barındırır; ayrıca, aromataz enzimiyle, androjenlerin östrojenlere dönüşmesine izin verir (191). Bu nedenle, adipoz doku, steroid seks hormonlarının üretimi ve salgılanması için önemli bir bölgedir ve cinsel tepkiyle doğrudan bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Ancak, çeşitli seks steroidleri sınıfları erkek ve kadınları farklı şekilde etkilediğinden, etkileri cinsiyetler arasında farklılık gösterir.

İnsanlarda beyaz yağ dokusu (BYD) ve kahverengi yağ dokusu (KYD) olmak üzere farklı işlevlere sahip iki çeşit yağ dokusu vardır. Beyaz yağ dokusu, vücutta çok miktarda bulunan, fazla enerjinin depolandığı ve enerji homeostazına katkıda bulunan endokrin bir organ olarak nitelendirilmektedir. Kahverengi yağ dokusu özellikle memelilerde ve yeni doğanlarda termoregülasyonu sağlamaktadır. Uncoupling protein kahverengi yağ dokusunun belirleyici proteindir ve enerjinin ısı olarak açığa çıkmasını sağlar. Yetişkinlerde kahverengi yağ dokusu servikal, supraklavikular, axillar, paravertebral, mediastinal abdominal bölgenin üst kısmında bulunur. Beyaz yağ dokusu vücutta visseral beyaz yağ dokusu (VYD) ve subkutan beyaz yağ dokusu olmak üzere 2 ana bölgede depolanır. Hormonal etkileşimler, kronik soğuk maruziyeti ve egzersiz gibi birçok çevresel faktör ile beyaz yağ dokusunda kahverengi (bej) adipozitler gelişebilir. Yağ dokuları çeşitli hormonal mekanizmalar aracılığıyla enerji harcamasında rol almaktadır. Kahverengi yağ dokusu yetişkin insanlarda da mevcuttur ve yüksek miktarı ile düşük vücut ağırlığı ilişkilidir. Yağ dokusu mitokondriyasının işlev bozukluğu obezite gelişiminden sorumludur. Soğuk maruziyeti ve besin alımına cevap olarak sempatik sinir sistemi aktivasyonu, kahverengi yağ dokusunun uyarılmasına neden olur. Kahverengi yağ dokusu merkezli bu durum soğuk kaynaklı termogenezis ve

besinlerin termik etkisi olarak tanımlanır ve toplam enerji harcamasını artırmaktadır (192,193).

Beyaz yağ dokusunun fazlalığı obezite, insülin direnci gelişim riski ve tip 2 diyabet ile ilişkilidir. Hem beyaz hem de kahverengi adipoz dokular enerji depolama ve harcaması arasındaki dengenin korunmasına yardımcı olur. Bu denge adipozitlerin termoregülasyondaki ve hormonal yollardaki fonksiyonları sayesinde olmaktadır. Ağırlık kaybı hedeflenen beslenme tedavilerinde vücut ağırlığındaki değişimin takibi kadar, vücut bileşiminin değerlendirilmesi ve vücut yağ kütlesinden ağırlık kaybının izlenmesi obezite ile mücadelede başarıyı arttıracaktır. Egzersizin, toplam enerji harcamasına katkısı yanında Santral Sinir Sistemi (SSS) aracılığı ile vücut yağ dokularında oluşturduğu KYD hiperplazisi ve BYD'deki kahverengi adipozitlerin oluşması gibi enerji harcamasını arttırıcı etkileri önemlidir.

Adipoz doku dağılımındaki farklılıklar, belirli sağlık durumları için hastalık ilerleyişini veya yatkınlığındaki cinsiyet farklılıklarını da açıklayabilir. Üreme ile ilgisi nedeniyle, kadınların özellikle kalçalarda ve baldırlarda yağ subkutandepolaması daha olasıdır. Bunun tersine, erkeklerde yağ dokusu visseral depolarda, “bira göbeğine” katkıda bulunmaya meyillidirler (194,195).

Bir dereceye kadar, subkütan yağ depolamanın kişinin sağlığı üzerinde hafif koruyucu etkiye sahip olduğuna inanılırken, visseral yağ - erkeklerde daha sık görülen- erektil disfonksiyonu için yaygın risk faktörleri olan yüksek insülin direnci, tip 2 diabet, dislipidemi ve kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkilidir.

2.4.3. Obezite - Cinsel İşlev İlişkisini Etkileyen Doğrudan ve Dolaylı Faktörler

Obezite ve cinsel işlev arasındaki ilişkiyi incelendiği araştırmalarda karşılaşılan en önemli zorluklardan biri, adipoz dokunun doğrudan etkilerini obezite ile ilişkili komorbiditelerin anti-cinsel etkilerinden ayırmaktır.

Obezitenin erkeklerde cinsel işlevlere olan etkisi kadınlara göre daha açıklanabilir durumdadır.

Obezite erkeklerde biyoyararlı testosteronu (T) azaltırken aynı anda östrojeni (E2) arttırdığı varsayımıyla, bu hormonların (yani, yüksek T, düşük E2) tipik dengesini etkili bir şekilde bozar ve böylece cinsel patofizyolojiye katkıda bulunabilir.

Erkeklerde obeziteyle ilişkili görünen bir diğer nörotransmitter ise nitrik oksittir (NO). NO, periferdeki düz kasları gevşeterek ve vazodilatasyonu kolaylaştırarak penil ereksiyona katkıda bulunan gaz halindeki bir nörotransmitterdir (196,197). Sonuç olarak, artan venöz kan akımı ile birleştiğinde penise giden artmış arteriyel kan akışı ereksiyona neden olur (198). Yaşlanma ve obezite (obezitenin metabolik komplikasyonlarından bağımsız olarak da) azalmış NO mevcudiyeti ile ilişkilendirilmiştir (199). Obez erkeklerden izole edilen kan damarları, obez olmayan erkeklerle göre çok daha fazla TNF-a aktivitesi ifade eder. TNF-a ise obez hastalarda NO mevcudiyetini azaltır, bu da normal erektile fonksiyon için gerekli olan vasküler bütünlüğün bozulmasına katkıda bulunur.

Obeziteden etkilenen ve erkek cinselliğinde (NO, T ve E2) rol oynayan moleküller kadın cinsel cevabında da etkili olsa da, bağlantılar çok daha az açıktır. İlk olarak, obezitenin kadınlarda östrojen gibi gonadal steroidler üzerinde önemli bir etkisi olup olmadığı belirsizdir. McCleary ve Grossman (200), östrojen seviyelerinin kilo ile arttığını bildirmişlerdir, ancak bu ilişki menopozal durumdan dolayı karmaşıktır. Bununla birlikte, bu etki tutarsız görünmektedir (201,202).

İkincisi, artan kilo östrojen ile ilişkili olsa bile, kadınlarda cinsel istek ve psikolojik uyarılma, çoğunlukla cinsel bir rol üstlenen biyolojik faktörlerden ziyade ilgili cinsel uyarıların bağlamsal faktörleri ve bilişsel-duygusal değerlendirmelerinden daha güçlü etkilenmektedir (203,204).

Üçüncüsü, obez kadınlarda artmış östrojen- çeşitli komorbiditeler için artmış riskle ilişkili olmakla birlikte - bugüne kadar hiçbir kanıt cinsel bozulma ile ilişkilendirmemektedir. Aslında, kadınlarda artmış östrojen cinsel aktiviteyi hafif arttırıcı etki gösterebilir.

Obez erkeklerin aksine obez kadınlar, özellikle vücut ağırlığı arttıkça, fonksiyonel hiperandrojenizmin gelişmesine daha yatkındır. Muhtemelen seks hormon bağlayıcı globülin (SHBG) sentezinin düşmesine bağlı olarak androjenlerin üretimi artmaktadır. Bununla birlikte, artmış

östrojen üretiminde olduğu gibi, kadınlarda artmış androjen üretiminin belirsiz etkileri olabilir - bazı durumlarda cinsel istek ve duyarlılığa katkıda bulunur, ama diğer durumlarda ters yönde etkir. Örneğin, polikistik over sendromu vakalarında sık görülen kadınlarda T'nin suprafizyolojik seviyeleri, viseral yağ dokusu birikimini artırmakta ve özellikle kadın obez olduğunda, cinsel işlevle etkileşime girme eğilimindedir.

Testosteronun etkileri hakkındaki farklı bulguları anlamlandırmak için Blouin ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada orta düzeyde T konsantrasyonlarının insülin duyarlılığı ve kan basıncı gibi sağlık parametrelerini geliştirdiği, ancak düşük ve yüksek konsantrasyonlarda insülin direnci, viseral yağ birikimi ve cinsel problemlerin artmasına sebep olduğu bir “fizyolojik pencere” modeli önerilmiştir. Bu tür bulgular, steroid hormonların, kadınlarda cinsel tepkide erkeklere göre daha az rol oynayabilmesine rağmen, bunların etkilerinin tamamen yok sayılmaması gerektiğini yinelemektedir.

Erkeklerde olduğu gibi, NO kadın cinsel cevabı için önemlidir. Kadınlarda NO, klitoris, vajina, labia majora ve labia minora'ya kan akışını arttırır, vajinal yağlama ve erektil doku cevabından sorumlu olan genital bölgede bu tür bir vazokonjesyonla birlikte olur. Ancak, gebelik hariç kadınlarda obezite veya BKİ ile NO miktarı arasında bir ilişki yoktur (210,211).

Esposito ve ark., metabolik sendromu olanlarda sağlıklı bireylere göre daha düşük seviyelerde arzu, uyarılma, vajinal ıslaklık, orgazm ve cinsel tatmin bildirmiştir (181). Benzer bir sonuç, metabolik sendromla başvuran postmenopozal kadınlar için cinsel istek, uyarılma ve orgazm indekslerinin anlamlı olarak daha düşük olduğunu bildiren Trompeter ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (212).

Obez erkeklerde cinsel işlev bozukluğu sıklıkla kardiyovasküler sağlık ve hormonal regülasyon gibi biyolojik faktörlere atfedilebilmesine rağmen, kadınların cinsel işlevi, biyolojik ve psikososyal faktörlerden etkilenen, obezite veya komorbiditeleriyle ilişkilendirilen karmaşık bağlantılara sahiptir(213, 203). Üstelik obezitenin kendisi de cinsel işlevi etkilediği bilinen çeşitli psikolojik sonuçlar doğurur. Kadınlara fiziksel görünüm ile ilgili sosyo-kültürel baskılar düşünüldüğünde, bu faktörlerin onları erkeklerden daha fazla etkilediği görülmektedir.

Özellikle kadınları etkilediği bilinen zayıf beden imajına ve düşük benlik saygısına ek olarak, obezite; stres ve sıkıntı, depresyon, genel kaygı ve cinsel performansla ilgili kaygı gibi diğer olumsuz psikolojik sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Gariepy ve ark., kamuoyunda ve özel hayatlarında kilo ayrımcılığı nedeniyle obez bireylerde kaygının daha yaygın olabileceği ve bu tür ayrımcılığın daha zayıf ilişkilere, performans kaygısına ve cinsel sorunlara katkıda bulunabileceği sonucuna varmışlardır (214,177).

2.4.4. Obez Kadınlarda Kilo Vermenin Cinsel İşlevlere Olan Katkısı

Obez bireylerde; obezite ve cinsel işlevler arasındaki ilişkiyle beraber kilo kaybının cinsel işlevlere olan katkısı da özellikle kadınlarda araştırılmaya ihtiyaç duyulan konulardandır. Obezitenin; tedavisi bütüncül yaklaşım gerektiren bir kronik hastalık olması sebebiyle tedavi sürecinde hastaların yaşam tarzı değişiklikleriyle ilgili motive olması ve sonuçta sağlığına dair elde edeceği kazanımlar hakkında bilinçlendirilmesi önemlidir.

Diyetle kilo verme tedavilerinin kadınlarda cinsel işlev üzerindeki etkileri bazı çalışmalarla incelenmiştir. Özellikle obez kadınlarda obezite ve cinsel işlev ilişkisinde olduğu gibi, bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır.

Ortalama yaşı 53 olan 300'den fazla obez kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, diyet grubu toplantıları, dikkatli kalori alımı, kilo verme ilaçları (sibutramin) ve artmış fiziksel aktivite gibi girişimler yoluyla kilo kaybının faydaları değerlendirilmiştir. Bu kadınlarda kilo kaybı ve azalmış BKİ, uyarılma ve orgazmda bildirilen iyileşmelerle ilişkili bulunmuştur (215). Khoo ve arkadaşları tarafından erkeklerde yapılan çalışmaya paralel olarak, Aversa ve arkadaşları da 44 obez kadında diyet müdahaleleri, egzersiz ve kilo kaybının etkilerini incelemişler ve kilo kaybının, cinsel uyarılma, lubrikasyon ve cinsel tatminde önemli bir iyileşme sağladığını tespit etmişlerdir. Kilo kaybının, endotel fonksiyonunu ve insülin direncini iyileştirebileceğini ve kadın cinsel işlev bozukluğuna yol açabilecek koşulları hafiflettiğini öne sürmüşlerdir (216,217).

Kinzl ve arkadaşları 82 morbid obez (ortalama BKİ 42.8 kg/m²) kadın üzerinde yaptığı çalışmada cinsel aktivite sıklığının obez kadınlarda daha az sıklıkta olduğunu tespit etmişler ve bu hastalara gastring banding operasyonu uygulandıktan sonra operasyon öncesi kadınların %44'ü cinsel

hayatlarından memnun iken hastaların operasyon- dan 1 yıl sonra sonra cinsel yaşamlarından tatmin olma düzeyinin %63 olduğunu saptamışlardır (218).

Larsen tarafından yapılan bir araştırmada ortalama BKİ 41.5 kg/m² olan ve gastrik banding operasyonu yapılan 66 kadın (erkeklerde de incelenmiştir) 3 yıl süre ile takip edilmiş ve operasyon sonrası cinsel hayat memnuniyetinde anlamlı artış saptanmıştır (219).

Rand ve ark. gastrik banding operasyonu olan 32 morbid obez kadın ve 56 morbid obez erkekten oluşan çalışmada operasyon öncesi ve sonrası cinsel fonksiyonları karşılaştırmıştır. 1 yıl sonra hastaların 61'i cerrahi öncesine göre daha iyi bir cinsel hayatı olduğunu 27'si ise değişiklik olmadığını belirtmişlerdir. Ayrıca hastaların %56'sının partnerlerinde de cinsel istekte artma olduğu rapor edilmiştir (220). Yaşam tarzına bağlı çeşitli faktörlerin de KCFB gelişiminde önemli role sahip olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (221).

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN TASARIMI

Bu araştırma, obez kadınların cinsel işlevlerinin, depresyon ve anksiyete düzeylerinin obez olmayan grup ile karşılaştırılması, obez grupta hastaların cinsel işlevlerinin BKİ, depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ilişkisinin incelenmesi, ve obez hastalarda ortaya çıkan depresyon, anksiyete bozuklukları ile cinsel fonksiyon bozukluklarının önemine dikkat çekmek amacı ile yapılmıştır.

Çalışmamız; İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Yönergesi'ne göre hazırlanan etik kurul izni alınarak, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği tarafından planlanarak yürütülmüştür. Çalışmamıza; Temmuz 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında Obezite polikliniğine başvuran obez kadın bireylerden çalışmaya alınma kriterlerine uyan, çalışmanın amacı ve gerekçeleri hakkında bilgi verildikten sonra aydınlatılmış onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden, cinsel aktif, 18-60 yaş aralığında BKİ ≥ 30 olan 60 kadın dahil edilmiştir. Herhangi bir psikiyatrik hastalık ve psikotrop ilaç kullanım öyküsü olan, testleri anlayacak düzeyde eğitimi olmayan, mental ya da sosyal geriliği olan hastalar ile kendisinde ve/veya eşinde cinsel disfonksiyona sebep olabilecek organik ve/veya psikiyatrik hastalık tanısı alan ve /veya tedavi altında olan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Kontrol grubuna, aile hekimliği polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran hastalardan çalışmanın amacı ve gerekçesi hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olan, geçmişte ve halen psikiyatrik hastalık ve tedavi görme öyküsü olmayan, kendisinde ve/veya eşinde cinsel disfonksiyona sebep olabilecek

organik ve/veya psikiyatrik hastalık tanısı ve /veya tedavisi altında olmayan, cinsel aktif, obez olmayan ($BKİ < 30$) 42 kadın dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Obezite Polikliniğine başvuran obezite tanısı alan, cinsel aktif kadın hastalar
2. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran $BKİ < 30$ olan cinsel aktif kadın bireyler
3. Bilgilendirilmiş olur formunu okuyup imzalayan, çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler
4. 18 yaş üstü bireyler

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

1. Bilgilendirilmiş olur formunu okuyup imzalamayan
2. Obez olan ve olmayan gruplarda; kendisinin ve/veya eşinin cinsel disfonksiyona sebep olabilecek organik ve/veya psikiyatrik hastalık tanısı almış olan ve /veya tedavisi altında olanlar
3. Gebeler
4. Emzirme döneminde olanlar
5. Testleri anlayacak düzeyde eğitimi olmayan, mental ya da sosyal geriliği olan hastalar
6. 18 yaş altı bireyler

3.2. ÖLÇME ARAÇLARI

Sosyodemografik Veri Formu: Çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak, sosyodemografik bilgileri almak amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan bir form kullanıldı.

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ): McGahuey ve arkadaşları (2000) tarafından, cinsel işlevlerde ortaya çıkan değişiklikler ve bozuklukları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş özbildirim ölçeğidir. Kadın ve erkek olmak üzere iki ayrı formu mevcut olup 5'er sorudan oluşmaktadır.

Ölçekteki her bir soru sırasıyla cinsel istek, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusunu irdelemektedir. Her soru 1'den 6'ya kadar puanlanır, toplam puan 5'ten 30'a kadar değişir.

Toplam puanın 10 puan ve altı oluşu; psikiyatrik muayene ile cinsel işlev bozukluğu saptanma olasılığı çok düşük olarak yorumlanır.

Toplam puanın 11 puan ve üstü oluşu; psikiyatrik muayene ile cinsel işlev bozukluğu saptanma olasılığı % 52, cinsel işlev bozukluğu olan bir bireyin 10 ve altında puan alma olasılığı ortalama % 5 olarak yorumlanır.

Toplam puanın 19 ve üzerinde olması, herhangi bir maddenin 5 ya da 6 puan olması veya üç ya da daha fazla maddenin 4 puan oluşu cinsel işlev bozukluğuna işaret eder ve klinisyen tarafından tanımlanmış cinsel işlev bozuklukları ile yüksek oranda ilişkili bulunmaktadır (Yılmaz ve Özaltın 2010, Çiftçi ve ark. 2005).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Soykan tarafından yapılmış ve ≥ 11 puan cinsel işlev bozukluğu için kesme noktası olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin iç tutarlılığının ve güvenilirliğinin.89-.90 Cronbach Alpha değerleri ile yüksek olduğu ve cinsel işlev bozukluğunu ayırt etmede geçerli olduğu saptanmıştır.

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI): Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Rosen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında, kadın cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. Likert tipi, 19 maddeden oluşan ölçeğin istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere 6 alt boyutu vardır. Ölçek kadınların son bir ay içindeki cinsel fonksiyonlarını 6 alt grup puanı ve FSFI puanı hesaplanarak yansıtmaktadır. Alt grup ve FSFI puan hesaplaması ölçeği geliştiren araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olup bir skarlama indeksine göre yapılmaktadır (Tablo). Alt grup puanları, alt grupta yer alan madde puanlarının toplanıp, alınan puan tabloda yer alan ilgili alt grup katsayı ile çarpılarak hesaplanır. FSFI puanı ise alt grup puanlarının toplanması ile elde edilir.

Ölçeğin orijinalinde, test-tekrar test güvenilirlik ölçümü $r=0.79$ ile 0.82 aralığında, Cronbach Alfa değerleri 0.82 ve daha yüksek değerlerde bulunmuş, yapı geçerliliği ise anlamlı ($p<0,001$) olduğu belirlenmiştir.

Aygin ve Aslan tarafından, ölçeğin Türkiye’de yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise; iç tutarlılık katsayısının $0.70-0.90$, Cronbach Alfa değerinin 0.98 ve bir ay arayla gerçekleştirilen test-tekrar test güvenilirlik katsayısının 0.75 olduğu saptanmıştır. Kadın Cinsel İşlev Ölçeğinin Türk kadınlarının cinsel işlev ölçümünde geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bildirilmiştir.

Tablo 3.1: FSFI Puan Hesaplaması

Alt grup	Sorular	Puan aralığı	Katsayı	Minimum puan	Maksimum puan	Total puan
İstek	1, 2	1 – 5	0.6	1.2	6.0	
Uyarılma	3, 4, 5, 6	0 – 5	0.3	0	6.0	
Lubrikasyon	7, 8, 9, 10	0 – 5	0.3	0	6.0	
Gorgazm	11, 12, 13	0 – 5	0.4	0	6.0	
Doyum	14, 15, 16	0 (or I) – 5	0.4	0.8	6.0	
Ağrı	17, 18, 19	0 – 5	0.4	0	36.0	
Toplam puan (FSFI skoru)				2.0		

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) : Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek depresyonda görülen belirtileri içerecek biçimde düzenlenmiştir. BDÖ’nin maddeleri herhangi bir kuramsal görüş temel alınarak değil klinik gözlem ve verilere dayanarak hazırlanmıştır. Likert tipinde olan ölçek 21 belirti kategorisinden oluşmaktadır. Her belirti kategorisi 0-3 arasında değişen puanlarla değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. 58 “Beck Depresyon Ölçeği”nin çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Teğin (1980) tarafından yapılmıştır. Teğin (1980), 40 üniversite öğrencisinde 15 gün ara ile testtekrar test yöntemi ile yaptığı çalışmada 0.65 güvenilirlik katsayısı elde etmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı, iki-yarımkorelasyon yöntemi ile üniversite öğrencileri için 0.78 ve depresif hastalar için 0.61 olarak bulunmuştur. Ölçek eş zamanlı geçerlik yöntemi ile değerlendirildiğinde depresyon tanısı konan hastaların tanıları ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının paralellik gösterdiği saptanmıştır. Yapılan güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Beck Depresyon Ölçeği’nin depresif

belirtileri ve depresyon düzeyini değerlendirmede kullanılabilecek, kolay bir şekilde puanlanabilen uygun bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

Beck Anksiyete Ölçeği: Psikiyatrik popülasyonda anksiyete şiddetini ölçmek için 1988'de Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından geliştirilen 21 maddelik likert tipi kendini değerlendirmeli bir ölçektir. Anksiyöz mizacı, otonomik hiperaktivite ve motor gerginliği, bazı bilişleri belirleyen maddeleri içerir. Hastadan belirtileri 'bugün dahil son bir hafta' içinde değerlendirmesi istenir. Her bir semptom hiç yok, hafif düzeyde, orta düzeyde, ciddi düzeyde var şeklinde değerlendirilir. Toplam puan 0-63 arası değişir. Test-tekrar test güvenilirliği, 0,75 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe'ye çeviri çalışması Bilkent Üniversitesi psikolojik Danışma ve Araştırma Merkez başkanı Doç. Dr. Nesrin Şahin tarafından yürütülmüş, Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bakırköy ruh ve sinir hastalıkları hastanesine Dr. Mustafa Ulusoy tarafından yapılmıştır.

3.3. ÇALIŞMA

Çalışma esnasında bireylerin doğum tarihleri resmi kimlik belgelerinden kaydedilerek yaşları hesaplandı.

Obez bireylerin vücut yağ ölçümleri bioelektriksel impedans analiz ölçüm cihazıyla ölçüldü. Obez grubun ve kontrol grubunun kilo ve boy ölçümleri kaydedildi, BKİ'leri hesaplandı, menopoz döneminde olup olmadıkları, eğitim durumları, meslekleri, kendilerinin ve eşlerinin cinsel işlevleri etkileyebilecek organik ve /veya psikiyatrik hastalık ve/veya tedavileri olup olmadığı sorgulandı. Obez olan grupta bu bilgilere ek olarak kilo alma nedenleri, çocuk sayısı, gebelik sayısı, sigara kullanımı, ek hastalıkları sosyodemografik veri formu ile sorgulandı.

Tüm olgulara; cinsel işlevlerini, depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek amacıyla Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) ölçek güvenilirliğini sağlamak amacıyla, ayrı bir odada tek başına uygulandı.

Olgular BKİ 'ne göre obez olan ve obez olmayan gruplar olarak sınıflandırılarak cinsel işlevleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri karşılaştırıldı. Tüm olgular ayrıca BKİ'ne göre normal kilolu (BKİ <25), fazla

kilolu (BKİ 25-29,9), I. derece obez (BKİ 30-34,9) ve ≥II. (II. + III.) derece obezler (BKİ ≥35) 4 ayrı gruba da ayrılarak olguların cinsel işlevleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından incelendi.

3.4. İSTATİSTİK YÖNTEMLER

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One-way ANOVA test ve farklılığa neden Bonferroni test; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Dunn's test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Pearson Korelasyon Analizi ve Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson Chi-Square Test ve Fisher Freeman Halton test kullanıldı. Anlamlılık en az $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışma Temmuz 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yaşları 29 ile 57 arasında değişmekte olup, ortalama $43,60 \pm 6,44$ yıl olan toplam 102 kadın ile yapılmıştır.

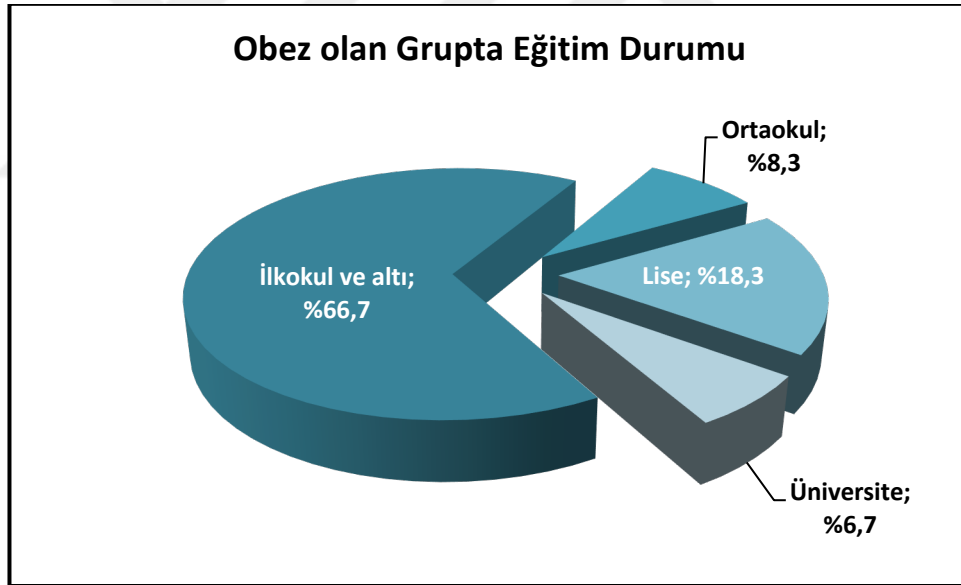
Tablo 4.1: Demografik Özelliklerin Dağılımı

		Total	Obez olan (n=60)	Obez olmayan (n=42)
Yaş (yıl)	Min-Maks	29-57		
	(Medyan)	(43,5)	29-56 (45)	35-57 (41)
	Ort±Ss	$43,60 \pm 6,44$	$44,57 \pm 6,84$	$42,21 \pm 5,63$
BKİ (kg/m ²)	Min-Maks	18,1-53		
	(Medyan)	(31,3)	30-53 (35,7)	18,1-29,1 (24,6)
	Ort±Ss	$32,05 \pm 8,06$	$37,35 \pm 5,93$	$24,47 \pm 3,03$
Eğitim durumu; n (%)	İlkokul ve altı	50 (49,0)	40 (66,7)	10 (23,8)
	Ortaokul	12 (11,8)	5 (8,3)	7 (16,7)
	Lise	22 (21,6)	11 (18,3)	11 (26,2)
	Üniversite	18 (17,6)	4 (6,7)	14 (33,3)
	Ev hanımı	75 (73,5)	54 (90)	21 (50,0)
Meslek; n (%)	Özel sektör	12 (11,8)	4 (6,7)	8 (19,0)
	Emekli	4 (3,9)	2 (3,3)	2 (4,8)
	Memur	11 (10,8)	0 (0)	11 (26,2)
Sigara kullanımı; n (%)	Var		8 (13,3)	
	Yok		52 (86,7)	
Menopoz; n (%)	Var	22 (21,6)	17 (28,3)	5 (11,9)
	Yok	80 (78,4)	43 (71,7)	37 (88,1)
Gebelik; n (%)	Yok		3 (5)	
	1 kez		4 (6,7)	
	2 kez		22 (36,7)	
	3 kez		11 (18,3)	
	≥4 kez		20 (33,3)	
Çocuk sayısı; n (%)	Yok		4 (6,7)	
	1 çocuk		9 (15)	
	2 çocuk		26 (43,3)	
	≥3 çocuk		21 (35)	

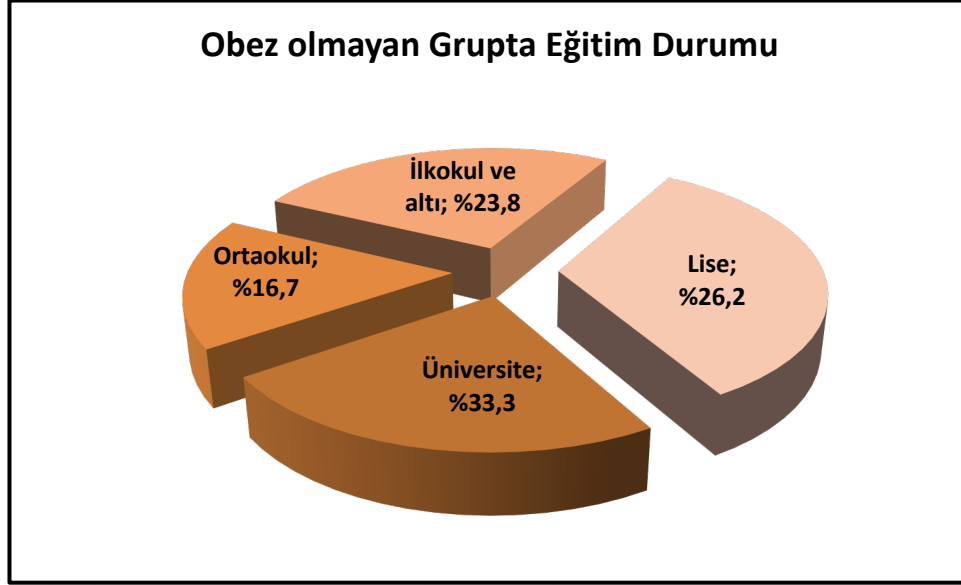
Obez olan grubun yaşları 29 ile 56 arasında değişmekte olup, ortalama $44,57 \pm 6,84$; obez olmayan grubun yaşları 35 ile 57 arasında değişmekte olup, ortalama $42,21 \pm 5,63$ yıldır. Obezite varlığına göre yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tüm olguların BKİ ölçümleri $18,1$ ile 53 kg/m^2 arasında değişmekte olup, ortalama $32,05 \pm 8,06 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Obez olan grup BKİ ölçümleri 30 ile 53 kg/m^2 arasında değişmekte olup, ortalama $37,35 \pm 5,93 \text{ kg/m}^2$; obez olmayan grubun BKİ ölçümleri $18,1$ ile $29,1 \text{ kg/m}^2$ arasında değişmekte olup, ortalama $24,47 \pm 3,03 \text{ kg/m}^2$ 'dir.

Obez olan grubun %66,7'si ($n=40$) ilkokul ve altı, %8,3'ü ($n=5$) ortaokul, %18,3'ü ($n=11$) lise ve %6,7'si ($n=4$) üniversite mezunudur. Obez olmayan grubun %23,8'i ($n=10$) ilkokul ve altı, %16,7'si ($n=7$) ortaokul, %26,2'si ($n=11$) lise ve %33,3'ü ($n=14$) üniversite mezunudur.



Şekil 4.1: Obez olan grupta eğitim durumuna göre dağılımlar

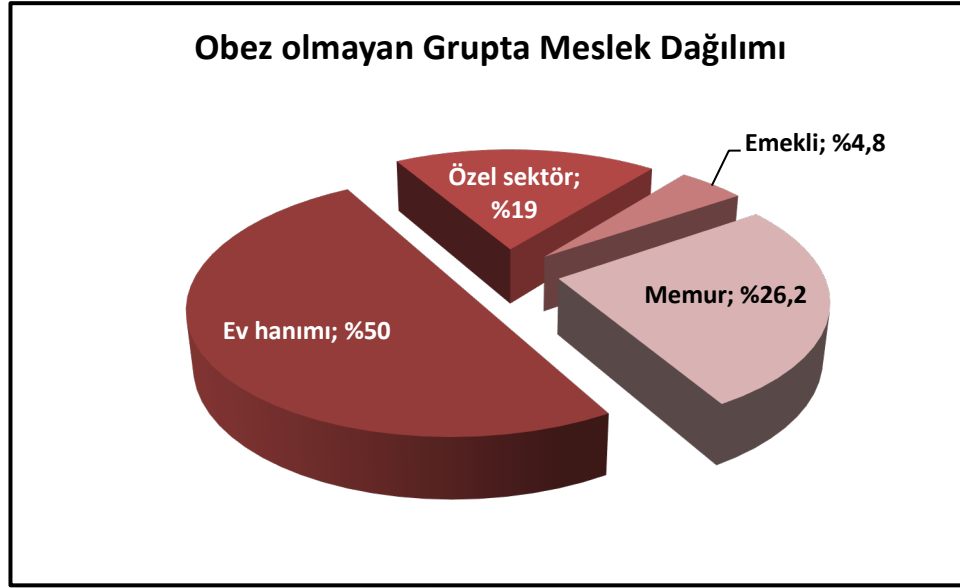


Şekil 4.2: Obez olmayan grupta eğitim durumuna göre dağılımlar

Obez olan grubun %90'ı (n=54) ev hanımı, %6,7'si (n=4) özel sektör çalışanı ve %3,3'ü (n=2) emeklidir. Obez olmayan grubun %50'si (n=21) ev hanımı, %19'u (n=8) özel sektör çalışanı, %4,8'i (n=2) emekli ve %26,2'si (n=11) memurdur.



Şekil 4.3: Obez olan grupta mesleğe göre dağılımlar



Şekil 4.4: Obez olmayan grupta mesleğe göre dağılımlar

Menopoz, tüm olguların %21,6'sında (n=22); obez olan grubun %28,3'ünde (n=17), obez olmayan grubun %11,9'unda (n=5) saptanmıştır.

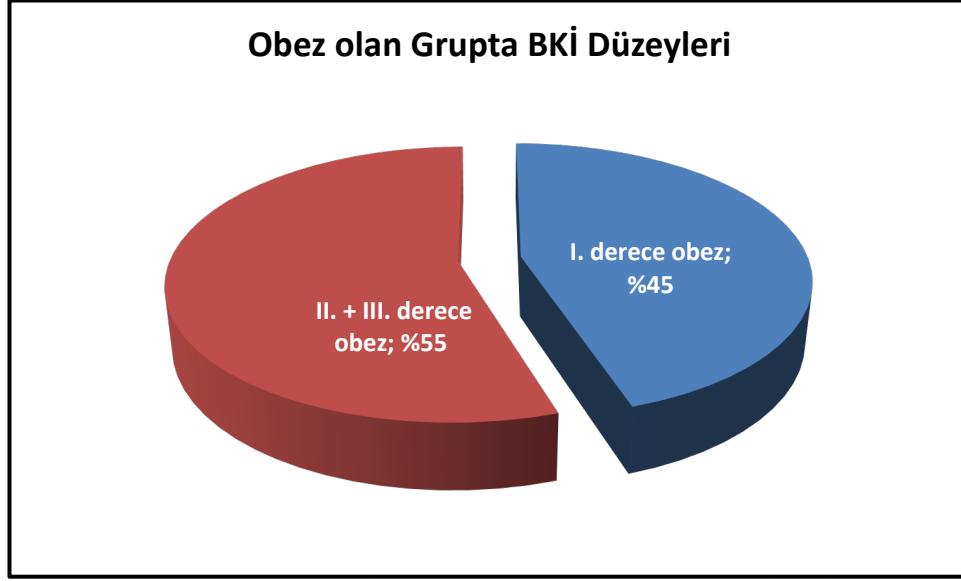
Obez olan grubun %5'inde (n=3) gebelik geçirilmemiş, %6,7'sinde (n=4) 1 kez, %36,7'sinde (n=22) 2 kez, %18,3'ünde (n=11) 3 kez, %33,3'ünde (n=20) 4 ve daha çok kez gebelik geçirildiği saptanmıştır. Çocuk sayısı incelendiğinde; obez olan grubun %6,7'sinin (n=4) çocuğu yokken; %15'inin (n=9) 1 çocuğu, %43,3'ünün (n=26) 2 çocuğu, %35'inin (n=21) 3 ve daha çok sayıda çocuğu vardır.

Tablo 4.2: Obez Olgularda Kiloya İlişkin Dağılımlar

		Obez olan (n=60)
BKİ (kg/m²)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	30-53 (35,7)
	<i>Ort±Ss</i>	37,35±5,93
	I. derece obez	27 (45,0)
	≥ II. derece obez	33 (55,0)
Yağ yüzdesi	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	28,5-50,2 (38,1)
	<i>Ort±Ss</i>	38,35±4,93

		Obez olan (n=60)
Kilo Almayı Tetikleyen Sebepler; n (%)	Doğum sonrası	27 (45,0)
	OKS kullanımı	2 (3,3)
	Menopoz sonrası	1 (1,7)
	Kürtaj/ abortus sonrası	1 (1,7)
	Steroid tedavisi	4 (6,7)
	Emeklilik sonrası	1 (1,7)
	Geçmişte yaşanan ruhsal stres	3 (5,0)
	Hep kilolu olduğunu ifade eden	9 (15,0)
	Tiroit cerrahi	6 (10,0)
	Sedanter yaşam	5 (8,3)
	Ergenlik sonrası	1 (1,7)
Çocukluk obezitesi; n (%)	Var	17 (28,3)
	Yok	43 (71,7)

Obez olguların BKİ ölçümleri 30 ile 53 kg/m² arasında değişmekte olup, ortalama 37,35±5,93 kg/m² olarak saptanmıştır ve %45'inin (n=27) I. derece obez, %55'inin (n=33) ≥ II. (II. +III.) derece obez olduğu gözlenmiştir. Yağ yüzdeleri 28,5 ile 50,2 arasında değişmekte olup, ortalama 38,35±4,93 olarak saptanmıştır.



Şekil 4.5: Obez olan grupta BKİ dağılımları

Obez olguların %45'i (n=27) kilosunun nedeninin doğum sonrası alınan kilolar olduğunu belirtirken, %3,3'ü (n=2) OKS kullanımı, %1,7'si (n=1) menopoz sonrası, %1,7'si (n=1) kürtaj/abortus sonrası, %6,7'si (n=4) steroid tedavisi, %1,7'si (n=1) emeklilik sonrası, %5'i (n=3) geçmişte yaşanan ruhsal stres, %15'i (n=9) hep kilolu olduğunu, %10'u (n=6) tiroit cerrahisi, %8,3'ü (n=5) sedanter yaşam ve %1,7'si (n=1) ergenlik sonrası olduğunu belirtmiştir. Çocukluk obezitesi %28,3'ünde (n=17) saptanmıştır.

Tablo 4.3: Obezite Varlığına Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi

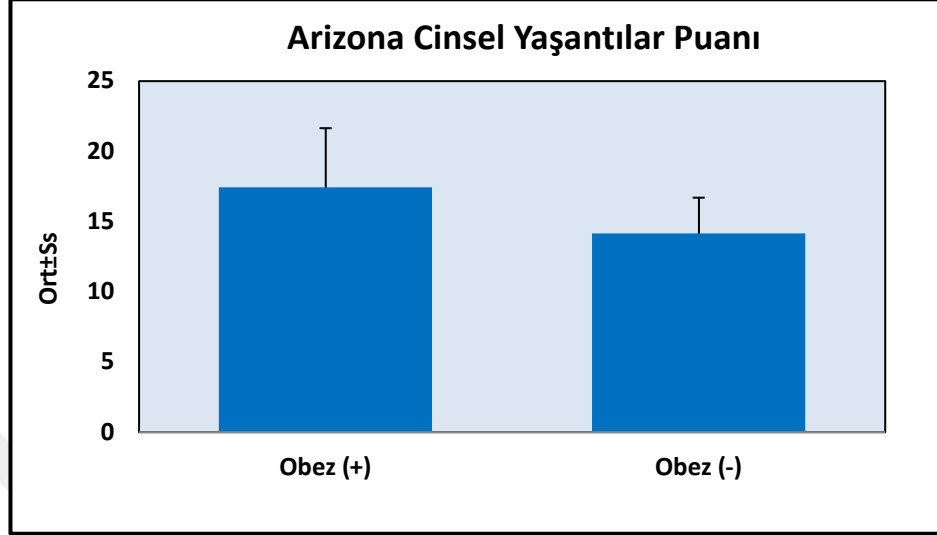
		Toplam	Obez olan (n=60)	Obez olmayan (n=42)	Test değeri p
Arizona cinsel yaşantılar ölçeği puanı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	6-28 (15,5)	6-28 (18)	9-20 (14)	t:-4,897
	<i>Ort±Ss</i>	16,07±3,93	17,42±4,18	14,14±2,56	^a0,001**
	≤10 puan	6 (5,9)	3 (5,0)	3 (7,1)	
	11-18 puan	71 (69,6)	34 (56,7)	37 (88,1)	
	≥19 puan	25 (24,5)	23 (38,3)	2 (4,8)	
Cinsel işlev bozukluğu	Yok	60 (58,8)	22 (36,7)	38 (90,5)	χ ² :29,534
	Var	42 (41,2)	38 (63,3)	4 (9,5)	^c0,001**

^aStudent-t Test

^cPearson Chi-Square Test

**p<0,01

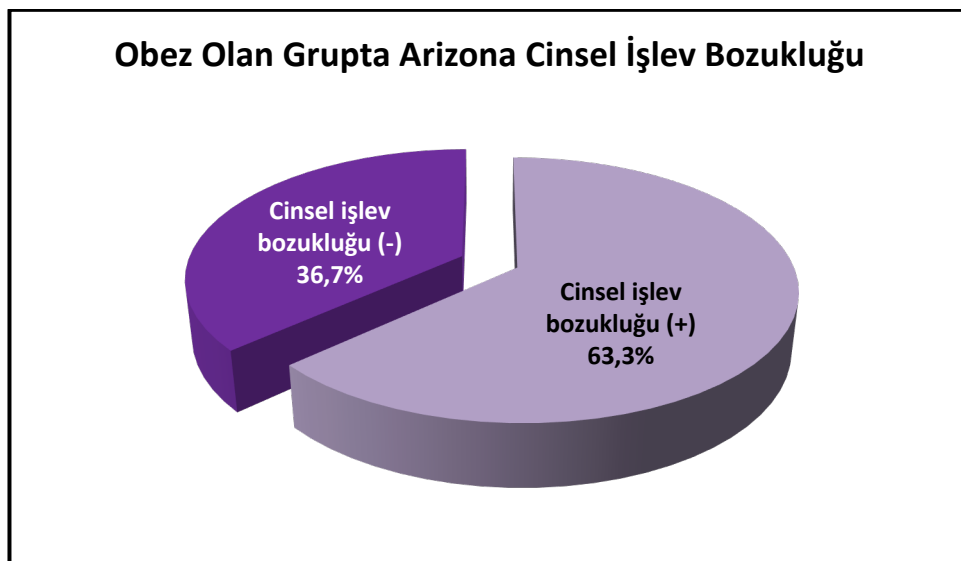
Obezite varlığına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; obez olan grubun puanları, obez olmayan gruptan yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).



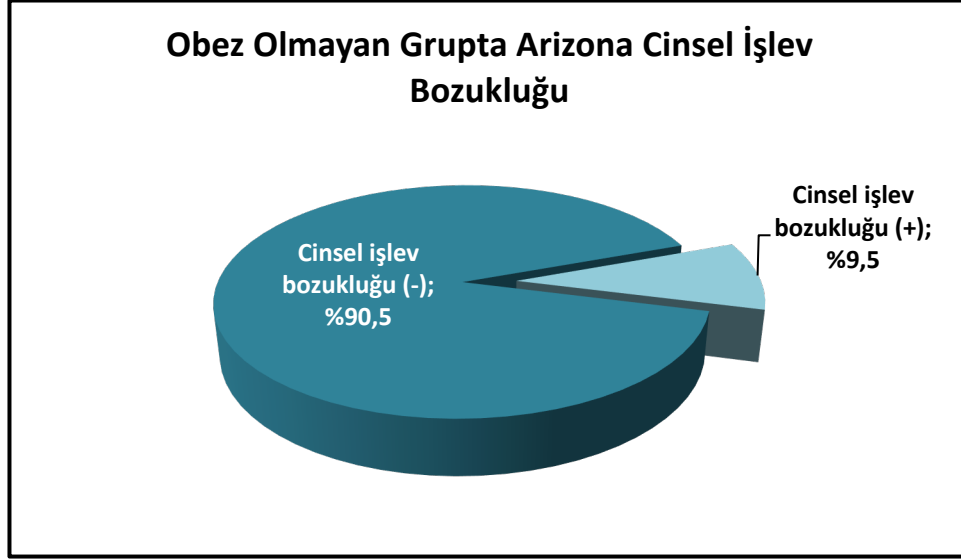
Şekil 4.6: Obezite varlığına göre Arizona cinsel yaşantılar puanlarının dağılımı

Obez (+) : Obez olan Obez(-) : Obez olmayan

Cinsel işlev bozukluğuna göre obez olan ve obez olmayan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ve obez olan grupta cinsel işlev bozukluğu oranı, obez olmayan gruptan yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).



Şekil 4.7: Obez olan grupta Arizona cinsel işlev bozukluğu ölçeğine göre cinsel işlev bozukluk oranları



Şekil 4.8: Obez olmayan grupta Arizona cinsel işlev bozukluğu ölçeğine göre cinsel işlev bozukluk oranları

Tablo 4.4: Obezite Varlığına Göre Beck Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Değerlendirmesi

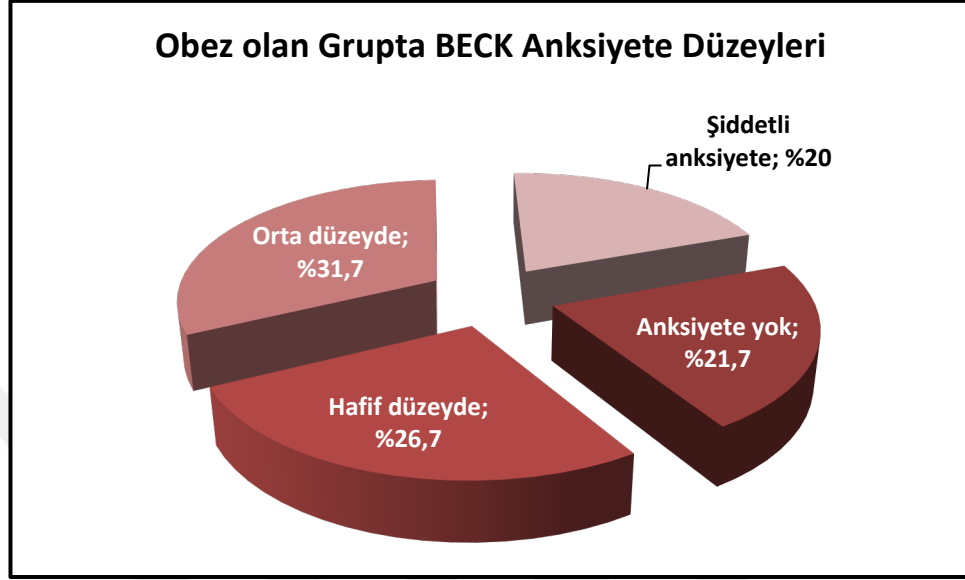
		Toplam	Obez olan (n=60)	Obez olmayan (n=42)	Test değeri p
Beck anksiyete puanı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0-50 (12)	0-50 (16)	0-46 (8,5)	Z:-3,375
	<i>Ort±Ss</i>	14,67±11,36	17,40±11,74	10,76±9,64	^b 0,001**
	Anksiyete yok	32 (31,4)	13 (21,7)	19 (45,2)	
	Hafif düzeyde	32 (31,4)	16 (26,7)	16 (38,1)	
	Orta düzeyde	22 (21,6)	19 (31,7)	3 (7,1)	
	Şiddetli anksiyete	16 (15,6)	12 (20)	4 (9,5)	
Beck depresyon puanı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0-42 (11,5)	0-30 (13)	0-42 (6,5)	t:2,981
	<i>Ort±Ss</i>	11,98±8,14	13,92±7,31	9,21±8,54	^a 0,004**
	Minimal depresyon	43 (42,1)	16 (26,7)	27 (64,3)	
	Hafif depresyon	33 (32,4)	26 (43,3)	7 (16,7)	
	Orta depresyon	24 (23,5)	17 (28,3)	7 (16,7)	
	Şiddetli depresyon	2 (2,0)	1 (1,7)	1 (2,3)	

^aStudent-t Test

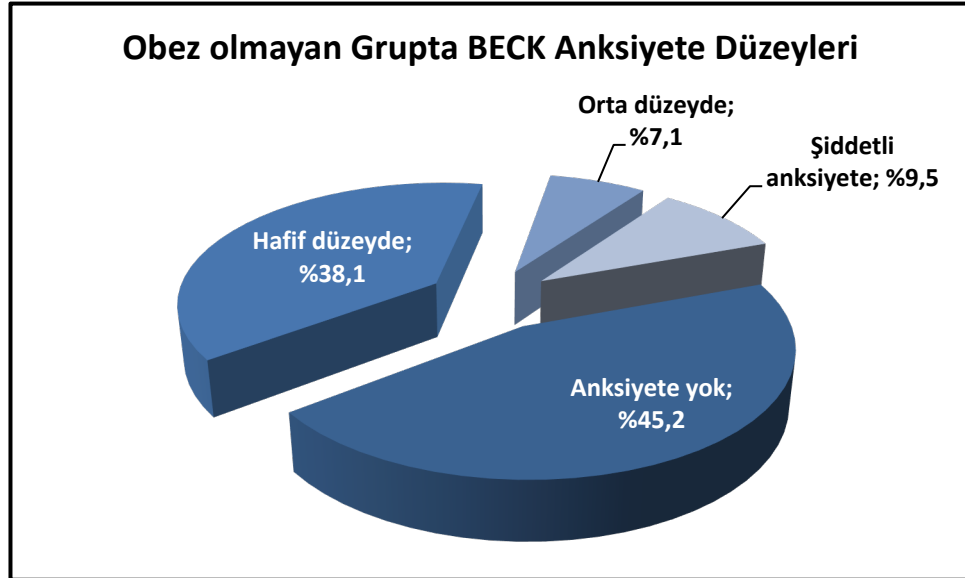
^bMann Whitney U Test

^{**}p<0,01

Obezite varlığına göre anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; obez olan grubun anksiyete düzeyi, obez olmayan gruptan yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

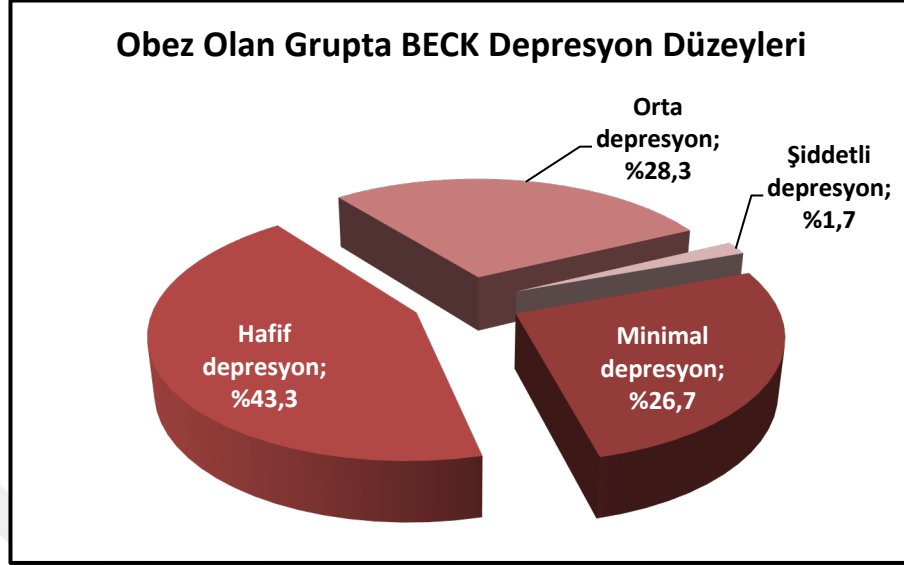


Şekil 4.9: Obez olan grupta Beck Anksiyete dağılımı

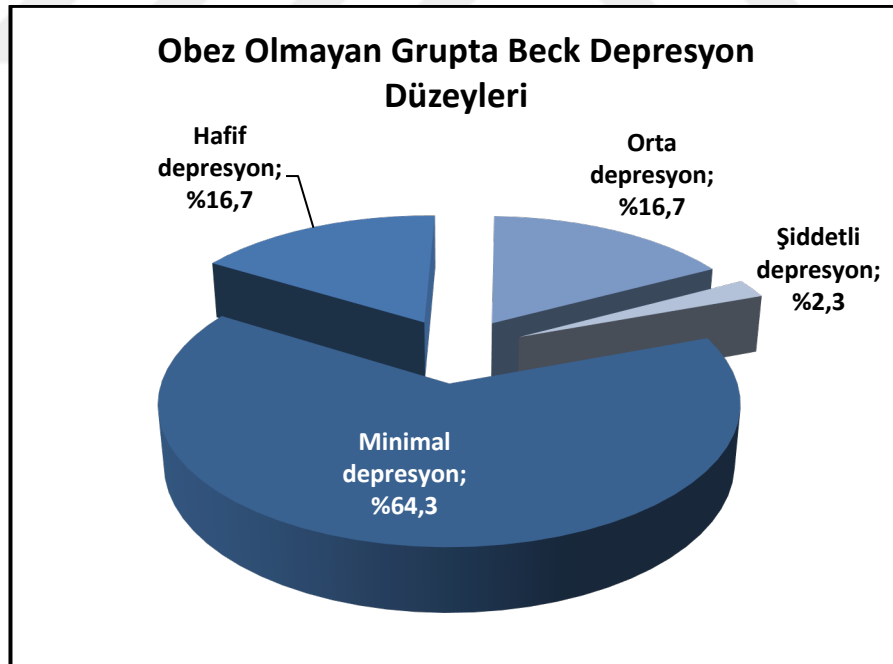


Şekil 4.10: Obez olmayan grupta Beck Anksiyete dağılımı

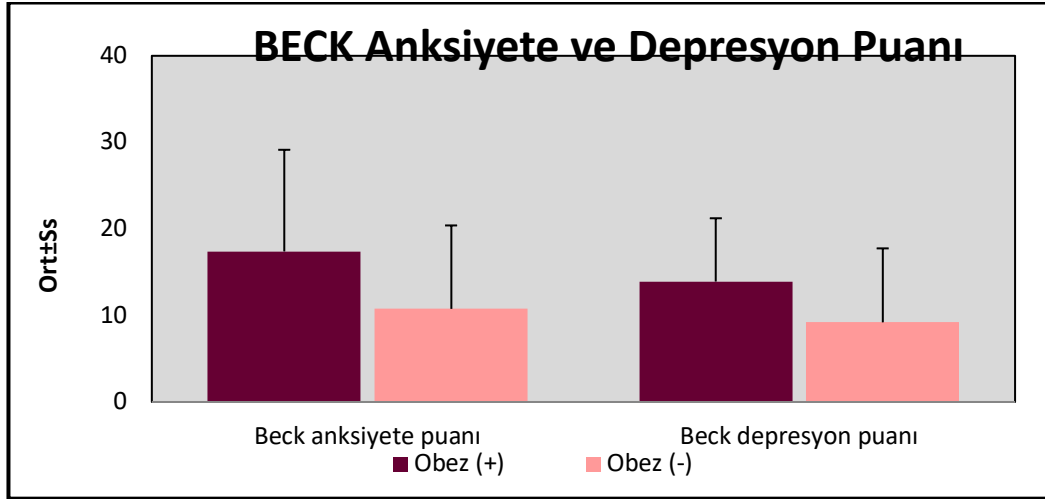
Obezite varlığına göre depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; obez olan grubun depresyon düzeyi, obez olmayan gruptan yüksek bulunmuştur ($p=0,004$; $p<0,01$).



Şekil 4.11: Obez olan grupta Beck Depresyon dağılımı



Şekil 4.12: Obez olmayan grupta Beck Depresyon dağılımı



Şekil 4.13: Obezite varlığına göre Beck Anksiyete ve Depresyon puanları dağılımı

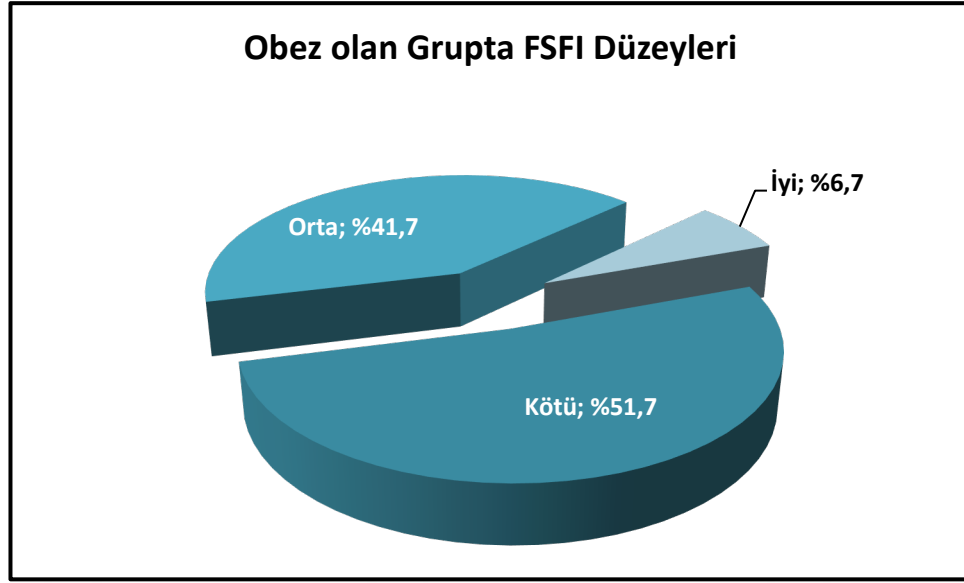
Tablo 4.5: Obezite Varlığına Göre FSFI Puanlarının Değerlendirmesi

		Toplam	Obez olan (n=60)	Obez olmayan (n=42)	Test değeri p
FSFI istek puanı	Min-Maks (Medyan)	1,2-5,4 (3,6)	1,2-5,4 (3)	1,2-5,4 (3,6)	t:2,860
	Ort±Ss	3,35±0,93	3,14±0,96	3,66±0,80	^a0,005**
FSFI uyarılma puanı	Min-Maks (Medyan)	0-6 (3,6)	0-6 (3,3)	0-5,4 (4,1)	t:2,936
	Ort±Ss	3,54±1,23	3,25±1,31	3,95±0,98	^a0,004**
FSFI istek+uyarılma puanı	Min-Maks (Medyan)	1,2-11,4 (7,2)	1,2-11,4 (6,5)	1,2-10,8 (8,1)	t:3,154
	Ort±Ss	6,89±2,00	6,39±2,11	7,61±1,59	^a0,002**
FSFI lubrikasyon puanı	Min-Maks (Medyan)	0-6 (4,1)	0-6 (3,9)	0-6 (4,5)	Z:-2,803
	Ort±Ss	4,02±1,30	3,74±1,37	4,42±1,10	^b0,005**
FSFI orgazm puanı	Min-Maks (Medyan)	0-6 (4,4)	0-6 (3,8)	0-6 (4,4)	Z:-3,178
	Ort±Ss	3,97±1,27	3,66±1,36	4,42±0,97	^b0,001**
FSFI doyum puanı	Min-Maks (Medyan)	0-6 (4,8)	0-6 (4,2)	0-6 (4,8)	Z:-2,739
	Ort±Ss	4,27±1,28	4,00±1,32	4,66±1,11	^b0,006**
FSFI ağrı puanı	Min-Maks (Medyan)	0-6 (4,8)	0-6 (4,4)	0-6 (4,8)	Z:-0,416
	Ort±Ss	4,40±1,56	4,35±1,58	4,47±1,54	^b0,677
FSFI toplam puan	Min-Maks (Medyan)	1,2-34,8 (24,4)	1,2-34,2 (22,8)	1,2-34,8 (26,7)	t:2,790
	Ort±Ss	23,55±6,31	22,14±6,70	25,57±5,14	^a0,006**
	Kötü	42 (41,2)	31 (51,7)	11 (26,2)	
	Orta	52 (51,0)	25 (41,7)	27 (64,3)	
	İyi	8 (7,8)	4 (6,7)	4 (9,5)	

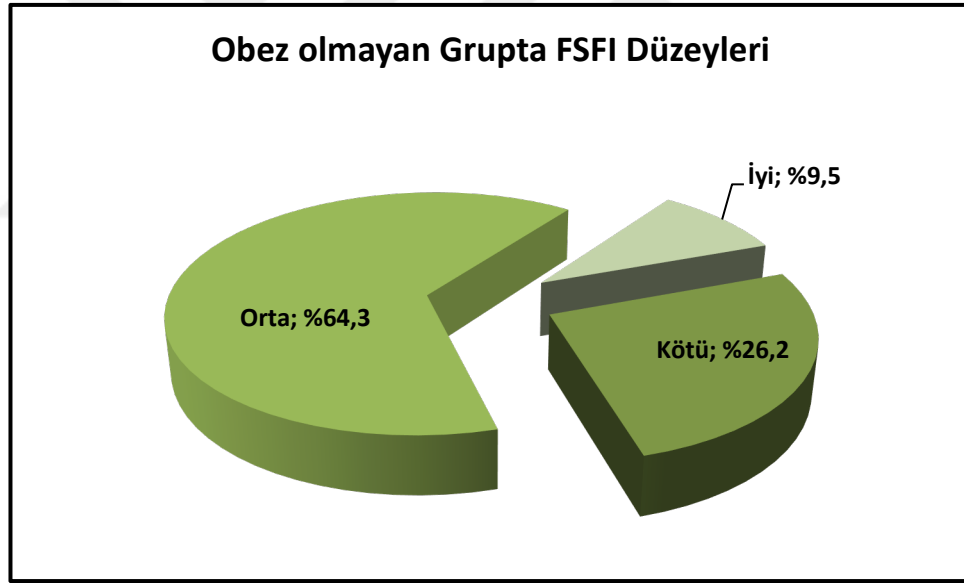
^aStudent-t Test

^bMann Whitney U Test

****p<0,01**



Şekil 4.14: Obez olan grupta FSFI dağılımı



Şekil 4.15: Obez olmayan grupta FSFI dağılımı

Obezite varlığına göre “İstek” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; obez olan olguların puanları, obez olmayan olgulardan düşük bulunmuştur ($p=0,005$; $p<0,01$).

Obezite varlığına göre “Uyarılma” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; obez olan olguların puanları, obez olmayan olgulardan düşük bulunmuştur ($p=0,004$; $p<0,01$).

Obezite varlığına göre “İstek+Uyarılma” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; obez olan olguların puanları, obez olmayan olgulardan düşük bulunmuştur ($p=0,002$; $p<0,01$).

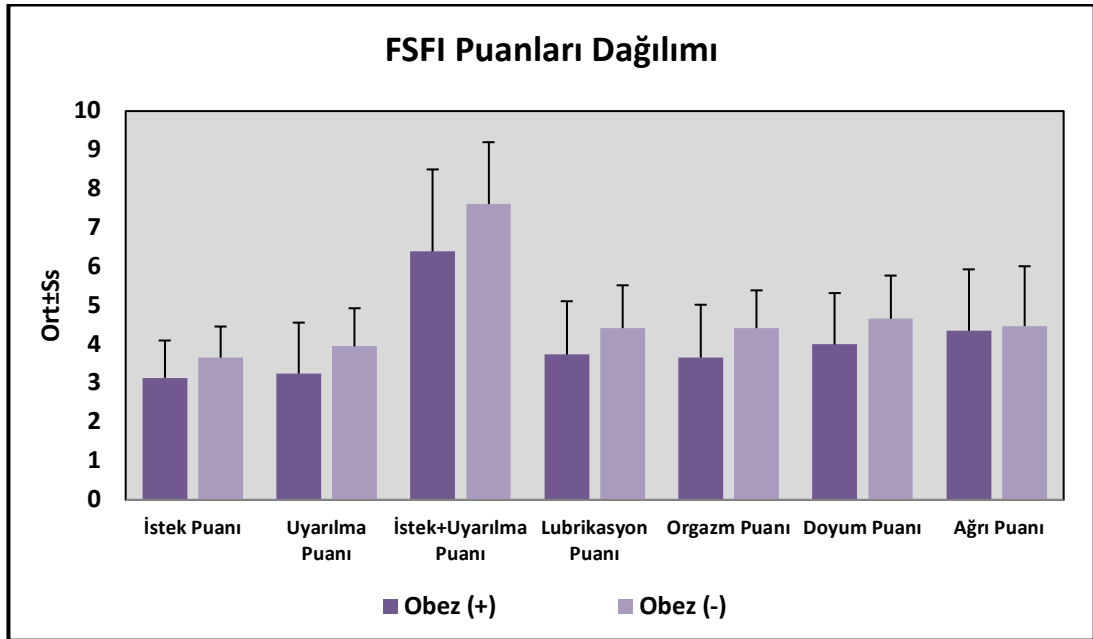
Obezite varlığına göre “Lubrikasyon” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; obez olan olguların puanları, obez olmayan olgulardan düşük bulunmuştur ($p=0,005$; $p<0,01$).

Obezite varlığına göre “Orgazm” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; obez olan olguların puanları, obez olmayan olgulardan düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Obezite varlığına göre “Doyum” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; obez olan olguların puanları, obez olmayan olgulardan düşük bulunmuştur ($p=0,006$; $p<0,01$).

Obezite varlığına göre “Ağrı” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Obezite varlığına göre toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; obez olan olguların puanları, obez olmayan olgulardan düşük bulunmuştur ($p=0,006$; $p<0,01$).



Şekil 4.16: Obezite varlığına göre FSFI puanlarının dağılımı

Tablo 4.6: Menopoz Olmayan Olgularda, BKİ Düzeylerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

		Menopoz olmayan olgularda		Test değeri <i>p</i>
		BKİ<30 (n=37)	BKİ≥30 (n=43)	
Arizona cinsel yaşantılar puanı	Min-Maks (Medyan)	9-20 (14)	6-28 (17)	t:-3,671
	Ort±Ss	14,27±2,62	17,33±4,67	^a0,001**
Beck anksiyete	Min-Maks (Medyan)	0-46 (9)	0-50 (16)	Z:-2,849
	Ort±Ss	11,32±10,10	17,19±10,78	^b0,004**
Beck depresyon	Min-Maks (Medyan)	0-42 (8)	0-30 (13)	t:-2,360
	Ort±Ss	9,89±8,82	14,23±7,63	^a0,021*
FSFI istek puanı	Min-Maks (Medyan)	2,4-5,4 (3,6)	1,2-5,4 (3)	t:2,818
	Ort±Ss	3,68±0,72	3,13±0,99	^a0,006**
FSFI uyarılma puanı	Min-Maks (Medyan)	2,1-5,4 (3,9)	0-6 (3,3)	t:2,831
	Ort±Ss	3,99±0,77	3,29±1,38	^a0,006**
FSFI istek+uyarılma puanı	Min-Maks (Medyan)	4,5-10,8 (7,8)	1,2-11,4 (6,6)	t:3,107
	Ort±Ss	7,67±1,27	6,42±2,26	^a0,003**
FSFI lubrikasyon puanı	Min-Maks (Medyan)	3-6 (4,5)	0-6 (3,9)	Z:-2,565
	Ort±Ss	4,53±0,88	3,70±1,47	^b0,010*
FSFI orgazm puanı	Min-Maks (Medyan)	2,8-6 (4,4)	0-6 (3,6)	Z:-2,576
	Ort±Ss	4,49±0,69	3,67±1,44	^b0,010*
FSFI doyum puanı	Min-Maks (Medyan)	2,8-6 (4,8)	0-6 (4,4)	Z:-1,878
	Ort±Ss	4,68±0,83	4,05±1,43	^b0,060
FSFI ağrı puanı	Min-Maks (Medyan)	1,6-6 (4,8)	0-6 (5,2)	Z:-0,044
	Ort±Ss	4,59±1,35	4,44±1,76	^b0,965
FSFI toplam puan	Min-Maks (Medyan)	19,3-34,8 (26,6)	1,2-34,2 (23,2)	t:2,935
	Ort±Ss	25,96±3,55	22,27±7,33	^a0,005**
^a Student-t Test		^b Mann Whitney U Test		[*] p<0,05 ^{**} p<0,01

Menopoz olmayan olgularda (n=80):

BKİ düzeyine göre Arizona cinsel yaşantılar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; BKİ $\geq$ 30 olan grubun puanları, BKİ<30 olan gruptan yüksek bulunmuştur (p=0,001; p<0,01).

BKİ düzeyine göre Beck anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; BKİ $\geq$ 30 olan grubun puanları, BKİ<30 olan gruptan yüksek bulunmuştur (p=0,004; p<0,01).

BKİ düzeyine göre Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; BKİ $\geq$ 30 olan grubun puanları, BKİ<30 olan gruptan yüksek bulunmuştur (p=0,021; p<0,05).

BKİ düzeyine göre “İstek” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; BKİ $\geq$ 30 olan grubun puanları, BKİ<30 olan gruptan düşük bulunmuştur (p=0,006; p<0,01).

BKİ düzeyine göre “Uyarılma” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; BKİ $\geq$ 30 olan grubun puanları, BKİ<30 olan gruptan düşük bulunmuştur (p=0,006; p<0,01).

BKİ düzeyine göre “İstek+Uyarılma” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; BKİ $\geq$ 30 olan grubun puanları, BKİ<30 olan gruptan düşük bulunmuştur (p=0,003; p<0,01).

BKİ düzeyine göre “Lubrikasyon” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; BKİ $\geq$ 30 olan grubun puanları, BKİ<30 olan gruptan düşük bulunmuştur (p=0,010; p<0,05).

BKİ düzeyine göre “Orgazm” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; BKİ $\geq$ 30 olan grubun puanları, BKİ<30 olan gruptan düşük bulunmuştur (p=0,010; p<0,05).

BKİ düzeyine göre “Doyum” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken (p=0,060; p>0,05); BKİ $\geq$ 30 olan grubun puanlarının, BKİ<30 olan gruptan düşük olması dikkat çekicidir.

BKİ düzeyine göre “Ağrı” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

BKİ düzeyine göre toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; BKİ≥30 olan grubun puanları, BKİ<30 olan gruptan düşük bulunmuştur (p=0,005; p<0,01).

Tablo 4.7: Obez Olgularda, Menopoz Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

		Obez olgularda		Test değeri p
		Menopoz (+) (n=17)	Menopoz (-) (n=43)	
Arizona cinsel yaşantılar puanı	Min-Maks (Medyan)	13-23 (18)	6-28 (17)	t:0,335
	Ort±Ss	17,65±2,64	17,33±4,67	^a 0,739
Beck anksiyete	Min-Maks (Medyan)	0-50 (16)	0-50 (16)	Z:-0,148
	Ort±Ss	17,94±14,24	17,19±10,78	^b 0,883
Beck depresyon	Min-Maks (Medyan)	2-29 (13)	0-30 (13)	t:-0,529
	Ort±Ss	13,12±6,59	14,23±7,63	^a 0,599
FSFI istek puanı	Min-Maks (Medyan)	1,2-4,2 (3,6)	1,2-5,4 (3)	t:0,184
	Ort±Ss	3,18±0,89	3,13±0,99	^a 0,855
FSFI uyarılma puanı	Min-Maks (Medyan)	0,9-5,1 (3)	0-6 (3,3)	t:-0,401
	Ort±Ss	3,14±1,14	3,29±1,38	^a 0,690
FSFI istek+uyarılma puanı	Min-Maks (Medyan)	2,4-9,3 (6,3)	1,2-11,4 (6,6)	t:-0,165
	Ort±Ss	6,32±1,76	6,42±2,26	^a 0,869
FSFI lubrikasyon puanı	Min-Maks (Medyan)	2,1-6 (3,6)	0-6 (3,9)	Z:-0,520
	Ort±Ss	3,85±1,10	3,70±1,47	^b 0,603
FSFI orgazm puanı	Min-Maks (Medyan)	1,2-5,6 (4)	0-6 (3,6)	Z:-0,322
	Ort±Ss	3,65±1,17	3,67±1,44	^b 0,748
FSFI doyum puanı	Min-Maks (Medyan)	2,4-5,6 (3,6)	0-6 (4,4)	Z:-1,088
	Ort±Ss	3,88±1,03	4,05±1,43	^b 0,277
FSFI ağrı puanı	Min-Maks (Medyan)	2-6 (4)	0-6 (5,2)	Z:-1,447
	Ort±Ss	4,14±1,00	4,44±1,76	^b 0,148
FSFI toplam puan	Min-Maks (Medyan)	12,5-31,4 (22,4)	1,2-34,2 (23,2)	t:-0,222
	Ort±Ss	21,84±4,94	22,27±7,33	^a 0,825

^aStudent-t Test

^bMann Whitney U Test

Obez olgularda (n=60): Menopoz durumuna göre Arizona cinsel yaşantılar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Menopoz durumuna göre BECK anksiyete ve depresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Menopoz durumuna göre FSFI alt boyut ve toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.8: BKİ Düzeylerine Göre Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

		BKİ düzeyi				Test değeri <i>p</i>
		Normal kilolu (n=22)	Fazla kilolu (n=20)	I. derece obez (n=27)	II. +III. derece obez (n=33)	
Arizona cinsel yaşantılar puanı	Min-Maks (Medyan)	9-20 (13,5)	10-20 (15)	6-27 (18)	8-28 (17)	F:8,971
	Ort±Ss	13,64±2,46	14,70±2,62	17,15±4,60	17,64±3,86	^a 0,001**
Beck anksiyete	Min-Maks (Medyan)	2-46 (9,5)	0-32 (7)	0-50 (15)	0-50 (18)	χ^2 :11,949
	Ort±Ss	11,59±10,51	9,85±8,76	16,3±11,71	18,30±11,87	^e 0,008**
Beck depresyon	Min-Maks (Medyan)	0-42 (7,5)	0-27 (6)	0-30 (12)	4-29 (14)	F:3,411
	Ort±Ss	9,32±9,27	9,10±7,91	12,59±7,48	15,00±7,11	^a 0,021*
FSFI istek puanı	Min-Maks (Medyan)	2,4-4,8 (3,6)	1,2-5,4 (3,6)	1,2-5,4 (3,6)	1,2-4,2 (3)	F:3,037
	Ort±Ss	3,74±0,61	3,57±0,98	3,24±1,12	3,05±0,81	^a 0,033*
FSFI uyarılma puanı	Min-Maks (Medyan)	3,6-5,1 (4,2)	0-5,4 (3,9)	0,9-6 (3,3)	0-5,1 (3,3)	F:8,224
	Ort±Ss	4,24±0,51	3,63±1,25	3,28±1,23	3,23±1,39	^a 0,001**
FSFI istek+ uyarılma puanı	Min-Maks (Medyan)	6,3-9,9 (8,1)	1,2-10,8 (7,7)	2,4-11,4 (6,9)	1,2-9,3 (6,3)	F:8,185
	Ort±Ss	7,98±0,80	7,20±2,11	6,52±2,24	6,28±2,03	^a 0,001**
FSFI lubrikasyon puanı	Min-Maks (Medyan)	3-6 (5)	0-6 (4,1)	0-6 (3,9)	0-6 (3,9)	χ^2 :11,927
	Ort±Ss	4,76±0,83	4,05±1,25	3,74±1,36	3,74±1,40	^e 0,008**
FSFI orgazm puanı	Min-Maks (Medyan)	2,8-5,6 (4,4)	0-6 (4,4)	1,6-6 (3,6)	0-5,6 (4)	χ^2 :11,423
	Ort±Ss	4,60±0,63	4,22±1,23	3,82±1,20	3,53±1,49	^e 0,010*
FSFI doyum puanı	Min-Maks (Medyan)	3,6-6 (4,8)	0-6 (4,8)	0-6 (4)	0-5,6 (4,8)	χ^2 :11,719
	Ort±Ss	4,95±0,66	4,34±1,41	3,93±1,16	4,06±1,46	^e 0,008**
FSFI ağrı puanı	Min-Maks (Medyan)	1,6-6 (5)	0-6 (4,8)	0-6 (5,2)	0-6 (4,4)	χ^2 :0,530
	Ort±Ss	4,62±1,36	4,30±1,74	4,40±1,65	4,32±1,54	^e 0,912
FSFI toplam puan	Min-Maks (Medyan)	20,4-31 (27,1)	1,2-34,8 (23,5)	4,3-34,2 (22,6)	1,2-31,4 (23,6)	F:3,365
	Ort±Ss	26,90±2,64	24,11±6,71	22,41±6,36	21,92±7,05	^a 0,022*

^aOneway Anova

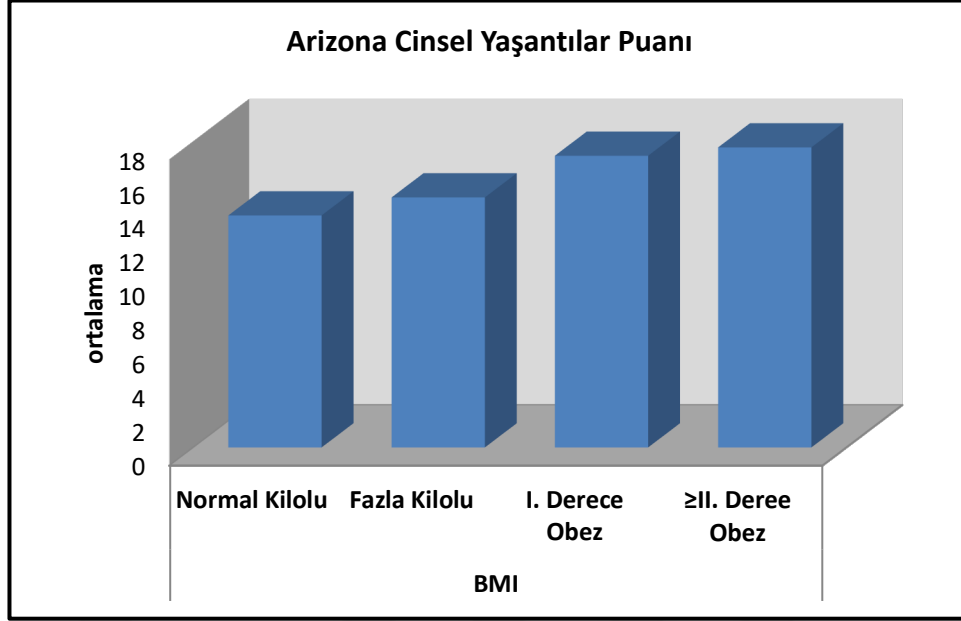
^eKruskal Wallis Test

^{**} $p<0,01$

Tablo 4.8a: BKİ Düzeylerine Göre Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Post Hoc Değerlendirilmesi

	<i>p(normal kilolu-fazla kilolu)</i>	<i>p(normal kilolu-I.derece obez)</i>	<i>p(normal kilolu-≥II.derece obez)</i>	<i>p(fazla kilolu-I.derece obez)</i>	<i>p(fazla kilolu-≥II.derece obez)</i>	<i>p(I.derece obez-≥II.derece obez)</i>
Arizona cinsel yaşantılar puanı	f0,536	f0,008**	f0,001**	f0,112	f0,009**	f0,971
Beck anksiyete	§1,000	§0,402	§0,097	§0,116	§0,021*	§1,000
Beck depresyon	f1,000	f0,544	f0,087	f0,429	f0,045*	f0,587
FSFI istek puanı	f1,000	f0,365	f0,043*	f1,000	f0,281	f1,000
FSFI uyarılma puanı	f0,202	f0,004**	f0,002**	f0,771	f0,698	f0,999
FSFI istek+ uyarılma puanı	f0,425	f0,018*	f0,001**	f0,715	f0,414	f0,973
FSFI lubrikasyon puanı	§0,262	§0,017*	§0,010*	§1,000	§1,000	§1,000
FSFI orgazm puanı	§1,000	§0,060	§0,013*	§1,000	§0,422	§1,000
FSFI doyum puanı	§0,610	§0,004**	§0,112	§0,699	§1,000	§1,000
FSFI ağrı puanı	§1,000	§1,000	§1,000	§1,000	§1,000	§1,000
FSFI toplam puan	f0,851	f0,072	f0,023*	f1,000	f1,000	f1,000
<i>fBonferroni Test</i>		<i>§Dunn's Test</i>		<i>*p<0,05</i>		<i>**p<0,01</i>

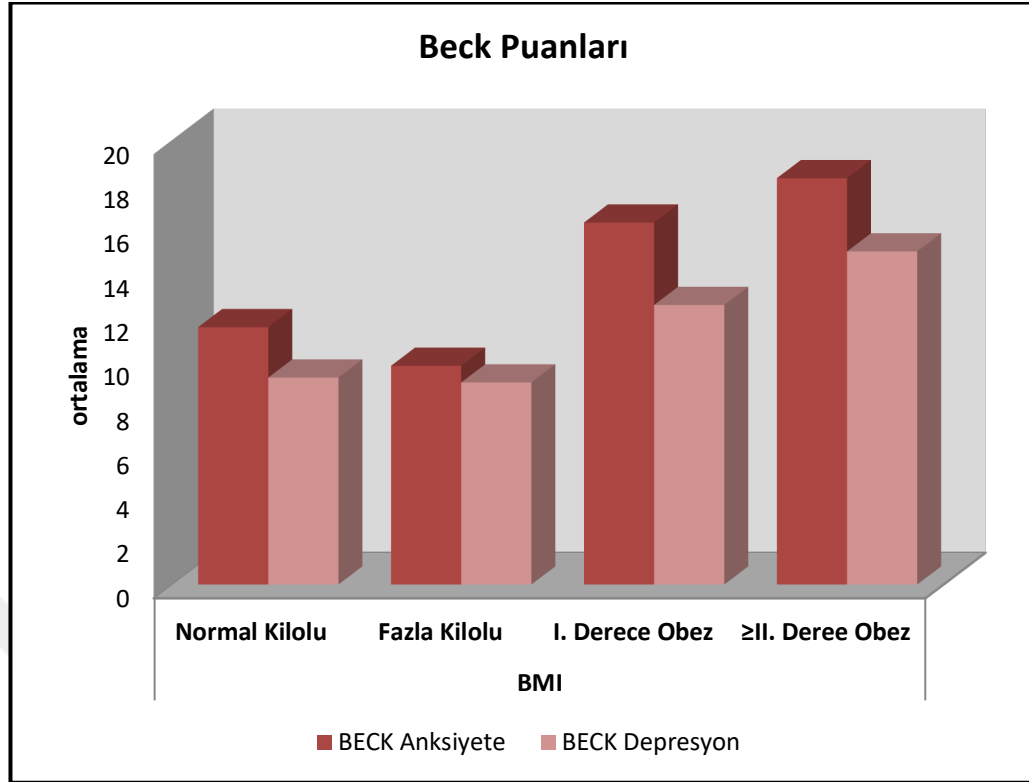
BKİ düzeyine göre Arizona cinsel yaşantılar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; normal kilolu olguların puanları, I.derece obez ($p=0,008$) ve $\geq$ II.derece obez ($p=0,001$) olgulardan düşük bulunmuştur ($p<0,01$). Fazla kilolu olguların puanları $\geq$ II.derece obez olgulardan düşük bulunmuştur ($p=0,009$; $p<0,01$).



Şekil 4.17: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinin BKİ Düzeylerine Göre Dağılımı

BKİ düzeyine göre BECK anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,008$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; $\geq$ II.derece obez olguların puanları, fazla kilolu olgulardan yüksek bulunmuştur ($p=0,021$; $p<0,05$).

BKİ düzeyine göre BECK depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,021$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; $\geq$ II.derece obez olguların puanları, fazla kilolu olgulardan yüksek bulunmuştur ($p=0,045$; $p<0,05$).



Şekil 4.18:BKİ düzeylerine göre Beck Puanları Dağılımı

BKİ düzeyine göre FSFI istek alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,033$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; $\geq$ II.derece obez olguların puanları, normal kilolu olgulardan düşük bulunmuştur ($p=0,043$; $p<0,05$).

BKİ düzeyine göre FSFI uyarılma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; normal kilolu olguların puanları, I.derece obez ($p=0,004$) ve $\geq$ II.derece obez ($p=0,002$) olgulardan yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

BKİ düzeyine göre FSFI istek+uyarılma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; normal kilolu olguların puanları, I.derece obez ($p=0,018$) ve $\geq$ II.derece obez ($p=0,001$) olgulardan yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

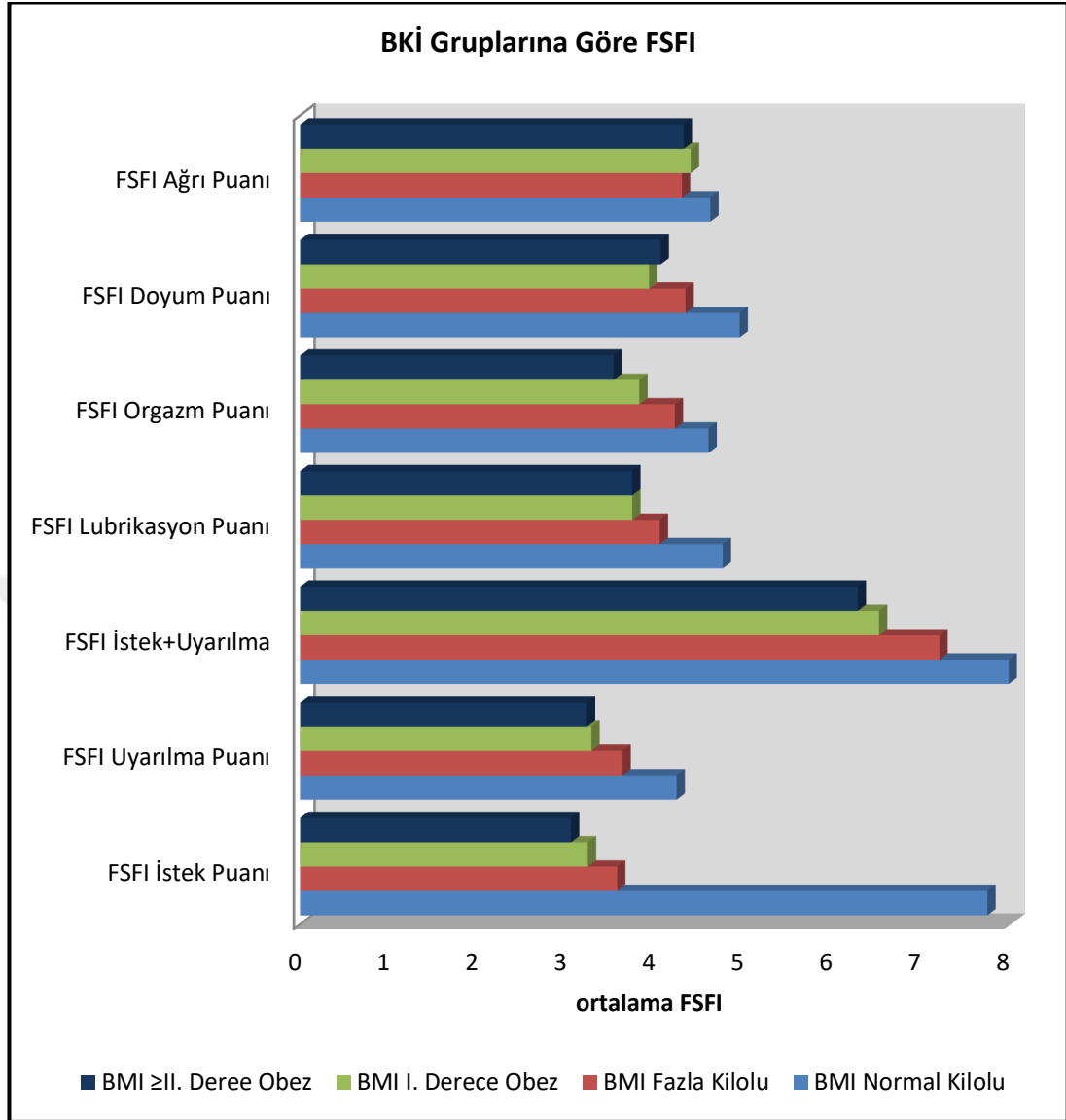
BKİ düzeyine göre FSFI lubrikasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,008$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; normal kilolu olguların puanları, I.derece obez ($p=0,017$) ve $\geq$ II.derece obez ($p=0,010$) olgulardan yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

BKİ düzeyine göre FSFI orgazm alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,010$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; $\geq$ II.derece obez olguların puanları, normal kilolu olgulardan düşük bulunmuştur ($p=0,013$; $p<0,05$).

BKİ düzeyine göre FSFI doyum alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,008$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; I.derece obez olguların puanları, normal kilolu olgulardan düşük bulunmuştur ($p=0,004$; $p<0,01$).

BKİ düzeyine göre FSFI ağrı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

BKİ düzeyine göre FSFI toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,022$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; $\geq$ II.derece obez olguların puanları, normal kilolu olgulardan düşük bulunmuştur ($p=0,023$; $p<0,05$).



Şekil 4.19:BKİ düzeylerine Göre FSFI Dağılımı

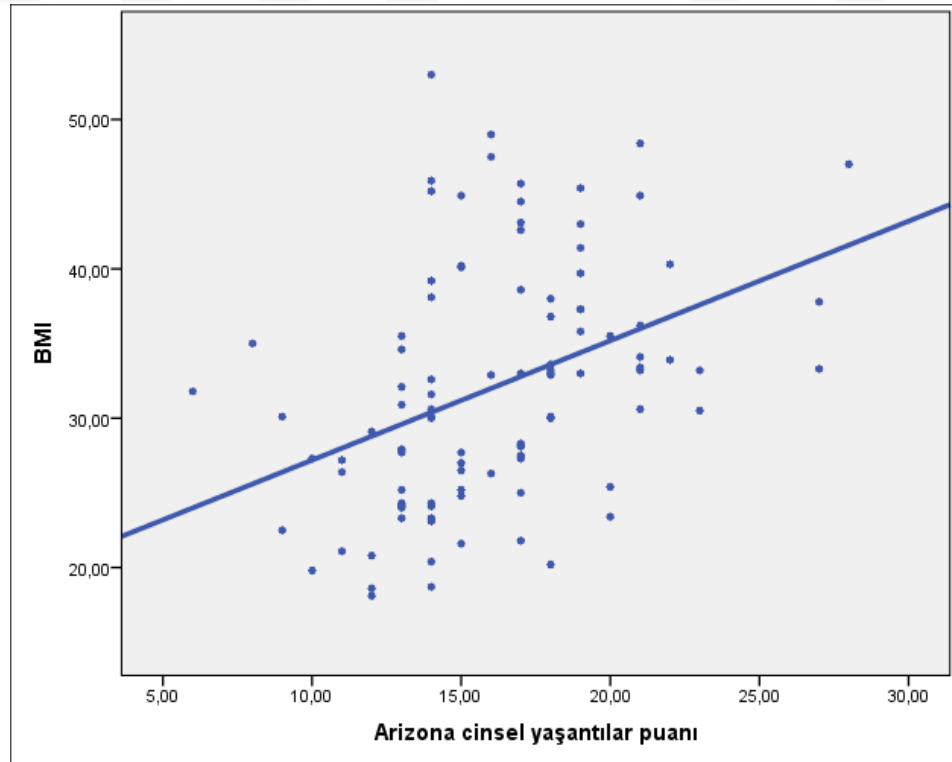
Tablo 4.9: Tüm Olgularda, BKİ Ölçümleri ile Ölçek Puanlarının İlişkisi

Tüm olgular		BKİ (kg/m²)
Arizona cinsel yaşantılar puanı	r	0,391
	p	0,001**
Beck anksiyete	r	0,319†
	p	0,001**
Beck depresyon	r	0,284
	p	0,004**
FSFI toplam puan	r	-0,264
	p	0,007**

r:Pearson Korelasyon Katsayısı †*r*:Spearman's Korelasyon Katsayısı
 ***p*<0,01

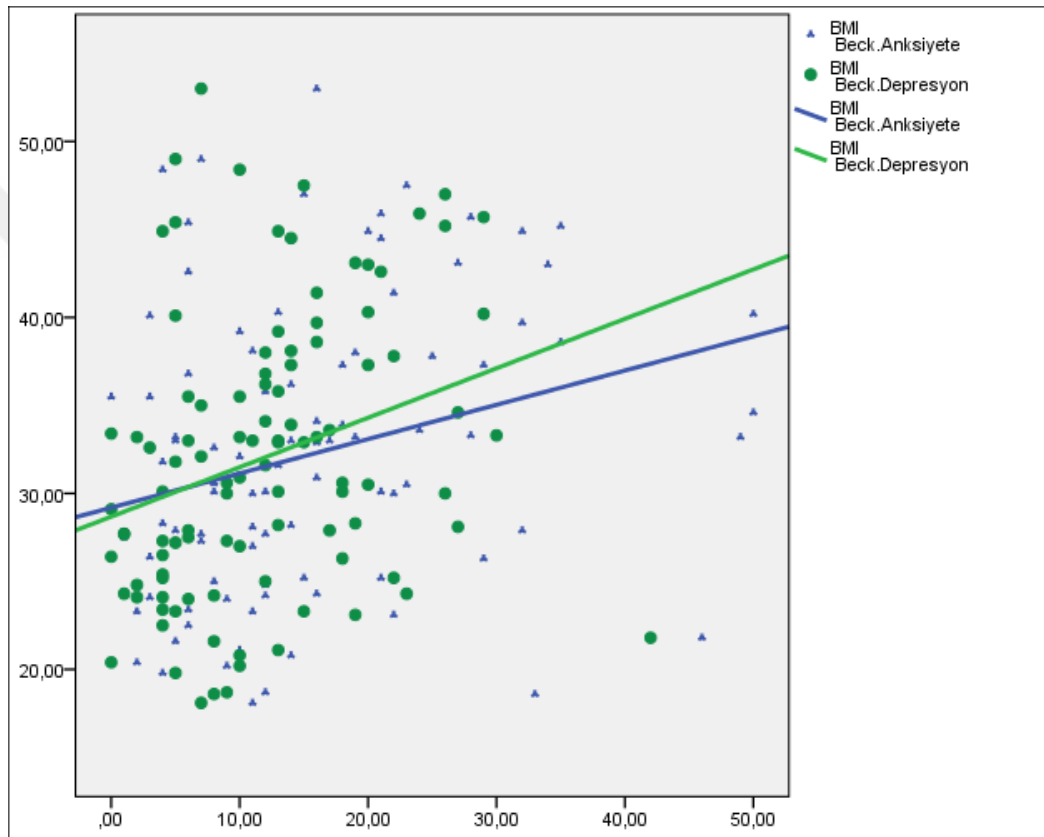
Tüm olgular değerlendirildiğinde :

BKİ ölçümleri ile Arizona cinsel yaşantılar puanı arasında pozitif yönlü (BKİ arttıkça Arizona puanı artan) %39,1 düzeyinde ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*r*:0,391; *p*=0,001; *p*<0,01).

**Şekil 4.20:** Tüm olgularda BKİ ile Arizona cinsel yaşantılar puanı ilişkisi

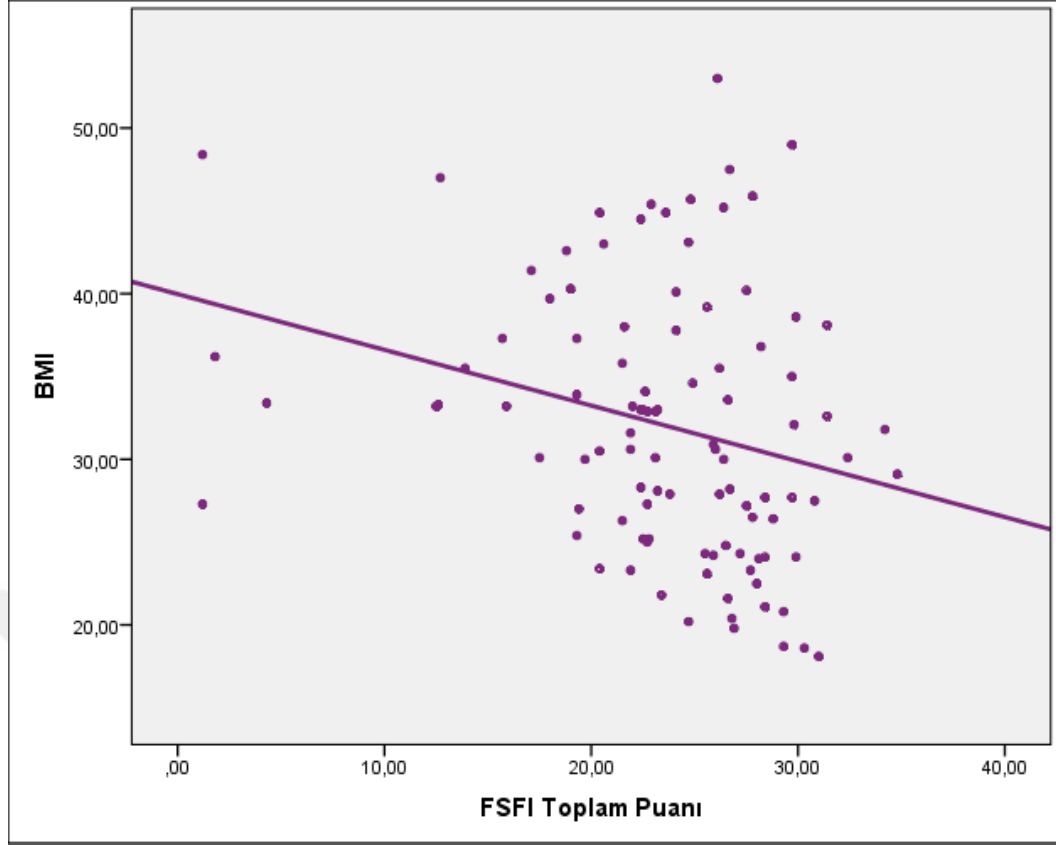
BKİ ölçümleri ile BECK anksiyete puanı arasında pozitif yönlü %31,9 düzeyinde ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r:0,319$; $p=0,001$; $p<0,01$).

BKİ ölçümleri ile BECK depresyon puanı arasında pozitif yönlü %28,4 düzeyinde ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r:0,284$; $p=0,004$; $p<0,01$).



Şekil 4.21: Tüm Olgularda BKİ ile Beck ölçümleri ilişkisi

BKİ ölçümleri ile FSFI toplam puanı arasında negatif yönlü (BKİ arttıkça FSFI puanı azalan) %26,4 düzeyinde ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r:-0,264$; $p=0,007$; $p<0,01$).



Şekil 4.22: Tüm Olgularda BKİ ile FSFI puanı ilişkisi

Tablo 4.10: Tüm Olgularda ve Obez Grupta Ölçek Puanlarının İlişkisi

		Tüm olgularda (n=102)	Obez grupta (n=60)	Fazla Kilolu +Obez grupta (n=80)
Arizona cinsel yaşantılar puanı - Beck anksiyete	r	0,270‡	0,166‡	0,240‡
	p	0,006**	0,204	0,032*
Arizona cinsel yaşantılar puanı - Beck depresyon	r	0,331	0,280	0,327
	p	0,001**	0,030*	0,003**
Arizona cinsel yaşantılar puanı - FSFI toplam puan	r	-0,601	-0,683	-0,558
	p	0,001**	0,001**	0,001**
FSFI toplam puan - Beck anksiyete	r	-0,228‡	-0,072‡	-0,176‡
	p	0,021*	0,586	0,119
FSFI toplam puan - Beck depresyon	r	-0,186	-0,046	-0,144
	p	0,061	0,727	0,204

r:Pearson Korelasyon Katsayısı ‡r:Spearman's Korelasyon Katsayısı

*p<0,05

**p<0,01

Tüm olgularda (n=102):

Arizona cinsel yaşantılar puanı ile BECK anksiyete ve depresyon puanı arasında pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $r:0,270$; $r:0,331$; $p<0,01$).

FSFI toplam puanı ile BECK anksiyete puanı arasında negatif yönlü %22,8 düzeyinde ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r:-0,228$; $p=0,021$; $p<0,05$).

FSFI toplam puanı ile BECK depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Obez olgularda (n=60):

Arizona cinsel yaşantılar puanı ile BECK anksiyete puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Arizona cinsel yaşantılar puanı ile BECK depresyon puanı arasında pozitif yönlü %28,0 düzeyinde ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r:0,280$; $p=0,030$; $p<0,05$).

FSFI toplam puanı ile BECK anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Fazla Kilolu + Obez olgularda (n=80):

Arizona cinsel yaşantılar puanı ile BECK anksiyete ve depresyon puanı arasında pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $r:0,240$; $r:0,327$; $p<0,05$).

FSFI toplam puanı ile BECK anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.11: Obez Olgularda, Eğitim Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Obez olgularda (n=60)		Eğitim durumu		Test değeri <i>p</i>
		İlköğretim (n=45)	Lise ve üzeri (n=15)	
Arizona cinsel yaşantılar puanı	Min-Maks (Medyan)	9-28 (18)	6-27 (17)	t:0,801
	Ort±Ss	17,67±3,80	16,67±5,22	^a 0,426
Beck anksiyete	Min-Maks (Medyan)	0-50 (16)	3-35 (14)	Z:-0,470
	Ort±Ss	17,98±12,35	15,67±9,88	^b 0,639
Beck depresyon	Min-Maks (Medyan)	0-29 (13)	5-30 (11)	t:0,111
	Ort±Ss	13,98±6,93	13,73±8,64	^a 0,912
FSFI toplam puan	Min-Maks (Medyan)	1,2-32,4 (22,7)	12,6-34,2 (23,2)	t:-0,913
	Ort±Ss	21,69±7,03	23,51±5,56	^a 0,365

^aStudent-t Test^bMann Whitney U Test

Eğitim düzeyine göre Arizona Cinsel Yaşantılar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Eğitim düzeyine göre Beck Anksiyete Ve Depresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Eğitim düzeyine göre FSFI toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.12: Obez Olgularda, Çocuk Sayısı ile Ölçek Puanlarının İlişkisi

Obez olgularda (n=60)	Çocuk sayısı	
Arizona cinsel yaşantılar puanı	$\dagger r$	0,033
	<i>p</i>	0,800
Beck anksiyete	$\dagger r$	0,170
	<i>p</i>	0,193
Beck depresyon	$\dagger r$	0,319
	<i>p</i>	0,013*
FSFI toplam puan	$\dagger r$	-0,039
	<i>p</i>	0,766

 $\dagger r$:Spearman's Korelasyon Katsayısı* $p<0,015$

Obez olgularda (n=60):

Çocuk sayısı ile Arizona cinsel yaşantılar puanı, BECK anksiyete puanı ve FSFI toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çocuk sayısı ile BECK depresyon puanları arasında pozitif yönlü %31,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:0,319$; $p=0,013$; $p<0,05$).

Cinsel İşlev Bozukluğuna Göre BKİ için Cutoff Belirleme

Cinsel işlev bozukluğu olan olguların BKİ ölçümleri ortalama $35,64\pm6,28$ kg/m²; cinsel işlev bozukluğu olmayan olguların BKİ ölçümleri ortalama $29,53\pm8,25$ kg/m²'dir. Cinsel işlev bozukluğu olan olguların BKİ ölçümleri, cinsel işlev bozukluğu olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu anlamlılıktan yola çıkarak BKİ ölçümü için cut off noktası hesaplanması düşünülmüştür.

Cinsel işlev bozukluğuna göre cut off noktası saptamada ROC analizi ve tanı tarama testleri kullanılmıştır.

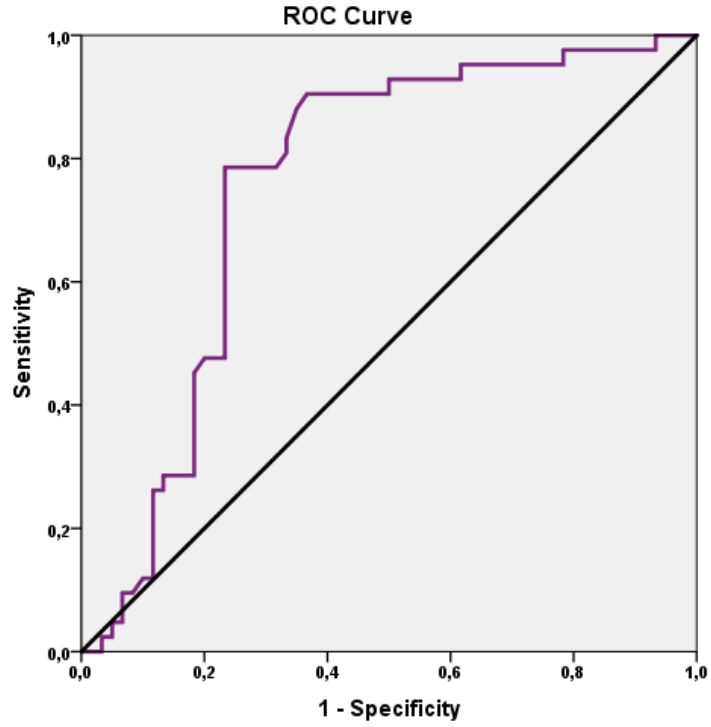
Tablo 4.13: BKİ İçin Tanı tarama Testleri ve ROC Curve Sonuçları

	Diagnostic Scan					ROC Curve		P
	Cut off	Sensitivite	Spesifisite	Positive Predictive Value	Negative Predictive Value	Area	95% Confidence Interval	
BKİ	$\geq 32,9$	78,57	76,67	70,21	83,64	0,758	0,660-0,855	0,001**

**** $p<0,01$**

Cinsel işlev bozukluğu varlığına göre BKİ için cut off noktası 32,9 ve üzeri olarak saptanmıştır. BKİ 32,9 kesme değeri için; duyarlılık %78,57; özgüllük %76,67; pozitif kestirim değeri 70,21 ve negatif kestirim değeri 83,64'tür.

Elde edilen ROC eğrisinde altta kalan alan %75,8 standart hatası %5 olarak saptanmıştır.



Şekil 4.23: Cinsel işlev bozukluğu varlığına göre BKİ düzeyine ilişkin ROC eğrisi

Tablo 4.14: Cinsel İşlev Bozukluğu ile BKİ (Kesme Değeri 32,9) ilişkisi

		Cinsel işlev bozukluğu				p
		Yok		Var		
		n	%	n	%	
BKİ (kg/m²)	< 32,9	46	83,6	9	16,4	0,001**
	≥ 32,9	14	29,8	33	70,2	

p Pearson Chi-Square Test

***p* < 0,01

Cinsel işlev bozukluğu ile BKİ düzeyinin 32,9 kesme değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). BKİ düzeyinin 32,9 ve üzeri olması cinsel işlev bozukluğu görülme riskini 12,048 katına çıkartmaktadır. BKİ için ODDS oranı 12,048 (%95 CI: 4,663-31,129)'dir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1. TARTIŞMA

Obezite ve psikopatoloji ilişkisini inceleyen araştırmalarda, obez bireylerde depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları özellikle posttravmatik stress bozukluğu, sigara bağımlılığı ve yeme bozukluklarının sık görüldüğü bildirilmiştir (86,87) Obezitenin, cinsel işlevleri de etkileyebilen depresyon, kaygı, zayıf vücut imgesi ve düşük öz saygı ile ilişkili olduğu düşünülürse obez hastalarda cinsel disfonksiyon sıklığının da araştırılması önem kazanmaktadır.

Yapılan çalışmalar, obez bireylerdeki psikolojik belirti sıklığının cinsiyetten etkilendiğini, obez kadınlarda normal kilolu kadınlara göre depresyon ve anksiyete belirtilerinin yüksek olduğunu belirlemiştir. Buna karşın, obez ve normal kilolu erkekler arasında psikiyatrik belirti açısından farklılık saptanmamıştır (120). Carpenter ve ark. (2000) kadınlarda BKİ arttıkça depresyonun ve intihar düşüncelerinin arttığını, erkeklerde ise tam tersi bir ilişki olduğunu, BKİ arttıkça depresyonun ve intihar düşüncelerinin azaldığını tespit etmiştir (115). Literatürde, obez bireylerdeki psikiyatrik bozuklukları inceleyen çalışmalar incelendiğinde, çeşitli sonuçların elde edildiği görülmektedir (Dong et al. 2004, Eren ve Erdi 2003, Heo et al. 2006, Linde et al. 2004, Pınar 2002, Wardle et al. 2006). Pınar'ın (2002) çalışmasında obez bireylerin % 42.5'inin depresif olduğu, Eren ve Erdi'nin (2003) çalışmasında obez bireylerin %81.3'ünde major depresif bozukluk bulunduğu belirlenmiştir. BKİ nin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisini araştıran bir çalışmada obez grubun BDE puan ortalamasının (10.8), normal (7.2) ve fazla kiloda olan grupların puan ortalamasından (5.7) anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. BKİ ile hastaların o andaki depresyonu arasında pozitif yönlü bir ilişkinin varlığı ve bu ilişkinin kadın cinsiyette daha güçlü olduğu tespit edilmiştir (222).

Bizim çalışmamızda da araştırmaya katılan obez kadın bireylerin BDÖ toplam puan ortalaması $13,92 \pm 7,31$ bulunmuş, obez olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Obez olguların %26,7'inde (n=16) minimal depresyon, %43,3'ünde (n=26) hafif depresyon, %28,3'ünde (n=17) orta düzeyde depresyon ve %1,7'sinde (n=1) şiddetli düzeyde depresyon gözlenmiştir.

Obez grupta psikiyatrik olarak 2. en sık tanı grubunun anksiyete bozuklukları olduğu tespit edilen bir başka çalışmaya göre obez grubun %25,5 depresif bozukluk, %14,5 anksiyete bozukluğuna sahipti (102). Bizim çalışmamızda da obezite varlığına göre anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; obez olan grubun anksiyete düzeyi ($17,4 \pm 11,74$), obez olmayan gruptan ($10,76 \pm 9,64$) yüksek bulunmuştur. Obez hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerini inceleyen bir araştırmada Hamilton Depresyon Skalası (HAM-D), Hamilton Anksiyete Skalası (HAM-A) skorları ve BKİ açısından obez ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark vardı (223). Tip 2 dm ve obez grupların depresyon ve anksiyete düzeylerini karşılaştıran bir çalışmada obez hastalarda HAD-anksiyete 14.7 ± 28.12 olup eşik üstü bulunmuştur (224).

Bizim çalışmamızda da obez olan grupta Beck Depresyon puanları ortalama $11,98 \pm 8,14$ olarak bulunmuştur. Beck Depresyon ve anksiyete toplam puanları obez olan grupta, obez olmayan gruba göre -yapılan çalışmaları destekler nitelikte - anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Obezite erkeklerde cinsel fonksiyon bozukluğu için tanımlanmış bir risk faktörüdür. Ancak kadınlarda cinsel fonksiyonlarla ilgili hala çözümlenmemiş birçok nokta olduğundan cinsel işlevlerin obezite ve BKİ ile ilişkisi de karmaşıktır. Kadın cinselliğini erkeklerinkinden daha karmaşık hale getiren sebepler; sosyokültürel etkenlerden erkeklere göre daha fazla etkilenmesi, menopoza ve doğum gibi süreçlerden geçmesi, toplum ve aile içindeki rollerinin ruh sağlığını ve cinselliğini etkilemesi olabilir. Bu nedenle yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiş olduğunu düşünmekteyiz.

Kadınlarda cinsel işlevler ile obezite ve BKİ arasındaki inceleyen araştırmaların bir kısmında obez kadınlarda sağlıklı popülasyona göre daha fazla cinsel işlev disfonksiyonunun varlığı tespit edilmiştir (179,181). Ülkemizde morbid obezlerle yapılan bir çalışmada BKİ 40 ın üzerinde ve BKİ 30 un altında yaş olarak eşleştirilmiş 2 grup arasında yapılan araştırmaya

göre morbid obez kadın hastalarda kontrol grubundan daha fazla sıklıkta cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlenmiş, ACYÖ doyum oranı dışındaki tüm alt ölçek puanları morbid obez kadın hastalarda kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ancak BKİ ile cinsel işlev arasında korelasyon saptanmamıştır (183).

Bizim çalışmamızda da ACYÖ puanlarının obezite olan ve olmayan gruplarda değerlendirilmesi sonucunda toplam puan ve cinsel işlev bozukluğu obez olan grupta olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir.

Esposito ve ark. tarafından yapılan bir başka araştırmada FSFI skoru 23 puan altında olan 52 kadın ile 23 ve üzerinde olan yaşları ve menopoz durumları benzer olan 66 kişilik kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda FSFI skorunun BKİ ile anlamlı derecede korele olduğu ama bel/kalça oranı ile anlamlı olmadığı bulunmuştur. Parametrelerden cinsel istek ve ağrı BKİ ile korele değilken uyarılma, vajinal kuruluk, orgazm ve cinsel tatmin BKİ ile korele olduğu saptandı. Obez kadınlarda kontrol grubuna göre trigliserit ve kolesterol düzeyi daha yüksek ve FSFI skoru anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (181).

Biz çalışmamızda obezite varlığına göre FSFI puanlarını değerlendirdiğimizde FSFI ağrı alt grubu hariç diğer alt gruplarda ve toplam FSFI puanlarında obez olan grup ile obez olmayan grup arasında anlamlı düzeyde fark saptadık. Çalışmamızda tüm katılımcıları BKİ düzeylerine göre normal kilolu, fazla kilolu, 1. Derece obez, 2. +3. Derece obez hastalar olarak 4 grupta incelediğimizde BKİ düzeyine göre Beck Anksiyete, Beck Depresyon, ACYÖ-K, FSFI toplam ve ağrı hariç diğer alt gruplarında anlamlı farklılık saptadık.

Obez kadınlarda cinsel işlevleri etkileyen ruh sağlığı etmenlerini daha iyi incelemek amacıyla yapılan çalışmamızda ölçeklerin birbiri ile ilişkisine baktığımızda obez grupta Arizona cinsel yaşantılar puanı ile BECK depresyon puanı arasında pozitif yönlü %28,0 düzeyinde ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışmamızda obez olgularda çocuk sayısı ile ölçek puanlarının ilişkisine bakıldığında yalnızca Beck Depresyon puanlarının çocuk sayısı ile pozitif yönlü anlamlı ilişkisi saptanmıştır. Bu bulgulara göre özellikle obez

kadınların; çocuk sayısı arttıkça; gebelik, lohusalık dönemlerinin ve aile içindeki sorumluluğun da artışına bağlı olarak depresif duygudurum açısından daha riskli olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda cinsel işlev bozukluğu varlığına göre BKİ için cut off noktası 32,9 ve üzeri olarak saptanmıştır. BKİ 32,9 kesme değeri için; duyarlılık %78,57; özgüllük %76,67; pozitif kestirim değeri 70,21 ve negatif kestirim değeri 83,64'tür. Bu bulgulara göre obez hastaların tedavi süreçlerinde cinsel işlevler açısından da taranmasının tedaviye olumlu katkılar sağlayacağı görüşündeyiz.

Ayrıca çalışmamızda kadınlarda cinsel işlevlerde ve ruh sağlığında menopozun etkilerini de göz önünde bulundurmak amacıyla tüm olgulardan menopozda olan kadınları elediğimizde de obez olan ve olmayan gruplar arasında BKİ ile cinsel yaşantılar, beck anksiyete ve depresyon puanları arasındaki anlamlı fark oluşturan ilişkiyi tespit ettik.

Verit ve ark. çalışmalarında, postmenopozal ve premenopozal dönemdeki kadınlar arasında “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI)” e göre;cinsel disfonksiyon prevalansı postmenopozal kadınlarda %85,9, premenopozal dönemdeki kadınlarda %47,7 oranlarında olmak üzere fark belirlerken.Çalışkan ve ark., menopoz süresi, tütün kullanımı ve evlilik süresinin toplam cinsel disfonksiyon riskini arttırdığını; ayrıca, eğitim yılı arttıkça cinsel disfonksiyon oranında azalma olduğunu, düşük eğitim seviyesinin menopozdaki kadınlarda cinselliğe olan ilginin azalmasına yol açtığı saptamışlardır.

Bizim çalışmamızda ise; obez grubun kendi içinde menapozda olan ve olmayan gruplar arasında cinsel işlevler depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında fark saptamadık. Ancak biz bu bulgulardaki farklılığı menopozda olan olgu sayımızdaki azlığa yada menopozda olan grubun menopoz süresinin kısa olmasına bağlamaktayız.

Obez gruba fazla kilolu grubu da dahil ettiğimizde oluşan grupta (BKİ ≥ 25 olan olgular) Arizona cinsel yaşantılar puanı ile BECK depresyon puanına ilaveten (obez gruptan farklı olarak) Beck anksiyete puanları arasında da pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.Bu bulgular koruyucu hekimlik açısından fazla kilolu kadınların da cinsel işlevleri ve

ruh sağlığı açısından risk taşıyabileceğini düşündürmektedir ve erken tanının önemine dikkat çekmektedir.

5.2. TEZİN KISITLILIKLARI

Çalışmamızda belirlenen kriterlere göre kısıtlı sayıda hastaya ulaşmamız bazı sonuçların istatistiksel olarak anlamsız bulunmasına yol açmış olabilir. Buna yönelik, sonraki çalışmalarda daha fazla hasta grubuna ulaşarak yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bir diğer kısıtlılığı ise çalışmamızda bulguların daha iyi yorumlanabilmesi için cinsel işlevlere etkisi olduğu düşünülen obez hastalarda vücut imgesi ve benlik saygısı araştırmasının ve olguların eşleri ile çift uyumunun değerlendirilmesinin yapılmamış olmasıdır.

Tüm kısıtlılıklara rağmen çalışmamızın; kontrol grubunun bulunması ve bulguların çeşitliliği açısından, birinci basamakta obezite tedavisine biyopsikososyal yaklaşım için yapılacak çalışmalara ışık tutacağı inancındayız.

5.3. SONUÇ

Sonuç olarak bu çalışmada cinsel işlev bozukluklarının, anksiyete ve depresyon düzeylerinin obez kadınlarda obez olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cinsel işlev bozukluğu varlığına göre BKİ için cut off noktası 32,9 ve üzeri olarak saptanmıştır. BKİ 32,9 kesme değeri için; duyarlılık %78,57; özgüllük %76,67; pozitif kestirim değeri 70,21 ve negatif kestirim değeri 83,64'tür. Bu bulgular; obez hastaların tedavi süreçlerinde cinsel işlevler, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından da taranmasının tedaviye olumlu katkılar sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Kadın sağlığı tüm toplumlarda olduğu gibi ülkemizde de aile ve toplum sağlığının en önemli belirleyicilerindendir. Bu etki; kadının, alışkanlıkları ve özellikle ruh sağlığı olmak üzere sağlığının tüm bileşenleri aracılığıyla çocuklarını, ailesini, çevresini ve dolayısıyla tüm toplumu etkilemesi nedeniyle oluşmaktadır. Obezite ve ruh sağlığının bileşenlerinden olan cinsel sağlık; kadınların sağlığına bütüncül yaklaşımda aile hekimlerince ele alınması gereken önemli konulardandır.

Obez kadınlarda obeziteye zemin oluşturmuş ya da obezite nedeniyle ortaya çıkmış psikiyatrik hastalıklar ve/veya cinsel işlev bozuklukları obezite tedavisini olumsuz etkilemektedir. Ülkemizdeki sosyokültürel yapı düşünüldüğünde ruh sağlığıyla ilgili durumların ve cinsel sorunların hasta tarafından ifade edilmesinde yaşanan zorluklar tedaviye direnç oluşmasına ya da tedavinin kalıcı olmamasına neden olabilir.

Birlikte bulunan ruh sağlığını ilgilendiren durumların tedavisi, hastanın uyumunu arttıracak, komplikasyonları azaltacak, tedavi ekibinin yaklaşımlarını düzenlemelerine olanak sağlayacaktır. Bu nedenle obez hastaya psikiyatrik yardım ve desteğin obezitenin tedavisine ve yaşam kalitesine olumlu katkıları olacağı hasta ve hekimlerce akılda tutulmalıdır.

Obez hastaların tedavisinde bütüncül yaklaşım içerisinde bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek için aile hekimlerine oldukça önemli görevler düşmektedir. Bu alanda hastanın ruh sağlığını ve cinsel sağlığını değerlendirme, tedavide direnç noktalarını tespit etme, tedavinin etkili ve kalıcı olması adına hastaya yardım ve rehberlik etme konularında daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. World Health Organisation. Health topics. Obesity. <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
2. Annagür, BB., Orhan, F. Ö., Özer A, T. L.,& Erhan, C. (2012). Obezitede Dürtüsellik ve Emosyonel Faktörler: Bir Ön Çalışma. Nöropsikiyatri Arşivi, 49, 14-9.
3. World Health Organisation. Nutrition topics. Controlling the global obesity epidemic.6. <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>
4. Serter R. Obezite Atlası.1. Baskı, Ankara: Karakter Color, 2004.
5. Ünal G (2010) Yetişkin kadınlarda yaşam koşullarının antropomerik ölçümler ve obezite ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi.
6. Altunkaynak, B. Z.,& Özbek, E. (2006). Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. Van Tıp Dergisi, 13 (4), 138-142.
7. Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, Sözman K, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara 2013, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Obezite sayfa 139- 145.
8. Management of Obesity. A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN Guideline No 115. February 2010.
9. Bray, G. A. (1990). Obesity: historical development of scientific and cultural ideas. International journal of obesity, 14 (11), 909-926.
10. Deveci E, Berk SÖ, obezite cerrahisi adayı olan ve olmayan obez bireylerde yeme özellikleri, beden bölgesinden hoşnutsuzluk, tedavi motivasyonu ve psikopatolojinin değerlendirilmesi, yüksek lisans tezi, İstanbul 2013.

11. Çınar RK. Obezite Etiyoloji, Psikososyal Etkenler: Yücel B., Akdemir A., Küey AG., Maner F., Vardar E., (editörler),; Yeme Bozuklukları ve Obezite,1. Baskı, nisan 2013, Ankara; Bölüm IV; 28- sayfa 299, 30- sayfa 321.
12. World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet No: 311, WHO (Erişim tarihi: Şubat 2018). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/
13. Molarius A. Seidel JC, Sans S, Toumlehto J, Kuulasmaa K. Varying sensitivity of waist ac- tion levels to identify subjects with over- weight or obesity in 19 populations of the WHO MONICA Project. J Clin Epidemiol 1999; 52 (12): 1213-24.
14. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity among adults: United States, 2011-2012. NCHS Data Brief 2013; (131): 18.
15. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, Ryden L, Jennings C, et al. EU- ROASPIRE IV: A European Society of Cardi- ology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. Eur J Prev Cardiol 2015 Feb 16.
16. TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, 2016, http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2017_31_20170607.pdf
17. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573> 2. Eurostat, European Health Interview Survey, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
18. Onat A, Örnek E, Şenocak M, ve ark. Türkiye’de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığı taraması: 6. Diyabet ve obezite. Türk Kardiyol Dern Arş 1991; 19: 178-85.
19. The WHO MONICA Project. Geographical variation in the major risk factors of coronary heart disease in men and women aged 35-64 years. Wld Hlth Statist Quart 1988; 41: 115-40.

20. Lamm G (on behalf of WHO ERICA Research Group). The risk map of Europe. Ann Med 1989; 21: 189.
21. Türkiye’de okul çağıçocuklarında büyümenin izlenmesi projesi(TOÇBİ) araştırma raporu. Ankara; Temmuz 2011.
22. Türkiye çocukluk çağı (7-8 yaş) şişmanlık araştırması (COSI-TUR).1. Basım. Ankara; 2014.
23. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu, 1.2 Epidemiyoloji; sayda 12, 5. Baskı Nisan 2017.
24. Satman I, Yilmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care 2002; 25 (9): 1551-6.
25. Satman İ. TURDEP II Çalışma Grubu. TURDEP II Sonuçları.2010. Antalya; 13-17 Ekim 2010.
26. Hatemi, H., Turan, N., Arık, N.,& Yumuk, V. (2002). Türkiye obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA). Endokrinolojide Yönelişler Dergisi, 11
27. Mergen M, Mergen H, Ozata M, Oner R, Oner C. A novel melanocortin 4 receptor (MC4R) gene mutation associated with morbid obesity. J Clin Endocrinol Metab 2001.
28. Xia Q, Grant SF. The genetics of human obesity. Ann N Y Acad Sci 2013; 1281: 178-90.
29. Licinio J, Caglayan S, Ozata M, Yildiz BO, de Miranda PB, O’Kirwan F, et al. Phenotypic effects of leptin replacement on morbid obesity, diabetes mellitus, hypogonadism and behaviour in leptin-deficient adults. Proc Natl Acad Sci U S A 2004; 101 (13): 4531-6.
30. Llewellyn, C. H., Trzaskowski, M., van Jaarsveld, C. H., Plomin, R.,& Wardle, J. (2014). Satiety mechanisms in genetic risk of obesity. JAMA pediatrics, 168 (4), 338- 344.
31. Sözen MA, Obezite ve Obezitenin Genetiği, Kocatepe Tıp Dergisi The Medical Journal Of Kocatepe, 7: 1- 11/ Eylül 2006

32. Blum, K., Thanos, P. K., & Gold, M. S. (2014). Dopamine and glucose, obesity, and reward deficiency syndrome. *Frontiers in psychology*,
33. Özata M, Özdemir Ç, Licinio J. Multiplen doocrine defects, decreased sympathetic tone, and immune system dysfunction in patients with a missens human leptin gene muatation: new targets for leptin action and spontaneous correction of leptin-mediated defects. *J Clinical Endocrinol Metab* 84: 3686-3695, 1999.
34. Özata M, İnsan Obezitesinin Genetiği ve Türk Obezlerde Saptanılan Genetik Defektler *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, (2003) (Suppl.2): 5-11
35. Güçlü-Geyik F, Onat A, Yüzbaşıoğulları AB, Çoban N, Can G, Lehtimäki T, Erginel-Unaltuna N. Risk of obesity and metabolic syndrome associated with FTO gene variants discloses clinically relevant gender difference among Turks. *Mol Biol Rep* 2016; 43: 485-94.
36. Elinder LS, Jansson M. Obesogenic environments-Aspects on measurement and indicators. *Public Health Nutr* 2007; 12 (3): 307-15.
37. The challenge of obesity in the WHO Euro- pean Region and the strategies for response. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, eds. Denmark: WHO; 2007.
38. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases, Technical Report Series No: 916. Geneva: WHO; 2003.
39. Sucaklı M. H., Çelik M. Obezite Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi Türkiye Klinikleri *J Fam Med-Special Topics* 2015; 6 (3): 1-6
40. Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventative Medicine* 1999; 29 (6): 563-70.
41. Larson N, Story M. A Review of environmental influences on food choices. *Annals of Behavioral Medicine* 2009; 38 (Suppl 1): S56-S73.

42. Chandon P, Wansink B. When are Stockpiled products consumed faster? a convenience- salience framework of postpurchase consumption incidence and quantity. *Journal of Marketing Research* 2002; 39: 321-5.
43. Larson N, Neumark-Sztainer D, Hannan P, Story M. Family meals during adolescence are associated with higher diet quality and health- ful meal patterns during young adulthood. *Journal of American Dietetic Association* 2007; 107: 1502-10.
44. Saelens BE, Sallis JF, Frank LD, Couch SC, Zhou C, Colburn T, et al. Obesogenic neigh- borhood environments, child and parent obe- sity. *The American Journal of Preventive Medicine* 2012; 42 (5): e57-e64.
45. Jennings A, Welch A, Jones AP. Local food outlets, weight status and dietary intake: as- sociations in children aged 9-10 years. *The American Journal of Preventive Medicine* 2011; 40 (4): 405-10.
46. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity. *Lancet* 2001; 357: 505-8.
47. Pettigrew S, Roberts M, Chapman K, et al. The use of negative themes in television food advertising. *Appetite* 2012; 58: 496-503.
48. Effertz T, Wilcke AC. Do television food com- mercials target children in Germany? *Public Health Nutrition* 2011; 14: 1-8.
49. Corsica JA, Hood MM. Eating disorders in an obesogenic environment. *J Am Diet Assoc* 2011; 111 (7): 996-1000.
50. Ulusal Hanehalkı Araştırması 2003. Temel Bulgular. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıf- zıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mek- tebi Müdürlüğü. Ankara; 2006.
51. Pekeri, Çiloğlu F, Buruk Ş, Bulcaz. Egzersiz Biyokimyası ve Obesite. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2000. p.83-97.
52. Satman I, Yilmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002; 25 (9): 1551-6.

53. Grifths RD. Too much of a good thing: the curse of overfeeding. *Crit Care* 2007; 11: 176-177. <http://dx.doi.org/10.1186/cc6165>
54. Faine LA, Diniz YS, Almeida JA et al. Toxicity of ad libitum overfeeding: effects on cardiac tissue. *Food Chem Toxicol* 2002; 40: 663-668.
55. Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E (2013) Yeme Bozuklukları ve Obezite. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.
56. McElroy SL, Frye MA, Suppes T, Dhvaes D, Keck PE Jr, Leverich GS et al. (2002) Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 63: 207-213.
57. Papakostas GI, Peterson T, Iosifescu DV, Burns AM, Nierenberg AA, Alpert JE et al. (2005) Obesity among outpatients with major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*, 8: 59-63.
58. Susce MT, Villanueva N, Diaz FJ, de Leon J (2005) Obesity and associated complications in patients with severe mental illness: a cross-sectional survey. *J Clin Psychiatry*, 66: 167-173.
59. Marcus MD, Wildes JE (2009) Obesity: is it a mental disorder? *Int J Eat Disord*, 42: 739-753.
60. Teixeira PJ, Houtkooper LB, Metcalfe LL, Cussler EC, Metcalfe LL; Blew RM, Sardinha LB, Lehman TG. Exercise motivation, eating, and body image variables as predictors of weight control. *Med Sci Sports Exerc* 2006; 38: 179-188.
61. Dalle Grave R, Corica F, Di Domizio S, Marchesini G, QUOVADIS study group. Psychological variables associated with weight loss in obese patients seeking treatment at medical centers. *J Am Diet Assoc* 2009; 109: 2010-2016.
62. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder. *Obesity* 2008; 16: 608-614.
63. Calugi S, Dalle Grave R, Marchesini G. Night eating syndrome in class II-III obesity: metabolic and psychopathological features. *Int J Obes (Lond)* 2009; 33: 899-904.

64. Altunkaynak ZB, Özbek E, Obezite: Nedenleri ve Tedavi seçenekleri, Dicle Tıp Dergisi, 2007; Cilt: 34, Sayı: 2 (144- 149)
65. Çınar RK. Obezite Etiyoloji, Psikososyal Etkenler: Yücel B., Akdemir A., Küey AG., Maner F., Vardar E., (editörler),; Yeme Bozuklukları ve Obezite, 1. Baskı, nisan 2013, Ankara; Bölüm IV; 28- sayfa 299.
66. Wurtman RJ, Wurtman JJ (1995) Brain serotonin, carbohydrate-craving, obesity and depression. Obes Res, 3 (Suppl 4): 477-480.
67. Odağ C. Nevrozlar 1, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları: 1, İzmir.1999: 27-36.
68. Annagür BB. Obezitenin Psikiyatrik Tanılarla Bağlantıları: Yücel B., Akdemir A., Küey AG., Maner F., Vardar E., (editörler); Yeme Bozuklukları ve Obezite, 1. Baskı, nisan 2013, Ankara; Bölüm IV; 29- sayfa 311.
69. Ganley RM (1989) Emotion and eating in obesity: a review of the literature. Int J Eat Disord, 8: 343-361.
70. Canetti L, Bachar E, Berry EM (2002) Food and emotion. Behav Processes, 60: 157-164.
71. Macht M (1999) Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. Appetite, 33: 129-139.
72. Kaplan HI, Kaplan HS (1957) The psychosomatic concept of obesity. J Nerv Ment Dis, 125: 181-201.
73. Grunhaus L, Flegel P, Haskett RF ve ark. (1987) Serial dexamethasone suppression tests in simultaneous panic and depressive disorder. Biol Psychiatry, 22: 332-338.
74. Bjorntorp P, Rosmond R (2000) Obesity and cortisol. Nutrition, 16: 924-936.
75. Larsson B, Seidell J, Svardsudd K ve ark. (1989) Obesity, adipose tissue distribution and health in men-the study of men born in 1913. Appetite, 13: 37-44.
76. Faith MS, Matz PE, Jorge MA (2002) Obesity-depression associations in the population. J Psychosom Res, 53: 935-942.

77. Okamura F, Tashiro A, Utumi A ve ark. (2000) Insulin resistance in patients with depression and its changes during the clinical course of depression: minimal model analysis. *Metabolism*, 49: 1255-1260.
78. Wilson GT. Eating disorders, obesity and addiction. *Eur Eat Disord Rev* 2010; 18: 341-351.
79. Volkow ND, O'Brien CP. Issues for DSM-V: Should obesity be included as a brain disorder? *Am J Psychiatry* 2007; 164: 708-710.
80. O'Rahilly S, Farooqi IS. Human obesity: A heritable neurobehavioral disorder that is highly sensitive to environmental conditions. *Diabetes* 2008; 57: 2905-2910.
81. Devlin MJ. Is there a place for obesity in DSM-V? *Int J Eat Disord* 2007; 40: 83-88.
82. Tezcan B. Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar, Uzmanlık Tezi, İstanbul 2009.
83. Fisher M, Pastore D, Schneider M, Pegler C, Napolitano B. Eating attitudes in urban and suburban adolescents. *Int J Eat Disord* 1994; 16: 67-74.
84. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med* 1993; 329: 1008-1012.
85. Bloom, L., Shelton, B., Bengough, M.,& Brennan, L. (2013). Psychosocial outcomes of a non-dieting based positive body image community program for overweight adults: a pilot study. *Journal of eating disorders*, 1 (Suppl 1), O55.
86. Black DW, Goldstein RB, Mason EE (1992) Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry*, 149: 227-234.
87. Scott, K. M., Bruffaerts, R., Simon, G. E., Alonso, J., Angermeyer, M., de Girolamo, G.,& Von Korff, M. (2008). Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *International Journal of Obesity*, 32 (1), 192-200.

88. Castelnovo-Tedesco P, Schievel D. Studies of super obesity: psychological characteristics of super obese patients. *Int J Psychiatry Med*, 1975; 6; 465-480.
89. Deveci, A., Demet, M. M., Özmen, B., Özmen, E.,& Hekimsoy, Z. (2005). Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 84- 91.
90. Britz B, Siegfried W, Ziegler A ve ark. (2000) Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 24: 1707- 1714.
91. Simon GE, Von Kor M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, Kessler RC. Association between obesity and psychiatric disorders in US adult population. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 824-830.
92. Baumeister H, Härter M (2007) Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *Int J Obes (Lond)*, 31: 1155-1164.
93. Carpiello B, Pinna F, Pillai G ve ark. (2009a) Psychiatric comorbidity and quality of life in obese patients. Results from a case-control study. *Int J Psychiatry Med*, 39: 63-78.
94. Carpiello B, Pinna F, Pillai G ve ark. (2009b) Obesity and psychopathology. A study of psychiatric comorbidity among patients attending a specialist obesity unit. *Epidemiol Psichiatri Soc*, 18: 119-127.
95. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ ve ark. (2000) Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol*, 152: 163-170.
96. Bayraktar E (1995) Obezitenin Psikolojik Yönleri, Nobel Tıp Kitapevleri, Yılmaz C (Ed), Obezite, s.107-137.
97. Balcıoğlu, İ.,& Başer, S. Z. (2008). Obezitenin psikiyatrik yönü. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62, 341-348.

98. Mills JK, Andrianopoulos GD (1993) The relationship between childhood onset obesity and psychopathology in adulthood. *J Psychol*, 127: 547-551.
99. Pine DS, Goldstein RB, Wolk S. The association between childhood depression and adulthood BKİ. *Psychosom Med* 2001; 107: 1049-1056.
100. Roberts RE, Deleger S, Strawbridge WJ. Prospective association between obesity and depression. Evidence from Alameda Country Study. *Int J Obesity* 2003; 27: 514-521.
101. Wilson CP (1992) Personality Structure and Psychoanalytic Treatment of Obesity. Wilson CP, Hogan CC, Mintz I, (Ed) *Psychodynamic Technique in the Treatment of the Eating Disorders*, Northvale, New Jersey, London, s.81-95.
102. Özdel O, Sözeri- Varma G, Fenkçi S, Değirmenci T, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK et al. (2011) Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14: 210-217.
103. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 2003; 158: 1139-1147.
104. Stunkard AJ, Wadden TA (1992) Psychological aspects of severe obesity. *Am J Clin Nutr*, 55: 524-532.
105. Ashmore JA, Friedman KE, Reichmann SK, Musante GJ. Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eat Behav* 2008; 9: 203-209.
106. Sullivan PW, Ghushchyan VH, Ben Joseph R. The impact of obesity on diabetes, hyperlipidemia and hypertension in the United States. *Qual Life Res* 2008; 17: 1063-1071.
107. Sach TH, Barton GR, Doherty M, Muir KR, Jenkinson C, Avery AJ. The relationship between body mass index and health-related quality

- of life: comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D. *Int J Obes (Lond)* 2007; 31: 189-196.
108. Jia H, Lubetkin EI. The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. *J Public Health (Oxf)* 2005; 27: 156-164.
109. Fontaine KR, Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. *Obes Rev* 2001; 2: 173-182.
110. Carpiello B, Pinna F, Pillai G, Nonnoi V, Pisano E, Corrias S, Orrù MG, Orrù W, Velluzzi F, Loviselli A. Psychiatric comorbidity and quality of life in obese patients. Results from a case-control study. *Int J Psychiatry Med* 2009; 39: 63-78.
111. Davis EM, Rovi S, Johnson MS (2005) Mental health, family function and obesity in African-American women. *J Natl Med Assoc*, 97: 478-482.
112. Chen Y, Rennie DC, Dosman JA. Changing prevalence of obesity in a rural community between 1977 and 2003: a multiple cross-sectional study. *Public Health* 2009; 123: 15-19.
113. Keddie AM (2011) Associations between severe obesity and depression: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2006. *Prev Chronic Dis*, 8: 57.
114. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB ve ark. (2000) Relationship between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts; results from a general population. *AM J Public Health*, 90: 251-257.
115. Pan A, Sun Q, Czernichow S ve ark. (2011) Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *Int J Obes (Lond)*, doi: 10.1038/ijo.2011.111.
116. Werrij MQ, Mulkens S, Hospers HJ ve ark. (2006) Overweight and obesity: the significance of a depressed mood. *Patient Educ Couns*, 62: 126-131.

117. Ma J, Xiao L (2010) Obesity and depression in US women: results from the 2005-2006 National Health and Nutritional Examination Survey. *Obesity*, 18: 347-353.
118. Gavin AR, Simon GE, Ludman EJ (2010) The association between obesity, depression, and educational attainment in women: the mediating role of body image dissatisfaction. *J Psychosom Res*, 69: 573-581.
119. Cash TF (1993) Body-image attitudes among obese enrollees in a commercial weight-loss program. *Percept Mot Skills*, 77: 1099- 1103.
120. Jorm AF, Korten A E, Christensen H ve ark. (2003) Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being. *Aust N Z J Public Health*, 4: 434-440.
121. Aslan SH, Ünal M (1995) Tıkanırcasına yeme bozukluğu. *Psyho Med*, 4: 145-149.
122. Pan American Health Organization, World Health Organization. (2000), "Promotion of Sexual Health, Recommendations for Action", Guetamala, May 19-22,
123. Cengiz Güleç, Ertuğrul Köroğlu. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara-1998, baskı 2, Cilt- 2, Sayfa: 605-610.
124. World Health Organization. Developing sexual health programmes. WHO/RHR/HRP/10.22, 2010.
125. World Association for Sexual Health. Sexual Health for the Millennium. A Declaration and Technical Document. Minneapolis, MN, USA: World Association for Sexual Health.2008.
126. Sexual Health for the Millennium. *International Journal of Sexual Health*, 20: 4, 1-104, 2008.
127. Coleman E. Sexual Health for the Millennium: An Introduction, *International Journal of Sexual Health*, 20: 1, 1-6, 2008.
128. Satcher D, Thrasher C, Pluhar E. Promotion of Sexual Health in the United States. *International Journal of Sexual Health*, 19: 3, 41- 46, 2007.

129. CETAD Bilgilendirme dosyası 5. “Kadın Cinselliği”. Ed: Yüksel Ş, Cindoğlu D, Şimşek F, Seyisoğlu H. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2006.
130. Nusbaum M, Rosenfeld JA. Sexual health across the lifecycle a practical guide for clinicians. Newyork: Cambridge University Press 2009; 1–132.
131. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü: Üreme Sağlığına Giriş, Katılımcı Rehberi. Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı No: 1-B, Ankara, 2009.5. Yurtsever S, Altıok M. Kanıta dayalı uygulama.
132. Dünyada Cinsellik 1. Baskı Nisan 2013 Dr. Akif Poroy, Dharma Yayınları.
133. Mitchel James being a narrative h. hills london 1678. Cotton mather the wonders of the invisible World printed by j. Danton london 1693.
134. Foucault M. Histoire de la sexualite.2. Baskı. Çev: Hülya Uğur Tanrıöver. İstanbul, Ayrıntı Yayınları, 2007; 122–287.
135. Jerrold S. Greenberg. Clint E. Bruess. Sarah C. Conklin. Exploring The Di- mensions of Human Sexuality. Fourth Edition. Usa, Jones and Bartlett Publishers, 2011; 47–60.
136. William H. Masters, Virginia E. Johnson. Human Sexual Response. Bos- ton, Little Brown,1966.
137. William H. Masters, Virginia E. Johnson. Human Sexual Inadequacy. Bos- ton, Little Brown,1970.
138. Beji N. AşcıÖS. Cinsellikle ilgili Kuramlar ve İlk Bilimsel Çalışmalar. An- droloji Bülteni 2011; 45: 160–163.
139. Doğan S. Küçükgöncü S. Geçmişten Günümüze Cinsellik Araştırmaları. Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi 2009; 46: 102–109.
140. Onur B. Psikanaliz Kuramında Kadın. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 1980; 13: 63–80.

141. Tuğba Yılmaz Esencan, Nezihe Kızılkaya Beji. Günümüze değin cinsellik konusunda yapılan çalışmaların irdelenmesi (Derleme)2015; 17 (63): 301-310.
142. Berman, J. Etiology and management of female sexual dysfunction. Urology Times Trade & Industry 2004; 3.
143. Cem İncesu. ED: Nesrin Yetkin, Cem İncesu. Cinsel işlev Bozuklukları. İs- tanbul, Roche müstahzarları sanayi a. s. yayını, 2001; 16.
144. Soygüt GB. Kadın cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 1999; 2: 54-59.
145. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı, 4. Baskı (DSM-IV), Washington DC, Çev: E. Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994; 203-219.
146. World Health Organization ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. World Health Organization, 1992 Geneva.
147. Oskay Ü, Beji N. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu sınıflandırması, son dönemde yapılan değişiklikler ve yeni sınıflama için öneriler. Androloji Bülteni 2008; 79-82.
148. Basson R. Highlights from the Second International Consensus on Sexual Dysfunctions, Paris 2003. ISSWSH (International Society for the Study of Women's Sexual Health) Annual Meeting Proceedings, 16-19 October Amsterdam, Hollanda 2003.
149. Ishak WW, Tobia G. DSM-5 changes in diagnostic criteria of sexual dys- functions. Reproductive System & Sexual Disorders 2013; 2: 122.
150. American Psychiatric Association. Sexual dysfunctions. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.5th edition. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.
151. Sungur MZ, Gunduz A. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: critiques and challenges. J Sex Med 2014; 11 (2): 364-373.

152. Rosen RC, Connor MK, Miyasato G, Link C, Shifren JL, Fisher WA, et al. Sexual desire problems in women seeking healthcare: a novel study design for ascertaining prevalence of hypoactive sexual desire disorder in clinic-based samples of U. S. women. *J Womens Health (Larchmt)* 2012; 21: 505–15.
153. Stahl SM. Mechanism of action of flibanserin, a multifunctional serotonin agonist and antagonist (MSAA), in hypoactive sexual desire disorder. *CNS Spectr* 2015; 20: 1–6.
154. Öksüz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol* 2006; 175 (2): 654-8.
155. Zhang H, Yip P. Female sexual dysfunction among young and middle-aged women in Hong Kong: Prevalence and Risk Factors. *Journal of Sexual Medicine* 2012; 23.
156. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Buvat J, Gingeli C et al. Prevalence of sexual problems among men and women aged 40 to 80 years: results of an international survey. 2nd International Consultation on Erectile and Sexual Dysfunction, June 28-July 1 2003, France.
157. Çayan S, Akbay, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. Türk kadınlarında cinsel fonksiyon prevalansı ve cinsel fonksiyonları bozabilecek potansiyel risk faktörleri. *Androloji Bülteni* 2004; 17: 179.
158. Yáñez D, Castelo-Branco C, Hidalgo LA, Chedraui PA. Sexual dysfunction and related risk factors in a cohort of middle-aged Ecuadorian women. *J Obstet Gynaecol* 2006; 26 (7): 682-6.
159. Çalışkan E, Çorakçı A, Doğer E, Coşkun E, Özeren S, Çorapçıoğlu A. [Evaluation of sexual function and quality of life in menopausal transition and menopause in a cohort of Turkish women]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010; 30 (5): 1517-23.
160. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281 (6): 537-44.

161. Demirezen E, Erdoğan S, Önem K. Evaluation of sexual function in women under 40 attending a primary healthcare unit. *Androloji Bülteni* 2006; 25 (2): 177-80.
162. Verit FF, Verit A, Billurcu N. Low sexual function and its associated risk factors in pre- and postmenopausal women without clinically significant depression. *Maturitas* 2009; 64 (1): 38- 42.
163. Güvel S, Yayıcıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Factors in the sexual functions of married women. *Turkish Journal of Urology* 2003; 29 (1): 43-8.
164. Davis SR, Castelo-Branco C, Chedraui P, Lumsden MA, Nappi RE, Shah D, et al. Understanding weight gain at menopause. *Climacteric* 2012; 15 (5): 419-429. <http://dx.doi.org/10.3109/13697137.2012.707385>
165. Sheppard LA, Ely S. Breast cancer and sexuality. *Breast J* 2008; 14 (2): 176-81.
166. Woertman L, Van Den Brink F. Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *J Sex Res* 2012; 49 (2-3): 184-211.
167. Tanrıöver Ö. Cinsellik ve Yaşam Kalitesi, *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2015; 6 (2): 1-5.
168. Howard JR, O'Neill S, Travers C. Factors affecting sexuality in older Australian women: sexual interest, sexual arousal, relationships and sexual distress in older Australian women. *Climacteric* 2006; 9 (5): 355-67.
169. Gregersen N, Jensen PT, Giralaldi AE. Sexual dysfunction in the peri- and postmenopause. Status of incidence, pharmacological treatment and possible risks. A secondary publication. *Dan Med Bull* 2006; 53 (3): 349-53.
170. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327 (7412): 423.

171. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Wellings K, Macdowall W, McManus S, et al. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ* 2003; 327 (7412): 426-7.
172. Moreira ED Jr, Hartmann U, Glasser DB, Gingell C; GSSAB Investigators Group. A population survey of sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behavior in middle-aged and older adults in Germany. *Eur J Med Res* 2005; 10 (10): 434- 43.
173. Elnashar AM, El-Dien Ibrahim M, El-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd Mohamed Hassan M. Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *BJOG* 2007; 114 (2): 201-6.
174. Nusbaum MR, Helton MR, Ray N. The changing nature of women's sexual health concerns through the midlife years. *Maturitas* 2004; 49 (4): 283-291.
175. Güngör Uğurlucan F., Yüksel Özgör B., Kadın cinsel disfonksiyonu tanı ve tedavisinde yenilikler: 2016 güncelleme, *Androloji Bülteni* 2016; 18 (67): 282-288
176. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian task force on preventive health care new grades for recommendations from the canadian task force on preventive health care. *CMAJ* 2003; 169: 207- 8.
177. David L. Rowland, PhD, Sean M. McNabney, BS, and Alexx R. Mann, *MA Sexual Function, Obesity, and Weight Loss in Men and Women Sex Med Rev* 2017; 1-16.
178. Erenel AS, Kılınç FN. Does obesity increase sexual dysfunction in women? *Sex Disabil* 2013; 31: 53-62.
179. Bajos N, Wellings K, Laborde C, et al. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *Br Med J* 2010; 341: 1-9.
180. Mozafari M, Khajavikhan J, Jaafarpour M, et al. Association of body weight and female sexual dysfunction: a case control study. *Iran Red Crescent Med J* 2015; 17: e24685.

181. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, Cobellis L, De Sio M, Colacurci N, Giugliano D. Association of body weight with sexual function in women. *Int J Impot Res.*2007 Jul-Aug; 19 (4): 353-7. Epub 2007 Feb 8.
182. Kinzl JF, Trefalt E, Fiala M, Hotter A, Biebl W, Aigner F. Partnership, sexuality and sexual disorders in morbidly obese women: consequences of weight loss after gastric banding. *Obes Surg* 2001; 11: 455–458.
183. Gonenir-Erbay L, Ozlu M, Sahin I, Evren B, Kayaalp C, Karlidag R. The effect of body mass index on the sexual functions of morbidly obese female patients. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2017; 30: 338-343.
184. Adolfsson B, Elofsson S, Rossner S, Unden AL. Are sexual dissatisfaction and sexual abuse associated with obesity? A population-based study. *Obes Res* 2004; 12: 1702–1709.
185. Bliss Kaneshiro, MD, Jeffrey T. Jensen, MD, MPH, Nichole E. Carlson, PhD, S. Marie Harvey, PhD, Mark D. Nichols, MD, and Alison B. Edelman, MD, MPH. Body Mass Index and Sexual Behavior. *Obstet Gynecol.*2008 Sep; 112 (3): 586-92.
186. Pinar Kadioglu, Demet Ozgil Yetkin, Oner Sanli, Ayse Serap Yalin, Kadir Onem and Ates Kadioglu. Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction. *BJU Int.*2010 Nov; 106 (9): 1357-61. doi: 10.1111/j.1464-410X.2010.09348.
187. Maury E, Brichard SM. Adipokine dysregulation, adipose tissue inflammation and metabolic syndrome. *Mol Cell Endocrinol* 2010; 314: 1-16.
188. Reeds DN. Metabolic syndrome: definition, relationship with insulin resistance, and clinical utility. In: Ross AC, Caballero B, Cousins RJ, et al, eds. *Modern nutrition in health and disease*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2014. p.828-836.

189. Faber DR, De Groot PG, Visseren FLJ. Role of adipose tissue in haemostasis, coagulation, and fibrinolysis. *Obes Rev* 2009; 10: 554-563.
190. Kershaw EE, Flier JS. Adipose tissue as an endocrine organ. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 2548-2556.
191. Varlamov O. Western-style diet, sex steroids and metabolism. *Biochim Biophys Acta* <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbadis.2016.05.025>. E-pub ahead of print.
192. Saely CH, Geiger K, Drexel H. Brown versus white adipose tissue: a mini-review. *Gerontology* 2010; 58: 15-23.
193. Bonet ML, Oliver P, Palou A. Pharmacological and nutritional agents promoting browning of white adipose tissue. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Molecular and Cell Biology of Lipids*.2013; 1831 (5): 969-85.
194. Blaak E. Gender differences in fat metabolism. *Curr Opin Clin Nutr Metb Care* 2001; 4: 499-502.
195. Peate I. Male obesity: a gender-specific approach to nurse management. *Br J Nurs* 2005; 14: 134-138.
196. Rowland DL, Burnett AL. Pharmacotherapy in the treatment of male sexual dysfunction. *J Sex Res* 2000; 37: 226-243.
197. Rosen RC, McKenna KE. PDE-5 inhibition and sexual response: pharmacological mechanisms and clinical out- comes. *Annu Rev Sex Res* 2002; 13: 36-88.
198. Burnett AL. Nitric oxide in the penis: physiology and pathol- ogy. *J Urol* 1997; 157: 320-324.
199. Meldrum DR, Burnett AL, Dorey G, et al. Erectile hydraulics: maximizing inflow while minimizing outflow. *J Sex Med* 2014; 11: 1208-1220.
200. McCleary MP, Grossman ME. Obesity and breast cancer: the estrogen connection. *Endocrinology* 2009; 150: 2537-2542.
201. Zumoff B. Relationship of obesity to blood estrogens. *Cancer Res* 1982; 42: 3289-3294.

202. Yaylali GF, Tekekoglu S, Akin F. Sexual dysfunction in obese and overweight women. *Int J Impot Res* 2010; 22: 220-226.
203. Basson R. Women's sexual desire—disordered or misunderstood? *J Sex Marital Ther* 2002; 28: 17-28.
204. Brotto LA, Petkau AJ, Labrie F, et al. Predictors of sexual desire disorders in women. *J Sex Med* 2011; 8: 742-753.
205. Motofei IG, Rowland DL. The physiological basis of human sexual arousal: neuroendocrine sexual asymmetry. *Int J Androl* 2005; 28: 78-87.
206. Van Anders SM, Hamilton LD, Watson NV. Multiple partners are associated with higher testosterone in North American men and women. *Horm Behav* 2007; 51: 454-459.
207. Diamanti-Kandarakis E, Dunaif A. Insulin resistance and the polycystic ovary syndrome revisited: an update on mechanisms and implications. *Endocr Rev* 2012; 33: 981-1030.
208. Ferraresi SR, Alves da Silva Lara L, Reis RM, et al. Changes in sexual function among women with polycystic ovary syndrome: a pilot study. *J Sex Med* 2013; 10: 467-473.
209. Eftekhar T, Sohrabvand F, Zabandan N, et al. Sexual dysfunction in patients with polycystic ovary syndrome and its affected domains. *Iran J Reprod Med* 2014; 12: 539-546.
210. Caimi G, Hopps E, Montana M, et al. Evaluation of nitric oxide metabolites in a group of subjects with metabolic syndrome. *Diabetol Metab Syndr Res Rev* 2012; 6: 132-135.
211. Petrella E, Pignatti L, Neri I, et al. The L-arginine/nitric oxide pathway is impaired in overweight/obese pregnant women. *Pregnancy Hypertens* 2014; 4: 150-155.
212. Trompeter SE, Bettencourt R, Barrett-Connor E. Metabolic syndrome and sexual function in postmenopausal women. *Am J Med* 2016; 129: 1270-1277. e1.
213. Basson R. Hormones and sexuality: current complexities and future directions. *Maturitas* 2007; 57: 66-70.

214. Gariepy G, Nitka D, Schmitz N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes* 2010; 34: 407-419.
215. Kolotkin RL, Zunker C, Østbye T. Sexual functioning and obesity: a review. *Obesity* 2012; 20: 2325-2333.
216. Khoo J, Piantadosi C, Duncan R, et al. Comparing effects of a low-energy diet and a high-protein low-fat diet on sexual and endothelial function, urinary tract symptoms, and inflammation in obese diabetic men. *J Sex Med* 2011; 8: 2868-2875.
217. Aversa A, Bruzziches R, Francomano D, et al. Weight loss by multidisciplinary intervention improves endothelial and sexual function in obese fertile women. *J Sex Med* 2013; 10: 1024-1033.
218. Kinzl JF, Trefalt E, Fiala M, Hotter A, Biebl W, Aigner F. Partnership, sexuality and sexual disorders in morbidly obese women: consequences of weight loss after gastric banding. *Obes Surg* 2001; 11: 455-458.
219. Larsen F. Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective psychiatric study. *Acta Psychaitr Scand Suppl* 1990; 359: 1-57.
220. Rand CS, Kuldau JM, Robbins L. Surgery for obesity and marriage quality. *JAMA* 1982; 247: 1419-1422.
221. Imbimbo C, Gentile V, Palmieri A, Longo N, Fusco F, Granata AM et al. Female sexual dysfunction: an update on physiopathology. *J Endocrinol Invest* 2003; 26 (3 Suppl.): 102-104.205.
222. Karagöl A., Özçürümez G., Taşkıntuna N., Nar A. Beden kitle indeksinin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisi *Anatolian Journal of Psychiatry* 2014; 15:207-213
223. Gulec Oyekcin D., Yıldız D., Şahin E.M., Gür S. Obezite Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri, *Türk Jem* 2011; 15: 121-4

224. Özenli Y., Ünsal A., Özşahin K. Tip 2 diabetes mellitus ve obez hastaların anksiyete ve depresif bozukluk açısından karşılaştırmalı değerlendirilmesi Research Article Türk Aile Hek Derg 2010; 14(1): 22-25



EKLER

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

BAŞVURU TARİHİ : T.C. NO : ADI SOYADI : DOĞUM TARİHİ : CİNSİYET : DOSYA NO : TEL : ADRES (SEMT) :	BAŞVURU SİRASINDAKİ ; KİLO : BEL ÇEV : BOY : KALÇA ÇEV : BMI : B/K ORAN : TA (SAĞ) : TA (SOL) : AKŞ : TRİG : HDL KOL : METABOLİK SENDROM ☐ VAR ☐ YOK
EĞİTİM DÜZEYİ: ☐ OKUR-YAZAR DEĞİL ☐ İLKOKUL ☐ ORTAOKUL ☐ LİSE ☐ ÜNİVERSİTE MESLEK :	
OBEZİTE ÖYKÜSÜ : Çocuklukta obezite; ☐ VAR ☐ YOK HASTANIN 18 YAŞINDAKİ KİLOSU :	
HASTA ÖZGEÇMİŞİ : EŞLİK EDEN HASTALIKLAR: ☐ DM ☐ HT ☐ TİROİD HAST. ☐ KİVİ ☐ KOAH ☐ ANEMİ ☐ PCOS ☐ UYKU-APNE SEND. ☐ DEPRESYON ☐ ASTİM ☐ OSTEOPOROZ ☐ ENFEKSİYON HAST. ☐ ROMATİZMAL HAST. ☐ DİĞER : İLAÇ KULLANIMI: ☐ VAR ☐ YOK İLAÇLAR: ANTİPSİKOTİK İLAÇ KULLANIMI: ☐ VAR ☐ YOK SİGARA: ☐ VAR MİKTARI : ADET/GÜN ☐ YOK MEDENİ HALİ: ☐ BEKAR ☐ EVLİ ☐ BOŞANMIŞ KADINLARDA; DOĞUM SAYISI: ÇOCUK SAYISI: MENAPOZ DURUMU: ☐ VAR MENAPOZ YAŞI: ☐ YOK	

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ) KADIN FORMU

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

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

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

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

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

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

4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz?

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

5. Orgazmınız tatmin edici midir?

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

Yorumlar:

.....

.....

.....

.....

.....

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Teşekkür ederiz.

* **Cinsel aktivite** : Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.
** **Cinsel ilişki** : Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)
*** **Cinsel uyarılma**: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar
**** **Orgazm** : *Bızır,hazne, rahim, makat ve alt kann ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.*
Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

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

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

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

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

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

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

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

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

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok emindim
- ☐ Emindim
- ☐ Oldukça emindim
- ☐ Az emindim
- ☐ Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?

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

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı ?

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

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok çok zor veya imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu
- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

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

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

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?**

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

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişkide** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?**

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

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?**

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

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz sizin için ne kadar tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

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

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

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

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

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

Beck Anksiyete Ölçeği

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

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

Toplam BECK-A skoru:.....

Beck Depresyon Ölçeği

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

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

Toplam BECK-D skoru:.....

Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 04.07.2017

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obezite Polikliniğine Başvuran Hastaların Cinsel İşlevlerinin, Hastaların Anksiyete Düzeyleri ve Kilo Vermesiyle İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. H. Hicran Mutlu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐			
	İlaç dışı klinik araştırma	☒			
	Retrospektif	☐			
		☐			
	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama		
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
DİĞER:	☐				

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2017/0232	Tarih: 04.07.2017
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan

İmza:

Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 04.07.2017

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obezite Polikliniğine Başvuran Hastaların Cinsel İşlevlerinin, Hastaların Anksiyete Düzeyleri ve Kilo Vermesiyle İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

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

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Sebahat Dilek Torun	Halk Sağlığı	Özel Kuruluş	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Yrd. Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☒	H ☐	E ☐	H ☒	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Gönen Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan
İmza:

Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI: Tarih: 25.04.2018
KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obezite Polikliniğine Başvuran Kadınların Cinsel İşlevlerinin Hastaların Beden Kitle İndeksleri, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri İle İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm. Dr. Hacer Hicran Mutlu
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	
	DESTEKLEYİCİ	
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐
		FAZ 2 ☐
		FAZ 3 ☐
		FAZ 4 ☐
		Gözlemsel ilaç çalışması ☐
		Tıbbi cihaz klinik araştırması ☐
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐
		İlaç dışı klinik araştırma ☒
		Retrospektif ☐
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili					
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe	☐	İngilizce	☐	Diğer	☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe	☒	İngilizce	☐	Diğer	☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe	☐	İngilizce	☐	Diğer	☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe	☐	İngilizce	☐	Diğer	☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama					
	SİGORTA	☐							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐							
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐							
	İLAN	☐							
	YILLIK BİLDİRİM	☐							
	SONUÇ RAPORU	☐							
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐							
DİĞER:	☐								
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018/0135	Tarih: 25.04.2018							
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.								

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Deniz B. ...
İmza:

Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 25.04.2018

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obezite Polikliniğine Başvuran Kadınların Cinsel İşlevlerinin Hastaların Beden Kitle İndeksleri, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri İle İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

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

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Sebahat Dilek Torun	Halk Sağlığı	Özel Kuruluş	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Yrd. Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Gönen Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Saliha Şahin	İşçi		E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Der
İmza:

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

TEZ BAŞLIĞI

OBEZİTE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN CİNSEL
İŞLEVLERİNİN, HASTALARIN BEDEN KİTLE İNDEKSLERİ,
DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ

YAZAR

Dr. Hülya GÜÇ

DANIŞMAN

Öğrt. Ü. Dr. Hacer Hicran MUTLU

VAR YOK

SCI-Exp Kapsamında Yayınlanma Potansiyeli

☐☐

Patent Alma Potansiyeli

☐☐

KARAR

YORUMLAR

Tarih

... / ... / 20..

İsim Soyad

İmza