

**T.C.**  
**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI (KLİNİK PSİKOLOJİ)**  
**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**EVLİ KADINLARDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI İLE  
DEPRESYON VE KAYGI BELİRTİLERİ, DUYGU  
DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**ÖZGE GÖKÇEN**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Cennet ŞAFAK ÖZTÜRK**

**AYDIN-2022**

## KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (Klinik Psikoloji) Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Özge GÖKÇEN tarafından hazırlanan “Evli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları ile Depresyon ve Kaygı Belirtileri, Duygu Düzenleme Güçlükleri Arasındaki İlişki” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04/07/2022

Üye (T.D.) : Doç. Dr. Cennet ŞAFAK ÖZTÜRK Aydın Adnan Menderes  
Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Mehmet ŞAKİROĞLU Aydın Adnan Menderes  
Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Zümrüt GEDİK İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün ..... tarih ve ..... sayılı oturumunda alınan ..... nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü V.

## TEŞEKKÜR

Mesleki ve akademik alanlarda bana birçok şey kazandıran ve öğreten Klinik Psikoloji Yüksek Lisans eğitimimdeki, bununla birlikte sabır ve büyük emeklerin bulunduğu tez çalışmamdaki büyük desteklerinden ötürü sevgili tez danışmanım Doç. Dr. Cennet Şafak Öztürk'e çok teşekkür ederim. Öğrenme ve öğretme hevesine her zaman hayran kalacağım muhterem hocam Prof. Dr. Ferhan Dereboy'a; klinik psikolojiye geniş perspektiften bakmanın önemini aşıl原因, uygulama ve kuramsal alandaki engin bilgileriyle öğrencilerine ışık tutan değerli hocam Prof. Dr. Çiğdem Dereboy'a; yenilikçi öğretim teknikleriyle bilgiyi farklı bakış açılarından ele almayı öğreten kıymetli hocam Prof. Dr. Hacer Harlak'a; eğitimim boyunca deneyimleriyle yol gösteren sayın hocam Doç Dr. Mehmet Şakiroğlu'na teşekkür ederim.

Çabanın ve sabrın önemini öğreten, sevgileriyle birlikte desteklerini gösteren, yaşam yolculuğumun mimarları aileme; tanıştığımızdan bu yana akademik hayatımın büyük destekçileri, bana güvenlerini hep hissettiğim değerli arkadaşlarım İlyas Sayar ve Fatma Nur Karakaya'ya; yüksek lisans sürecimdeki yol arkadaşlarım İrem Öztürk, Büşra Karadeniz, İrem Özgüner ve Berke Eskin'e teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	i
TEŞEKKÜR .....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ÖZET .....	ix
ABSTRACT .....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Cinsellik.....	4
2.1.1. Cinsel Yanıt Döngüsü.....	5
2.1.2. Cinsel İşlev Bozuklukları .....	7
2.1.3. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları .....	8
2.1.3.1. DSM-5 Kapsamında Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları.....	8
2.1.3.2. ICD-11 Kapsamında Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları .....	9
2.1.3.3. Epidemiyoloji .....	10
2.2. Depresyon.....	11
2.2.1. Depresyon Bozuklukları .....	12
2.2.1.1. DSM-5 Kapsamında Depresyon Bozuklukları .....	12
2.2.1.2. ICD-11 Kapsamında Depresyon Bozuklukları.....	12
2.2.1.3. Epidemiyoloji .....	13
2.3. Kaygı .....	14
2.3.1. Kaygı Bozuklukları .....	15
2.3.1.1. DSM-5 Kapsamında Kaygı Bozuklukları .....	15

2.3.1.2. ICD-11 Kapsamında Kaygı Bozuklukları .....	17
2.3.1.3. Epidemiyoloji .....	17
2.4. Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi (HiTOP) Modeli.....	18
2.4.1. Psikoz .....	19
2.4.2. Dışsallaştırma .....	20
2.4.3. Duygusal Bozukluk .....	21
2.4.4. Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi (HiTOP) Modeli Kapsamında Cinsel Problemler, Depresyon ve Kaygı Belirtileri.....	22
2.5. Duygu Düzenleme .....	23
2.5.1. Duygu Düzenleme Güçlüğü .....	25
2.5.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Depresyon ve Kaygı Belirtileri İlişkisi.....	26
2.5.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Cinsel İşlev Bozuklukları İlişkisi.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Gereç.....	28
3.1.1. Araştırmanın Tipi .....	28
3.1.2. Evren ve Örneklem.....	28
3.1.3. Veri Toplama Zaman Aralığı .....	32
3.1.4. Araştırmanın Uygulandığı Yer .....	32
3.1.5. Veri Toplama Araçları.....	32
3.1.5.1. Demografik Bilgi Formu .....	32
3.1.5.2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi .....	33
3.1.5.3. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş .....	33
3.1.5.4. Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II.....	34
3.1.5.5. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği.....	34
3.1.5.6. Kontrol Soruları.....	35
3.1.6. Verilerin Toplanması.....	35
3.2. Yöntem .....	36

3.2.1. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	36
3.2.2. Araştırmanın Güçlükleri.....	36
3.2.3. Bağımlı/Bağımsız Değişkenler.....	36
3.2.4. Dâhil Edilme ve Dışlama Kriterleri.....	36
3.2.5. İstatistiksel Yöntemler.....	37
3.2.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	38
4. BULGULAR .....	39
4.1. Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler .....	39
4.2. Değişkenler Arasındaki İlişkiler.....	40
4.3. Ölçeklerin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler .....	41
4.4. Kadın Cinsel İşlev ve Cinsel Sıkıntı Puanları Üzerinde Demografik Değişkenlerin Etkisi .....	44
4.5. Cinsel İşlev ve Cinsel Sıkıntının Yordanmasına Yönelik Regresyon Analizleri .....	46
4.6. HiTOP Modeline İlişkin Yapısal Eşitlik Modeli.....	50
4.6.1. Ölçüm Modeli.....	51
4.6.2. Yapısal Model .....	51
4.7. İçleştirme Bozukluklarının Yordanmasında Duygu Düzenlemede Güçlüklerin Rolü .....	54
4.7.1. Ölçüm Modeli.....	54
4.7.2. Yapısal Model .....	54
5. TARTIŞMA.....	57
5.1. Cinsel İşlev ve Cinsel Sıkıntı ile Depresyon ve Kaygı Belirtileri, Duygu Düzenleme Güçlükleri Arasındaki İlişkiler .....	57
5.2. Demografik Değişkenlerin Etkisi Kontrol Edildiğinde Cinsel İşlevler ve Cinsel Sıkıntının Yordanması.....	60
5.3. HiTOP Modeli Kapsamında İçselleştirme Spektrumu .....	61
5.4. İçselleştirme Spektrumunun Yordayıcısı Olarak Duygu Düzenlemede Güçlükler.....	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	65
KAYNAKLAR.....	67

EKLER .....	85
Ek 1. Demografik Bilgi Formu.....	85
Ek 2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi .....	88
Ek 3. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş.....	92
Ek 4. Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II .....	94
Ek 5. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği .....	97
Ek 6. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Ön Onayı .....	100
Ek 7. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Kurum İzni .....	101
Ek 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	103
Ek 9. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş Kullanım İzni .....	104
Ek 10. Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II Kullanım İzni.....	105
Ek 11. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Kullanım İzni.....	106
BİLİMSEL ETİK BEYANI .....	107
ÖZ GEÇMİŞ.....	108

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Erkek cinsel yanıt döngüsü .....	6
Şekil 2. Kadın cinsel yanıt döngüsü .....	6
Şekil 3. İçselleştirme spektrumuna ilişkin yapısal model .....	53
Şekil 4. DDGÖ'nün içselleştirme spektrumunu yordamasına ilişkin yapısal model.....	56



## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Çalışma katılımcılarının sosyodemografik özellikleri.....	30
<b>Tablo 2.</b> Çalışma katılımcılarının eşleriyle ilgili özellikler .....	31
<b>Tablo 3.</b> Çalışma değişkenlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler .....	39
<b>Tablo 4.</b> Çalışma değişkenlerinin Pearson korelasyon katsayıları .....	40
<b>Tablo 5.</b> Çalışma değişkenlerine ait alt boyutların Pearson korelasyon katsayıları .....	43
<b>Tablo 6.</b> Bağımlı değişkenlerin gruplara göre t testi sonuçları.....	45
<b>Tablo 7.</b> Cinsel işlevler ve cinsel sıkıntının yordanan distres boyutunun yordayıcı olduğu hiyerarşik regresyon analizi.....	46
<b>Tablo 8.</b> Cinsel işlevler ve cinsel sıkıntının yordanan korku boyutunun yordayıcı olduğu hiyerarşik regresyon analizi.....	47
<b>Tablo 9.</b> Cinsel işlevler ve cinsel sıkıntının yordanan olumlu ruh hali boyutunun yordayıcı olduğu hiyerarşik regresyon analizi.....	48
<b>Tablo 10.</b> Cinsel işlevler ve cinsel sıkıntının yordanan duygu düzenlemede güçlüklerin yordayıcı olduğu hiyerarşik regresyon analizi .....	49
<b>Tablo 11.</b> İçselleştirme spektrumu modeline ilişkin parametre tahmin değerleri.....	52
<b>Tablo 12.</b> Duygu düzenlemede güçlüklerin içselleştirme spektrumunu yordadığı modelin parametre tahmin değerleri.....	55

## ÖZET

### EVLİ KADINLARDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI İLE DEPRESYON VE KAYGI BELİRTİLERİ, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

**Gökçen Ö. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Psikoloji Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2022.**

**Amaç:** Bu çalışmada, evli kadınlarda cinsel işlev bozuklukları ile depresyon ve kaygı belirtileri, duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi; cinsel problemler, distres ve korku boyutlarından oluşan içselleştirme spektrumunun test edilmesi ve duygu düzenlemede güçlüklerin içselleştirme spektrumunu yordama gücünün belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma, 6 Kasım 2021-10 Nisan 2022 tarihleri arasında sosyal medya aracılığıyla çevrimiçi anketlere katılım gösteren 295 evli kadın ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş (KCSÖ-RE), Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II (DKBE-II) ve Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) ile toplanmıştır. Betimleyici istatistiksel analizler, korelasyon, t-testi, hiyerarşik regresyon analizleri ve yapısal eşitlik modellemesi ile veriler analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Korelasyon analizi sonuçlarına göre çalışma değişkenlerinin ilişkili olduğu görülmüştür. Cinsel işlev (KCFİ) puanlarının fiziksel rahatsızlık, menopoz, düzenli regl ve eşin cinsel rahatsızlığına göre, cinsel sıkıntı (KCSÖ-RE) puanlarının psikiyatrik tanı ve eşin cinsel rahatsızlığına göre farklılaştığı görülmüştür. Cinsel işlev ve cinsel sıkıntı üzerindeki varyansların, depresyon ve kaygı belirtileri ile duygu düzenlemede güçlükler tarafından açıklandığı tespit edilmiştir. İçselleştirme spektrumunun üç boyutlu yapısı yapısal eşitlik modellemesi tarafından doğrulanmıştır. Duygu düzenlemede güçlüklerin içselleştirme spektrumunu yordadığı görülmüştür.

**Sonuç:** Bu çalışmada; HiTOP (The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi)) Modeli kapsamında içselleştirme spektrumunun cinsel problemler, distres ve korku alt boyutlarından oluştuğu görülmüştür. Duygu

düzenlemede güçlüklerin bu boyutlardan oluşan içselleştirme spektrumu için bir risk faktörü olabileceği düşünülmüştür.

**Anahtar kelimeler:** Cinsel İşlev Bozuklukları, Depresyon, Duygu Düzenleme Güçlükleri, Kaygı, Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi Modeli

## ABSTRACT

### THE RELATIONSHIP BETWEEN SEXUAL DYSFUNCTIONS AND SYMPTOMS OF DEPRESSION AND ANXIETY, EMOTION REGULATION DIFFICULTIES IN MARRIED WOMEN

**Gökçen Ö. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Clinical Psychology Program, Master Thesis, Aydın, 2022.**

**Objective:** The present study aimed to analyze the relationship between sexual dysfunctions, depression and anxiety symptoms, and emotional regulation difficulties, and also to test the internalization spectrum consisting of sexual problems, distress and fear dimensions and to determine the predictive power of the internalization spectrum of emotion regulation difficulties in married women.

**Material and Methods:** The study was conducted with 295 married women who participated in online surveys via social media between November 6, 2021 and April 10, 2022. Data were obtained with the Female Sexual Function Index (FSFI), Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R), Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II (IDAS-II), and Difficulty in Emotion Regulation Scale (DERS). In the analysis of the data, descriptive statistics, correlation, t-test, hierarchical regression analysis and structural equation modeling were used.

**Results:** According to the results of the correlation analysis, it was determined that the study variables were correlated. Sexual function (FSFI) scores differed according to physical illness, menopause, regular menstruation, and spouse's sexual disorder, sexual distress (FSDS-R) scores differed according to psychiatric diagnosis and spouse's sexual disorder. Sexual function and sexual distress were predicted by symptoms of depression and anxiety and emotion regulation difficulties. The three-dimensional structure of the internalization spectrum was confirmed by structural equation modeling. Internalization spectrum were predicted by emotion regulation difficulties.

**Conclusion:** The present study; within the scope of the HiTOP (The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology) Model, internalization spectrum consisted of sexual problems, distress

and fear subfactors. Emotion regulation difficulties were conceived as a risk factor for the internalizing spectrum consisting of these subfactors.

**Keywords:** Anxiety, Depression, Emotion Regulation Difficulties, Sexual Dysfunctions, The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Model

# 1. GİRİŞ

Cinsellik, doğum öncesinden ölüme kadar uzanan bir süreçte insan hayatının bir parçasıdır (Bilgin ve Kömürcü, 2016). İnsan cinselliğinin; biyolojik, motivasyonel-duygusal-ilişkisel ve bilişsel olmak üzere üç temel kaynağı vardır (Graziottin, 1998). İnsan cinselliği; düşünceler, fanteziler, istekler, inançlar, tutumlar, değerler, davranışlar, uygulamalar, roller ve ilişkiler aracılığıyla deneyimlenmekte ve ifade edilmektedir (Rao ve Nagaraj, 2015). Birçok farklı boyuta sahip olduğu görülen cinsellik insan yaşamındaki çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir. Bu faktörlerden biri olan psikolojik sağlık ile cinsel işlev arasındaki ilişkinin varlığına dair alanyazında birçok çalışma bulunmaktadır (Bae ve Park, 2016; Nazarpour ve diğerleri, 2018; Tan ve diğerleri, 2012). Yapılan çalışmalar, bireylerin cinsel işlevinin yaşam kalitelerini etkileyebildiğini ve cinsel işlevlerinin psikolojik iyi oluşlarından etkilenebildiğini göstermektedir (Duncan ve diğerleri, 2009; Dundon ve Rellini, 2010).

Kadınlar cinsel ilgisizlik, orgazm olamama, cinsel ilişki öncesinde ya da sırasında pelviste ağrı duyma gibi çeşitli cinsel sıkıntılar yaşamaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Yaşla birlikte kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığının arttığı görülmektedir (Jaafarpour ve diğerleri, 2013; Lewis ve diğerleri, 2004; Ponholzer ve diğerleri, 2005). Yaşanan psikiyatrik bir bozukluk da kadınlarda cinsel problemlerle yakından ilişkili olabilmektedir (Hayes ve diğerleri, 2008; Lewis ve diğerleri, 2004). Depresyon ve/veya kaygı cinsel sıkıntılara yol açabileceği gibi cinsel problemler de depresyon ve/veya kaygıya yol açabilmektedir. Ayrıca bu bozukluklar birtakım ortak nedenleri de paylaşabilmektedir (Wong ve Forbes, 2020).

Psikopatolojik rahatsızlıkları ortak belirtilere göre gruplama ve birlikte ortaya çıkan rahatsızlıkları belirli spektrumlarda birleştirme yönünde Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi (The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP)) Modeli geliştirilmiştir. Bu model (HiTOP) sayesinde komorbidite haritalandırılarak psikopatolojik rahatsızlıklar boyutsal bir yaklaşımla ele alınabilmektedir. HiTOP modeli genel psikopatoloji süperspektrumunun çatısını oluşturduğu altı spektrumdan oluşmaktadır. Bu spektrumlar; içselleştirme (veya olumsuz duygulanım), düşünce bozukluğu (veya psikotizm), daha az kısıtlanmış (disinhibited) dışsallaştırma, antagonistik dışsallaştırma, kopma (detachment) ve somatoformdur. İçselleştirme, diğer adıyla olumsuz duygulanım spektrumu kaygı ve

duygudurum bozukluklarını içeren distres ve korku alt faktörlerini kapsamaktadır (Kotov ve diğerleri, 2017; Ruggero ve diğerleri, 2019). Cinsel problemlerin de içselleştirme spektrumunun bir parçası olduğunu destekleyen kanıtlar bulunmaktadır (Forbes ve diğerleri, 2016b; Kalmbach ve diğerleri, 2015). Alanyazında birçok araştırmanın kadınlarda depresyon, kaygı ve cinsel işlev bozukluklarının ilişkisini incelediği görülmüştür (Oliveira ve Nobre, 2013; Pakpour ve diğerleri, 2012; Schnatz ve diğerleri, 2010). Ele alınan bu değişkenler arasında anlamlı ilişkilerin olduğu bulunmuştur (Kaya ve diğerleri, 2006; Shahraki ve diğerleri, 2019; Yazdanpanahi ve diğerleri, 2018). Bu çalışmaların cinsel problemlerin içselleştirme spektrumunda açıklanmasına yönelik artan bir güven oluşturduğu düşünülebilir.

Duygu düzenleme güçlüklerinin depresyon ve kaygı bozuklukları gibi psikopatolojiler açısından yordayıcı olduğu düşünülmektedir (McLaughlin ve diğerleri, 2011). Araştırmalarda yüksek duygu düzenleme güçlüğü seviyeleri, daha yüksek kaygı ve depresyon belirtileri ile ilişkilendirilmektedir (Marganska ve diğerleri, 2013; Weinberg ve Klonsky, 2009). Ayrıca duygu düzenlemede güçlükler arttıkça kadınlarda cinsel doyum azalmaktadır (Rellini ve diğerleri, 2012). Araştırmalar da depresyon, kaygı bozuklukları ve duygu düzenleme güçlükleri gibi psikolojik rahatsızlıklarla cinsel işlev bozukluklarının birlikte ortaya çıkabildiğini göstermektedir (Laurent ve Simons, 2009; Vasconcelos ve diğerleri, 2020). Duygu düzenleme güçlüklerinin depresyon, kaygı ve cinsel işlev bozuklukları açısından ortak bir faktör olduğu düşünülmektedir. HiTOP modeli göz önünde bulundurulduğunda cinsel problemlerle depresyon ve kaygının komorbiditesinin duygu düzenleme güçlükleri ile ayrı ayrı ilişkilerinden kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Cinsel işlev bozukluklarının içselleştirme spektrumunun bir parçası olduğuna dair alanyazındaki kanıtları güçlendirmek, tedavi için başvuran kadınlardaki olası depresyon ve kaygı bozukluklarının teşhis edilebilmesini sağlamak, içselleştirme spektrumu kapsamındaki bu bozukluklar için ortak risk faktörünü belirleyebilmek açısından bu çalışma önemlidir. Bu araştırmada cinsel işlev bozuklukları ile depresyon ve kaygı belirtilerinin HiTOP modeli çerçevesinde incelenmesi, duygu düzenleme güçlüklerinin içselleştirme spektrumunu yordayabilecek bir faktör olup olmadığını belirlemek hedeflenmektedir.

Alanyazına bakıldığında cinsel işlev bozuklukları ile depresyon ve kaygı belirtilerini inceleyen birçok çalışma olmasına rağmen bu değişkenlerin duygu düzenleme güçlükleri ile ilişkilerini inceleyen çalışmaya ulaşılamamıştır. Türkiye’de yapılan çalışmalar incelendiğinde depresyon ve kaygı ile cinsel işlevler arasındaki ilişkileri inceledikleri görülmüştür (Bahar ve diğerleri, 2007; Varma ve diğerleri, 2005; Yıldırım ve diğerleri, 2019). Ancak bu kavramları

HiTOP modeli kapsamında inceleyen çalışma bulunamamıştır. Ayrıca bu değişkenlerin duygu düzenleme güçlükleri ile ilişkisini inceleyen araştırmaya da ulaşamamıştır. Bu araştırma, evli kadınlardaki cinsel işlevleri incelemesi açısından da diğer araştırmalardan farklılaşmaktadır.

Bu nedenle bu çalışma, 18 yaşından büyük yetişkin evli kadınlardaki cinsel işlev bozuklukları ile depresyon ve kaygı belirtileri, duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır.

Bu amaç kapsamında araştırma;

1. Evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ile depresyon ve kaygı belirtileri ilişkili midir;
2. Evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ile duygu düzenlemede güçlükler ilişkili midir;
3. Cinsel işlev bozukluğu ile depresyon ve kaygı belirtileri HiTOP Modeli kapsamında içselleştirme spektrumunun boyutları mıdır;
4. İçselleştirme spektrumu kapsamında; duygu düzenlemede güçlükler, cinsel işlev bozukluğu ile depresyon ve kaygı belirtilerini yordayan bir faktör müdür; sorularına yanıt aramaktadır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Cinsellik

Cinsellik, birçok uzman tarafından açıklanmış, birbirinden farklı tanımlara sahip olan bir kavramdır. Bakıldığında yaşamın merkezinde olabilecek bir konuma sahip ve kişinin yaşamı üzerinde pek çok etkisi bulunan bu faktör için tanımların sayıca fazlalığı şaşırtıcı görünmemektedir.

Cinsellik, kişinin yaşam kalitesinde önemli bir işleve sahiptir. Cinselliği insan için sadece cinsel organlardan ibaret bir kavram olarak ele almak mümkün değildir (Gülsün ve diğerleri, 2009). Yemek yeme, uyuma gibi cinsellik de temel dürtülerden biridir (Balon, 2008). İnsan cinselliği, fiziksel temas, üreme, çekici bir insan gördüğümüzde hissettiğimiz duyguların yanı sıra kişiliğimizin bir parçasıdır (Greenberg ve diğerleri, 2016).

Sevgi, yönelim, cinsel tepki, cinsiyet ve ebeveynlik gibi yönleri olan cinsellik yaşamımızda temel ve tanımlayıcı özelliklere sahiptir. Bir yandan da kendimizi nasıl nitelendirdiğimiz, kimi sevdiğimiz gibi ana kimliklerimizin de temelini oluşturur. İnsan cinselliği, biyoloji, psikoloji, kültür, toplum, tarih, dil, medya, hukuk ve din konuları içermekte ve bunların toplamından oluşmaktadır. Bunlardan herhangi birini denklemden çıkardığımızda cinselliği anlama konusunda eksik kalırız (Rosenthal, 2013).

İnsan cinselliği; biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel boyutların karşılıklı ilişkisini içermekte ve bu boyutlarla şekillenmektedir (Gülsün ve diğerleri, 2009; Greenberg ve diğerleri, 2016). Kişi, vücudu hakkında sahip olduğu fizyolojik bilgiyle cinselliği anlamada ve yaşamada daha az sıkıntı yaşamaktadır (Greenberg ve diğerleri, 2016). Çünkü cinsellik aslında tüm vücudun sürece katıldığı karmaşık bir süreçtir (CETAD, 2006). Hormonlar da bu kapsamda oldukça önemli bir role sahiptir (Rosenthal, 2013). Öte yandan sadece biyolojik boyuttan bakmak cinselliği kavrama konusunda yetersiz kalacaktır.

Psikoloji çerçevesinden ele aldığımızda; öğrenme boyutu da denkleme girmektedir. Deneyimlerimizin olumlu ya da olumsuz olmasına göre cinselliğe bakış açımız gelişmektedir (Greenberg ve diğerleri, 2016). Duygular, düşünceler ve davranışlar da cinsel davranışta kritik bir etkide olabilir (Rosenthal, 2013). Kişinin sadece kendisi değil, içinde bulunduğu toplum da tüm bu süreçlere tesirde bulunabilir. Cinselliği şekillendiren düşünceler ve davranışlar da

bağımsız değildir; sosyal ve kültürel boyutlar da burada devreye girmektedir (Greenberg ve diğerleri, 2016). Nihayetinde; cinselliğin birçok farklı etmenle etkileşim içinde olan bir kavram olduğu görülmektedir.

Cinsellik çok boyutlu yapısıyla insan hayatında birçok faktörle ilişki içerisinde. Hem şekillendiren hem de birey tarafından şekillendirilebilen doğasıyla yaşamın vazgeçilmez unsurları arasında yerini korumaya devam edecektir.

### 2.1.1. Cinsel Yanıt Döngüsü

Cinsel yanıt döngüsü, kadın ve erkeğin cinsel uyarıya verdiği fiziksel tepkiler ve bu tepkileri verirken oluşan davranışlarını incelemeyi amaçlamaktadır. Kadın ve erkeğin cinsel uyarıcıya verdiği tepkiler belirli aşamalardan oluşmaktadır (Masters ve Johnson, 1966). Dört farklı aşama sırasıyla aşağıdaki gibidir.

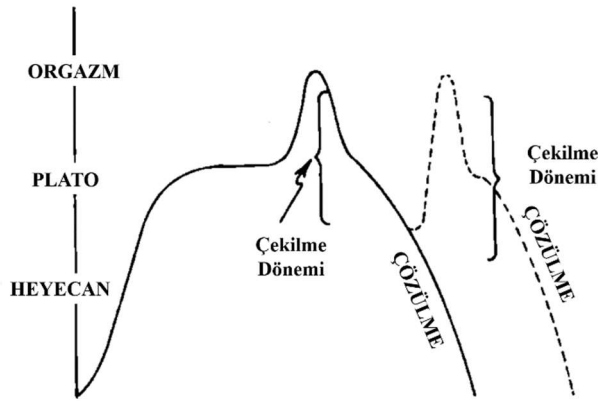
**Heyecan Aşaması:** Bu aşama somatojenik veya psikojenik bir uyarıcıyla başlatılır. Uyarıcının özellikleri heyecan aşamasının süresini etkilemektedir. Kişi için uyarıcı yeterliyse süre kısaltmakta ancak uyarıcının nahos olması veya kesintiye uğraması süreyi uzatabilmekte veya aşamayı sonlandırabilmektedir. Bu ilk aşama ile son aşama olan çözünürlük cinsel yanıt döngüsünde harcanan zamanının çoğunluğunu oluşturmaktadır (Masters ve Johnson, 1966).

**Plato Aşaması:** Uyarımın devam etmesiyle heyecan aşamasından plato aşamasına girilir. Bu aşamada cinsel gerilim yoğunlaşmaya başlamakta ve kişinin orgazm aşamasına geçebileceği düzeye ulaşmaktadır. Plato aşamanın süresini, uyarıcı ile bireysel dürtü faktörü etkilemektedir. Uyarıcının veya dürtünün yetersiz kalması ya da uyarıcının geri çekilmesi kişinin orgazmik gevşemeyi gerçekleştirememesine neden olmaktadır. Plato aşamasındaki gerilimden yavaş yavaş aşırı uzun bir çözülme aşamasına geçiş yapmaktadır (Masters ve Johnson, 1966).

**Orgazm Aşaması:** Cinsel uyarıcılar ile oluşan vazokonsantrasyon ve miyotinin serbest bırakılmasıyla orgazm gelişmektedir. Bu aşama birkaç saniye sürmekle birlikte doruğa cinsel gerilimin artışı gösteren herhangi bir seviyede ulaşılır. Orgazmın öznel farkındalığı pelvikte odaklanmaktadır. Kadınlarda klitoral gövde, vajina ve uterus; erkeklerde ise penis, prostat ve seminal veziküllerde yoğunlaşır. Cinsel gerilimlere tepkide tüm vücudun katılımı fizyolojik açıdan iyi tanımlanmıştır ancak bireysel tepki paternleri temelinde sübjektif olarak yaşantılanır. Erkekler orgazmı standart boşalma tepkisi modelleriyle birlikte daha az bireysel

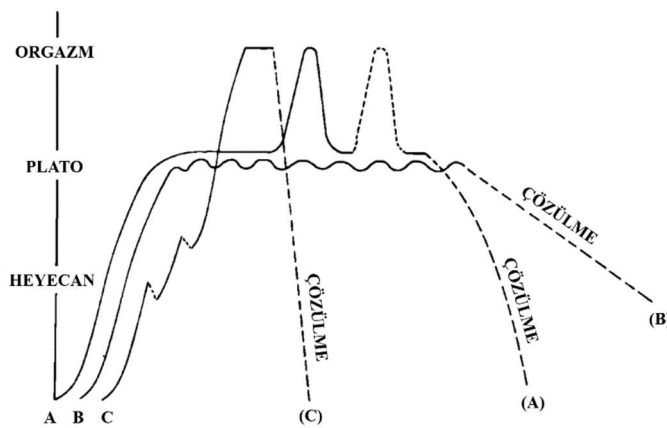
farklılıkla deneyimlerken kadınlar hem yoğunluk hem de süre açısından büyük farklılıklar gösterir (Masters ve Johnson, 1966).

**Çözülme Aşaması:** Bu son aşama gerilim kaybının yaşandığı ters bir tepki örüntüsü şeklinde gelişmektedir. Kadınlara bu aşamada uyarın yeniden uygulandığında orgazm deneyimine geri dönebilirler. Çoklu orgazm olanağı, özellikle plato gerilim seviyesinde geri dönüş olursa belirgindir. Erkekler için çözülme aşaması, istemsiz aşama sırasında daha düşük tepki düzeyine kadar devam edebilen birleştirilmiş bir refrakter dönem içerir. Cinsel gerilimin daha yüksek seviyelerine etkili bir şekilde yeniden uyarılma refrakter dönemin bitmesiyle mümkündür. Erkeğin yeniden uyarılmaya fizyolojik yanıt verme yeteneği genellikle kadınkından çok daha yavaştır (Masters ve Johnson, 1966).



Şekil 1. Erkek cinsel yanıt döngüsü

(Kaynak: Masters ve Johnson, 1966)



Şekil 2. Kadın cinsel yanıt döngüsü

(Kaynak: Masters ve Johnson, 1966)

Erkekler ve kadınlar için bu aşamalar farklı şekillerde incelenmektedir. Erkekler için tek model yeterli olurken (Şekil 1) kadınlar için üç farklı model (Şekil 2) geliştirilmiştir. Erkeklerde cinsel yanıt döngüsünü etkileyebilecek faktör yanıtın süresiyken kadınlarda yanıtın yoğunluğu da sürece dahil olmaktadır (Masters ve Johnson, 1966).

### **2.1.2. Cinsel İşlev Bozuklukları**

Cinsel işlevsellikte bozulma, bireyin yaşam kalitesi ve çeşitli işlevsellik yönleri açısından şiddetli etkilere sahip olabilir (Balon, 2008). Cinsel işlev bozuklukları insan için karmaşık, rahatsız edici ve yaygın biyo-psiko-sosyal durumlardır (Goldstein, 2007). Cinsel işlev; nörolojik, endokrin, vasküler, immünolojik, kronik somatik ve mental hastalıklardan olumsuz etkilenebilir. Örneğin; ereksiyon, psikojik faktörler, fiziksel hastalıklar, yaşlanma ve vasküler anormallikler gibi faktörlerden etkilenen merkezi ve periferik sinir sistemlerinin etkileşimlerini içermektedir (Balon, 2008).

Kadın cinsel işlev bozuklukları, yaygın, yaşa bağlı ve ilerleyici olmakla birlikte çok boyutlu ve çok nedenli bir problem olarak ele alınmaktadır. Bu problem psikolojik, biyolojik ve kişilerarası belirleyicilerden oluşmaktadır. Kadın cinsel işlev bozuklukları, fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan sıkıntılara yol açıp kadının kişilerarası ilişkilerinde ve yaşam kalitesi üzerinde etkilere sahip olmaktadır (Basson ve diğerleri, 2001).

Cinsel işlev bozuklukları; kişinin yaşam kalitesini, kişilerarası ilişkilerini ve benlik saygısını olumsuz yönde etkileyebilmekle birlikte çeşitli psikopatolojilere yol açabilmektedir (Jaafarpour ve diğerleri, 2013). Kadın cinsel işlev bozukluklarında yaşın etkisine dair çeşitli çalışmalarda farklı fikirler vardır; bazı çalışmalarda yaşla birlikte arttığı görülmüşken (Lewis ve diğerleri, 2004; Ishak ve diğerleri, 2010) bazılarında ise orta yaşta zirve yaparken yaşla birlikte azaldığı tespit edilmiştir (Laumann ve diğerleri, 1999; Nappi ve diğerleri, 2016). Sağlık durumu, psikiyatrik/psikolojik bozukluklar ve sosyodemografik koşullar risk faktörleri arasındadır (Lewis ve diğerleri, 2004). Cinsel ilişkilerde olumsuz deneyimler ve bireyin iyi oluşu cinsel işlev bozuklukları ile ilişkili bulunmaktadır (Laumann ve diğerleri, 1999).

### **2.1.3. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları**

Dünya genelinde psikiyatrik bozuklukları tanılama amacıyla kullanılan DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)) ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nın 11. Revizyonu olan ICD-11'e (International Classification of Diseases 11th Revision) göre kadın cinsel işlev bozuklukları ele alınacaktır.

#### **2.1.3.1. DSM-5 Kapsamında Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları**

Kadın cinsel işlev bozuklukları, DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabında Kadında Orgazm Bozukluğu, Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu, Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçerme Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu, Tanımlanmış Cinsel İşlev Bozukluğu, Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu başlıkları altında sınıflandırılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Bu çalışmada Kadında Orgazm Bozukluğu, Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu ve Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçerme Bozukluğu üzerinde durulacaktır.

#### **Orgazm Bozukluğu**

Kadında orgazm bozukluğu; en az altı aydır orgazmın olmaması veya nadiren olması, orgazm yaşantısının çok düşük yoğunlukta yaşanması ve/veya orgazmda gecikme olması belirtilerinin her cinsel aktivitede veya hemen hemen her cinsel aktivitede bulunmasıyla görülür (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

#### **Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu**

Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu; cinsel aktiviteye karşı çok az ilgi veya ilgisizlik, cinsel içerikli düşüncelerin veya fantezilerin çok az olması veya olmaması, cinsel aktiviteyi çok az başlatma veya başlatmama, partnerinin başlatma teşebbüslerine karşılık vermeme, hemen hemen her veya her cinsel temasta, cinsel aktivite sırasında cinsel heyecan/zevkin çok az olması veya hiç olmaması, iç veya dış cinsel işarete karşı cinsel ilgi/uyarılmanın çok az olması veya olmaması, hemen hemen her veya her cinsel temasta, cinsel aktivite sırasında, cinsel organlarda veya cinsel organların dışında çok az duyum olması

veya olmaması belirtilerinin en az yaklaşık altı aydır devam etmesiyle görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

### **Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu**

Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu; en az altı aydır penetrasyon sırasında vajinaya girilmedi, bu eylem sırasında veya teşebbüsünde pelviste ağrının oluşması, pelvis tabanı kaslarını sıkma veya germe, vajinaya girme eylemi gerçekleşirken veya gerçekleşme beklentisi içerisindeyken ağrı duymaya yönelik kaygı veya korku duyma belirtilerinde sürekli veya tekrarlayıcı zorluk çekme ile görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

#### **2.1.3.2. ICD-11 Kapsamında Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları**

Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nın 11. Revizyonunda (ICD-11) kadın cinsel işlev bozuklukları; Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu, Cinsel Uyarılma Bozuklukları, Orgazm Bozuklukları, Pelvik Organ Prolapsı ile İlişkili Cinsel İşlev Bozukluğu, Diğer Tanımlanmış Cinsel İşlev Bozuklukları ve Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozuklukları şeklinde kategorize edilmektedir (ICD-11, 2022).

ICD-11 cinsel işlev bozuklukları için genel bir tanım sunmaktadır:

*Cinsel İşlev Bozuklukları, yetişkin insanların kişisel olarak tatmin edici, zorlayıcı olmayan cinsel aktiviteleri deneyimlemede zorluk yaşayabilecekleri çeşitli yolları içeren sendromlardır. Cinsel tepki; psikolojik, kişilerarası, sosyal, kültürel ve fizyolojik süreçlerin karmaşık bir etkileşimidir ve bu faktörlerin bir veya daha fazlası cinsel tepkinin herhangi bir aşamasını etkileyebilir. Cinsel işlev bozukluğu olarak kabul edilebilmesi için, işlev bozukluğunun: 1) bazı durumlarda olmamasına rağmen sık sık ortaya çıkması; 2) en az birkaç aydır mevcut olması; ve 3) klinik olarak belirgin bir sıkıntı ile ilişkilendirilebilir olması gereklidir.*

### 2.1.3.3. Epidemiyoloji

Yetişkin kadınların yaklaşık %40-50'sinde en az bir cinsel işlev bozukluğu görülebilmektedir (Laumann ve diğerleri, 1999; Lewis ve diğerleri, 2004; Nappi ve diğerleri, 2016). Hayes ve diğerleri, çeşitli çalışmaları incelemiş ve kadınların hangi alanlarda cinsel sıkıntı yaşadıklarını özetlemişlerdir. Bu derlemeye göre herhangi bir cinsel sıkıntısı olan kadınların %64'ü istek, %35'i orgazm, %31'i uyarılma ve %26'sı cinsel ağrı alanlarında güçlük çekmiştir. Bu sıkıntıların çoğu 6 aydan kısa sürerken üçte birine kadarı da 6 ay veya daha fazla devam etmektedir (Hayes ve diğerleri, 2006). 18 yaşından büyük 1219 kadınla yapılan bir çalışmada kadın cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı %49 olarak bulunmuştur (Abdo ve diğerleri, 2004). Safarinejad (2006) 20-60 yaş aralığındaki 2626 kadınla yaptığı çalışmada katılımcıların %31.5'inin cinsel işlev bozukluğu yaşadığını bildirmiştir. 31581 kadınla yürütülen bir araştırmada katılımcıların %44.2'sinde cinsel problem bulunduğu, %22.8'inin cinsel sıkıntı yaşadığı görülmüştür (Shifren ve diğerleri, 2008). 163 evli kadınla yürütülen çalışmada kadınların %25.8'inde cinsel işlev bozukluğu olduğu görülmüştür. Cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınların %39.3'ü istek, %25.8'i uyarılma, %21.5'i lubrikasyon, %16.6'sı orgazm, %21.5'i memnuniyet ve %16.6'sı ağrı alanlarında problem yaşamaktadır (Ishak ve diğerleri, 2010). 187 üniversite öğrencisi olan kadınla gerçekleştirilen bir araştırmada cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı %23 bulunmuştur. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş (Female Sexual Distress Revised)'e göre kadınların %83.4'ünün cinsel sıkıntı yaşadığı görülmüştür (Marques Cerentini ve diğerleri, 2020).

Ülkemizde yapılan yaygınlık çalışmalarına bakıldığında; Çayan ve diğerleri, 18-66 yaşları arasındaki 179 kadından oluşan örnekleme yaptıkları çalışmada kadınların %46.9'unda cinsel işlev bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir (Çayan ve diğerleri, 2004). Oksuz ve Malhan'ın 518 kadınla yürüttükleri çalışmada cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı %48.3 olarak bulunmuştur. Cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınların %48.3'ü istek, %35.9'u uyarılma, %40.9'u lubrikasyon, %42.7'si orgazm, %45'i memnuniyet ve %42.9'u ağrı alanlarında problem yaşamaktadır (Oksuz ve Malhan, 2006). Genel psikiyatri polikliniğe başvuran evli kadın hastaların katıldığı araştırmada cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı %36.2 olarak bulunmuştur (Mert ve Erberk Özen, 2011). Jinekoloji polikliniğine başvuran 216 evli kadın ile yürütülen araştırmada kadınların %69.4'ü cinsel işlev bozukluğu yaşadığını bildirmiştir (Gölbaşı ve diğerleri, 2014). Küçükdurmaz ve diğerleri (2016) 207 hamile kadın

ile gerçekleştirdikleri çalışmada cinsel işlev bozukluğu yaygınlığının %87 olduğunu rapor etmişlerdir.

## 2.2. Depresyon

Depresyon; fiziki ve ruhsal alanlarda kişinin yaşamını olumsuz yönde etkileyen, ilişkisel, maddi ve mesleki anlamda sıkıntılara, yaşam kalitesinin azalmasına ve intihara neden olabilen sağlık sorunudur (Anber ve diğerleri, 2021). Aktivitelere ilgisizlik, isteksizlik, zevk alamama, çökkünlük gibi duygudurum alanında; psikodevinsel retardasyon, ketlenme; psikofizyolojik işlev alanında uyku ve iştahın artması/azalması; kendini suçlama, değersiz hissetme ve karamsarlık gibi bilişsel alanlarda bozulma ve cinsel istekte azalma ile karakterize edilmektedir. Yaygınlık oranı yüksek olmasına rağmen tedaviye başvurunun görece düşük olduğu belirtilmektedir ve tanılamanın güçlüğü ile sağaltımın yetersizliği, kronikleşme ile intihar davranışını artırabilmektedir. Nedenleri arasında kalıtsal yatkınlık, psikososyal olaylar, kişilik yatkınlığı, bedensel hastalık gibi etmenler yer almaktadır (Küey, 1998). Uygun tanı ve tedavi ile kişi ve toplum üzerindeki olumsuz etkilerine müdahale edilebilmektedir (Anber ve diğerleri, 2021).

Depresyonun ortaya çıkışının cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal sınıf ve sosyal koşullar gibi faktörlerle ilişkili olduğu çeşitli çalışmalar sonucunda ortaya konmuştur (Lehtinen ve Joukamaa, 1994). Frerichs ve diğerlerinin 1981'de yayınladığı çalışmaya göre gelir ile depresyon ilişkili bulunmuş, azalan gelire artan depresyon yaygınlığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca 18-24 yaş aralığının en yüksek depresyon oranına sahip olduğu, 45-64 yaş arasında ise en düşük oranın olduğu görülmüştür. Cinsiyetler arasındaki farka bakıldığında ise kadınlardaki depresyon oranının erkeklerin yaklaşık iki katı olduğu tespit edilmiştir (Frerichs ve diğerleri, 1981).

Depresyondaki cinsiyet farklılıklarını inceleyen bir çalışma da kadınlardaki oranın daha yüksek olduğunu göstermektedir. Sosyal ayrımcılığın psikolojik sebepleri ve kadın endokrin sistemi, genetik geçiş gibi biyolojik faktörlerin bu farklılığa sebep olabileceğini öne sürmektedirler (Weissman ve Klerman, 1977).



## 2.2.1. Depresyon Bozuklukları

### 2.2.1.1. DSM-5 Kapsamında Depresyon Bozuklukları

Depresyon bozuklukları, DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabında Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu, Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu, Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi), Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu ve Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu olmak üzere sekiz başlık altında incelenmektedir.

Bu çalışma kapsamında Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu ele alınarak incelenecektir.

#### Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu

Yeğın depresyon bozukluğu; iki hafta boyunca depresif duygudurum ya da ilgi veya zevk kaybı belirtilerinden en az birisiyle birlikte kilo verme uğraşında olmadan belirgin kilo kaybı veya kilo artışı, uykusuzluk veya aşırı uyuma, psikomotor ajitasyon veya yavaşlama, bitkinlik veya enerji kaybı, değersizlik veya uygunsuz suçluluk duyguları, odaklanmakta güçlük çekme veya kararsızlık yaşama, ölüm, intihar düşünceleri veya intihar girişimi belirtilerinden en az beşinin klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olmasıyla görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

### 2.2.1.2. ICD-11 Kapsamında Depresyon Bozuklukları

ICD-11’de depresif bozukluklar; Tek Epizodlu Depresif Bozukluk, Devirli Depresif Bozukluk, Distimik Bozukluk, Birleşik Depresif ve Kaygı Bozukluğu, Premenstrüel Disforik Bozukluk, Diğer Tanımlanmış Depresif Bozukluklar ve Tanımlanmamış Depresif Bozukluklar kapsamında incelenmektedir (ICD-11, 2022).

ICD-11’in depresif bozukluklar için genel tanımı:

*Depresif bozukluklar, bireyin işlev kabiliyetini önemli ölçüde etkileyen bilişsel, davranışsal veya nörovegetatif semptomların eşlik ettiği depresif ruh hali (örneğin; üzgün,*

*irritabl, boş) veya zevk kaybı ile karakterizedir. Bipolar bozukluğun varlığına işaret edecek manik, karma veya hipomanik dönem geçirmiş bireylere depresif bozukluk tanısı konmamalıdır.*

### **2.2.1.3. Epidemiyoloji**

Sağlık Metrikleri ve Değerlendirme Enstitüsünün 2019 verilerine göre dünya genelinin %3.76'sı depresyondan etkilenmektedir. Kadınlarda görülme sıklığı %4.54 iken erkeklerde %2.96'dır. 20 yaş üstünde oran %5.02 iken 60-89 yaş aralığında %5.71'e yükselen bir oran göze çarpmaktadır. Majör depresif bozukluk ve distiminin ayrı ayrı yaygınlıklarına bakıldığında sırasıyla %2.49 ve %1.35 oldukları görülmüştür (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2022).

1003 yetişkinin katıldığı çalışmada kadınların depresyon yaygınlığı %23.5 ile erkeklerden (%12.9) yaklaşık iki kat yüksek bulunmuştur (Frerichs ve diğerleri, 1981). Cho ve diğerleri (1998) 20-59 yaş aralığındaki 3711 kişiyle yürüttükleri çalışmada bireylerin %25.31'inde majör depresyon olduğunu; kadınlarda %10.42, erkeklerde ise %6.83 majör depresyon yaygınlığı olduğunu bildirmişlerdir.

Düşük gelirli ve küçük çocukları olan annelerden oluşan bir örnekleme gerçekleştirilen bir araştırmada depresif belirtilerin yaygınlığı %48 olarak bulunmuştur (Hall ve diğerleri, 1985). Menopoz öncesi dönemdeki 36-44 yaş aralığında 4161 kadınla yapılan araştırmada kadınların %43.2'sinin bir dönem aralıksız iki haftalık süre boyunca depresif veya keyifsiz hissettiği bildirilmiştir (Harlow ve diğerleri, 1999). 171 evli kadınla yapılan bir araştırmada depresyon yaygınlığı %62 olarak bulunmuştur (Haqqi ve Faizi, 2010). Zainab ve diğerleri, 128 evli kadınla gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcıların %65'inin depresif belirtiler gösterdiğini rapor etmiştir (Zainab ve diğerleri, 2012).

Türkiye'de yapılan yaygınlık çalışmalarına bakıldığında; kadın ve erkeklerdeki yaygınlık oranının alanyazındaki araştırmalarla uyumlu olduğu görülmüştür. Keskin ve diğerlerinin (2013) yürüttüğü çalışmada majör depresif bozukluğu yaygınlığı %24.9 olarak bulunmuş; kadınlardaki oran %31.9 iken erkeklerdeki oranın %17.9 olduğu görülmüştür. 4011 katılımcıyla gerçekleştirilen bir araştırmada majör depresif bozukluğunun bir yıllık öngörülen yaygınlığı %8.2 iken kadınlardaki yaygınlık (%11) erkeklerdeki yaygınlık oranının (%4.4) yaklaşık iki katı olarak bulunmuştur (Topuzoğlu ve diğerleri, 2015).

Timur ve Hotun Şahin 45-59 yaş aralığındaki 685 menopoz öncesi, perimenopozal ve postmenopozal kadınlardan oluşan örnekleme yaptıkları çalışmada depresyon semptomlarının yaygınlığını %41.8 olarak bildirmiştir. Menopoz öncesi kadınlardaki depresyon oranı %28.3, perimenopozal dönemdeki kadınlardaki depresyon oranı %44.9, postmenopozal dönemdeki kadınlardaki depresyon oranı %46.2 olarak bulunmuştur (Timur ve Hotun Şahin, 2010). Menopoz dönemindeki 38-75 yaş aralığında bulunan 109 kadınla yürütülen araştırmada kadınların %27.5'inde depresyon olduğu rapor edilmiştir (Erbil, 2018).

15-49 yaşları arasındaki 232 kadından oluşan örnekleme yapılan çalışmada depresyon yaygınlığı %25.8 olarak bildirilmiştir (Kayahan ve diğerleri, 2003). Benzer bir örnekleme çalışan Cengiz Özyurt ve Deveci, 15-49 yaş aralığındaki 225 evli kadında depresif belirtilerin yaygınlığının %14.7 olduğunu bulmuşlardır (Cengiz Özyurt ve Deveci, 2011). Özerdoğan ve diğerleri tarafından gerçekleştirilen araştırmada 45-65 yaş grubu evli kadınlardaki depresyon oranının %32.3 olduğu görülmüştür (Özerdoğan ve diğerleri, 2009).

### **2.3. Kaygı**

Cambridge sözlüğüne göre korku; olan veya olabilecek tehlikeli, acı verici veya kötü bir şeyden ürktüğünüzde veya endişelendiğinizde oluşan nahoş duygu veya düşünce olarak tanımlanmaktadır. Kaygı ise rahatsız edici bir tedirginlik hissi, olan veya gelecekte olabilecek bir şey hakkında endişelenmektir (Cambridge University Press, 2022). İki kavram benzer özelliklere sahip olsa da korkunun nedeni belirli iken kaygıda belirsizlik olduğu görülmektedir.

Estes ve Skinner, kaygı için iki özellik öne sürmektedir: Bir dereceye kadar korkuya benzeyen duygusal durumdur. Rahatsız edici uyaran, durumdan önce veya durumla gelmez, öngörülür (Estes ve Skinner, 1941). Kaygının korkuya benzer olduğu belirtilmekle birlikte gelecekte olabilecek bir duruma duyulan rahatsızlık hissi olduğu vurgulanmaktadır.

Kişinin düşüncelerinin gelecekteki veya potansiyel kötü bir olaya odaklandığı kuruntu veya dehşet gibi endişe ile ilişkili duygular kaygı olarak kavramsallaştırılmaktadır (Blanchard ve Blanchard, 2008). Bakıldığında kaygının bireyin günlük işleyişini bozacak bir etkiye sahip olduğu düşünülebilir. Bu çerçevede korkuyla kaygının arasındaki farklardan biri de korkunun genellikle adaptif olarak kabul edilirken kaygının maladaptif olarak ele alınmasıdır

(Blanchard ve Blanchard, 2008). Dolayısıyla kaygı, bozukluğa dönüşmeye elverişli bir yapıya sahiptir (Meacham ve Bergstrom, 2016).

Kaygı bozukluğu riski yaratan faktörler büyük ölçüde bilinmemektedir. Bilinen bazı risk faktörleri; kadın olmak, olumsuz yaşam olayları ve davranışsal inhibisyonudur. Ayrıca kaygı bozukluğu geliştirme açısından 10-25 yaş arası en yüksek riskli dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Öte yandan bekar, dul veya boşanmış olmak, bir uğraşın olmaması veya işsiz olmak, düşük eğitim seviyesi ve düşük gelir ile kaygı bozuklukları ilişkilidir (Michael ve diğerleri, 2007). Blanco ve diğerlerinin yaptıkları çalışmada; ailede majör depresyon bozukluğu öyküsü, huzursuz aile ortamı, çocuklukta cinsel istismar, düşük eğitim düzeyi, düşük benlik saygısı ve kadın olmanın kaygı bozuklukları için risk faktörü olduğu görülmüştür. Ayrıca majör depresif bozukluk için de bu etkenler ortak risk faktörüdür (Blanco ve diğerleri, 2014).

### **2.3.1. Kaygı Bozuklukları**

#### **2.3.1.1. DSM-5 Kapsamında Kaygı Bozuklukları**

Kaygı bozuklukları, DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'nda Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık (Mutizm), Özgül Fobi, Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi), Panik Bozukluğu, Agorafobi, Yaygın Kaygı Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu, Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu başlıkları altında incelenmektedir.

Bu araştırma kapsamında Panik Bozukluk, Agorafobi, Sosyal Fobi, Özgül Fobi ve Yaygın Kaygı Bozukluğu ele alınacaktır.

#### **Panik Bozukluk**

Panik atak; çarpıntı ya da kalp hızının artması, terleme, titreme, boğuluyor gibi olma hissi, soluğun tıkanıp hissi, göğüs ağrısı ya da sıkışması, baş dönmesi ya da bayılacak gibi olma hissi, üşüme ya da ateş basması hissi, uyuşma, derealizasyon ya da depersonalizasyon, denetimi yitirme korkusu ve ölüm korkusu belirtilerinden en az dördünün ortaya çıkmasıdır. Panik bozukluk; tekrarlayan beklenmedik panik atakları ve bu atakların en az birinin ardından en az bir ay süreyle başka panik atakların olacağı veya bu atakların sonuçlarıyla ilgili sürekli

kaygı ya da endişe duyma, ataklarla ilgili davranışta uyumsuz değişiklikler gösterme belirtileriyle görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

### **Agorafobi**

Agorafobi; toplu taşıma araçlarını kullanma, açık ve kapalı yerlerde bulunma, kalabalık bir yerde bulunma veya sırada bekleme, evin dışında tek başına olma durumlarıyla ilgili kaygı ya da korku duyma, kaçmanın zor olabileceği ya da utanç veren, yetersiz bırakan belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tür durumlardan kaçınma ya da korkma ile birlikte görülebilmektedir. Agorafobik durumlar kişide korku ve kaygıya yol açar, kişi bu durumlardan kaçınır, bir eşlikçiye ihtiyaç duyar ya da korku ve kaygıyla bu durumlara katlanır. Agorafobik durumlara verilen bu tepkiler en az altı ay sürmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

### **Sosyal Fobi**

Sosyal etkileşimler, gözlenme ve diğerlerinin önünde bir eylemi gerçekleştirme gibi durumlarda neredeyse her zaman belirgin korku ya da kaygı duyma, olumsuz değerlendirilecek biçimde davranmaktan veya kaygı belirtileri göstermekten korkma belirtileri ile görülen sosyal fobide kişi karşılaştığı bu sosyal durumlardan kaçınır ya da korku veya kaygı ile bu durumlara katlanır. Bu tepkiler en altı ay süre görülmekle birlikte sosyokültürel bağlamda ve sosyal ortama göre orantısızdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

### **Özgül Fobi**

Özgül fobi; yükseklik, hayvan, iğne, kan gibi özgül durum veya nesneyle ilgili korku ya da kaygı duyulmakla birlikte görülmektedir. Bu durum veya nesne hemen her zaman kişide kaygı veya korkuyu ortaya çıkarır, kişi bu durum veya nesneden kaçınır ya da kaygı veya korkuyla buna katlanır. Fobi yaratan durum veya nesneye verilen bu tepkiler, en az altı aydır devam etmekle birlikte sosyokültürel bağlamda ya da durum veya nesnenin oluşturduğu gerçek tehlike kapsamında orantılı değildir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

## **Yaygın Kaygı Bozukluğu**

Yaygın kaygı bozukluğu; gerginlik, diken üzerinde olma veya huzursuzluk, kolay yorulma, kolay kızma, odaklanmada güçlük veya zihin boşalması, uyku bozukluğu ve kas gerginliği belirtilerinin en az üçüyle birlikte altı ay veya daha fazla zamanın çoğu gününde bazı olay veya aktivitelerle ilgili aşırı kaygı ve kontrol etmekte zorlanılan kuruntu ile görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

### **2.3.1.2. ICD-11 Kapsamında Kaygı Bozuklukları**

Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nın 11. Revizyonu'nda (ICD-11) kaygı bozuklukları Kaygı veya Korkuyla İlişkili Bozukluklar şeklinde adlandırılmaktadır. Yaygın Kaygı Bozukluğu, Panik Bozukluk, Agorafobi, Özgül Fobi, Sosyal Kaygı Bozukluğu, Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Seçici Mutizm ve Diğer Belirtilmiş Kaygı veya Korkuyla İlişkili Bozuklukları içermektedir (ICD-11, 2022).

ICD-11'in kaygı ve korkuyla ilişkili bozuklukların genel tanımı şu şekildedir:

*Kaygı veya Korkuyla İlgili Bozukluklar, aşırı korku ve kaygı ve buna bağlı davranış bozuklukları ile karakterizedir ve belirtiler, belirgin bir sıkıntıya veya işlevsellikte bozulmaya neden olacak kadar şiddetlidir. Korku ve kaygı yakından ilişkili fenomenlerdir; korku, şu anda algılanan yakın tehdide bir tepkiyi temsil ederken, kaygı, algılanan beklenen tehdide atıfta bulunarak daha geleceğe yöneliktir. Farklı Kaygı veya Korkuyla İlgili Bozuklukların birbirinden ayırt edilmesinin başlıca yollarından biri, endişenin, yani korku veya kaygıyı tetikleyen uyaranların veya durumların odak noktasıdır. Endişenin odağı, Özgül Fobide olduğu gibi oldukça özel olabilir veya Yaygın Kaygı Bozukluğunda olduğu gibi daha geniş bir durum sınıfıyla ilgili olabilir. Kaygı veya Korkuyla İlgili Bozuklukların klinik sunumu tipik olarak, endişe odağını netleştirerek bozukluklar arasında ayırım yapmaya yardımcı olabilecek belirli ilişkili bilişleri içerir.*

### **2.3.1.3. Epidemiyoloji**

Kaygı bozuklukları en yaygın ruhsal bozukluklar arasındadır (Michael ve diğerleri, 2007). 2019 verilerine göre dünya genelindeki yaygınlığın %4.05 olduğunu belirtilmektedir (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2022). Kaygı bozukluklarının yaygınlığı ve seyri

üzerinde birçok çalışma yürütülmüştür. Büyük popülasyonlarla yapılan çalışmalara göre yaşam boyu bir kaygı bozukluğundan etkilenme oranı %33.7'ye kadar çıkmaktadır (Bandelow ve Michaelis, 2015). Yapılan bir metaanaliz çalışmasında 1 yıllık yaygınlık oranı %10.6 bulunurken yaşam boyu yaygınlığın ise %16.6 olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte kadınlardaki yaygınlığın erkeklerin yaklaşık 2 katı olduğu bulunmuştur (Somers ve diğerleri, 2006). Ramón-Arbués ve diğerlerinin üniversite öğrencileriyle yürüttükleri çalışmada kaygı yaygınlığı %23.6 olarak bildirilirken kadınlardaki oran %27.4, erkeklerdeki oran %14.5 olarak bulunmuştur (Ramón-Arbués ve diğerleri, 2020).

20-95 yaş aralığındaki 1095 kadınla gerçekleştirilen araştırmada örneklemin %13.5'inde kaygı bozukluğu olduğu görülmüştür (Williams ve diğerleri, 2010). Üniversite öğrencisi olan 871 kadınla yürütülen araştırmada kaygı yaygınlığı %22.8 olarak bildirilmiştir (Blanco ve diğerleri, 2021). Ayub ve diğerleri 650 evli kadından oluşan örnekleme yaptıkları çalışmada kadınlardaki yaygın kaygı bozukluğu oranının %17.08, panik bozukluk oranının %11.59, agorafobi oranının %10.97, sosyal fobi oranının %2.19 olduğunu rapor etmişlerdir (Ayub ve diğerleri, 2009).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; 1475 yetişkinle yürütülen bir araştırmada kaygı bozukluğu oranı %29 olarak bulunmuştur. Kadınlardaki yaygınlığın %36.4, erkeklerdeki yaygınlığın %21.4 olduğu bildirilmiştir (Keskin ve diğerleri, 2013). Bayram ve Bilgel (2008) 1617 üniversite öğrencisiyle gerçekleştirdikleri çalışmada örneklemin %47.1'inin kaygı seviyesinin orta şiddet ve üzerinde olduğunu bulmuştur. Kadınlardaki oranın %50.4 olduğu görülürken erkeklerdeki oran %43 olarak rapor edilmiştir. Şahingöz (2008) tarafından yapılan bir araştırmada menopoz tanılı 269 kadının %23.8'inde kaygı bozukluğu olduğu görülmüştür. Ergöl ve Kuzu (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada 15-49 yaş aralığındaki 203 evli kadının %38.4'ünde kaygı belirtileri bulunmuştur.

#### **2.4. Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi (HiTOP) Modeli**

Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi (HiTOP) Modeli, psikopatoloji ile normallik arasındaki keyfi ayrımlar, tanısal kararsızlık, ruhsal bozuklukların sınırlarının belirsizliği ve tanıların homojen olmaması sorunlarını ele almak amacıyla geliştirilmiştir (Kotov ve diğerleri, 2017). Model; normalden anormale doğru uzanan psikolojik işlev boyutları açısından psikopatolojiyi tanımlama, belirti ve uyumsuz davranışlar arasında görülen ilişkili

varyasyona dayalı boyutları belirleme ve bu boyutların daha büyük spektrumlarda birleştirilmesi ile bu sorunları çözmektedir (Kotov ve diğerleri, 2020).

Ele alınan boyutlar tüm popülasyonda adaptif olmayan özellikteki bireysel farklılıkları yansıtan psikopatolojik süreçlerdir. Örneğin; sosyal kaygı, sosyal etkileşimlerde rahatlıktan neredeyse tüm sosyal durumlarda sıkıntı duymaya kadar değişebilen bir boyuttur. Bir başka deyişle; boyutlar, çeşitten ziyade derecedeki farklılıkları yansıtır (Kotov ve diğerleri, 2017).

Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi (HiTOP) Modelinin dardan geniş doğru hiyerarşik bir şekilde düzenlenmiş beş boyutu vardır; bu boyutlar homojen bileşenler ile uyumsuz kişilik özellikleri, sendromlar, alt faktörler, spektrumlar ve süperspektrumlar şeklinde gruplanmaktadır. Homojen bileşenler, yakından ilişkili semptom belirtilerinin kümeleridir. Uyumsuz kişilik özellikleri belirli patolojik kişilik özellikleridir. Sendromlar, ilgili komponent/kişilik özelliklerinin bileşimleridir. Alt faktörler, benzer sendromları birleştirir. Spektrumlar, daha geniş sendrom kümeleridir. Süperspektrumlar ise tüm mental bozuklukların paylaştığı özellikleri temsil eden genel bir psikopatoloji faktörü gibi çoklu spektrumlardan oluşan son derece geniş boyutlardır (Kotov ve diğerleri, 2017; Kotov ve diğerleri, 2018).

Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi (HiTOP) Modelinin spektrumları; somatoform, içselleştirme, düşünce bozukluğu (veya psikotizm), daha az kısıtlanmış (disinhibited) dışsallaştırma, antagonistik dışsallaştırma, kopma (detachment) olmak üzere altı ayrı gruba ayrılmaktadır (Kotov ve diğerleri, 2017). Bu spektrumlar ise psikoz (düşünce bozukluğu ve kopma), dışsallaştırma (antagonizma ve disinhibisyon) ve duygusal bozukluk (içselleştirme ve somatoform) olmak üzere üç süperspektrum altında toplanmaktadır (Watson ve diğerleri, 2022). Spektrumlara dair bilgiler aşağıda verilmektedir.

#### **2.4.1. Psikoz**

Psikoz süperspektrumu, düşünce bozukluğu ve kopma spektrumlarını kapsamaktadır (Kotov ve diğerleri, 2020). Bu süperspektrum; şizofreni spektrumu bozuklukları, psikozlu duygudurum bozuklukları, şizotipal, paranoid şizoid, kaçınan ve histrionik kişilik bozuklukları kapsamındaki semptomlar ve uyumsuz treytlardan meydana gelmektedir. (Kotov ve diğerleri, 2017; Kotov ve diğerleri, 2020).



Düşünce bozukluğu, normal gerçeklik testinden, maladaptif treyt psikotizmine, halüsinasyonlara ve sanrılara kadar uzanan bir yapıya sahiptir (Kotov ve diğerleri, 2020). Psikotiklik, düzensizlik, ifadesizlik ve irade yitimi komponentleri; eksantriklik, bilişsel/algısal düzensizlik, olağandışı inançlar ve deneyimler, fantezi eğilimi treytleri kapsamında ele alınmaktadır (Kotov ve diğerleri, 2017).

Kopma, içe dönmeden maladaptif kopmaya, künt duygulanım ve irade yitimine doğru değişebilen bir kavram olarak incelenmektedir (Kotov ve diğerleri, 2020). Anhedoni, depresiflik, yakınlıktan kaçınma, şüphecilik, geri çekilme, kişilerarası pasiflik, insanlar ve onların yanında olmaktan hoşlanmama (disaffiliativeness; Archer, 2016) ve (düşük) ilgi çekmeye çalışma kopma spektrumunun treytlidir (Kotov ve diğerleri, 2017).

Düşünce bozukluğu ve kopma; genetik, çevresel risk faktörleri, çocukluk çağı öncülleri, bilişsel anormallikler ve tedaviye yanıt gibi ortak özellikleri taşımaktadır. Bu özelliklerin bazılarının bir spektruma özgüken bazılarının ortak olması iki spektrumu kapsayan bir psikoz süperspektrumunun varlığına işaret etmektedir (Kotov ve diğerleri, 2020).

#### **2.4.2. Dışsallaştırma**

Daha az kısıtlanmış (disinhibited) dışsallaştırma ve antagonistik dışsallaştırma bu süperpspektrumun altında incelenen spektrumlardır. Dışsallaştırma süperspektrumu, dürtü kontrolü ve kendini ortaya koymanın normatif seviyeleri, maladaptif disinhibisyon ve antagonizm, çoklu madde kullanımı ve kişilik psikopatolojisi gibi geniş bir yelpazeye uzanmaktadır (Krueger ve diğerleri, 2021). Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yetişkin antisosyal davranışı ve madde kullanım bozuklukları dışsallaştırma kapsamında ele alınmaktadır (Kotov ve diğerleri, 2017).

Daha az kısıtlanmış dışsallaştırma; alkol kullanımı ve problemleri, esrar kullanımı ve problemleri, uyuşturucu kullanımı ve problemleri bileşenlerini içermektedir. Bu bileşenleri tamamlayıcı özelliklere sahip, sorunlu dürtüsellik, sorumsuzluk, hırsızlık, dikkat dağınıklığı, risk alma, (düşük) katı mükemmeliyetçilik, (düşük) ruminatif düşünme, (düşük) işkoliklik treytlерinden oluşmaktadır (Kotov ve diğerleri, 2017).

İlgi çekmeye çalışma, vurdumduymazlık, sahtekarlık, büyüklenmecilik, manipülatiflik, kabalık, benmerkezcilik, baskınlık, çapkınlık, (düşük) ürkeklik antagonistik dışsallaştırmanın treytları olarak belirtilmektedir (Kotov ve diğeri, 2017).

Daha az kısıtlanmış dışsallaştırma, madde kullanımı alt faktörü; antagonistik dışsallaştırma narsisistik, histionik, paranoid ve borderline kişilik bozukluklarını kapsayan sendromlar kümesinden oluşmaktadır. Bununla birlikte bu iki spektrum antisosyal davranış alt faktörünü paylaşmaktadır (Kotov ve diğeri, 2017).

### **2.4.3. Duygusal Bozukluk**

Duygusal bozukluk, içselleştirme ve somatoform spektrumlarını kapsayan bir süperspektrumdur. Bu süperspektrum; depresyon, kaygı, travmayla ilişkili bozukluklar, yeme bozuklukları, bipolar bozukluk ve somatik semptom bozuklukları ile birlikte cinsel işlev bozukluğu ve kişilik bozukluklarını kapsayan semptom ve maladaptif treyt boyutlarından oluşan bir yapıdadır. Duygusal bozukluk süperspektrumu içeriğindeki boyutlar büyük bir ölçüde nevrotiklikteki bireysel farklılıklar kapsamında birbirleriyle bağlantılıdır (Watson ve diğeri, 2022).

İçselleştirme spektrumu, düşük istek, uyarılmada güçlükler, orgazm bozukluğu ve cinsel ağrı sendromlarından oluşan cinsel problemler; bulimia nervosa, anoreksiya nervosa ve tıkanırcasına yeme bozukluğu sendromlarından oluşan yeme patolojisi; depresyon ve kaygı bozukluklarının yanında obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğunu içeren korku ve distres alt boyutlarından oluşmaktadır (Kotov ve diğeri, 2017).

Disfori, halsizlik, anhedoni, insomni, intihar eğilimi, ajitasyon, retardasyon, iştah kaybı/artışı, (düşük) iyi oluş, yaygın kaygı bozukluğu belirtileri, yeniden deneyimleme, kaçınma, aşırı uyarılma, hissizleşme, disosiyasyon, iritabilite ve obsesyonlar distres; etkileşimli kaygı, halka açık yerler, kapalı mekanlar, durumsal fobi, kan-enjeksiyon-yaralanma, hayvan fobisi, fizyolojik-psikolojik panik, temizleme, ritüeller ve kontrol etme korku alt boyutunun bileşenleridir. Endişeli olma, duygusal labilite, düşmanlık, perseverasyon, (düşük) kısıtlanma, duygusallık, ayrılma güvensizliği, itaatkarlık, kimlik sorunları, olumsuz ilişkiler, kırılabilirlik, uygunsuzluk ve (düşük) zarar görmezlik içselleştirme spektrumunda incelenen treytlardır (Kotov ve diğeri, 2017).

Somatoform spektrumu ise somatik belirti bozukluğu ve hastalık kaygısı bozukluğu sendromlarından oluşmaktadır. Bu spektrumu oluşturan komponentler; konversiyon, somatizasyon, kırıklık, baş ağrısı, gastrointestinal ve bilişseldir (Kotov ve diğerleri, 2017).

#### **2.4.4. Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi (HiTOP) Modeli Kapsamında Cinsel Problemler, Depresyon ve Kaygı Belirtileri**

Alanyazında birçok çalışma cinsel işlev bozukları ile depresyon ve kaygı bozuklukları arasındaki ilişkiyi incelemiştir (Kaya ve diğerleri, 2006; Lin ve diğerleri, 2012; Nascimento ve diğerleri, 2015; Özcan ve diğerleri, 2015; Rajkumar ve Kumaran, 2015). Bu değişkenlerin birbiriyle ilişkili olduğu bu alanda yapılan çok sayıdaki araştırmayla görülebilmektedir. Çeşitli çalışmalar cinsel işlev bozukluğunun bu komorbiditeyi açıklayan içselleştirme spektrumu kapsamında ele alınmasını önermektedir (Laurent ve Simons, 2009; Forbes ve diğerleri, 2017).

Clark ve Watson (1991) kaygı ve depresyonun birlikte ele alınabileceği genel distres, fizyolojik aşırı uyarılma ve anhedoni boyutlarından oluşan üçlü (tripartite) bir model öne sürmüştür. Fizyolojik aşırı uyarılma kaygıya, pozitif duygulanımın yokluğu (anhedoni) depresyona özgü boyutlar olarak ele alınırken genel distres, kaygı ve depresyon tarafından paylaşılan bileşene işaret etmektedir. Bu yapı, HiTOP Modelindeki içselleştirme spektrumunun ilk adımları olarak kabul edilebilir. İlerleyen yıllarda Krueger (1999) 10 ruhsal bozukluğu inceleyerek 3 faktörden oluşan bir model geliştirmiştir. Bu model; dışsallaştırma ile *anxious-misery* ve korku olmak üzere iki alt boyuttan oluşan içselleştirme faktörü içermektedir. Dışsallaştırma faktöründe alkol ve madde bağımlılığı ile antisosyal kişilik bozukluğu ele alınmaktadır. İçselleştirmenin *anxious-misery* boyutuna majör depresyon, distimi ve yaygın kaygı bozukluğu; korku boyutuna sosyal fobi, özgül fobi, agorafobi ve panik bozukluk yerleştirilmiştir (Krueger, 1999).

Clark ve Watson (1991)'in üçlü modelini test etmek amacıyla farklı örneklemelerde çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Kalmbach ve diğerleri (2012) üçlü model ile cinsel işlev bozuklukları ilişkisini yetişkin erkek ve kadınlardan oluşan bir örnekleme incelerken; Kalmbach ve diğerleri (2014), Kalmbach ve diğerleri (2015) kadınlar ile çalışmalarını yürütmüştür. Bu araştırmalarda ele alınan üç boyutun ortak varyansının cinsel işlev bozuklukları ile ilişkisi içselleştirme spektrumunu doğrulayıcı görünmektedir (Forbes ve diğerleri, 2017).

Krueger (1999)'un içselleştirme spektrumu modelini temel alan çalışmalar distres, korku ve cinsel problemler boyutlarından oluşan bir içselleştirme spektrumu önermektedir (Forbes ve Schniering, 2013; Forbes ve diğerleri, 2016a; Forbes ve diğerleri, 2016b). Bu çalışmalar, HiTOP Modeline cinsel problem alt boyutu eklenmesi için destek sağlamaktadır.

Bu alanda yapılan çalışmaların kadın ve erkeklerden oluşan örneklemeler üzerinden yürütüldüğünü görmüştür (Forbes ve Schniering, 2013; Forbes ve diğerleri, 2016a; Forbes ve diğerleri, 2016b; Forbes ve diğerleri, 2016c). Dolayısıyla içselleştirme spektrumunun iki cinsiyete genellenebilmesi mümkün olabilir. Öte yandan bu çalışmalarda katılımcıların cinsel işlevlerini etkileyebilecek belirli demografik değişkenlerin (partner ile ilişki, menopoz, fiziksel rahatsızlık vb.) değerlendirilmediği görülmüştür. Bu çerçevede demografik değişkenlerin ele alınması içselleştirme spektrumunun farklı özelliklere sahip bireyler üzerinden temsil edilmesine yardımcı olabilir. Araştırmalarda dikkat çeken bir başka nokta ise klinik olmayan örneklemeler ile çalışılması olmuştur. Klinik ve klinik olmayan örneklemelerin birlikte ele alınması içselleştirme spektrumu açısından karşılaştırmaların yapılabilmesine olanak sağlayabilir. Ele alınan araştırmalarda distres ve korku kapsamında depresyon, genel kaygı bozukluğu, sosyal fobi, agorafobi, panik bozukluk (Forbes ve Schniering, 2013; Forbes ve diğerleri, 2016a; Forbes ve diğerleri, 2016b) ve obsesif kompulsif bozukluk (Forbes ve diğerleri, 2016b) ölçümleri alınmıştır. Öte yandan özgül fobi ve travma sonrası stres bozukluğu gibi içselleştirme kapsamında ele alınan ruhsal bozukluk ölçümlerinin bu çalışmalarda yer almaması geliştirilebilecek bir nokta olarak göz önünde bulundurulabilir.

## **2.5. Duygu Düzenleme**

Duygu her ne kadar insan tarafından tecrübe edilse de duyguyu tanımlamak bir hayli güçtür. Duygu, geniş bir tepki yelpazesine sahip olmakla birlikte hafif-yoğun, olumlu-olumsuz, özel-genel, kısa-uzun, birincil (ilk duygusal tepki)-ikincil (duygusal tepkiye duygusal tepki) olmasına göre değişiklik göstermektedir. Duygular kişiye her zaman olmasa da çoğunlukla yardımcı olmaktadır. Bazen zararlı olabilecek duygular, duygu düzenleme aracılığıyla azaltılabilir, artırılabilir ya da sürdürülebilir (Werner ve Gross, 2010).

Duygu düzenleme, bireyin hangi duygulara sahip olduğuna, bunları nasıl deneyimlediğine ve nasıl açığa vurduğuna etki eden süreçleri ifade etmektedir. Duygu düzenleyici süreçler otomatik-kontrollü, bilinçli-bilinçsiz olabilir. Duygu üretme sürecindeki

etkileri bir veya daha fazla noktada açığa çıkabilmektedir (Gross, 1998b). Gross, duygu üretilmeden önce (yeniden değerlendirme) ve sonrasında (bastırma) olmak üzere iki ana duygu düzenleme sürecini önermektedir (Gross, 1998a). Bu iki süreci ayrıntılandırarak beş farklı aşamada incelemiştir. Bu aşamalar; durum seçimi, durum modifikasyonu, dikkat dağıtımı, bilişsel değişim ve tepki modülasyonudur (Gross, 1998b). Aşamaların ilk dördü öncül odaklı (duygu üretilmeden önce), sonuncusu ise tepki odaklı (duygu üretildikten sonra) şeklinde gruplandırılmaktadır (Gross, 2001).

Gross ve John (2003) yaptıkları çalışmalarda yeniden değerlendirme ile bastırma süreçlerini kullanan bireylerin farklılıklarını incelemiştir. Yeniden değerlendirmeyi sıklıkla kullanan bireylerin duygu üretme sürecine erken müdahale edebildikleri sonucuna ulaşmışlardır. Bu bireyler daha az olumsuz duygu yaşarken hissettikleri olumlu ve olumsuz duyguları paylaşma olasılıkları daha yüksektir. Ayrıca arkadaşlarıyla yakın ilişkileri vardır. Daha az depresif belirtiyeye, daha fazla özsaygıya ve yaşam doyumuna sahiptirler. Bastırmayı sıklıkla kullanan bireyler ise duygu üretme sürecine geç müdahale ederler. Duygularını daha az olumlu görürken kendilerini kötü hissettiren olaylar hakkında uzunca düşünürler. Duygularını başkalarıyla paylaşma konusunda isteksiz olmakla birlikte yakın ilişkilerden kaçınılmaktadırlar. Daha fazla depresif belirtilere, daha düşük özsaygı düzeyine sahiptirler ve yaşamdan daha az memnundurlar (Gross ve John, 2003). Yaşam boyu gelişim çerçevesinde ele alındığında artan yaşla birlikte yeniden değerlendirmenin artan, bastırmanın azalan bir şekilde kullanımı ile bireyin daha sağlıklı bir duygu düzenleme stratejisine sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca hem kısa hem de uzun vadede yeniden değerlendirmenin bastırmaya oranla daha fazla kullanımının daha sağlıklı olduğu ifade edilmektedir (John ve Gross, 2004).

Psikopatoloji ile ilişkileri incelendiğinde duygu düzenleme stratejileri, psikopatolojiye karşı koruyucu ve psikopatoloji için risk faktörü şeklinde ele alınmaktadır. Yeniden değerlendirme, problem çözme ve kabul etme adaptif stratejileri psikopatolojiyle daha az ilişkiyken; bastırma, kaçınma ve ruminasyon maladaptif stratejileri psikopatolojiyle daha çok ilişkilidir (Aldao ve diğerleri, 2010).

Duygu düzenleme süreci, kişi ve kişi ile çevresinin etkileşiminden daha karmaşık boyutlara sahip bir yapıdadır. Aldao (2013) bu süreç için çeşitli bileşenler önermektedir. Bu bileşenler; düzenlemeyi gerçekleştiren organizma, çevrede duygu uyandıran uyarıcılar, stratejilerin seçimi ve uygulanması, dikkate alınan sonuç türleri olmak üzere dört ana başlıkta incelenmektedir. Düzenlemeyi gerçekleştiren organizma, demografik özellikler, kişilik yönleri, psikolojik süreçler ve psikopatoloji boyutlarına; duygu uyandıran uyarıcı, ekolojik geçerlilik ve kişilerarası süreçler boyutlarına; stratejilerin seçimi ve uygulanması, yönergeler,

kendiliğindenlik, otomatiklik, uygulama, strateji sayısı ve stratejiler arasındaki ilişki boyutlarına; dikkate alınan sonuç türleri ise duygusal alan, hedonik-enstrümantal ve kısa-uzun vadeli boyutlarına sahiptir (Aldao, 2013). Bakıldığında; kişinin doğuştan getirdiği ve kimliğini oluşturan özellikler, gelişimsel süreçler, içine doğduğu ve yaşadığı çevre, çevresiyle nasıl ilişki kurduğu gibi birçok boyut ve bu boyutların ilişkisi kişinin duygu düzenleme becerilerine etki etmektedir.

Bağlama yönelik talepler ile kişinin duygu örüntüleri anlık ilişkiler içerisinde olmakla birlikte kişinin duygu düzenlemeye yönelik kaynakları farklılık göstermektedir. Bazı koşullarda, duygu düzenleme paternleri işlevselliği bozarak psikopatolojiyi besleyebilir veya psikopatoloji belirtileri haline gelebilir. Duygu düzenleme, işlevselliği bozacak problemlerle ilişkili hale geldiğinde duygu düzenleme güçlüğü adını almaktadır (Cole ve diğerleri, 1994).

### **2.5.1. Duygu Düzenleme Güçlüğü**

Duygu düzenleme güçlüğü, olaylarla baş etmede zorlanma veya duyguların aşırı yoğunlaşması ya da devre dışı kalması şeklinde karşımıza çıkabilmektedir. Duyguların aşırı yoğunlaşması; travma, panik, korku gibi problematik ve istenmeyen duygunun yoğunluğundaki artışla kendini göstermektedir. Duygunun aşırı deaktivasyonu ise yaşamı tehdit edecek olay vb. durumlarda kaçınma ve bastırma stratejilerinin kullanıldığı depersonalizasyon, derealizasyon gibi disosiyatif deneyimleri içermektedir (Leahy ve diğerleri, 2011). Bir başka deyişle duygu düzenleme güçlüğü, duygu düzenlemenin maladaptif, işlevsiz örüntüleridir (Cole ve Hall, 2008). Ancak bu örüntülerin bağlam kapsamında kişiye yararlı olacağı düşünülebilir (Leahy ve diğerleri, 2011).

Duygu düzenleme güçlüğü belirli duygusal tepkileri içermektedir. Bunlar; a) duygular kalıcıdır ve düzenleyici girişimler etkisizdir, b) duygular uygun davranışa müdahale eder, c) ifade edilen veya deneyimlenen duygu bağlama uygun değildir, d) duygular ya çok ani ya da çok yavaş değişir (Cole ve Hall, 2008). Görüldüğü üzere duyguların deneyimlenmesi ve yansıtılması, kişinin işlevselliğini ve çevresiyle ilişkisini bozabilecek yönde değişiklik göstermektedir.

D'Agostino ve diğerleri de duygu düzenleme güçlüğü için beş farklı boyut tanımlamıştır: duygusal farkındalıkta azalma, yetersiz duygusal tepkisellik, yoğun deneyim ve duyguların ifadesi, duygusal katılık ve bilişsel yeniden değerlendirmede zorluk (D'Agostino

ve diğeri, 2017). Bu boyutlar çeşitli psikopatolojilerle ilişkili olabilmekte ya da psikopatoloji için risk faktörü oluşturabilmektedir.

### **2.5.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Depresyon ve Kaygı Belirtileri İlişkisi**

Birçok psikolojik rahatsızlık, duygu düzenleme güçlükleri ile ilişkili olabilmektedir (D'Avanzato ve diğeri, 2013). İçselleştirme bozukluklarının gelişmesinde ve sürmesinde duygu düzenleme güçlüklerinin etkisi görülebilmektedir (Dryman ve Heimberg, 2018). Çalışmalarda da depresyon ve kaygı bozuklukları ile ilişkilerin incelendiği göze çarpmaktadır (D'Avanzato ve diğeri, 2013; Paulus ve diğeri, 2016; Everaert ve Joormann, 2019). İncelenen çalışmalarda duygu düzenleme güçlükleri ile depresyon ve kaygının pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (Markarian ve diğeri, 2013; Deckert ve diğeri, 2020). Ülkemizde yapılan araştırmalara bakıldığında alanyazınla uyumlu sonuçlara ulaşıldığı tespit edilmiştir (Yumuşak, 2019; Çelik, 2021). Psikiyatri polikliniğe başvuran katılımcılardan oluşan bir örnekleme major depresyon, yaygın kaygı bozukluğu ve panik bozukluk tanılı kişilerin kontrol grubuna göre duygu düzenlemede güçlüklerinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Kavurma, 2014).

Depresyon ve kaygı bozukluklarıyla duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Majör depresif bozukluğu ve sosyal kaygısı olan bireylerin bastırma stratejilerini sıklıkla kullanırken yeniden değerlendirmeyi daha az kullandıkları tespit edilmiştir (D'Avanzato ve diğeri, 2013; Dryman ve Heimberg, 2018). Depresyon ve kaygı bozukluklarında tekrarlayan olumsuz düşünme stratejisinin yeniden değerlendirmeden daha sık kullanımı (Everaert ve Joormann, 2019), depresyonda bastırmanın çoğunlukla kullanılması duygu düzenleme güçlüğü ile bu bozukluklara yatkınlık arasında ilişkinin olabileceğine dair kanıt sağlamaktadır (Ehring ve diğeri, 2010). Türkiye'de duygu düzenleme stratejileri ile depresyon ve kaygı bozuklukları ilişkisini inceleyen çalışmaya ulaşamamıştır.

### **2.5.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Cinsel İşlev Bozuklukları İlişkisi**

Cinsel problemlerin gelişmesinde ve sürdürülmesinde duygu düzenlemedeki bozulmalar önemli bir role sahip olabilmektedir. Duygu düzenleme güçlükleri; daha kötü bir

cinsel sağlık, cinsel yanıt d6ng6s6nde g6çl6kler, d6ş6k cinsel memnuniyet ile ilişkilidir. Duygu d6zenlemede değişiklik cinsel işlev ve memnuniyet açısından olumlu etkilere sahip olabilmektedir (Fischer ve diğerleri, 2022). Duygu d6zenleme stratejileri açısından bakıldığında; kadınların cinsel iyi oluşlarının yeniden değerlendirme ve problem çözme gibi adaptif stratejiler ile pozitif y6nde, kaçınma ve bastırma gibi adaptif olmayan stratejilerle negatif y6nde ilişkili oldukları 6ne s6r6lmektedir (Dub6 ve diğerleri, 2020).

Genç yetişkin kadınlardan oluşan bir 6rnekleme (18-25 yaş) yapılan bir çalışmada duygu d6zenleme g6çl6đ6 ile cinsel memnuniyet arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (Rellini ve diğerleri, 2012). Bir başka araştırmada ise duygu d6zenlemede g6çl6k arttıa kişinin 6zel cinsel aktivitesinde d6ř6ř olduğu g6r6lm6řt6r (Stroud ve diğerleri, 2016). T6rkiye’de yapılan bir araştırmada kadınlarda duygu d6zenleme s6relerindeki g6çl6kler ile cinsel işlev bozukluklarının pozitif y6nde ilişkili olduğu rapor edilmiştir (Uluyol, 2019).

Cinsel işlevle bağlantısı olabilecek bir fakt6r olan çiftlerin ilişki kalitesi 6zerinde duygu d6zenleme g6çl6đ6n6n olumsuz bir etkisi olduğu belirtilmiştir. Duygu d6zenlemede zorluk yaşayan bireyler yakın temastan kaçınma eğiliminde olmuşlar ve bu da çiftlerin yakınlığını olumsuz y6nde etkilemiştir (Tani ve diğerleri, 2015). 6lkemizde gerçekleştirilen bir araştırmada da bu sonuçlarla uyumlu olarak duygu d6zenlemede g6çl6kler arttıa evlilik doyumunun azaldığı g6r6lm6řt6r (Yılmaz, 2019). Bakıldığında duygu d6zenleme çiftlerin ilişkileri açısından 6nemli koruyucu bir fakt6r olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu olan kadınlar ve onların erkek partnerleriyle yapılan çalışmaya g6re olumsuz duygularını d6zenlemede daha fazla g6çl6kler bildiren kadınlarda daha fazla depresyon ve kaygı olduğu g6r6lm6řt6r. Bastırmayı daha fazla kullandığını belirtenlerde daha fazla depresyon ve kaygı, daha d6ř6k ilişki doyumunu olduğu tespit edilmiştir. Yeniden değerlendirme daha fazla kullanıldığında ise aksine daha az depresyon ve kaygı belirtileri olduğu saptanmıştır. Duygu d6zenleme, kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğuyla başa çıkmada çiftlere yardımcı olabilecek 6nemli bir hedef olabilir (Dub6 ve diğerleri, 2019).

Son olarak; duygu d6zenleme g6çl6đ6 psikopatolojiler ve cinsel işlev bozukluğu açısından risk fakt6r6 olarak karşımıza çıkarken duygu d6zenleme de bu sıkıntılara karşı koruyucu bir etken işlevi g6rebilmektedir.



## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Gereç

#### 3.1.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma analitik, kesitsel bir tarama çalışmasıdır. Araştırma anket çalışması şeklinde yapılmıştır. Veriler gönüllü katılımcılardan çevrimiçi anketler aracılığıyla toplanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmış, HiTOP modeli duygu düzenleme güçlükleri ile birlikte test edilmiştir.

#### 3.1.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evreni, verilerin toplandığı 06.11.2021-10.04.2022 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine sahip olan 18 yaşından büyük evli kadınlardır. Araştırmanın örneklemini ise anketin ulaştırılabildiği çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaşından büyük evli kadınlar olarak belirlenmiştir. Çalışma, katılımcılara çevrimiçi anketler aracılığıyla uygulanmıştır. Anket formunun çevrimiçi bağlantısı sosyal medya üzerinden paylaşılarak katılımcılara ulaştırılmıştır. Çalışmanın örneklem büyüklüğü, G\*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak hesaplanmıştır (Faul ve diğerleri, 2007). Gruplar arasındaki orta büyüklükteki farklılıkları ortaya koymak amacıyla orta etki büyüklüğü ile çalışılmıştır. Analiz bulgularına göre orta etki büyüklüğü için örneklem büyüklüğü 178 olarak hesaplanmıştır. Yapılan analiz referans alınarak ve olası örneklem kaybı düşünülerek hesaplanan örneklemin %15'i kadar yedek alınmasına karar verilmiştir. Yedeklerle birlikte toplam 205 kişiye ulaşılması planlanmıştır. Analizin detaylı sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**F tests** – Linear multiple regression: Fixed model, R<sup>2</sup> deviation from zero

<b>Analysis:</b>	A priori: Compute required sample size	
<b>Input:</b> Effect size f <sup>2</sup>	=	0.15
$\alpha$ err prob	=	0.05
Power (1- $\beta$ err prob)	=	0.95
Number of predictors	=	11
<b>Output:</b>	Noncentrality parameter $\lambda$	= 26.7000000
Critical F	=	1.8467229
Numerator df	=	11
Denominator df	=	166
Total sample size	=	178
Actual power	=	0.9504223

Sonuç olarak anket formuna toplamda 375 kişi ulaşmıştır. 15 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmeyerek anket formunu göndermiştir. Katılımcıların medeni durumlarından uygun olmayan 46 kişi (22'si bekar, 24'ü dul) çalışmadan dışlanmıştır. Eşiyle aynı evde yaşamayan (10 katılımcı) ve cinsiyeti kadın olmayan (3 katılımcı) 13 kişi analize alınmamıştır. Katılımcıların soruları okuyarak yanıtladığını tespit etmek amacıyla anket formuna 4 kontrol sorusu yerleştirilmiştir. Bu soruların tümüne doğru yanıt veren katılımcının toplam puanı 10 olmaktadır. Bu soruların cevapları incelendiğinde 3 katılımcının 4 kontrol sorusundan 3'ünü yanlış işaretlediği görülmüştür. Ayrıca katılımcıların evlilik tarihleri hesaplandığında 3 kişinin anketi doldurduğu tarihte evli olmadığı tespit edilmiştir. Bu katılımcılar, veri setinden çıkarılarak analizler 295 kişi üzerinden yapılmıştır. Bu katılımcılara yönelik demografik özelliklere ilişkin bilgiler Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1'e göre çalışmaya katılan evli kadınların 24-62 yaş aralığında oldukları görülmektedir (*Ort.* = 37.06, *SS.* = 0.50). Katılımcıların yaşları genç yetişkin (24-33 yaş), menopoz öncesi dönem (34-44 yaş), menopoz dönemi (45-54 yaş), menopoz sonrası dönem (55-62 yaş) olmak üzere dört gruba ayrılmıştır (Bayraktar ve Uçanok, 2002). Araştırmaya katılan bireylerin %38'inde KCFİ'nin 25 olan kesme noktasına göre cinsel işlev bozukluğu olduğu görülmüştür (Oksuz ve Malhan, 2006). Bununla birlikte Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-

Revize Edilmiş'in 11.5 olan kesme noktasına göre katılımcıların %40'ı cinsel sıkıntı yaşamaktadır (Aydın ve diğerleri, 2016). Psikiyatrik tanı alan katılımcıların tanılarına bakıldığında ilk sırada kaygı bozukluklarının, ikinci sırada ise depresyon bozukluklarının geldiği görülmüştür. Psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların ise büyük bir çoğunlukla seçici serotonin gerilim inhibitörü (SSRI) grubundan ilaçlar kullandığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin çeşitli fiziksel rahatsızlıklar yaşadıkları görülmüş; bu bireylerde en çok tiroid ile ilgili, ardından bel ve boyun ile ilgili rahatsızlıkların ve astımın olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel rahatsızlık için kullanılan ilaçlara bakıldığında ise en çok tiroid ve ardından tansiyon ile ilgili ilaçların kullanıldığı görülmüştür.

**Tablo 1.** Çalışma katılımcılarının sosyodemografik özellikleri

Değişken	Örneklem Grupları	N	%
Yaş	24-33	127	43
	34-44	102	35
	45-54	60	20
	55-62	6	2
Meslek	Hemşire	63	21.3
	Öğretmen	25	8.1
	Ev hanımı	23	7.8
	Psikolog	21	7.1
	Ebe	17	5.8
	Memur	12	4.1
	Diğer	134	45.8
Çalışma Durumu	Çalışıyor	233	79
	Çalışmıyor	62	21
Eğitim Düzeyi	Okur yazar	0	0
	İlkokul mezunu	6	2.1
	Ortaokul mezunu	7	2.4
	Lise mezunu	26	8.8
	Ön lisans/Lisans mezunu	178	60.3
	Yüksek lisans/Doktora mezunu	78	26.4
Son 6 Aydır Yaşadığı Yer	Köy	5	1.7
	Belde	3	1
	İlçe	58	19.7
	Şehir	62	21
	Büyükşehir	167	56.6
Sosyoekonomik Durum	Gelir giderden az	57	19.3
	Gelir gidere eşit	159	53.9
	Gelir giderden fazla	79	26.8
Evlilik Süresi	0-5 yıl	119	40.3
	6-10 yıl	44	15
	11-15 yıl	38	12.9
	16-20 yıl	31	10.5
	21 yıl ve üzeri	52	17.6
	Yanlış belirtilmiş	11	3.7

**Tablo 1.** Çalışma katılımcılarının sosyodemografik özellikleri (devam)

Değişken	Örneklem Grupları	N	%
Çocuk	Yok	78	26.4
	1	70	23.7
	2	122	41.4
	3	22	7.5
	4	2	0.7
	5 ve üzeri	1	0.3
Cinsel İşlev*	Normal cinsel işlev	183	62
	Cinsel işlev bozukluğu	112	38
Cinsel Sıkıntı**	Cinsel sıkıntı yaşayan	119	40
	Cinsel sıkıntı yaşamayan	176	60
Psikiyatrik Tanı	Var	66	22.4
	Yok	229	77.6
Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu	Kullanıyor	30	10.2
	Kullanmıyor	265	89.8
Fiziksel Rahatsızlık	Var	66	22.4
	Yok	229	77.6
Fiziksel Rahatsızlık İçin İlaç Kullanma Durumu	Kullanıyor	37	12.5
	Kullanmıyor	258	87.5
Regl Dönemi	Evet	64	21.7
	Hayır	231	78.3
Düzenli Regl Olma	Evet	232	78.6
	Hayır	63	21.4
Menopoz	Menopoz değil	254	86.1
	Doğal olarak	38	12.9
	Cerrahi	2	0.7
	Belirtilmemiş	1	0.3

\*Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi'ne göre, \*\*Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği'ne göre

Tablo 2’de katılımcıların eşleriyle ilgili özellikler verilmiştir. Katılımcıların eşlerinin en çok erken boşalma, ardından ereksiyon ile ilgili problemler yaşadığı saptanmıştır. Bir kişi eşinin cinsel rahatsızlığı için ilaç kullandığını belirtmiş; ilaçların Dostinex ve Deltacortril olduğu görülmüştür.

**Tablo 2.** Çalışma katılımcılarının eşleriyle ilgili özellikler

Değişken	Örneklem Grupları	N	%
Eşle Arasındaki İlişki	Çok iyi	92	31.2
	İyi	107	36.3
	Orta	53	17.9
	Pek iyi değil	25	8.5
	Hiç iyi değil	18	6.1
Eşin Cinsel Rahatsızlığı	Var	16	5.4
	Yok	279	94.6
Eşin Cinsel Rahatsızlık İçin İlaç Kullanma Durumu	Kullanıyor	1	0.3
	Kullanmıyor	294	99.7

### **3.1.3. Veri Toplama Zaman Aralığı**

Araştırma verileri 06.11.2021-10.04.2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

### **3.1.4. Araştırmanın Uygulandığı Yer**

Araştırma Google Formlar ile hazırlanan çevrimiçi anketler aracılığıyla uygulanmıştır. Katılımcılara ulaşabilmek amacıyla anketin bağlantısı sosyal medyada paylaşılmıştır.

(Anket Formu'nun çevrimiçi versiyonuna bu bağlantıdan ulaşabilirsiniz:  
<https://forms.gle/hcAJ7z7L9C21msMD6> )

### **3.1.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırmaya katılan evli kadınlara Demografik Bilgi Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş (KCSÖ-RE), Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II (DKBE-II) ve Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) uygulanmıştır.

#### **3.1.5.1. Demografik Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formunda katılımcıların cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumları, medeni durumları, meslekleri, psikiyatrik bir tanı alıp almadıkları, fiziksel bir rahatsızlıklarının olup olmadığı, eşlerinin cinsel bir rahatsızlığının olup olmadığı, regl ve menopoz dönemleri ile ilgili sorular sorulmuştur (Kalmbach ve diğerleri, 2015; Varghese ve diğerleri, 2012; Wong ve Forbes, 2020; Zhang ve diğerleri, 2015). (Ek 1).

### 3.1.5.2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi

Rosen ve diğerleri (2000) tarafından geliştirilen ölçek 19 maddeden oluşmaktadır. Yetişkin kadınlarda cinsel fonksiyon alanlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin geliştirildiği örneklem 21-69 yaş aralığındaki kadınlardan oluşmaktadır. Ölçeğin 1., 2., 15. ve 16. maddeleri 5'li Likert tipinde (1-5 skor aralığı), geriye kalan diğer maddeler 6'lı Likert tipinde (0-5 skor aralığı) düzenlenmiştir. Ölçek maddelerinde ters ifadeler bulunmamaktadır. İstek, öznel uyarılma, lubrikasyon, orgazm, genel memnuniyet ve ağrıyı değerlendiren 6 alt boyutu içermektedir. Ölçekten alınan puanların azalması cinsel fonksiyon alanlarında sıkıntıya işaret etmektedir. Cronbach alfa katsayısı 0.97, test tekrar test güvenilirliği 0.88'dir.

Ölçekten alınan toplam puanın 25 puandan fazla olması normal cinsel işlevi gösterirken 25'in altındaki puanlar cinsel işlev bozukluğu olarak ele alınmaktadır (Oksuz ve Malhan, 2006). Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öksüz ve Malhan (2005) tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.95, test tekrar test güvenilirliği 0.92 olarak bulunmuştur. Aygin ve Eti Aslan (2005) da ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır; çalışmalarında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.98, test tekrar test güvenilirliği 0.75 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.97 olarak hesaplanmıştır (Ek 2).

### 3.1.5.3. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş

Ölçek, DeRogatis ve diğerleri (2008) tarafından geliştirilmiştir. 13 maddeden oluşmaktadır ve 5'li Likert tipi üzerinden (0-4 skor aralığı) derecelendirilmektedir. Ölçek, 18-50 yaş aralığındaki kadınlardan oluşan bir örneklem ile geliştirilmiştir. Ölçekten alınan toplam puanın artışı daha yüksek cinsel sıkıntıya işaret etmektedir ve 11 puan kesme noktası olarak belirlenmiştir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değerleri 0.88 ile 0.97 arasında, test tekrar test güvenilirliği ise 0.88 ile 0.93 arasında değişmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aydın ve diğerleri (2016) tarafından gerçekleştirilmiştir, çalışmada ölçeğin kesme puanı 11.5 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach alfa katsayısı 0.98'dir. Test tekrar test güvenilirliği 0.92 ile 0.94

arasında değişmektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.95 olarak hesaplanmıştır (Ek 3).

#### **3.1.5.4. Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II**

Watson ve diğerleri (2012) tarafından geliştirilen ölçek 99 maddeden oluşmaktadır. Depresyon, kaygı ve bipolar semptomlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin geliştirme ve geçerlik çalışmaları üniversite öğrencileri, yetişkinler ve psikiyatrik hastalardan oluşan örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Ölçekte verilen semptomların her birinin son iki hafta içinde ne ölçüde deneyimlendiği 5'li Likert ölçeği ile değerlendirilmektedir. Bu çalışmada ölçek; son dört haftayı değerlendirecek şekilde değiştirilmiştir. Ölçek, 18 alt boyutu içeren (disfori, travmatik kaçınma, travmatik intrüzyonlar, panik, insomni, klostrofobi, sosyal kaygı, halsizlik, iştah kaybı, intihar eğilimi, huysuzluk, mani, kontrol etme, temizleme, düzenleme, iştah artışı, öfori, iyi oluş); distres, obsesyon/korku ve olumlu ruh hali olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Buna ek olarak alt boyutlardan bazı maddeleri içeren genel depresyon adında 20 maddelik bir alt ölçek bulunmaktadır. Genel depresyon alt boyutunda olumlu ifade içeren 2 madde ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanların artması değerlendirilen belirtilerdeki artışa işaret etmektedir. Ölçeğin iç tutarlığı için Cronbach alfa katsayı değerleri 0.72 ile 0.90 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Irak ve Oral-Albayrak (2020) tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkçe versiyonun Cronbach alfa katsayıları intihar eğilimi alt boyutu dışında (klinik örneklem: 0.48 ve klinik olmayan örneklem: 0.49) 0.66 ile 0.91 arasında değişmektedir. Ölçeğin test tekrar test güvenilirliği iştah kaybı ve sosyal kaygı alt boyutları için anlamlı bulunmamakla birlikte diğer alt boyutların puanları 0.22 ile 0.56 arasında değişmektedir. Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayılarının 0.71 ile 0.91 arasında değiştiği görülmüştür (Ek 4).

#### **3.1.5.5. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği**

Ölçek, Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilmiştir, 36 maddeden oluşmaktadır. 5'li Likert tipinde derecelendirilmektedir. Ölçek maddelerinden olumlu ifadeler içeren 10 madde ters puanlanmaktadır. Ölçek; farkındalık, açıklık, kabul etmeme, stratejiler, dürtü ve

amaçları ölçen 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, 18-55 yaş aralığındaki kadın ve erkek katılımcılar üzerinde geliştirilmiştir. Ölçekten alınan yüksek puanlar duygu düzenlemede güçlük olduğunu göstermektedir. Cronbach alfa katsayısı 0.93, test tekrar test güvenilirliği 0.88 olarak bulunmuştur. Rugancı ve Gençöz (2010) ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmiştir. Türkçe versiyonun Cronbach alfa katsayısı 0.94, test tekrar test güvenilirliği için sınıfıçi korelasyon katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Çevrimiçi örneklem üzerinden yürütülen bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.86 olarak hesaplanmıştır (Ek 5).

### **3.1.5.6. Kontrol Soruları**

Ölçek maddelerinin arasına anket sorularının okunarak cevaplanıp cevaplanmadığını belirlemek amacıyla; ‘Bu soruyu okuyorsanız 2. şıkkı işaretleyiniz.’ şeklinde olmak üzere ankette kullanılan ölçeklerin her birine birer tane, toplamda 4 tane kontrol maddesi yerleştirilmiştir.

### **3.1.6. Verilerin Toplanması**

Hazırlanan anket formunda; araştırmanın adı, amacı, çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, toplanan bilgilerin ne amaçla kullanılacağı, ad-soyad gibi bilgilerin istenmediği ve anketi tamamlamanın ne kadar süreceği gibi bilgilere yer verilmiştir. Bilgilendirilmiş Onam Formunu onaylayan katılımcılar Demografik Bilgi Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş (KCSÖ-RE), Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II (DKBE-II), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ)’nden oluşan anket formuna yönlendirilmiştir.



## **3.2. Yöntem**

### **3.2.1. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma, sosyal medya aracılığıyla ulaşılan evli kadınlarla sınırlıdır. Bu yüzden sosyal medya kullanmayan kişilere ulaşılamamıştır. Çalışmanın belirli sosyal medya araçlarıyla yürütülmesinin, Türkiye'deki cinsel açıdan aktif evli kadınlara genellenmesini etkileyebileceği düşünülmektedir. Yürütülen çalışmanın kesitsel olması değişkenler arasındaki zamansal ilişkileri ortaya koymada engel oluşturmaktadır.

### **3.2.2. Araştırmanın Güçlükleri**

Araştırmanın cinsellik gibi insan hayatının özel bir alanında yapılması, anketin uzun ölçüm araçlarından oluşması ve anketi doldurmanın yaklaşık 25 dakika kadar sürmesi katılımcıların araştırmaya katılımını etkileyen güçlükler olarak ele alınabilir.

### **3.2.3. Bağımlı/Bağımsız Değişkenler**

Bağımlı değişkenler; Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş puanlarından oluşmaktadır.

Bağımsız değişkenleri ise Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri-II ve Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği puanları oluşturmaktadır.

### **3.2.4. Dâhil Edilme ve Dışlama Kriterleri**

Araştırmaya katılacak kişilerin Türkçe okuma ve yazma biliyor olmaları, 18 yaşından büyük olmaları ve bu kişilerin internet erişimine sahip olmaları çalışmaya dahil edilme kriterleridir.

Araştırmanın dışlama kriterleri; anket formunun eksik doldurulması ve evli olup eşinden ayrı yaşamak olarak belirlenmiştir.

### 3.2.5. İstatistiksel Yöntemler

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS 26 ve IBM AMOS 24 programları aracılığıyla incelenmiştir. Analiz aşamasına geçilmeden önce veri setindeki değişkenlere ilişkin minimum ve maksimum değerleri incelenerek giriş hatalarının olmadığından emin olunmuştur. Çevrimiçi anketler aracılığıyla toplanan verilerde bütün soruların yanıtlanması zorunlu hale getirildiği için eksik veri bulunmamaktadır. Verilerin dağılımları kontrol edilerek uç değerlerin olup olmadığı tespit edilmiştir. z puanına göre ( $\pm 3.29$ ) ölçeklerden alınan toplam puanlarda uç değer bulunmadığı saptanmıştır. Tüm değişkenlerin Mahalanobis uzaklıkları incelenmiş, .001 anlamlılık düzeyine göre uç değer bulunmadığı görülmüştür. Araştırma değişkenleri normal dağılım varsayımı kapsamında incelenmiştir. Değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmış, bu değerlerin -2 ile +2 arasında olduğu görülmüştür (George ve Mallery, 2010). Buna göre verilerin normal dağılım varsayımını karşıladığı düşünülmüştür.

Öncelikle katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlara yönelik betimleyici istatistiksel analizler yapılmıştır. Çalışma değişkenlerine ilişkin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri hesaplanmıştır. Ardından ölçekler ve ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkiler korelasyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Bağımlı değişkenlere ilişkin puanların (KCFİ ve KCSÖ-RE) demografik değişkenlere göre (psikiyatrik tanı, fiziksel rahatsızlık, menopoz, düzenli regl ve eşin cinsel rahatsızlığı) farklılaşıp farklılaşmadığı t-testi analizleri ile incelenmiştir. Depresyon ve kaygı belirtileri, duygu düzenlemede güçlüklerin demografik değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde bağımlı değişkenleri yordama gücü hiyerarşik regresyon analizleri ile hesaplanmıştır. HiTOP Modeli kapsamında üç boyuttan oluşan içselleştirme spektrumu ve duygu düzenlemede güçlüklerin içselleştirme spektrumunu yordama gücü Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) ile sınanmıştır. Verilerin HiTOP modeli kapsamında ele alınması değişkenler arasında ilişkilerin eş zamanlı olarak görülmesini sağlamıştır. Ancak analizde değişkenler arasındaki çapraz yüklemeler (cross-loadings) ele alınamadığı için veriler arasındaki karşılıklı ilişkiler ayrıntılı olarak incelenememiştir (Forbes ve diğerleri, 2017; Morin ve diğerleri, 2016; Wong ve Forbes, 2020).

### 3.2.6. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 2021/043 nolu, E-21347915-050.04.04-72319 sayılı onayı ile gerçekleştirilmiştir (Ek 6). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi resmi izin yazışmaları kurulundan onay alındıktan sonra araştırma verileri toplanmaya başlanmıştır (Ek 7). Katılımcılar anketi doldurmadan önce Bilgilendirilmiş Onam Formunu okumuş (Ek 8), formu onaylamaları halinde Anket Formuna ulaşabilmişlerdir. Anket Formu'nda katılımcılardan kimliklerini belli edecek kişisel bilgiler istenmemiştir. Anketi doldururken rahatsız olmaları halinde herhangi bir aşamada çalışmadan çekilebilecekleri katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formunda belirtilmiştir. Araştırmada kullanılmış olan Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş, Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II ve Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği için ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan yazarlardan gerekli izinler alınmıştır (Ek 9, Ek 10, Ek 11). Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi anonim olarak kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde öncelikle çalışmada kullanılan değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Ardından değişkenler arasındaki ilişkilerin incelendiği korelasyon analizleri, bağımlı değişkenlerin çeşitli demografik değişkenler açısından gruplar arası farklılıklarını ortaya koyan t-testi analizleri, cinsel işlev ve cinsel sıkıntının ne ölçüde yordandığını gösteren regresyon analizleri aktarılmıştır. Son olarak HiTOP Modeli kapsamında ele alınan içselleştirme spektrumu ve içselleştirme spektrumu ile duygu düzenlemede güçlüklerin ilişkisi yapısal eşitlik modelleri aracılığıyla incelenmiştir.

### 4.1. Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Evli kadınlardan toplanan verilerden elde edilen ölçek toplam puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 3'te yer almaktadır. Katılımcıların KCFİ toplam puanlarına bakıldığında 25 kesme puanına göre örneklemin normal cinsel işleve sahip katılımcılardan oluştuğu düşünülmektedir (Oksuz ve Malhan, 2006). KCSÖ-RE puanlarına bakıldığında 11.5 kesme puanına göre katılımcıların cinsel sıkıntı yaşadığı söylenebilir (Aydın ve diğerleri, 2016).

**Tablo 3.** Çalışma değişkenlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Ölçekler	Ort. (SS)	Çarpıklık	Basıklık	Min.-Maks.
KCFİ	25.12(8.85)	-1.18	.50	2-36
KCSÖ-RE	12.99(13.92)	1.23	.59	0-52
DKBE-II Distres	12.35(4.05)	.63	-.24	5.73-24.36
DKBE-II Korku	11.28(4.24)	.47	-.65	5-22.5
DKBE-II Olumlu Ruh Hali	14.38(3.65)	.01	-.38	6-25
DDGÖ	79.61(21.98)	.56	-.21	35-149

N=295

*KCFİ: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, KCSÖ-RE: Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş, DKBE-II: Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği*

## 4.2. Değişkenler Arasındaki İlişkiler

Çalışmada kullanılan değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiş, bu değişkenlere ilişkin Pearson Korelasyon Katsayıları Tablo 4'te verilmiştir. Korelasyon katsayısının (r) etki büyüklüğü için 'r= .10 küçük, r= .30 orta, r= .50 büyük' değerleri referans alınmıştır (Cohen, 1988).

Analiz sonuçlarına göre cinsel işlevlerin; cinsel sıkıntı ile negatif yönde güçlü düzeyde ( $r = -.69, p < .001$ ), duygu düzenlemede güçlükler ile negatif yönde orta düzeyde ( $r = -.30, p < .001$ ), distres ile negatif yönde düşük düzeyde ilişkili ( $r = -.29, p < .001$ ) olduğu görülürken korku değişkeniyle arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Ayrıca cinsel işlevler olumlu ruh haliyle pozitif yönde düşük düzeyde ilişki göstermektedir ( $r = .21, p < .001$ ). Cinsel sıkıntı, distres ( $r = .49, p < .001$ ) ve duygu düzenlemede güçlükler ( $r = .49, p < .001$ ) ile pozitif yönde orta düzeyde, korku ile pozitif yönde düşük düzeyde ( $r = .29, p < .001$ ); olumlu ruh haliyle ise negatif yönde düşük düzeyde ilişkilidir ( $r = -.14, p < .05$ ). Distres, korku ile pozitif yönde orta düzeyde ilişki gösterirken ( $r = .49, p < .001$ ) olumlu ruh haliyle negatif yönde zayıf ilişki göstermektedir ( $r = -.22, p < .001$ ). Korku ile olumlu ruh hali ise düşük düzeyde pozitif yönde ilişkili bulunmuştur ( $r = .24, p < .001$ ). Duygu düzenlemede güçlükler ise distres ( $r = .67, p < .001$ ) ve korku ( $r = .25, p < .001$ ) ile pozitif, olumlu ruh haliyle ( $r = -.30, p < .001$ ) negatif ilişki göstermektedir.

**Tablo 4.** Çalışma değişkenlerinin Pearson korelasyon katsayıları

	1	2	3	4	5	6
1. KCFİ	-					
2. KCSÖ-RE	-.69**	-				
3. DKBE-II Distres	-.29**	.49**	-			
4. DKBE-II Korku	-.07	.29**	.49**	-		
5. DKBE-II Olumlu Ruh Hali	.21**	-.14*	-.22**	.24**	-	
6. DDGÖ	-.30**	.49**	.67**	.25**	-.30**	-

*KCFİ: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, KCSÖ-RE: Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş, DKBE-II: Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$*

### 4.3. Ölçeklerin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

Çalışmada kullanılan ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Katsayıları aracılığıyla incelenmiş ve Tablo 5’te sunulmuştur.

Cinsel sıkıntı ile KCFİ’nin istek ( $r = -.51, p < .001$ ), uyarılma ( $r = -.65, p < .001$ ), lubrikasyon ( $r = -.55, p < .001$ ), orgazm ( $r = -.63, p < .001$ ) ve memnuniyet ( $r = -.73, p < .001$ ) alt boyutlarının negatif yönde yüksek düzeyde ilişkili olduğu görülürken cinsel sıkıntı ile ağrı alt boyutu negatif yönde orta düzeyde ilişkili bulunmuştur ( $r = -.46, p < .001$ ). Bir başka deyişle cinsel sıkıntı arttıkça cinsel işlevlerin düştüğü söylenebilir.

KCFİ’nin alt boyutlarıyla distresin alt boyutları (disfori, huysuzluk, panik, halsizlik, travmatik intrüzyon, sosyal kaygı, mani, insomni, intihar eğilimi, travmatik kaçınma, iştah kaybı) arasındaki ilişkilere bakıldığında, sosyal kaygı ile lubrikasyon ve ağrı; mani ile cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve ağrı; intihar eğilimi ile lubrikasyon; travmatik kaçınma ile cinsel istek, lubrikasyon ve ağrı; iştah kaybı ile ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Bu alt boyutlar dışında cinsel işlevler ile distres arasında negatif ilişkilerin olduğu görülmüştür ( $r = -.12$  ile  $-.35$  arasında). Korkunun alt boyutlarıyla (düzenleme, kontrol etme, klostrofobi, temizleme) cinsel işlevler arasındaki ilişkiler incelendiğinde kontrol etme ile uyarılma ( $r = -.12, p < .05$ ); klostrofobi ile uyarılma ( $r = -.13, p < .05$ ), memnuniyet ( $r = -.16, p < .001$ ) ve ağrı ( $r = -.12, p < .05$ ) arasında düşük düzeyde negatif ilişkiler olduğu görülmüştür. Bu ilişkiler dışında korkunun alt boyutlarıyla cinsel işlevin alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Olumlu ruh halinin alt boyutları (öfori, iyi oluş, iştah artışı) ile ilişkilere bakıldığında öfori ile cinsel istek ( $r = .13, p < .05$ ), orgazm ( $r = .15, p < .05$ ) ve memnuniyet ( $r = .12, p < .05$ ) düşük düzeyde pozitif, iyi oluş ile memnuniyet orta düzeyde pozitif ( $r = .30, p < .001$ ), iyi oluş ile istek ( $r = .28, p < .001$ ), uyarılma ( $r = .27, p < .001$ ), lubrikasyon ( $r = .19, p < .001$ ), orgazm ( $r = .29, p < .001$ ) ve ağrı ( $r = .15, p < .05$ ) düşük düzeyde pozitif, iştah artışı ile orgazm düşük düzeyde negatif yönde ilişki göstermektedir ( $r = -.12, p < .05$ ). Öfori ile uyarılma, lubrikasyon ve ağrı; iştah artışı ile istek, uyarılma, lubrikasyon, memnuniyet ve ağrı alt boyutları arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ ). Duygu düzenlemede güçlüklerin alt boyutları (farkındalık, açıklık, kabul etmeme, strateji, dürtü, amaç) ile cinsel işlevler arasındaki ilişkilere bakıldığında, kabul etmeme ile cinsel istek; amaç ile lubrikasyon ve ağrı; farkındalık, açıklık ve kabul etmeme ile ağrı arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak



anlamli bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Bu alt boyutlar dışında, duygu düzenlemede güçlükler ile cinsel işlevler arasında negatif yönde ilişkilerin olduğu görülmüştür ( $r = -.12$  ile  $-.38$  arasında).

Cinsel sıkıntı ile distresin alt boyutları arasında düşük ve orta düzeyde pozitif ilişkiler olduğu görülmüştür. Cinsel sıkıntı ile disfori, panik, sosyal kaygı, huysuzluk, travmatik intrüzyonlar, halsizlik ve intihar eğilimi pozitif yönde orta düzeyde ilişkiliyken ( $r = .35$  ile  $.48$  arasında, tüm  $p$ 'ler  $< .001$ ); mani, insomni, travmatik kaçınma ve iştah kaybı pozitif yönde düşük düzeyde ilişkili bulunmuştur ( $r = .23$  ile  $.28$  arasında, tüm  $p$ 'ler  $< .001$ ). Cinsel sıkıntı ile korkunun alt boyutları arasındaki ilişkilere bakıldığında; cinsel sıkıntının klostrofobi ile orta düzeyde pozitif ( $r = .36$ ,  $p < .001$ ); düzenleme ( $r = .26$ ,  $p < .001$ ), kontrol etme ( $r = .29$ ,  $p < .001$ ) ve temizleme ( $r = .12$ ,  $p < .05$ ) ile düşük düzeyde pozitif ilişki gösterdiği saptanmıştır. Olumlu ruh halinin alt boyutlarının cinsel sıkıntı ile olan ilişkilerine bakıldığında; iştah artışı ile düşük düzeyde pozitif ( $r = .17$ ,  $p < .001$ ), iyi oluş ile düşük düzeyde negatif ilişki ( $r = -.29$ ,  $p < .001$ ) görülürken öfori ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Cinsel sıkıntı ile duygu düzenlemede güçlüklerin tüm alt boyutlarının pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür ( $r = .27$  ile  $.45$  arasında, tüm  $p$ 'ler  $< .001$ )

Duygu düzenlemede güçlüklerin alt boyutları ile distresin alt boyutları arasındaki ilişkilere bakıldığında, farkındalık ile mani ve travmatik kaçınma; açıklık ile mani; amaç ile iştah kaybı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ ). Belirtilen alt boyutlar dışında, duygu düzenlemede güçlüklerin alt boyutları ile distresin alt boyutları arasında pozitif ilişkiler olduğu görülmüştür ( $r = .14$  ile  $.67$  arasında). Duygu düzenlemede güçlüklerin alt boyutları ile korkunun alt boyutlarının ilişkilerine bakıldığında, farkındalık ile düzenleme, kontrol etme, klostrofobi ve temizleme; açıklık ile düzenleme ve temizleme; strateji ve amaç ile temizleme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Duygu düzenlemede güçlükler ve korkuya ilişkin diğer alt boyutlar arasında pozitif ilişkilerin olduğu görülmüştür ( $r = .12$  ile  $.39$  arasında). Olumlu ruh halinin alt boyutları ile duygu düzenlemede güçlüklerin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; iyi oluş alt boyutunun duygu düzenlemede güçlüklerin alt boyutlarıyla negatif yönde orta düzeyde ilişkili ( $r = -.33$  ile  $-.48$  arasında, tüm  $p$ 'ler  $< .001$ ), öfori alt boyutu ile farkındalığın negatif yönde düşük düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür ( $r = -.25$ ,  $p < .001$ ). İştah artışı, farkındalık alt boyutu dışındaki tüm duygu düzenlemede güçlükler alt boyutlarıyla pozitif yönde düşük düzeyde ilişkilidir ( $r = .15$  ile  $.20$  arasında, tüm  $p$ 'ler  $< .001$ ). Öfori ile açıklık, kabul etmeme, strateji, dürtü ve amaç; iştah artışı ile farkındalık arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

**Tablo 5.** Çalışma değişkenlerine ait alt boyutların Pearson korelasyon katsayıları

	Ort.	SS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1.İstek	3.63	1.28	-																	
2.Uyarılma	3.94	1.72	.66	-																
3.Lubrikasyon	4.55	1.78	.55	.86	-															
4.Orgazm	4.08	1.90	.51	.87	.82	-														
5.Memnuniyet	4.35	1.68	.54	.82	.73	.82	-													
6.Ağrı	4.56	1.91	.36	.65	.74	.65	.57	-												
7.KCSÖ-RE	12.99	13.92	-.51	-.65	-.55	-.63	-.73	-.46	-											
8.Disfori	23.82	9.64	-.27	-.30	-.20	-.31	-.35	-.21	.48	-										
9.Huysuzluk	10.53	5.07	-.19	-.25	-.16	-.25	-.29	-.17	.38	.75	-									
10.Panik	14.64	7.24	-.23	-.21	-.15	-.21	-.29	-.21	.43	.75	.69	-								
11.Halsizlik	16.08	5.79	-.15	-.20	-.14	-.23	-.23	-.13	.35	.72	.57	.56	-							
12.Travmatik İntrüzyon	9.24	4.66	-.19	-.24	-.19	-.25	-.26	-.16	.38	.74	.64	.65	.55	-						
13.Sosyal Kaygı	11.45	5.52	-.15	-.18	-.11	-.20	-.22	-.10	.43	.72	.60	.64	.51	.70	-					
14.Mani	10.93	4.35	-.01	-.05	-.02	-.05	-.12	-.05	.26	.41	.38	.42	.38	.33	.43	-				
15.İnsomni	14.53	5.73	-.18	-.23	-.19	-.23	-.24	-.18	.28	.59	.54	.56	.49	.47	.43	.29	-			
16.İntihar Eğilimi	8.32	4.07	-.13	-.16	-.09	-.16	-.20	-.12	.35	.59	.58	.65	.40	.63	.53	.27	.38	-		
17.Travmatik Kaçınma	10.05	4.14	-.07	-.13	-.10	-.13	-.12	-.06	.28	.36	.31	.35	.31	.49	.41	.46	.20	.27	-	
18.İştah Kaybı	6.26	2.95	-.13	-.13	-.13	-.12	-.17	-.11	.23	.44	.35	.40	.31	.36	.34	.21	.47	.32	.23	-
19.Düzenleme	12.60	4.51	-.02	-.08	-.04	-.06	-.07	-.11	.26	.31	.31	.35	.39	.27	.38	.67	.23	.18	.43	.17
20.Kontrol Etme	7.27	3.31	-.05	-.12	-.07	-.08	-.10	-.09	.29	.33	.29	.32	.36	.26	.43	.59	.24	.15	.42	.19
21.Klostrofobi	9.61	5.05	-.06	-.13	-.09	-.10	-.16	-.12	.36	.40	.36	.49	.28	.34	.57	.58	.29	.30	.50	.23
22.Temizleme	15.65	7.28	-.02	-.002	.04	.05	.03	-.04	.12	.16	.19	.29	.23	.11	.30	.41	.18	.12	.27	.12
23.Öfori	10.52	4.45	.13	.10	.09	.15	.12	.07	.001	-.12	-.01	.02	-.05	-.07	.12	.48	-.04	.04	.27	.03
24.İyi Oluş	25.28	7.39	.28	.27	.19	.29	.30	.15	-.29	-.61	-.42	-.44	-.41	-.48	-.37	-.04	-.38	-.36	-.06	-.21
25.İştah Artışı	7.35	3.51	-.09	-.11	-.05	-.12	-.08	-.04	.17	.28	.33	.23	.42	.24	.29	.21	.24	.17	.20	-.24
26.Farkındalık	10.51	3.18	-.24	-.23	-.18	-.19	-.19	-.09	.27	.33	.26	.29	.19	.27	.27	.02	.14	.18	.06	.17
27.Açıklık	10.05	3.38	-.19	-.22	-.12	-.20	-.23	-.04	.34	.43	.33	.35	.28	.33	.42	.08	.23	.20	.16	.24
28.Kabul Etmeme	12.71	5.22	-.11	-.19	-.12	-.21	-.26	-.09	.42	.57	.45	.49	.39	.51	.58	.30	.30	.41	.28	.29
29.Strateji	18.35	6.92	-.23	-.29	-.21	-.30	-.38	-.19	.45	.67	.61	.60	.48	.57	.57	.32	.41	.54	.26	.29
30.Dürtü	13.13	4.67	-.24	-.29	-.17	-.28	-.33	-.15	.40	.58	.59	.49	.41	.48	.49	.24	.40	.45	.21	.25
31.Amaç	14.86	4.66	-.14	-.20	-.07	-.24	-.25	-.08	.34	.50	.33	.33	.40	.35	.39	.16	.23	.30	.20	.11

 p<.01  
 p<.05

*KCSÖ-RE: Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş*



**Tablo 5. Çalışma değişkenlerine ait alt boyutların Pearson korelasyon katsayıları (devam)**

	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
20.Kontrol Etme	.74	-										
21.Klostrfobi	.56	.60	-									
22.Temizleme	.61	.62	.56	-								
23.Öfori	.48	.36	.34	.30	-							
24.İyi Oluş	.05	-.01	-.06	.03	.55	-						
25.İştah Artışı	.19	.18	.20	.14	.09	-.10	-					
26.Farkındalık	-.002	.09	.10	-.01	-.25	-.47	.09	-				
27.Açıklık	.06	.13	.19	-.03	-.11	-.35	.15	.57	-			
28.Kabul Etmeme	.17	.26	.39	.13	-.02	-.39	.18	.38	.47	-		
29.Strateji	.24	.25	.32	.11	-.02	-.48	.20	.35	.43	.72	-	
30.Dürtü	.19	.20	.28	.14	.01	-.37	.16	.33	.45	.61	.81	-
31.Amaç	.12	.14	.22	.08	-.01	-.33	.20	.13	.33	.49	.64	.63

#### 4.4. Kadın Cinsel İşlev ve Cinsel Sıkıntı Puanları Üzerinde Demografik Değişkenlerin Etkisi

Psikiyatrik tanı, fiziksel rahatsızlık, menopoz, düzenli regl ve eşin cinsel rahatsızlığına göre cinsel işlev ve cinsel sıkıntı puanlarında fark olup olmadığına ilişkin yürütülen t-testi analizi sonuçları Tablo 6’da verilmiştir.

Cinsel işlev puanlarının fiziksel rahatsızlık ( $t(293)= 2.49, p= .013$ ), menopoz ( $t(293)= 2.75, p= .006$ ), düzenli regl ( $t(87.72)= -2.87, p= .005$ ) ve eşin cinsel rahatsızlığı ( $t(293)= 2.69, p= .008$ ) açısından anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Psikiyatrik tanıya göre cinsel işlev puanları anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır ( $p>.05$ ). Fiziksel rahatsızlığı olmayan grubun ( $Ort.= 25.80, SS= 8.45$ ) fiziksel rahatsızlığı olan ( $Ort.= 22.75, SS= 9.84$ ); menopoz olmayan grubun ( $Ort.= 25.69, SS= 8.56$ ) menopoz döneminde olan ( $Ort.= 21.63, SS= 9.90$ ); düzenli regl olanlardan oluşan grubun ( $Ort.= 25.96, SS= 8.39$ ) düzenli regl olmayan ( $Ort.= 22.06, SS= 9.37$ ); eşinin cinsel rahatsızlığı olmayan grubun ( $Ort.= 25.45, SS= 8.80$ ) eşinin cinsel rahatsızlığı olan gruba ( $Ort.= 19.40, SS= 7.98$ ) göre cinsel işlev puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Cinsel sıkıntı puanları, psikiyatrik tanı ( $t(90.82)= -2.43, p= .017$ ) ve eşin cinsel rahatsızlığı ( $t(293)= -4.16, p= .000$ ) açısından anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Fiziksel rahatsızlık, menopoz, düzenli regl gruplarının cinsel sıkıntı açısından anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ). Psikiyatrik tanı almış grubun ( $Ort.= 17.06, SS= 16.13$ ) psikiyatrik tanı almamış ( $Ort.= 11.81, SS= 13.02$ ), eşinin cinsel rahatsızlığı olan grubun

(Ort.= 26.69, SS= 11.99) olmayan gruba (Ort.= 12.20, SS= 13.63) göre cinsel sıkıntı puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

**Tablo 6.** Bağımlı değişkenlerin gruplara göre t testi sonuçları

	Gruplar	N	Ort.	SS	Df	t	p
KCFİ	Psikiyatrik tanı almış	66	23.28	9.74	293	1.93	.055
	Psikiyatrik tanı almamış	229	25.65	8.53			
	Fiziksel rahatsızlığı olan	66	22.75	9.84	293	2.49	.013
	Fiziksel rahatsızlığı olmayan	229	25.80	8.45			
	Menopoz	41	21.63	9.90	293	2.75	.006
	Menopoz değil	254	25.69	8.56			
	Düzenli regl olan	232	25.96	8.39	87.82	-2.87	.005
	Düzenli regl olmayan	63	22.06	9.37			
	Eşinin cinsel rahatsızlığı olan	16	19.40	7.98	293	2.69	.008
	Eşinin cinsel rahatsızlığı olmayan	279	25.45	8.80			
KCSÖ-RE	Psikiyatrik tanı almış	66	17.06	16.13	90.82	-2.43	.017
	Psikiyatrik tanı almamış	229	11.81	13.02			
	Fiziksel rahatsızlığı olan	66	15.68	16.35	90.29	-1.59	.116
	Fiziksel rahatsızlığı olmayan	229	12.21	13.08			
	Menopoz	41	15.78	16.04	293	-1.39	.167
	Menopoz değil	254	12.54	13.53			
	Düzenli regl olan	232	12.20	13.01	83.63	1.62	.109
	Düzenli regl olmayan	63	15.87	16.66			
	Eşinin cinsel rahatsızlığı olan	16	26.69	11.99	293	-4.16	.000
	Eşinin cinsel rahatsızlığı olmayan	279	12.20	13.63			

*KCFİ: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, KCSÖ-RE: Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş*

#### 4.5. Cinsel İşlev ve Cinsel Sıkıntının Yordanmasına Yönelik Regresyon Analizleri

Cinsel işlev ve cinsel sıkıntı puanlarının demografik değişkenler (psikiyatrik tanı, fiziksel rahatsızlık, menopoz, düzenli regl ve eşin cinsel rahatsızlığı) kontrol edildiğinde distres, korku, olumlu ruh hali alt boyutları ve duygu düzenlemede güçlükler tarafından yordanmalarını incelemek amacıyla dört farklı hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür.

Tablo 7’de demografik değişkenler kontrol edildiğinde distresin alt boyutlarının cinsel işlev ve cinsel sıkıntı üzerindeki etkileri incelenmiştir. Demografik değişkenlerin eklendiği 1. Modellerin cinsel fonksiyon ( $\Delta R^2=.05$ ,  $F(5, 289)=4.30$ ,  $p=.001$ ) ve cinsel sıkıntıyı ( $\Delta R^2=.07$ ,  $F(5, 289)=5.38$ ,  $p<.001$ ) anlamlı bir şekilde yordadığı görülmüştür. Cinsel işlevde modele sadece eşin cinsel rahatsızlığı ( $\beta=-.14$ ), cinsel sıkıntıda ise psikiyatrik tanı ( $\beta=.13$ ) ve eşin cinsel rahatsızlığı ( $\beta=.22$ ) anlamlı katkılar yapmaktadır. Distresin alt boyutlarının eklendiği 2. Modellerin de cinsel fonksiyon ( $\Delta R^2=.13$ ,  $F(16, 278)=3.64$ ,  $p<.001$ ) ve cinsel sıkıntıyı ( $\Delta R^2=.28$ ,  $F(16, 278)=7.98$ ,  $p<.001$ ) anlamlı bir şekilde yordadığı saptanmıştır. Model 1’in etkisi kontrol edildiğinde distresin cinsel işlev üzerindeki varyansın %8’ini, cinsel sıkıntı üzerindeki varyansın %21’ini açıkladığı görülmüştür.

**Tablo 7.** Cinsel işlevler ve cinsel sıkıntının yordanan distres boyutunun yordayıcı olduğu hiyerarşik regresyon analizi

Model	Değişkenler	KCFİ			KCSÖ-RE		
		<i>B</i>	<i>SH</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SH</i>	$\beta$
1	<b>Sabit</b>	30.87	6.17		-1.96	9.62	
	Psikiyatrik tanı	-1.31	1.26	-.06	4.16	1.96	.13*
	Fiziksel rahatsızlık	-1.94	1.27	-.09	1.55	1.98	.05
	Menopoz	-.83	2.19	-.03	-.94	3.42	-.02
	Düzenli regl	2.70	1.85	.13	-3.05	2.88	-.09
	Eşin cinsel rahatsızlığı	-5.37	2.23	-.14*	13.74	3.47	.22***
	2	<b>Sabit</b>	32.66	6.08		-7.77	8.70
Psikiyatrik tanı	.61	1.27	.03	.06	1.82	.002	
Fiziksel rahatsızlık	-1.66	1.23	-.08	.76	1.76	.02	
Menopoz	-1.37	2.16	-.05	-1.22	3.09	-.03	
Düzenli regl	2.99	1.82	.14	-5.25	2.60	-.16*	
Eşin cinsel rahatsızlığı	-3.79	2.19	-.10	10.54	3.13	.17**	
Disfori	-.31	.11	-.34**	.45	.16	.31**	

**Tablo 7.** Cinsel işlevler ve cinsel sıkıntının yordanan distres boyutunun yordayıcı olduğu hiyerarşik regresyon analizi (devam)

Model	Değişkenler	KCFİ			KCSÖ-RE		
		<i>B</i>	<i>SH</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SH</i>	$\beta$
	Huysuzluk	-.03	.16	-.02	-.11	.22	-.04
	Panik	-.05	.12	-.04	.16	.17	.08
	Halsizlik	.04	.12	.02	.10	.18	.04
	Travmatik intrüzyon	-.17	.19	-.09	-.26	.27	-.09
	Sosyal kaygı	.17	.14	.10	.37	.20	.15
	Mani	.13	.14	.06	.16	.20	.05
	İnsomni	-.09	.12	-.06	-.12	.17	-.05
	İntihar eğilimi	.17	.17	.08	.24	.25	.07
	Travmatik kaçınma	-.02	.15	-.01	.18	.21	.06
	İştah kaybı	.03	.19	.01	.03	.28	.01

Not: KCFİ Model 1 için  $\Delta R^2=.05$  ( $p=.001$ ); Model 2 için  $\Delta R^2=.13$  ( $p<.001$ ); KCSÖ-RE Model 1 için  $\Delta R^2=.07$  ( $p<.001$ ); Model 2 için  $\Delta R^2=.28$  ( $p<.001$ ). \* $p<.05$  \*\* $p<.01$  \*\*\* $p<.001$

Tablo 8’de demografik değişkenler kontrol edildiğinde korkunun alt boyutlarının cinsel işlev ve cinsel sıkıntı üzerindeki etkileri rapor edilmiştir. Korkunun alt boyutlarının eklendiği 2. Modellerin cinsel fonksiyon ( $\Delta R^2=.07$ ,  $F(9, 285)=3.37$ ,  $p=.001$ ) ve cinsel sıkıntıyı ( $\Delta R^2=.20$ ,  $F(9, 285)=8.91$ ,  $p<.001$ ) anlamlı bir şekilde yordadığı saptanmıştır. Model 1’in etkisi kontrol edildiğinde korkunun cinsel işlev üzerindeki varyansın %2’sini, cinsel sıkıntı üzerindeki varyansın %13’ünü açıkladığı görülmüştür.

**Tablo 8.** Cinsel işlevler ve cinsel sıkıntının yordanan korku boyutunun yordayıcı olduğu hiyerarşik regresyon analizi

Model	Değişkenler	KCFİ			KCSÖ-RE		
		<i>B</i>	<i>SH</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SH</i>	$\beta$
1	<b>Sabit</b>	30.87	6.17		-1.96	9.62	
	Psikiyatrik tanı	-1.31	1.26	-.06	4.16	1.96	.13*
	Fiziksel rahatsızlık	-1.94	1.27	-.09	1.55	1.98	.05
	Menopoz	-.83	2.19	-.03	-.94	3.42	-.02
	Düzenli regl	2.70	1.85	.13	-3.05	2.88	-.09
	Eşin cinsel rahatsızlığı	-5.37	2.23	-.14*	13.74	3.47	.22***
	2	<b>Sabit</b>	30.29	6.21		-4.09	9.07
Psikiyatrik tanı	-.90	1.27	-.04	2.40	1.86	.07	

**Tablo 8.** Cinsel işlevler ve cinsel sıkıntının yordanan korku boyutunun yordayıcı olduğu hiyerarşik regresyon analizi (devam)

Model	Değişkenler	KCFİ			KCSÖ-RE		
		<i>B</i>	<i>SH</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SH</i>	$\beta$
	Fiziksel rahatsızlık	-2.15	1.27	-.10	1.82	1.86	.05
	Menopoz	-.51	2.19	-.02	-2.28	3.20	-.06
	Düzenli regl	3.09	1.85	.14	-4.35	2.70	-.13
	Eşin cinsel rahatsızlığı	-4.45	2.24	-.11*	11.13	3.27	.18**
	Düzenleme	-.12	.18	-.06	.33	.26	.11
	Kontrol etme	-.23	.25	-.09	.64	.36	.15
	Klostrofobi	-.20	.13	-.11	.78	.20	.28***
	Temizleme	.22	.10	.18*	-.38	.14	-.20**

Not: KCFİ Model 1 için  $\Delta R^2=.05$  ( $p=.001$ ); Model 2 için  $\Delta R^2=.07$  ( $p=.001$ ); KCSÖ Model 1 için  $\Delta R^2=.07$  ( $p<.001$ ); Model 2 için  $\Delta R^2=.20$  ( $p<.001$ ). \* $p<.05$  \*\* $p<.01$  \*\*\* $p<.001$

Tablo 9’da demografik değişkenler kontrol edildiğinde olumlu ruh halinin alt boyutlarının cinsel işlev ve cinsel sıkıntı üzerindeki etkileri incelenmektedir. Olumlu ruh halinin alt boyutlarının eklendiği 2. Modellerin cinsel fonksiyon ( $\Delta R^2=.13$ ,  $F(8, 286)=6.24$ ,  $p<.001$ ) ve cinsel sıkıntıyı ( $\Delta R^2=.19$ ,  $F(8, 286)=9.56$ ,  $p<.001$ ) anlamlı bir şekilde yordadığı tespit edilmiştir. Model 1’in etkisi kontrol edildiğinde olumlu ruh halinin cinsel işlev üzerindeki varyansın %8’ini, cinsel sıkıntı üzerindeki varyansın %12’sini açıkladığı görülmüştür.

**Tablo 9.** Cinsel işlevler ve cinsel sıkıntının yordanan olumlu ruh hali boyutunun yordayıcı olduğu hiyerarşik regresyon analizi

Model	Değişkenler	KCFİ			KCSÖ-RE		
		<i>B</i>	<i>SH</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SH</i>	$\beta$
1	<b>Sabit</b>	30.87	6.17		-1.96	9.62	
	Psikiyatrik tanı	-1.31	1.26	-.06	4.16	1.96	.13*
	Fiziksel rahatsızlık	-1.94	1.27	-.09	1.55	1.98	.05
	Menopoz	-.83	2.19	-.03	-.94	3.42	-.02
	Düzenli regl	2.70	1.85	.13	-3.05	2.88	-.09
	Eşin cinsel rahatsızlığı	-5.37	2.23	-.14*	13.74	3.47	.22***
	2	<b>Sabit</b>	23.50	6.33		7.95	9.58
Psikiyatrik tanı		-.03	1.24	-.001	1.70	1.87	.05

**Tablo 9.** Cinsel işlevler ve cinsel sıkıntının yordanan olumlu ruh hali boyutunun yordayıcı olduğu hiyerarşik regresyon analizi (devam)

Model	Değişkenler	KCFİ			KCSÖ-RE		
		<i>B</i>	<i>SH</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SH</i>	$\beta$
	Fiziksel rahatsızlık	-1.81	1.22	-.09	1.31	1.85	.04
	Menopoz	-1.75	2.12	-.07	-.10	3.22	-.002
	Düzenli regl	2.46	1.79	.11	-3.22	2.71	-.10
	Eşin cinsel rahatsızlığı	-5.32	2.15	-.14*	14.42	3.25	.24***
	Öfori	-.08	.13	-.04	.70	.20	.22**
	İyi Oluş	.35	.08	.30***	-.73	.12	-.39***
	İştah Artışı	-.15	.14	-.06	.43	.22	.11*

Not: KCFİ Model 1 için  $\Delta R^2=.05$  ( $p=.001$ ); Model 2 için  $\Delta R^2=.13$  ( $p<.001$ ); KCSÖ Model 1 için  $\Delta R^2=.07$  ( $p<.001$ ); Model 2 için  $\Delta R^2=.19$  ( $p<.001$ ). \* $p<.05$  \*\* $p<.01$  \*\*\* $p<.001$

Tablo 10’da duygu düzenlemede güçlüklerin cinsel işlev ve cinsel sıkıntı üzerindeki etkileri, demografik değişkenler kontrol edilerek incelenmiştir. Duygu düzenlemede güçlüklerin eklendiği 2. Modellerin cinsel fonksiyon ( $\Delta R^2=.12$ ,  $F(6, 288)=7.62$ ,  $p<.001$ ) ve cinsel sıkıntıyı ( $\Delta R^2=.26$ ,  $F(6, 288)=17.80$ ,  $p<.001$ ) anlamlı bir şekilde yordadığı saptanmıştır. Model 1’in etkisi kontrol edildiğinde duygu düzenlemede güçlüklerin cinsel işlev üzerindeki varyansın %7’sini, cinsel sıkıntı üzerindeki varyansın %19’unu açıkladığı görülmüştür.

**Tablo 10.** Cinsel işlevler ve cinsel sıkıntının yordanan duygu düzenlemede güçlüklerin yordayıcı olduğu hiyerarşik regresyon analizi

Model	Değişkenler	KCFİ			KCSÖ-RE		
		<i>B</i>	<i>SH</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SH</i>	$\beta$
1	<b>Sabit</b>	30.87	6.17		-1.96	9.62	
	Psikiyatrik tanı	-1.31	1.26	-.06	4.16	1.96	.13*
	Fiziksel rahatsızlık	-1.94	1.27	-.09	1.55	1.98	.05
	Menopoz	-.83	2.19	-.03	-.94	3.42	-.02
	Düzenli regl	2.70	1.85	.13	-3.05	2.88	-.09
	Eşin cinsel rahatsızlığı	-5.37	2.23	-.14*	13.74	3.47	.22***
	2	<b>Sabit</b>	36.59	6.07		-16.83	8.78
Psikiyatrik tanı		.47	1.27	.02	-.47	1.84	-.01
Fiziksel rahatsızlık		-1.95	1.23	-.09	1.57	1.77	.05
Menopoz		-1.17	2.12	-.05	-.03	3.06	-.001
Düzenli regl		2.48	1.78	.12	-2.48	2.58	-.07

**Tablo 10.** Cinsel işlevler ve cinsel sıkıntının yordanan duygu düzenlemede güçlüklerin yordayıcı olduğu hiyerarşik regresyon analizi (devam)

Model	Değişkenler	KCFİ			KCSÖ-RE		
		B	SH	$\beta$	B	SH	$\beta$
	Eşin cinsel rahatsızlığı	-3.65	2.18	-.09	9.28	3.15	.15**
	DDGÖ	-.11	.02	-.28***	.29	.03	.46***

Not: KCFİ Model 1 için  $\Delta R^2=.05$  ( $p=.001$ ); Model 2 için  $\Delta R^2=.12$  ( $p<.001$ ); KCSÖ-RE Model 1 için  $\Delta R^2=.07$  ( $p<.001$ ); Model 2 için  $\Delta R^2=.26$  ( $p<.001$ ). DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, \* $p<.05$  \*\* $p<.01$  \*\*\* $p<.001$

#### 4.6. HiTOP Modeline İlişkin Yapısal Eşitlik Modeli

Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi Modeli (HiTOP) kapsamında içselleştirme spektrumu distres, korku ve cinsel problemler boyutları açısından yapısal eşitlik modellemesi (YEM) ile test edilmiştir. Distres ve korku boyutları Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II'nin alt boyutları, cinsel problemler boyutu ise Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi'nin alt boyutlarından oluşmaktadır. Model sınanmadan önce YEM için gerekli temel varsayımlar incelenmiştir.

Varsayımlardan biri örneklem büyüklüğünün yeterli sayıda olmasıdır (Gürbüz, 2021). YEM için 200 kişilik bir örneklemin yeterli olduğu belirtilmektedir (Kline, 2016). Bu çalışma 295 kişilik bir örneklem üzerinden yürütüldüğü için bu varsayımın sağlandığı görülmüştür.

Bir diğer varsayım verilerin dağılımıdır. Kayıp değer ve aşırı uç değer sorunları model analizinden önce giderilmelidir (Gürbüz, 2021). Bu çalışma çevrimiçi anketler üzerinden yürütülmüştür, tüm sorunların cevaplanması mecburi kılındığından kayıp değer sorunu yaşanmamıştır. Verilerin dağılımı için çoklu basıklık kritik değeri (Multivariate kurtosis) önemli bir bulgudur. Bu değer 20'ye kadar kabul edilebileceği belirtilmektedir (Gürbüz, 2021). Çoklu basıklık değerini uç değerler etkileyebilmekte ve bu sorunu çözmek için Mahalanobis uzaklığına bakılmaktadır. Mahalanobis uzaklığına göre uç değer olduğu saptanan veriler veri setinden çıkarılabilmektedir (Byrne, 2010). Bu amaçla model analizi gerçekleştirilmeden önce 20 anket veri setinden silinmiştir ve analiz 275 kişi üzerinden gerçekleştirilmiştir. Sonuçta çoklu basıklık değeri 16.23 olarak bulunmuştur.

Yukarıda belirtilen varsayımlar sağlandığında analiz için Maksimum Olabilirlik (Maximum Likelihood) tahmin yöntemi kullanılabilir (Gürbüz, 2021). Bu çalışmanın bu varsayımları sağladığı söylenebilir. Bu nedenle analiz Maksimum Olabilirlik tahmin yöntemi üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Modelin daha iyi uyum sağlaması amacıyla modifikasyon indekslerine dayalı düzeltmeler kullanılabilir (Gürbüz, 2021). Bu çalışmada AMOS programının önerdiği 4 adet düzeltme yapılmıştır.

Modelin test edilmesi amacıyla Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II'nin alt boyutları ve Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi'nin alt boyutlarının kullanılması öngörülmüştür. Standardize regresyon katsayıları incelendiğinde travmatik kaçınma, iştah kaybı ve mani değişkenlerine ait faktör yüklerinin 0.5'ten düşük olduğu görülmüştür. Bu değer 0.5'in üzerinde olması önerilmektedir (Gürbüz, 2021). Sonuç olarak modelde distress faktörü disfori, huysuzluk, panik, halsizlik, travmatik intrüzyonlar, sosyal kaygı, insomni ve intihar eğiliminden; korku faktörü düzen, kontrol, klostrofobi ve temizlemeden; cinsel problemler ise cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrıdan oluşmaktadır.

Kurulan yapısal model test edilmeden önce ölçüm modeli test edilmiştir. Aşağıda ölçüm modeli ve yapısal modele ilişkin bulgular sunulmaktadır.

#### **4.6.1. Ölçüm Modeli**

Yapısal model test edilmeden önce gözlenen değişkenlerin örtük değişkenleri temsil edip etmediğini anlamak amacıyla ölçüm modeli test edilmiştir. 3 alt boyut ve 18 gözlenen değişkenden oluşan modelin birinci düzey çok faktörlü yapısı doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen uyum indeksleri ölçüm modelinin doğrulandığına işaret etmektedir ( $X^2 (128, N =275) =307.73; p<.01; X^2/df =2.40; CFI =.95; SRMR =.06; RMSEA =.07$ ).

#### **4.6.2. Yapısal Model**

Ölçüm modelin test edilmesinin ardından HiTOP modeli kapsamında oluşturulan yapısal model sınanmıştır ( $X^2 (128, N =275) =308.16; p<.01; X^2/df =2.39; CFI =.95; SRMR$

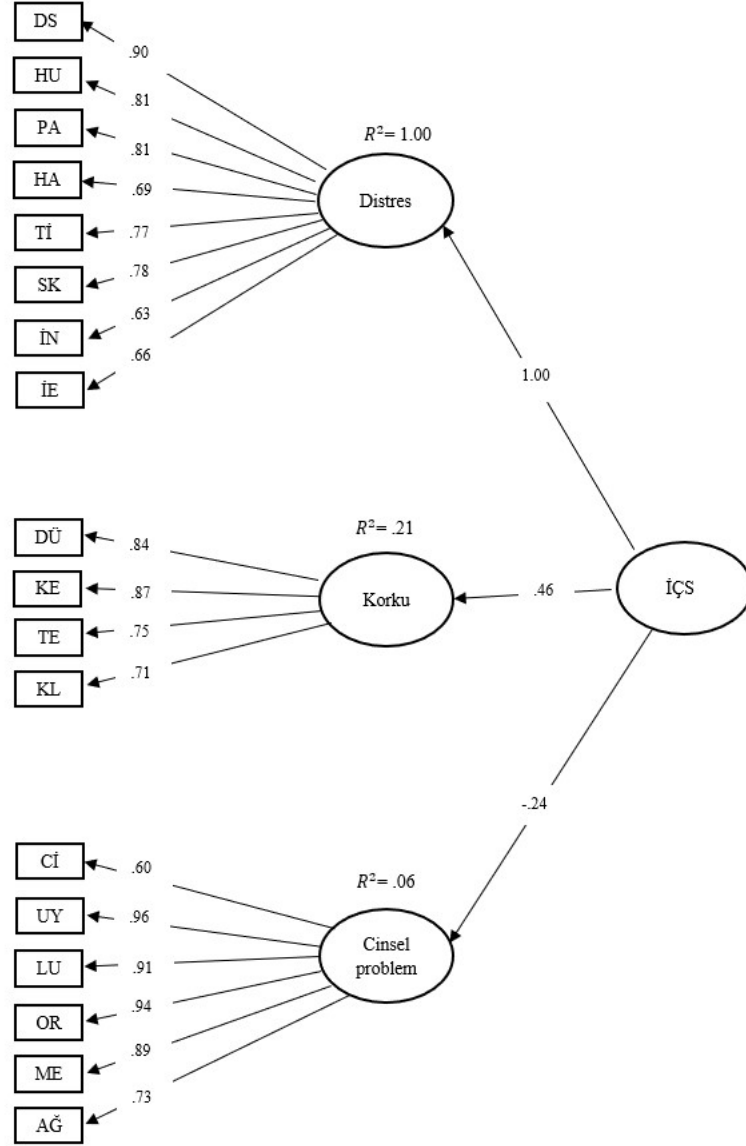


=.06; *RMSEA* =.07). Distres'in ( $s^2 = -.43$ ) istatiksels olarak anlamlı bulunmayan hata varyansı, modelin doğrulayıcı yönünü sağlayabilmek amacıyla .005'e ayarlanmıştır (Forbes ve Schniering, 2013). Bu düzeltmenin ardından değişkenler arasındaki bütün yolların anlamlı olduğu görülmüştür. Sonuç olarak distres, korku ve cinsel problemlerin içselleştirme spektrumu kapsamında değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

**Tablo 11.** İçselleştirme spektrumu modeline ilişkin parametre tahmin değerleri

Parametre Tahminleri	Std.	Std. Olmayan	SH
<b>Ölçüm Modeli</b>			
Disfori <--- Distres	.902	1.000	
Huysuzluk <--- Distres	.809	.463*	.026
Panik <--- Distres	.810	.644*	.036
Halsizlik <--- Distres	.686	.480*	.031
Travmatik <--- Distres	.773	.414*	.026
<b>İntrüzyonlar</b>			
Sosyal Anskiyete <--- Distres	.779	.492*	.030
İnsomni <--- Distres	.632	.429*	.036
İntihar Eğilimi <--- Distres	.663	.279*	.022
Düzenleme <--- Korku	.845	1.000	
Kontrol Etme <--- Korku	.866	.747*	.046
Temizleme <--- Korku	.753	1.487*	.107
Klostrofobi <--- Korku	.712	.958*	.075
Cinsel İstek <--- Cinsel Problemler	.604	1.000	
Uyarılma <--- Cinsel Problemler	.961	1.614*	.125
Lubrikasyon <--- Cinsel Problemler	.905	1.534*	.134
Orgazm <--- Cinsel Problemler	.935	1.553*	.133
Memnuniyet <--- Cinsel Problemler	.886	1.497*	.133
Ağrı <--- Cinsel Problemler	.727	1.209*	.122
<b>Yapısal Model</b>			
Distres <--- İçselleştirme	1.000	1.000	
Korku <--- İçselleştirme	.457	.204*	.029
Cinsel Problemler <--- İçselleştirme	-.242	-.017*	.005

\* $p < .001$



**Şekil 3.** İçselleştirme spektrumuna ilişkin yapısal model

*Not: Tüm katsayılar  $p < .001$  düzeyinde anlamlı bulunmuştur.*

*DS: Disfori, HU: Huysuzluk, PA: Panik, HA: Halsizlik, Tİ: Travmatik İntrüzyon, SK: Sosyal Kaygı, İN: İnsomni, İE: İntihar Eğilimi, DÜ: Düzenleme, KE: Kontrol Etme, TE: Temizleme, KL: Klostrofobi, Cİ: Cinsel İstek, UY: Uyarılma, LU: Lubrikasyon, OR: Orgazm, ME: Memnuniyet, AĞ: Ağrı*

#### 4.7. İçleştirme Bozukluklarının Yordanmasında Duygu Düzenlemede Güçlüklerin Rolü

HiTOP Modeli kapsamında ele alınan içleştirme bozukluklarının duygu düzenleme güçlükleri aracılığıyla yordanması için YEM analizi uygulanmıştır. Gerekli varsayımlar karşılandığı için Maksimum Olabilirlik tahmin yöntemi kullanılmıştır. Modelin test edilmesi amacıyla Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği'nin alt boyutları, Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II'nin alt boyutları ve Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi'nin alt boyutlarının kullanılması öngörülmüştür. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği'nin alt boyutlarının standardize regresyon katsayıları incelendiğinde farkındalık alt boyutuna ait faktör yükünün 0.5'ten düşük olduğu görülmüştür. Distres, korku ve cinsel problemler bir önceki yapısal modeldeki boyutlardan oluşurken duygu düzenlemede güçlükler amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme ve açıklıktan oluşmaktadır.

Yapısal model test edilmeden önce ölçüm modeli analiz edilmiştir. Aşağıda ölçüm modeli ve yapısal modele ilişkin bilgiler verilmiştir.

##### 4.7.1. Ölçüm Modeli

Yapısal model test edilmeden önce gözlenen değişkenlerin örtük değişkenleri temsil edip etmediğini anlamak amacıyla ölçüm modeli test edilmiştir. 4 alt boyut ve 23 gözlenen değişkenden oluşan modelin birinci düzey çok faktörlü yapısı doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen uyum indeksleri ölçüm modelinin doğrulandığına işaret etmektedir ( $X^2$  (220, N =275) =488.42;  $p < .01$ ;  $X^2/df = 2.22$ ;  $CFI = .94$ ;  $SRMR = .06$ ;  $RMSEA = .07$ ).

##### 4.7.2. Yapısal Model

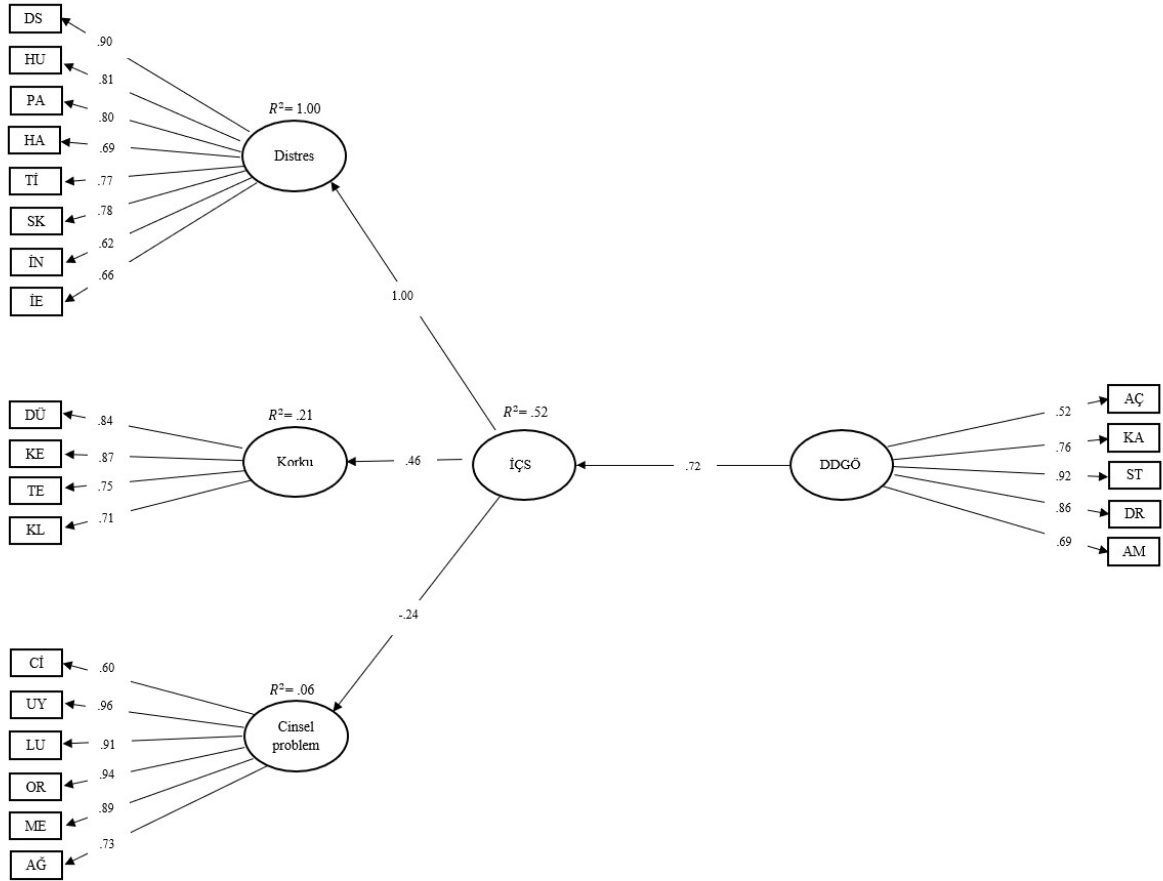
Ölçüm modelin test edildikten sonra yapısal model sınanmıştır ( $X^2$  (223, N =275) =495.51;  $p < .01$ ;  $X^2/df = 2.22$ ;  $CFI = .94$ ;  $SRMR = .06$ ;  $RMSEA = .07$ ). Distres'in ( $s^2 = -.47$ ) istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan hata varyansı .005'e ayarlanmıştır (Forbes ve Schniering,

2013). Sonuç olarak duygu düzenlemede güçlüklerin içselleştirme spektrumunun %52'sini açıkladığı görülmüştür.

**Tablo 12.** Duygu düzenlemede güçlüklerin içselleştirme spektrumunu yordadığı modelin parametre tahmin değerleri

Parametre Tahminleri	Std.	Std. Olmayan	SH
<b>Ölçüm Modeli</b>			
Disfori <--- Distres	.909	1.000	
Huysuzluk <--- Distres	.811	.461*	.025
Panik <--- Distres	.803	.634*	.036
Halsizlik <--- Distres	.686	.477*	.031
Travmatik <--- Distres	.771	.410*	.025
<b>İntrüzyonlar</b>			
Sosyal Anskiyete <--- Distres	.784	.492*	.029
İnsomni <--- Distres	.623	.420*	.036
İntihar Eğilimi <--- Distres	.658	.275*	.021
Düzenleme <--- Korku	.845	1.000	
Kontrol Etme <--- Korku	.866	.747*	.046
Temizleme <--- Korku	.753	1.486*	.107
Klostrofobi <--- Korku	.712	.957*	.074
Cinsel İstek <--- Cinsel Problemler	.605	1.000	
Uyarılma <--- Cinsel Problemler	.962	2.170*	.168
Lubrikasyon <--- Cinsel Problemler	.905	2.135*	.186
Orgazm <--- Cinsel Problemler	.935	2.311*	.198
Memnuniyet <--- Cinsel Problemler	.886	1.963*	.174
Ağrı <--- Cinsel Problemler	.726	1.801*	.182
Açıklık <--- DDGÖ	.523	1.000	
Kabul Etmeme <--- DDGÖ	.762	2.165*	.251
Stratejiler <--- DDGÖ	.926	3.414*	.365
Dürtü <--- DDGÖ	.856	2.132*	.234
Amaçlar <--- DDGÖ	.689	1.769*	.217
<b>Yapısal Model</b>			
İçselleştirme <--- DDGÖ	.724	3.401*	.422
Distres <--- İçselleştirme	1.000	1.000	
Korku <--- İçselleştirme	.448	.198*	.028
Cinsel Problemler <--- İçselleştirme	-.252	-.023*	.006

DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, \* $p < .001$



**Şekil 4.** DDGÖ'nün içselleştirme spektrumunu yordamasına ilişkin yapısal model

*Not: Tüm katsayılar  $p < .001$  düzeyinde anlamlı bulunmuştur.*

*DS: Disfori, HU: Huysuzluk, PA: Panik, HA: Halsizlik, Tİ: Travmatik İntrüzyon, SK: Sosyal Kaygı, İN: İnsomni, İE: İntihar Eğilimi, DÜ: Düzenleme, KE: Kontrol Etme, TE: Temizleme, KL: Klostrofobi, Cİ: Cinsel İstek, UY: Uyarılma, LU: Lubrikasyon, OR: Orgazm, ME: Memnuniyet, AĞ: Ağrı, AÇ: Açıklık, KA: Kabul Etmeme, ST: Strateji, DR: Dürtü, AM: Amaç*

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma, cinsel işlev bozuklukları ile depresyon ve kaygı belirtileri, duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişkileri incelemek, bu kavramları HiTOP Modeli kapsamında açıklamak amacıyla evli kadınlarla yürütülmüştür.

Bu çalışmada cinsel işlev bozukluklarının HiTOP Modeli kapsamında içselleştirme spektrumu içinde ele alınıp alınamayacağını anlamak amacıyla yola çıkılmıştır. Bu kapsamda öncelikle değişkenler arasındaki korelasyonel ilişkiler incelenmiş; ardından demografik değişkenlere göre cinsel işlev bozuklukları ve cinsel sıkıntı puanlarının farklılaşp farklılaşmadığı t-testi aracılığıyla ele alınmış; bu demografik değişkenlerin etkisi kontrol edilerek depresyon ve kaygı belirtilerinin cinsel işlev bozukluklarını ve cinsel sıkıntıyı yordama gücüne bakılmıştır. Bu aşamaların ardından yapısal eşitlik modellemesi ile cinsel problemler, distres ve korku boyutlarından oluşan içselleştirme spektrumu sınanmıştır. Son olarak duygu düzenleme güçlüklerinin içselleştirme bozukluklarını ne ölçüde yordadığı belirlenmiştir.

### 5.1. Cinsel İşlev ve Cinsel Sıkıntı ile Depresyon ve Kaygı Belirtileri, Duygu Düzenleme Güçlükleri Arasındaki İlişkiler

Çalışmanın amacı çerçevesinde, öncelikle cinsel işlevler ve cinsel sıkıntı ile depresyon ve kaygı belirtileri arasındaki ilişkiler; ardından cinsel işlevler ve cinsel sıkıntı ile duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişkiler tartışılmıştır.

Depresyon ve kaygı belirtilerini değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçüm aracı geleneksel ölçüm araçlarından farklı olarak depresyon ve kaygı belirtilerini birlikte değerlendirmektedir (Watson ve diğerleri, 2012). Alanyazında cinsel işlev bozukluğu ile depresyon ve kaygı arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmalarda bu çalışmada kullanılan ölçüm aracını kullanan araştırmalara rastlanmamıştır. Ölçüm aracı ve ölçüm aracının belirtileri değerlendirme şeklinin, alanyazındaki diğer çalışmalarla olan karşılaştırmalarda farklılıklara yol açabileceği düşünülmektedir. Bu çerçevede Depresyon ve Kaygı Belirtileri

Envanteri-II (DKBE-II)'nin alt boyutları çeşitli depresyon ve kaygı ile ilişkili bozukluklar kapsamında ele alınarak tartışılmıştır.

DKBE-II'nin disfori, huysuzluk, halsizlik, insomni, intihar eğilimi, iştah kaybı, iştah artışı ve iyi oluş alt boyutları, Major Depresif Bozukluk (MDB) ve Yaygın Kaygı Bozukluğu (YKB) kapsamında ele alınmıştır. Cinsel işlevler ve cinsel sıkıntı ile bu alt boyutların ilişkili oldukları görülmüştür. Alanyazında cinsel işlevler ile MDB ve YKB arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmaların yanı sıra depresyon ve kaygı ile olan ilişkileri inceleyen birçok çalışma olduğu görülmektedir (Kendurkar ve Kaur, 2008; Lai, 2011; Varma ve diğerleri, 2005). Bu çalışmadaki sonuçlara benzer şekilde bu alandaki çalışmalarda da cinsel işlevlerin depresyon ve kaygı bozukluklarıyla ilişkili olduğu söylenebilir.

Korku boyutunda Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), agorafobi ve özgül fobi ile ilişkili olarak ele alınabilen kontrol etme (OKB), düzenleme (OKB), temizleme (OKB ve özgül fobi) ve klostrfobi (agorafobi ve özgül fobi) alt boyutları bulunmaktadır (Watson ve diğerleri, 2012). Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksinin (KCFİ) alt boyutları düzenleme ve temizleme ile ilişkili bulunmamıştır. Kontrol etme ise sadece uyarılma alt boyutu ile ilişkilidir. Yürütülen çalışmada cinsel sıkıntı, OKB ile ilgili alt boyutlarla ilişkili bulunmuştur. Alanyazında OKB'nin cinsel problemlerle ilişkili olduğuna dair çalışma olduğu görülmektedir (Aksaray ve diğerleri, 2001). Öte yandan obsesif kompulsiflerin cinsel işlevsellik açısından anormal olmadığı ancak cinsel sıkıntılarının yaygın olduğu rapor edilmiştir (Freund ve Stekete, 1989). Bu açıdan çalışma bulgularının alanyazınla uyumlu olduğu düşünülmüştür. Klostrfobi alt boyutu uyarılma, memnuniyet, ağrı ve cinsel sıkıntı ile ilişki göstermektedir. Ancak alanyazında agorafobi ve özgül fobi ile cinsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya ulaşılammıştır.

Panik bozukluk bu çalışmada kullanılan DKBE-II'nin panik alt boyutuyla ilişkili görünmektedir (Watson ve diğerleri, 2012). Panik alt boyutunun, cinsel işlevler ve cinsel sıkıntı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Panik arttıkça cinsel sıkıntının arttığı cinsel işlevlerin düştüğü söylenebilir. Alanyazındaki çalışmalar, bu bulguyu destekler niteliktedir (Figueira ve diğerleri, 2001; Mercan ve diğerleri, 2006).

Travmatik intrüzyonlar ve travmatik kaçınma alt boyutlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) belirtileri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Watson ve diğerleri, 2012). Çalışma sonuçlarına bakıldığında travmatik intrüzyonların cinsel işlevler ve cinsel sıkıntıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Travmatik kaçınma ise cinsel sıkıntı ve KCFİ'nin uyarılma,

orgazm ve memnuniyet boyutlarıyla ilişki göstermektedir. TSSB ile cinsel problemlerin bağlantılı olduğu söylenebilmektedir ve bu bulguların alanyazınla tutarlı olduğu görülmektedir (Yehuda ve diğerleri, 2015). Travmatik belirtilerin daha düşük cinsel işlevlerle ve daha yüksek cinsel sıkıntıyla ilişkili olduğu söylenebilir.

Mani ve öfori alt boyutlarının bipolar bozuklukla ilişkili olabileceği ifade edilmektedir (Watson ve diğerleri, 2012). Bu araştırmada KCFİ'nin memnuniyet dışındaki alt boyutları mani ile ilişkili değilken istek, orgazm ve memnuniyet öfori ile ilişkili bulunmuştur. Cinsel sıkıntı, mani ile ilişkiliyken öfori ile ilişkili değildir. Bipolar bozukluğu olan kişilerde olmayan kişilere göre daha fazla istek, uyarılma ve orgazm gibi cinsel işlevlerde problemler olduğu ifade edilmektedir (Dell'Osso ve diğerleri, 2009). Bipolar bozukluğu olan kadınlar açısından cinsel sağlığın dikkate alınması gereken önemli bir etken olduğu belirtilmektedir (McCandless ve Sladen, 2003).

Sosyal kaygı alt boyutu sosyal kaygı belirtileri olarak ele alınabilmektedir (Watson ve diğerleri, 2012). Yürütülen çalışmada sosyal kaygı KCFİ alt boyutlarından ağrı dışındaki tüm boyutlarla ve cinsel sıkıntıyla ilişkili bulunmuştur. Cinsel aktivitelerin sosyal kaygıdan etkilenebileceği ifade edilmektedir (Kashdan ve diğerleri, 2011). Montesi ve diğerleri (2013) ise çalışmalarında cinsel memnuniyet ile sosyal kaygının ilişkili olduğunu belirtmektedir. Araştırma sonuçlarının, kişilerarası etkileşimlerle alakalı sorunlara yol açabilen sosyal kaygının cinselliği etkileyebilecek bir faktör olmasıyla açıklanabileceği düşünülmektedir.

Genel olarak bakıldığında cinsel işlev ve cinsel sıkıntı ile depresyon ve kaygı bozukluklarının ilişkili olduğu söylenebilir. Alanyazında da depresyon ve kaygı bozuklukları cinsel işlevlerde problemlere yol açabilirken cinsel işlevlerdeki problemlerin de depresyon ve kaygı belirtilerine sebep olabileceği ifade edilmektedir (Laurent ve Simons, 2009).

Cinsellik kadınlar üzerinde olumlu ve olumsuz duygular yaratabilmekte ve duygular cinsel sağlık açısından önem arz edebilmektedir. Bu durum da cinsel işlev açısından duygu düzenlemenin dikkate alınması gereken bir nokta olduğunu vurgulamaktadır (Dubé ve diğerleri, 2020). Bu kapsamda çalışmada incelenen cinsel işlevler ve cinsel sıkıntı duygu düzenlemede güçlükler ile ilişkili bulunmuştur. Duygu düzenlemede güçlükler arttıkça cinsel problemlerin de arttığı söylenebilir. Vasconcelos ve diğerleri (2020) cinsel ağrı ve cinsel işlev bozukluğu olan kadınların cinsel problemleri olmayan kadınlara göre daha fazla duygu düzenlemede güçlük yaşadığı sonucuna ulaşmıştır.



KCFİ'nin alt boyutlarıyla olan ilişkilere bakıldığında duygu düzenlemede güçlükler ile en yüksek ilişkinin memnuniyet boyutunda olduğu görülmüştür. 27 makaleyle yapılan bir derleme çalışmasında duygu düzenlemede güçlüklerin daha düşük cinsel sağlık ve cinsel memnuniyetle ilişkili olduğu görülmüştür (Fischer ve diğerleri, 2022). Pepping ve diğerlerinin (2018) çalışmasında da cinsel memnuniyet ile duygu düzenlemede güçlükler negatif yönde ilişkili bulunmuştur.

## **5.2. Demografik Değişkenlerin Etkisi Kontrol Edildiğinde Cinsel İşlevler ve Cinsel Sıkıntının Yordanması**

Psikiyatrik tanı, fiziksel rahatsızlık, menopoz, düzenli regl ve eşin cinsel rahatsızlığına dair demografik değişkenlerin cinsel işlevler ve cinsel sıkıntı üzerinde etkisi olabileceği düşünülmüş; katılımcıların puanları bu kapsamda karşılaştırılmıştır. Cinsel işlevlerin fiziksel rahatsızlığın olup olmaması, menopoz döneminde olup olmama, düzenli regl olup olmama ve eşin cinsel rahatsızlığı olup olmamasına göre farklılaştığı; cinsel sıkıntının ise psikiyatrik tanının olup olmaması ve eşin cinsel rahatsızlığı olup olmamasına göre farklılaştığı görülmüştür. Bu çerçevede; ele alınan demografik değişkenlerin etkisi kontrol edilerek depresyon ve kaygı belirtilerinin, duygu düzenleme güçlüklerinin cinsel işlev ve cinsel sıkıntıyı yordayıp yordamadığı incelenmiştir. Sonuçta bu değişkenlerin cinsel işlev ve cinsel sıkıntıyı yordadığı görülmüştür.

Alanyazında cinsel işlevlerin depresyon ve kaygı bozukluklarıyla arasındaki ilişkilerin psikiyatrik tanı alan, fiziksel rahatsızlığı olan, menopoz öncesi ya da menopoz dönemindeki kadın örnekleriyle çalışıldığı göze çarpmaktadır (Lin ve diğerleri, 2012; Nascimento ve diğerleri, 2015; Varma ve diğerleri, 2005; Kalmbach ve diğerleri, 2015). Ayrıca çalışmalarda regl döneminin ve partnerin cinsel işlev bozukluğunun da incelendiği görülmektedir (Kalmbach ve Pillai, 2014; Kalmbach ve diğerleri, 2014; Shabsigh ve diğerleri, 2006). Bu kapsamda, bu demografik değişkenlerin cinsel işlevler ile depresyon ve kaygı belirtileri arasındaki ilişkide rol oynadığı düşünülebilir. Yürütülen çalışmada bu amaçla cinsel işlevler ve cinsel sıkıntı ile depresyon ve kaygı belirtileri arasındaki ilişkiler incelenirken bu değişkenlerin etkisi kontrol edilmiştir. Depresyon ve kaygı belirtilerinin cinsel işlevler ve cinsel sıkıntı üzerindeki etkisi incelenirken; cinsel işlevler üzerinde eşin cinsel rahatsızlığının,

cinsel sıkıntı üzerinde ise psikiyatrik tanı ile eşin cinsel rahatsızlığının etkisi olduğu görülmüştür.

Cinsellik; bilişsel, duygusal, motivasyonel tepkilerin etkileşimini içeren bir duygu düzenleme aracı olarak kavramsallaştırılmakla birlikte partnerle ve ilişkiyle ilgili değişkenler sürece dahil olarak cinsel duygular üretilmekte ve düzenlenmektedir (Dewitte, 2014). Cinsellik üzerinde duygu düzenlemenin rolüyle birlikte partnerin de etkili olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmada eşinin cinsel rahatsızlık yaşadığını bildiren kişilerin daha çok cinsel sıkıntı yaşarken cinsel işlevlerinin de daha kötü olduğu görülmüştür. Ayrıca duygu düzenlemede güçlüklerin cinsel işlev ve cinsel sıkıntı üzerindeki etkisi incelenirken eşin cinsel rahatsızlığının cinsel sıkıntı üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır.

### **5.3. HiTOP Modeli Kapsamında İçselleştirme Spektrumu**

Bu çalışmanın hedefleri arasında HiTOP Modeli kapsamında içselleştirme spektrumunun ele alınmasıdır. Depresyon ve kaygı bozukluklarının yüksek komorbiditesi bu bozuklukların bir spektrum kapsamında ele alınmasına yönelik kanıtlar sağlamaktadır. Kotov ve diğerleri (2017) bu kapsamda çeşitli bozuklukların birlikte ele alınabildiği HiTOP Modelini geliştirmişlerdir. Geliştirdikleri model kapsamında cinsel problemler, yeme patolojisi, depresyon ve kaygı belirtilerinin ele alındığı bir içselleştirme spektrumu tanımlamışlardır. Bu çalışmada ise Kotov ve diğerleri (2017) tarafından oluşturulan model kapsamında; cinsel problemler, depresyon ve kaygı belirtilerini birlikte ele alan bir spektrum oluşturularak YEM aracılığıyla test edilmiştir.

Bu çalışma kapsamında içselleştirme spektrumu; distres, korku ve cinsel problemler boyutlarıyla ele alınmıştır. Analize geçilmeden önce bu boyutların ele alınan faktörler tarafından temsil edilip edilmedikleri incelenmiştir. Distresin; disfori, huysuzluk, panik, halsizlik, travmatik intrüzyonlar, sosyal anskiyete, insomni, intihar eğilimi faktörleri, korkunun; düzenleme, kontrol etme, temizleme, klostrofobi faktörleri, cinsel problemlerin ise cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet, ağrı faktörleri tarafından temsil edildiği saptanmıştır.

Analiz edilen modelin uyum indekslerinin iyi olduğu görülmüştür. Alanyazın kapsamında oluşturulan modelin distres, korku ve cinsel problemler olmak üzere üç alt boyuttan oluşan bir içselleştirme spektrumunu açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Boyutların içselleştirme spektrumunu açıklamadaki düzeyleri incelendiğinde yüksekten düşüğe doğru sırasıyla distres, korku ve cinsel problemler olduğu görülmüştür. Bu çalışmadaki modele benzer çalışmalarda da benzer sonuçların elde edildiği görülmüştür (Forbes ve Schniering, 2013, Forbes ve diğerleri, 2016a).

Modelde dikkat çeken bir nokta cinsel problemlerin içselleştirme spektrumunda distres ve korkuya göre daha düşük bir düzeyde açıklanmasıdır. Bu bulgunun alanyazınla uyumlu olduğu görülmektedir (Forbes ve Schniering, 2013, Forbes ve diğerleri, 2016a). Laurent ve Simons (2009) bu durumun ölçüm araçlarıyla bağlantısı olduğunu belirtmektedir. Distres ve korkuyu ölçen maddelerin benzerlik gösterirken cinsel problemi değerlendiren ölçüm araçlarının farklılaşması bu sonuca neden olabilmektedir. Bu çalışmada distres ve korku boyutları için tek ölçüm aracı kullanılırken cinsel problemleri değerlendirmek için farklı bir ölçek kullanılmıştır. Ölçümden etkilenecek sonuçların önüne geçebilmek amacıyla cinsel problemlerin de distres ve korkuyla birlikte değerlendirilebileceği bir ölçek kullanılabilir.

Alanyazında cinsel problemlerin içselleştirme spektrumu kapsamında ele alındığı çalışmalar bulunmaktadır. HiTOP Modeli kapsamında cinsel problemleri ele alan çalışmalarda DKBE-II yerine farklı ölçeklerin kullanıldığı görülmüştür (Forbes ve Schniering, 2013; Forbes ve diğerleri, 2016a; Forbes ve diğerleri, 2016b). Bu çerçevede bu çalışma, alanyazındaki diğer çalışmalardan ayrılmaktadır. DKBE-II'nin HiTOP Modeli kapsamında geliştirildiği göz önünde bulundurulduğunda yürütülen bu çalışmada bu ölçüm aracının kullanılmasının güçlü bir yön olduğu söylenebilir.

#### **5.4. İçselleştirme Spektrumunun Yordayıcısı Olarak Duygu Düzenlemede Güçlükler**

Çalışmada oluşturulan içselleştirme spektrumunun duygu düzenlemede güçlükler tarafından yordanıp yordanmadığı YEM aracılığıyla analiz edilmiştir. Analiz öncesinde duygu düzenlemede güçlüklerin hangi faktörler tarafından temsil edildiği incelenmiştir. Sonuçta; amaç, dürtü, strateji, kabul ve açıklık tarafından temsil edildiği tespit edilmiştir. Bu aşamadan sonra yapısal model sınanmıştır.

Model analizinin sonucunda, duygu düzenlemede güçlüklerin içselleştirme spektrumunu yordamada başarılı olduğu görülmüştür. Duygu düzenlemede güçlükler ile içselleştirme bozuklukları arasında bir neden-sonuç ilişkisinin olduğu ve duygu düzenlemede güçlüklerin içselleştirme bozukluklarının ortaya çıkmasında katkıda bulunan bir etken olduğu belirtilmektedir (Hostinar ve Cicchetti, 2020). Yürütülen çalışmanın analiz sonuçlarının bu bilgiyi desteklediği görülmektedir. Duygu düzenlemenin yaşamın erken yıllarından itibaren kişinin yaşamını etkileyebilen ve kişinin sahip olduğu özellikler çerçevesinde gelişen bir etken olduğu düşünüldüğünde psikopatolojiler açısından bir risk faktörü haline gelebileceği ifade edilebilir.

Duygu düzenlemenin depresyon ve kaygıyla olan ilişkilerinin birçok çalışmada incelendiği görülmüştür. Çeşitli çalışmalarda da depresyon ve kaygının nedeni olarak duygu düzenlemenin ele alındığı tespit edilmiştir (D'Avanzato ve diğerleri, 2013; Yoon ve diğerleri, 2013; Paulus ve diğerleri, 2016). Bu çalışmalardan bazıları duygu düzenlemede güçlükleri ele alırken bazılarının duygu düzenleme stratejilerini ele almasının duygu düzenlemenin bu bozuklarla ilişkisini kanıtlar nitelikte olduğu söylenebilir. Bu çalışmada da duygu düzenlemede güçlükler ile depresyon ve kaygı belirtilerinin ilişkili olduğu görülmüştür.

Genel olarak bakıldığında bu çalışmada duygu düzenlemede güçlüklerin hem cinsel işlevler ve cinsel sıkıntıyla hem de depresyon ve kaygı bozuklukları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra içselleştirme spektrumunu yordayıcı bir özelliğe sahiptir. Duygu düzenlemede güçlüklerin; cinsel problemler, distres ve korku boyutlarından oluşan içselleştirme spektrumunun üçlü yapısı açısından ortak bir risk faktörü olduğu düşünülmüştür. Bu sonuçların; psikopatoloji açısından duygu düzenlemenin önemini vurgular nitelikte olduğu söylenebilir.

Araştırma bulguları ele alınırken göz önünde bulundurulması gereken belirli sınırlılıklara sahiptir. Çalışmaya katılan evli kadınların büyük çoğunluğunun eğitim düzeyinin ön lisans ve üzeri olduğu, büyük çoğunluğunun yaşadıkları yerin şehir ve büyükşehir olduğu görülmüştür. Bu sebeple çalışma örneklemini evreni temsil ediciliği açısından sınırlıdır. Bir başka nokta ise çalışmanın kesitsel veriler aracılığıyla yapılmasının değişkenler arasındaki zamansal etkilerin incelenmesi önünde bir engel oluşturmasıdır. Diğer bir sınırlılık araştırmaya ait verilerin katılımcıların öz bildirimlerine dayanması olarak ele alınabilir. Psikiyatrik tanı alıp almama, fiziksel rahatsızlığın olup olmaması ve bunlara ilişkin ilaç kullanma durumu gibi bilgiler katılımcıların bildirimleri doğrultusunda kabul edilmiştir. Bu açıdan ankete verilen cevaplar yanlı olabilir. Dolayısıyla araştırmanın geçerliği ve güvenilirliği

bu veriler kapsamında sınırlıdır. Bu çalışma, içselleştirme spektrumunu üç boyut üzerinden açıklamaktadır. Kotov ve diğerleri (2017)'nin geliştirdiği HiTOP Modeli kapsamında yeme patolojisi de içselleştirme spektrumunun bir boyutu olarak ele alınmaktadır. Bu çerçevede; bu çalışma içselleştirme spektrumunu açıklama açısından cinsel problemler, distres ve korku boyutlarıyla sınırlıdır.

Yürütülen çalışma sahip olduğu sınırlılıkların yanında belirli güçlü yanlara sahip olmakla birlikte alanyazına katkılar sunmaktadır. Katılımcıların geniş bir yaş aralığında dağılması ve farklı evlilik sürelerine sahip olması araştırmanın güçlü yönleri olarak kabul edilebilir. Bu tablo araştırmanın örnekleminin genellenebilirliği açısından önemlidir. Bu çalışma HiTOP Modeli kapsamında, cinsel problemlerin içselleştirme spektrumu içerisinde incelenebileceğini ortaya koymuştur. Alanyazına bakıldığında, cinsel işlevler ile depresyon ve kaygı belirtilerini HiTOP Modeli çerçevesinde ele alan araştırmalara ülkemizde ulaşılamamakla birlikte yurtdışında bu alandaki çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Dolayısıyla mevcut araştırmanın, HiTOP Modeli kapsamında cinsel problemlerin içselleştirme spektrumu içerisinde incelenmesine yönelik Türkiye örneklemini üzerinden sunduğu kanıtlarla, alanyazına katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Bunun yanında HiTOP Modeli kapsamında oluşturulmuş ölçüm aracıyla yürütülen bu çalışmanın; bu model kapsamında ele alınan değişkenlerin ilişkisini daha net ortaya koyabileceği söylenebilir. Duygu düzenlemede güçlükler ile HiTOP Modeli kapsamında içselleştirme spektrumu arasındaki ilişkilerin ortaya konması açısından yürütülen araştırmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Buradan yola çıkarak alanda çalışan uzmanların cinsel işlev bozukluğu olan kadınların değerlendirilmesinde depresyon ve kaygı belirtilerinin yanında duygu düzenlemede güçlüklerinin ele alınmasını göz önünde bulundurması bakımından ve psikoterapide duygu düzenleme becerilerine yönelik müdahalelerin cinsel problemler yaşayan bireylerde tedavi açısından güçlü bir yön olabileceği açısından yürütülen çalışmanın öneme sahip olduğu düşünülmüştür.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cinsel problemlerin HiTOP Modeli içerisinde içselleştirme spektrumunun bir boyutu olduğunu doğrulamak amacıyla yapılan bu çalışma evli kadınlardan oluşan bir örneklem üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmanın farklı özellikteki (örn. erkek, bekar, boşanmış vb.) örneklem üzerinden tekrarlanması bu spektrumun doğrulanmasına yönelik kanıtları güçlendirebilir. Yürütülen çalışmada psikiyatrik tanının olup olmadığı katılımcıların öz bildirimleri doğrultusunda ele alınmıştır. İleride yapılacak çalışmalarda klinik ve klinik olmayan örneklem ile karşılaştırmaların yapılması cinsel problemler, depresyon ve kaygı belirtileri açısından içselleştirme spektrumunun yapısını daha net anlamaya yönelik katkılar sunabilir.

İçselleştirme spektrumunun boyutları arasındaki ilişkileri belirlemeye yönelik, evli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarıyla depresyon ve kaygı belirtileri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Depresyon ve kaygı belirtileri arttıkça cinsel işlevlerde düşüş, cinsel sıkıntılarda artış olduğu görülmüştür. Bu değişkenler arasında ilişkilerin alanyazındaki sonuçlarla uyumlu olduğu saptanmıştır.

Cinsel işlev bozuklukları ile duygu düzenlemede güçlükler arasındaki ilişkiler incelenmiş, duygu düzenlemede güçlüklerin cinsel işlevleri ve cinsel sıkıntıyı yordayıp yordamadığı belirlenmiştir. Ele alınan değişkenlerin ilişkili olduğu ve duygu düzenlemede güçlüklerin cinsel işlevleri ve cinsel sıkıntıyı yordadığı tespit edilmiştir. Bu bulguların bu alandaki çalışmalarla benzer sonuçlara sahip olduğu görülmüştür.

Psikiyatrik tanı, fiziksel rahatsızlık, menopoz, düzenli regl ve eşin cinsel rahatsızlığı değişkenlerinin cinsel işlev ve cinsel sıkıntı üzerinde etkisi olduğu görülmüştür. İçselleştirme spektrumu kapsamında yapılacak çalışmalarda demografik değişkenlerin etkisi göz önünde bulundurularak örneklemin belirlenmesinin önemli olabileceği düşünülmektedir.

Cinsel problemler, depresyon ve kaygı belirtilerinin HiTOP Modeli kapsamında içselleştirme spektrumunu oluşturan bir model üzerinden temsil edilip edilemeyeceği YEM analizi ile incelenmiştir. Sonuçta; bu modelin iyi uyum indekslerine sahip olduğu görülmüştür. İçselleştirme spektrumunun; distres, korku ve cinsel problemlerden oluştuğu saptanmıştır. Bu modelin alanyazında bu alanda yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu

görülmüştür. İleride yapılacak çalışmalarda içselleştirme spektrumu kapsamında ele alınan değişkenler arasındaki nedensel ilişkileri anlayabilmek amacıyla boylamsal çalışmalar yapılması önerilebilir. Ayrıca HiTOP Modeli kapsamında yapılacak çalışmalarda bu çerçevede geliştirilen ölçüm araçlarının kullanılmasının spektrumların yapısını daha net anlamaya yardımcı olabileceği, diğer yandan araştırmalar arasındaki karşılaştırmaların daha doğru sonuçlar verebileceği düşünülmektedir. Bir diğer önerilebilecek konu, içselleştirme spektrumunun dördüncü alt boyutu olan yeme bozukluğunun da spektruma dahil edildiği çalışmalar yapılması olabilir.

Son olarak duygu düzenlemede güçlüklerin cinsel problemler, distres ve korku alt boyutlarından oluşan içselleştirme spektrumunu yordayıp yordamadığı incelenmiştir. Duygu düzenlemede güçlüklerin içselleştirme spektrumu için risk faktörü oluşturabilecek bir etken olduğu düşünülmüş ve bu yönde sonuçlara ulaşılmıştır. Ulaşılan sonuçların alanyazındaki bilgilerle uyumlu olduğu görülmüştür. Duygu düzenlemede güçlüklerin içselleştirme spektrumunu yordayan güçlü bir değişken olması müdahale çalışmaları açısından önemli olabilir. Alandaki uzmanlar için cinsel işlev, depresyon ve kaygı bozuklukları yaşayan evli kadınlarla terapide duygu düzenlemenin araştırılması, duygu düzenlemeye yönelik tedavi programlarının uygulanması önerilebilir. Psikoterapide duygu düzenleme üzerine çalışılacak danışanlara duygular ile ilgili psikoeğitim verilebilir; mindfulness egzersizleri yardımıyla beden ve duyum farkındalığıyla birlikte duygulara ilişkin farkındalık kazandırılabilir; duyguları tanımlama ve anlama üzerinde çalışılabilir; ardından duyguları değiştirme veya kabullenme ile ilgili becerilerin kazandırılmasına yönelik stratejiler uygulanabilir (Berking ve Schwarz, 2014; Farb ve diğerleri, 2014; Mennin ve Fresco, 2014).

## KAYNAKLAR

- Abdo, C. H. N., Oliveira, W. M., Moreira, E. D., & Fittipaldi, J. A. S. (2004). Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research*, 16(2), 160-166. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901198>
- Aksaray, G., Yelken, B., Kaptanoğlu, C., Oflu, S., & Özaltın, M. (2001). Sexuality in women with obsessive compulsive disorder. *Journal of sex & marital therapy*, 27(3), 273-277. <https://doi.org/10.1080/009262301750257128>
- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155-172. <https://doi.org/10.1177/1745691612459518>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5), tanı ölçütleri başvuru elkitabı*. E. Köroğlu (Çev. Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anber, T., Akar, T., & Altun, F. (2021). Depresyon ve Toplum Ruh Sağlığı. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(2), 99-103. <https://doi.org/10.54247/SOYD.2021.30>
- Archer, R. P. (2016). Introducing the Minnesota multiphasic personality inventory-adolescent-restructured form (MMPI-ARF). *European Scientific Journal, ESJ*, 12(10), 147-153. <https://doi.org/10.19044/esj.2016.v12n10p%25p>
- Aydın, S., Onaran, Ö. I., Topalan, K., Aydın, Ç. A., & Dansuk, R. (2016). Development and validation of Turkish version of the female sexual distress scale-revised. *Sexual medicine*, 4(1), e43-e50. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2015.12.003>
- Aygin, D., Eti Aslan, F. (2005). Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçeye Uyarlaması. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(3), 393-399.
- Ayub, M., Irfan, M., Nasr, T., Lutufullah, M., Kingdon, D., & Naeem, F. (2009). Psychiatric morbidity and domestic violence: a survey of married women in Lahore. *Social*



*Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(11), 953-960.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-009-0016-6>

- Bae, H., & Park, H. (2016). Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. *Supportive care in cancer*, 24(3), 1277-1283.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-015-2918-z>
- Bahar, A., Savaş, A. H., Yıldızgördü, E., & Barlıoğlu, H. B. (2007). Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 287-292.
- Balon, R. (2008). Introduction: New developments in the area of sexual dysfunction(s). In R. Balon, (Ed.), *Sexual Dysfunction* (pp. 1-6). Karger Publishers.
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327-335.  
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., ... & Whipple, B. (2001). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(2), 83-94. <https://doi.org/10.1080/00926230152051707>
- Bayraktar, P. D. R. & Uçanok, D. Z. (2002). Menopoza İlişkin Yaklaşımların ve Kültürlerarası Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. *Aile ve Toplum: Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 2(5), 5-12.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(8), 667-672. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x>
- Berking, M., & Schwarz, J. (2014). Affect regulation training. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 529-547). The Guilford Press.
- Bilgin, Z., & Kömürçü, N. (2016). Kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlar. *Androloji Bülteni*, 18(64), 48-55.
- Blanchard, D. C., & Blanchard, R. J. (2008). *Chapter 2.4 Defensive behaviors, fear, and anxiety*. In Blanchard, R. J., Blanchard, D. C., Griebel, G., Nutt, D. (Eds.), *Handbook of Behavioral Neuroscience*. (pp. 63–79). [https://doi.org/10.1016/S1569-7339\(07\)00005-7](https://doi.org/10.1016/S1569-7339(07)00005-7)

- Blanco, C., Rubio, J., Wall, M., Wang, S., Jiu, C. J., & Kendler, K. S. (2014). Risk factors for anxiety disorders: Common and specific effects in a national sample. *Depression and Anxiety*, 31(9), 756–764. <https://doi.org/10.1002/da.22247>
- Blanco, V., Salmerón, M., Otero, P., & Vázquez, F. L. (2021). Symptoms of depression, anxiety, and stress and prevalence of major depression and its predictors in female university students. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 5845. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115845>
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Taylor & Francis.
- Cambridge University Press. (2022). *Cambridge dictionary*. <https://dictionary.cambridge.org/tr/s%C3%B6zl%C3%BCk/ingilizce/> adresinden erişildi.
- Cengiz Özyurt, B., & Deveci, A. (2011). Manisa’da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 10-16. <https://doi.org/10.5080/u6350>
- CETAD (2006). *Cinsel Yaşam ve Sorunları*. Şahin D., Şimşek F. Seyisoğlu H. (Ed.) <https://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/35/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf> adresinden ulaşıldı.
- Cho, M. J., Nam, J. J., & Suh, G. H. (1998). Prevalence of symptoms of depression in a nationwide sample of Korean adults. *Psychiatry Research*, 81(3), 341–352. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(98\)00122-X](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(98)00122-X)
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cole, P. M., & Hall, S. E. (2008). Emotion dysregulation as a risk factor for psychopathology. In Beauchaine, T. P., & Hinshaw, S. P. (Eds.), *Child and adolescent psychopathology*. (pp. 265-298). John Wiley & Sons.

- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73–100. <https://doi.org/10.2307/1166139>
- Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D., & Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia internationalis*, 72(1), 52-57. <https://doi.org/10.1159/000075273>
- Çelik, E. (2021). *Yetişkin bireylerde erken dönem uyumsuz şemalar ve duygu düzenleme güçlüğü ile duygusal yeme ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiler*. Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Diyarbakır.
- D'Agostino, A., Covanti, S., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2017). Reconsidering emotion dysregulation. *Psychiatric Quarterly*, 88(4), 807-825. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9499-6>
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: Examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 968–980. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9537-0>
- Deckert, M., Schmoeger, M., Auff, E., & Willinger, U. (2020). Subjective emotional arousal: An explorative study on the role of gender, age, intensity, emotion regulation difficulties, depression and anxiety symptoms, and meta-emotion. *Psychological Research*, 84(7), 1857–1876. <https://doi.org/10.1007/s00426-019-01197-z>
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Carlini, M., Rucci, P., Torri, P., Cesari, D., ... & Maggi, M. (2009). Sexual dysfunctions and suicidality in patients with bipolar disorder and unipolar depression. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 3063-3070. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01455.x>
- DeRogatis, L., Clayton, A., Lewis-D'Agostino, D., Wunderlich, G., & Fu, Y. (2008). Validation of the Female Sexual Distress Scale-Revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 5(2), 357–364. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00672.x>
- Dewitte, M. (2014). On the interpersonal dynamics of sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(3), 209-232. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.710181>

- Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review*, 65(2018), 17–42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>
- Dubé, J. P., Corsini-Munt, S., Muise, A., & Rosen, N. O. (2019). Emotion regulation in couples affected by female sexual interest/arousal disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 48(8), 2491–2506. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01465-4>
- Dubé, J. P., Dawson, S. J., & Rosen, N. O. (2020). Emotion Regulation and Sexual Well-being Among Women: Current Status and Future Directions. *Current Sexual Health Reports*, 12(3), 143-152. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00261-9>
- Duncan, S., Talbot, A., Sheldrick, R., & Caswell, H. (2009). Erectile function, sexual desire, and psychological well-being in men with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 15(3), 351-357. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2009.04.028>
- Dundon, C. M., & Rellini, A. H. (2010). More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40–70. *The journal of sexual medicine*, 7(2), 896-904. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01557.x>
- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnülle, J., Fischer, S., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*, 10(4), 563-572. <https://doi.org/10.1037/a0019010>
- Erbil, N. (2018). Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(3), 241-246. <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2017.05.012>
- Ergöl, Ş., Kuzu, A. (2016). 15-49 yaş evli kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtileri ile evlilik özelliklerinin ilişkisi. *International Journal of Human Sciences*, 13(1), 1023-1035. <https://doi.org/10.14687/ijhs.v13i1.3555>
- Estes, W. K., & Skinner, B. F. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 29(5), 390–400. <https://doi.org/10.1037/h0062283>
- Everaert, J., & Joormann, J. (2019). Emotion regulation difficulties related to depression and anxiety: A network approach to model relations among symptoms, positive reappraisal, and repetitive negative thinking. *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1304–1318. <https://doi.org/10.1177/2167702619859342>

- Farb, N. A., Anderson, A. K., Irving, J. A., & Segal, Z. V. (2014). Mindfulness interventions and emotion regulation. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 548-567). The Guilford Press.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Figueira, I., Possidente, E., Marques, C., & Hayes, K. (2001). Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia. *Archives of Sexual Behavior*, 30(4), 369-377. <https://doi.org/10.1023/A:1010257214859>
- Fischer, V. J., Andersson, G., Billieux, J., & Vögele, C. (2022). The Relationship Between Emotion Regulation and Sexual Function and Satisfaction: A Scoping Review. *Sexual medicine reviews*. 10(2), 195-208. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.11.004>
- Forbes, M. K., Baillie, A. J., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2017). A place for sexual dysfunctions in an empirical taxonomy of psychopathology. *Journal of Sex Research*, 54(4-5), 465–485. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1269306>
- Forbes, M. K., Baillie, A. J., & Schniering, C. A. (2016a). Should sexual problems be included in the internalizing spectrum? A comparison of dimensional and categorical models. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(1), 70–90. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.996928>
- Forbes, M. K., Baillie, A. J., & Schniering, C. A. (2016b). A structural equation modeling analysis of the relationships between depression, anxiety, and sexual problems over time. *Journal of Sex Research*, 53(8), 942–954. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1063576>
- Forbes, M. K., Baillie, A. J., & Schniering, C. A. (2016c). Where do sexual dysfunctions fit into the meta-structure of psychopathology? A factor mixture analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 1883–1896. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0613-2>
- Forbes, M. K., & Schniering, C. A. (2013). Are sexual problems a form of internalizing psychopathology? A structural equation modeling analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 23–34. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9948-0>

- Frerichs, R. R., Aneshensel, C. S., & Clark, V. A. (1981). Prevalence of depression in Los Angeles County. *American journal of epidemiology*, *113*(6), 691-699. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113149>
- Freund, B., & Steketee, G. (1989). Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patients. *Journal of sex & marital therapy*, *15*(1), 31-41. <https://doi.org/10.1080/00926238908412845>
- George D., & Mallery P. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference 17.0 Update*. (10<sup>th</sup> ed.). Boston: Pearson.
- Goldstein I. (2007). In the end, "sex is complicated". *The journal of sexual medicine*, *4*(3), 523–525. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00483.x>
- Gölbaşı, Z., Tuğut, N., Erenel, A., & Eroğlu, K. (2014). Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. *Cumhuriyet Medical Journal*, *36*(1), 1-10. <https://doi.org/10.7197/cmj.v36i1.1008002434>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Graziottin, A. (1998). The biological basis of female sexuality. *International Clinical Psychopharmacology*, *13* (4), 15-22. <https://doi.org/10.1097/00004850-199807006-00004>
- Greenberg, J. S., Bruess, C. E., & Oswalt, S. B. (2016). *Exploring the Dimensions of Human Sexuality*. (6<sup>th</sup> ed.) Burlington: Jones & Bartlett Publishers.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, *74*(1), 224–237. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224>
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, *2*(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, *10*(6), 214–219. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>

- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gülsün, M., Ak, M., & Bozkurt, A. (2009). Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(1), 68-79.
- Gürbüz, S. (2021). *AMOS ile yapısal eşitlik modellemesi* (2. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hall, L. A., Williams, C. A., & Greenberg, R. S. (1985). Supports, stressors, and depressive symptoms in low-income mothers of young children. *American journal of public health*, 75(5), 518-522. <https://doi.org/10.2105/ajph.75.5.518>
- Haqqi, S., & Faizi, A. (2010). Prevalence of Domestic Violence and associated Depression in married women at a Tertiary care hospital in Karachi. *Procedia-social and behavioral sciences*, 5(2010), 1090-1097. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.241>
- Harlow, B. L., Cohen, L. S., Otto, M. W., Spiegelman, D., & Cramer, D. W. (1999). Prevalence and predictors of depressive symptoms in older menopausal women: The Harvard study of moods and cycles. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 418–424. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.5.418>
- Hayes, R. D., Bennett, C. M., Fairley, C. K., & Dennerstein, L. (2006). What can Prevalence Studies Tell Us about Female Sexual Difficulty and Dysfunction? *Journal of Sexual Medicine*, 3(4), 589–595. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00241.x>
- Hayes, R. D., Dennerstein, L., Bennett, C. M., Sidat, M., Gurrin, L. C., & Fairley, C. K. (2008). Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: Exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *The journal of sexual medicine*, 5(7), 1681-1693. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00838.x>
- Hostinar, C. E., Cicchetti, D., (2020). *Chapter 18 Emotion dysregulation and internalizing spectrum disorders*. In Beauchaine, T. P., & Crowell, S. E. (Eds.) *The Oxford handbook of emotion dysregulation* (pp. 249-264). New York: Oxford University Press.
- Institute of Health Metrics and Evaluation. (2022). *Global Health Data Exchange (GHDx)*. <https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b> adresinden erişildi.

- International Classification of Diseases 11th Revision. (2022). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> adresinden erişildi.
- Irak, M., & Albayrak, E. O. (2020). Psychometric properties of the expanded version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms in a Turkish population. *Psychological Reports, 123*(2), 517–545. <https://doi.org/10.1177/0033294118813844>
- Ishak, I. H., Low, W. Y., & Othman, S. (2010). Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. *The journal of sexual medicine, 7*(9), 3080-3087. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01848.x>
- Jaafarpour, M., Khani, A., Khajavikhan, J., & Suhrabi, Z. (2013). Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, 7*(12), 2877-2880. <https://doi.org/10.7860/jcdr/2013/6813.3822>
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of personality, 72*(6), 1301-1334. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- Kalmbach, D. A., Ciesla, J. A., Janata, J. W., & Kingsberg, S. A. (2012). Specificity of anhedonic depression and anxious arousal with sexual problems among sexually healthy young adults. *Journal of Sexual Medicine, 9*(2), 505–513. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02533.x>
- Kalmbach, D. A., Kingsberg, S. A., & Ciesla, J. A. (2014). How Changes in Depression and Anxiety Symptoms Correspond to Variations in Female Sexual Response in a Nonclinical Sample of Young Women: A Daily Diary Study. *The Journal of Sexual Medicine, 11*(12), 2915-2927. <https://doi.org/10.1111/jsm.12692>
- Kalmbach, D. A., & Pillai, V. (2014). Daily affect and female sexual function. *The journal of sexual medicine, 11*(12), 2938-2954. <https://doi.org/10.1111/jsm.12712>
- Kalmbach, D. A., Pillai, V., Kingsberg, S. A., & Ciesla, J. A. (2015). The transaction between depression and anxiety symptoms and sexual functioning: A prospective study of premenopausal, healthy women. *Archives of Sexual Behavior, 44*(6), 1635–1649. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0381-4>
- Kashdan, T. B., Adams, L., Savostyanova, A., Ferssizidis, P., McKnight, P. E., & Nezlek, J. B. (2011). Effects of social anxiety and depressive symptoms on the frequency and



quality of sexual activity: A daily process approach. *Behaviour research and therapy*, 49(5), 352-360. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.004>

Kavurma, M. (2014). *Major depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğundaki duygu düzenleme güçlüklerine mizaç-karakter özelliklerinin ve anksiyete duyarlılığının etkisi*. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.

Kaya, B., Unal, S., Ozenli, Y., Gursoy, N., Tekiner, S., & Kafkasli, A. (2006). Anxiety, depression and sexual dysfunction in women with chronic pelvic pain. *Sexual and Relationship Therapy*, 21(2), 187-196. <https://doi.org/10.1080/14681990500359897>

Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S., & Öztürk, Ö. (2003). On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(4), 208-219.

Kendurkar, A., & Kaur, B. (2008). Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: do the sexual dysfunctions differ?. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 10(4), 299-305. <https://doi.org/10.4088/pcc.v10n0405>

Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arsivi*, 50(4). 344-351. <https://doi.org/10.4274/Npa.y6522>

Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4<sup>th</sup> ed.). New York: The Guilford Press.

Kotov, R., Jonas, K. G., Carpenter, W. T., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., ... & HiTOP Utility Workgroup. (2020). Validity and utility of hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): I. Psychosis superspectrum. *World Psychiatry*, 19(2), 151-172. <https://doi.org/10.1002/wps.20730>

Kotov, R., Krueger, R. F., & Watson, D. (2018). A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry*, 17(1), 24-25. <https://doi.org/10.1002/wps.20478>

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... & Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>

- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 921–926. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.921>
- Krueger, R. F., Hobbs, K. A., Conway, C. C., Dick, D. M., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Keyes, K. M., Latzman, R. D., Michelini, G., Patrick, C. J., Sellbom, M., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Tackett, J., Waldman, I., Waszczuk, M. A., . . . HiTOP Utility Workgroup. (2021). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): II. Externalizing superspectrum. *World Psychiatry*, 20(2), 171–193. <https://doi.org/10.1002/wps.20844>
- Küçükdurmaz, F., Efe, E., Malkoç, Ö., Kolus, E., Amasyalı, A. S., & Resim, S. (2016). Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among Turkish pregnant women. *Turkish Journal of Urology*, 42(3), 178-183. <https://doi.org/10.5152/tud.2016.49207>
- Küey, L. (1998). Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, 2(1), 5-12.
- Lai, C. H. (2011). Major depressive disorder: gender differences in symptoms, life quality, and sexual function. *Journal of clinical psychopharmacology*, 31(1), 39-44. <https://doi.org/10.1097/jcp.0b013e318205a670>
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 281(6), 537–544. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>
- Laurent, S. M., & Simons, A. D. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety: Conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 573–585. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.007>
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Lehtinen, V., & Joukamaa, M. (1994). Epidemiology of depression: Prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(377, Suppl), 7–10. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05794.x>
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/Risk Factors of Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 35–39. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x>

- Lin, C. F., Juang, Y. Y., Wen, J. K., Liu, C. Y., & Hung, C. I. (2012). Correlations between sexual dysfunction, depression, anxiety, and somatic symptoms among patients with major depressive disorder. *Chang Gung Med J*, 35(4), 323-331. <https://doi.org/10.4103/2319-4170.106138>
- Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 131–141. <https://doi.org/10.1111/ajop.12001>
- Markarian, S. A., Pickett, S. M., Deveson, D. F., & Kanona, B. B. (2013). A model of BID/BAS sensitivity, emotion regulation difficulties, and depression, anxiety, and stress symptoms in relation to sleep quality. *Psychiatry Research*, 210(1), 281–286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.004>
- Marques Cerentini, T., La Rosa, V. L., Goulart, C. D. L., Latorre, G. F. S., Caruso, S., & Sudbrack, A. C. (2020). Female sexual dysfunctions: prevalence and related factors in a sample of young university women—a cross-sectional study. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/14681994.2020.1748592>
- Masters, W.H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. London: Little, Brown.
- McCandless, F., & Sladen, C. (2003). Sexual health and women with bipolar disorder. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 42-48. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02766.x>
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49(9), 544-554. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003>
- Meacham, F., & T. Bergstrom, C. (2016). Adaptive behavior can produce maladaptive anxiety due to individual differences in experience. *Evolution, medicine, and public health*, 2016(1), 270-285. <https://doi.org/10.1093/emph/eow024>
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2014). Emotion regulation therapy. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 469-490). The Guilford Press.
- Mercan, S., Karamustafalioglu, O., Ayaydin, E. B., Akpınar, A., Goksan, B., Gonenli, S., & Guven, T. (2006). Sexual dysfunction in female patients with panic disorder alone or

with accompanying depression. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 10(4), 235-240. <https://doi.org/10.1080/13651500600649994>

- Mert, D. G., & Erberk Özen, N. (2011). Genel Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Kadın Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu ve İlişkili Sosyokültürel Parametrelerin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 85-93.
- Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 6(4), 136-142. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.01.007>
- Montesi, J. L., Conner, B. T., Gordon, E. A., Fauber, R. L., Kim, K. H., & Heimberg, R. G. (2013). On the relationship among social anxiety, intimacy, sexual communication, and sexual satisfaction in young couples. *Archives of sexual behavior*, 42(1), 81-91. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9929-3>
- Morin, A. J. S., Arens, A. K., & Marsh, H. W. (2016). A bifactor exploratory structural equation modeling framework for the identification of distinct sources of construct-relevant psychometric multidimensionality. *Structural Equation Modeling*, 23(1), 116–139. <https://doi.org/10.1080/10705511.2014.961800>
- Nappi, R. E., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M., Tiranini, L., & Martini, E. (2016). Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*, 94(2016), 87-91. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.013>
- Nascimento, E. R., Maia, A. C. O., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2015). Sexual dysfunction in arterial hypertension women: the role of depression and anxiety. *Journal of affective disorders*, 181(2015), 96-100. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.050>
- Nazarpour, S., Simbar, M., Ramezani Tehrani, F., & Alavi Majd, H. (2018). Quality of life and sexual function in postmenopausal women. *Journal of women & aging*, 30(4), 299-309. <https://doi.org/10.1080/08952841.2017.1395539>
- Oksuz, E., & Malhan, S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of urology*, 175(2), 654-658. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)00149-7](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)00149-7)
- Oliveira, C., & Nobre, P. J. (2013). The role of trait-affect, depression, and anxiety in women with sexual dysfunction: a pilot study. *Journal of sex & marital therapy*, 39(5), 436-452. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.665813>

- Öksüz, E., & Malhan, S. (2005). Kadın cinsel fonksiyon indeksi Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik analizi. *Sendrom*, 54-59.
- Özcan, T., Benli, E., Demir, E. Y., Özer, F., Kaya, Y., & Haytan, C. E. (2015). The relation of sexual dysfunction to depression and anxiety in patients with Parkinson's disease. *Acta Neuropsychiatrica*, 27(1), 33-37. <https://doi.org/10.1017/neu.2014.33>
- Özerdoğan, N., Sayiner, F. D., Köşgeroğlu, N., & Ünsal, A. (2009). 40–65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe üniversitesi hemşirelik bilim ve sanatı dergisi*, 2(2), 46-59.
- Pakpour, A. H., Yekaninejad, M. S., Zeidi, I. M., & Burri, A. (2012). Prevalence and risk factors of the female sexual dysfunction in a sample of infertile Iranian women. *Archives of gynecology and obstetrics*, 286(6), 1589-1596. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2489-x>
- Paulus, D. J., Vanwoerden, S., Norton, P. J., & Sharp, C. (2016). Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of Affective Disorders*, 190(2016), 376–385. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.014>
- Pepping, C. A., Cronin, T. J., Lyons, A., & Caldwell, J. G. (2018). The effects of mindfulness on sexual outcomes: The role of emotion regulation. *Archives of Sexual Behavior*, 47(6), 1601-1612. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1127-x>
- Ponholzer, A., Roehlich, M., Racz, U., Temml, C., & Madersbacher, S. (2005). Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *European urology*, 47(3), 366-375. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.005>
- Rajkumar, R. P., & Kumaran, A. K. (2015). Depression and anxiety in men with sexual dysfunction: a retrospective study. *Comprehensive psychiatry*, 60(2015), 114-118. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.03.001>
- Ramón-Arbués, E., Gea-Caballero, V., Granada-López, J. M., Juárez-Vela, R., Pellicer-García, B., & Antón-Solanas, I. (2020). The prevalence of depression, anxiety and stress and their associated factors in college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7001. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197001>
- Rao, T. S., & Nagaraj, A. K. M. (2015). Female sexuality. *Indian journal of psychiatry*, 57(2), 296-302. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161496>

- Rellini, A. H., Vujanovic, A. A., Gilbert, M., & Zvolensky, M. J. (2012). Childhood maltreatment and difficulties in emotion regulation: Associations with sexual and relationship satisfaction among young adult women. *Journal of Sex Research, 49*(5), 434-442. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.565430>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R., Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy, 26*(2), 191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Rosenthal, M. (2013). *Human sexuality: From cells to society*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Rugancı, R. N., & Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology, 66*(4), 442–455.
- Ruggero, C. J., Kotov, R., Hopwood, C. J., First, M., Clark, L. A., Skodol, A. E., ... & Zimmermann, J. (2019). Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. *Journal of consulting and clinical psychology, 87*(12), 1069-1084. <https://doi.org/10.1037/ccp0000452>
- Safarinejad, M. R. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International journal of impotence research, 18*(4), 382-395. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901440>
- Schnatz, P. F., Whitehurst, S. K., & O'Sullivan, D. M. (2010). Sexual dysfunction, depression, and anxiety among patients of an inner-city menopause clinic. *Journal of Women's Health, 19*(10), 1843-1849. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1800>
- Shabsigh, R., Anastasiades, A., Cooper, K. L., & Rutman, M. P. (2006). Female sexual dysfunction, voiding symptoms and depression: common findings in partners of men with erectile dysfunction. *World journal of urology, 24*(6), 653-656. <https://doi.org/10.1007/s00345-006-0125-8>
- Shahraki, Z., Ghajarzadeh, M., & Ganjali, M. (2019). Depression, anxiety, quality of life and sexual dysfunction in Zabol women with infertility. *Mædica, 14*(2), 131. <https://doi.org/10.26574/maedica.2019.14.2.131>

- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics & gynecology*, 112(5), 970-978. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e3181898cdb>
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 51(2), 100–113. <https://doi.org/10.1177/070674370605100206>
- Stroud, C. B., Hershenberg, R., Cardenas, S., Greiter, E., & Richmond, M. (2016). U.S. College students' sexual activity: The unique and interactive effects of emotion regulation difficulties and attachment style. *International Journal of Sexual Health*, 28(1), 37–49. <https://doi.org/10.1080/19317611.2015.1073824>
- Şahingöz, M. (2008). *Kadın hastalıkları polikliniğine başvuran menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda duygudurum ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ve ilişkili etkenler*. Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya.
- Tan, H. M., Tong, S. F., & Ho, C. C. (2012). Men's health: sexual dysfunction, physical, and psychological health—is there a link?. *The journal of sexual medicine*, 9(3), 663-671. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02582.x>
- Tani, F., Pascuzzi, D., & Raffagnino, R. (2015). Emotion regulation and quality of close relationship: The effects of emotion dysregulation processes on couple intimacy. *Applied Psychology Bulletin*, 272(63), 3–15.
- Timur, S., & Hotun Şahin, N. (2010). The prevalence of depression symptoms and influencing factors among perimenopausal and postmenopausal women. *Menopause*, 17(3), 545-551. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181cf8997>
- Topuzoğlu, A., Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Tanık, F. A., Zağlı, N., & Alptekin, K. (2015). The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in Izmir, Turkey: Prevalence, socioeconomic differences, impairment and help-seeking. *Journal of Affective Disorders*, 181, 78–86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.017>
- Uluyol, F. M. (2019). Bağlanma, duygu düzenleme süreçleri ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki: bir model önerisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(1), 220-233. <https://doi.org/10.18863/pgy.616134>

- Varghese, K. M., Bansal, R., Kekre, A. N., & Jacob, K. S. (2012). Sexual dysfunction among young married women in southern India. *International urogynecology journal*, 23(12), 1771-1774. <https://doi.org/10.1007/s00192-012-1782-3>
- Varma, G. S., Oğuzhanoglu, N. K., Karadağ, F., Özdel, O., & Amuk, T. (2005). Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8(3), 109-115.
- Vasconcelos, P., Oliveira, C., & Nobre, P. (2020). Self-Compassion, emotion regulation, and female sexual pain: a comparative exploratory analysis. *The journal of sexual medicine*, 17(2), 289-299. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.11.266>
- Watson, D., Levin-Aspenson, H. F., Waszczuk, M. A., Conway, C. C., Dalgleish, T., Dretsch, M. N., ... & Zinbarg, R. E. (2022). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional dysfunction superspectrum. *World Psychiatry*, 21(1), 26-54. <https://doi.org/10.1002/wps.20943>
- Watson, D., O'Hara, M. W., Naragon-Gainey, K., Koffel, E., Chmielewski, M., Kotov, R., Stasik, S. M., & Ruggero, C. J. (2012). Development and validation of new anxiety and bipolar symptom scales for an expanded version of the IDAS (the IDAS-II). *Assessment*, 19(4), 399-420. <https://doi.org/10.1177/1073191112449857>
- Weinberg, A., & Klonsky, E. D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological Assessment*, 21(4), 616-621. <https://doi.org/10.1037/a0016669>
- Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34(1), 98-111. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1977.01770130100011>
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). The Guilford Press.
- Williams, L., Jacka, F., Pasco, J., Henry, M., Dodd, S., Nicholson, G., ... & Berk, M. (2010). The prevalence of mood and anxiety disorders in Australian women. *Australasian Psychiatry*, 18(3), 250-255. <https://doi.org/10.3109/10398561003731155>



- Wong, K. T. K., & Forbes, M. K. (2020). Evidence that relationship quality, social support, and SSRI use do not account for the shared underlying relationships among symptoms of depression, anxiety, and female sexual dysfunction. *The Journal of Sex Research*, 57(3), 365-374. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1640177>
- Yazdanpanahi, Z., Nikkholgh, M., Akbarzadeh, M., & Pourahmad, S. (2018). Stress, anxiety, depression, and sexual dysfunction among postmenopausal women in Shiraz, Iran, 2015. *Journal of family & community medicine*, 25(2), 82-87. [https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM\\_117\\_17](https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_117_17)
- Yehuda, R., Lehrner, A. M. Y., & Rosenbaum, T. Y. (2015). PTSD and sexual dysfunction in men and women. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(5), 1107-1119. <https://doi.org/10.1111/jsm.12856>
- Yıldırım, E. A., Hacıoğlu Yıldırım, M., & Karaş, H. (2019). Yaşam boyu vajinismus tanısı konulan kadınlarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ve cinsel işlevlerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(1), 9-15. <https://doi.org/10.5080/u22858>
- Yılmaz, N. *The indirect effect of demand withdraw communication and the relationship between emotion regulation and marital satisfaction in newlyweds*. Master Thesis, Bolu Abant İzzet Baysal University Institute of Social Sciences, Bolu.
- Yoon, K. L., Maltby, J., & Joormann, J. (2013). A pathway from neuroticism to depression: examining the role of emotion regulation. *Anxiety, stress & coping*, 26(5), 558-572. <https://doi.org/10.1080/10615806.2012.734810>
- Yumuşak, F. N. (2019). *Üniversite öğrencilerinde duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal tepkiselliğin psikolojik belirtiler ile ilişkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Zainab, S., Fatmi, Z., & Kazi, A. (2012). Risk factors for depression among married women belonging to higher and lower socioeconomic status in Karachi, Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 62(3), 249-253.
- Zhang, H., Fan, S., & Yip, P. S. (2015). Sexual dysfunction among reproductive-aged Chinese married women in Hong Kong: Prevalence, risk factors, and associated consequences. *The journal of sexual medicine*, 12(3), 738-745.

## EKLER

### Ek 1. Demografik Bilgi Formu

Aşağıdaki sorular sizinle ilgili bazı bilgileri edinmeye yöneliktir. Size uyan kutucuğu işaretleyiniz ya da boşluğa uygun cevabı yazınız.

**1. Cinsiyetiniz:**

- Kadın
- Erkek
- Diğer: .....

**2. Yaşınız: .....**

**3. Mesleğiniz:**

**4. Çalışma durumunuz?**

- Çalışıyor
- Çalışmıyor

**5. Eğitim Durumunuz:**

- Okur yazar
- İlkokul mezunu
- Ortaokul mezunu
- Lise mezunu
- Ön lisans/lisans mezunu
- Yüksek lisans/Doktora mezunu

**6. Son 6 aydır yaşadığınız yer neresi?**

- Köy
- Belde
- İlçe
- Şehir
- Büyükşehir

## Ek 1. Demografik Bilgi Formu (devamı)

### 7. Sosyoekonomik durumunuz nasıl?

- Gelirim giderimden az
- Gelirim giderimle eşit
- Gelirim giderimden fazla

### 8. Evlilik tarihinizi gün, ay, yıl şeklinde belirtiniz:

.....

### 9. Çocuğunuz var mı?

- Evet (kaç çocuğunuz olduğunu belirtiniz).....
- Hayır

### 10. Bir uzman tarafından psikiyatrik rahatsızlık tanısı aldınız mı?

- Evet (tanıyı belirtiniz) .....
- Hayır

### 11. Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?

- Evet (belirtiniz).....
- Hayır

### 12. Geçmişte yaşadığınız veya şu anda yaşamakta olduğunuz fiziksel bir rahatsızlığınız var mı?

- Evet (rahatsızlığı belirtiniz) .....
- Hayır

### 13. Fiziksel rahatsızlığınız için ilaç kullanıyor musunuz?

- Evet (belirtiniz).....
- Hayır

### 14. Şu anda adet (regl) döneminde misiniz?

- Evet
- Hayır

### 15. Düzenli olarak adet (regl) görüyor musunuz?

- Evet
- Hayır (ne kadar süredir adet (regl) görmediğinizi belirtiniz) .....

### 16. Menopoza girdiniz mi?

- Evet
- Hayır

## Ek 1. Demografik Bilgi Formu (devamı)

### 17. Menopoza nasıl girdiniz?

- Doğal olarak girdim
- Cerrahi olarak girdim

### 18. Aşağıdaki sorular eşiniz ve eşinizle ilişkinize dair bilgilere yöneliktir. Uygun kutucuğu işaretleyiniz ya da boşluğa uygun cevabı yazınız.

#### a. Eşinizle aranızdaki ilişkiyi nasıl değerlendirirsiniz?

- Çok iyi
- İyi
- Orta
- Pek iyi değil
- Hiç iyi değil

#### b. Eşinizin süregiden cinsel bir rahatsızlığı var mı?

- Evet (rahatsızlığı belirtiniz) .....
- Hayır

#### c. (Eğer varsa) Eşiniz cinsel rahatsızlığı için bir ilaç kullanıyor mu?

- Evet (belirtiniz) .....
- Hayır

## Ek 2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi

Bu sorular cinsel yaşamınızla ilgili olup son 4 haftalık süreye aittir. Lütfen aşağıdaki sorulara olabildiğince net ve doğru cevap vermeye çalışınız. Verdiğiniz cevaplar tamamen gizli kalacaktır.

Aşağıdaki soruları cevaplarken bazı terimlerin anlamı şu şekildedir;

Cinsel aktivite: okşama, cinsel oyunlar, mastürbasyon ve vajinal ilişkiyi kapsayan durumları Cinsel ilişki/birleşme: vajinaya penisin girişi (penil penetrasyonu)

Cinsel uyarı: partnerinizle olan cinsel oyunlar, kendi kendinizi uyarmanız (mastürbasyon) veya cinsel fantezileri anlatmaktadır.

Cinsel istek veya cinsel ilgi: cinsellikle ilgili şeyler yaşama isteği, partnerinizin cinsellikle ilgili davranışlarına karşılık verme isteği ve cinsellikle ilgili düşünmek veya fanteziler kurmak anlamına gelmektedir.

Cinsel uyarılma/tahrik, cinsel heyecanı; bedensel ve zihinsel yönlerin her ikisi için birlikte hissetmektir. Cinsel bölgelerde sıcaklık hissi veya ürperti, lubrikasyon (kayganlaşma-ıslaklık) veya kas kasılmaları olması durumudur.

1	Son 4 hafta boyunca, ne sıklıkta cinsel istek veya ilgi hissettiniz?	Hemen hemen her zaman veya her zaman	Çoğu zaman (%50'den fazla)	Bazen (%50 kadar)	Birkaç kez (%50'den daha az)	Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman	
2	Son 4 hafta boyunca, cinsel istek veya ilgi düzeyiniz nasıldı?	Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Çok düşük veya hiç	
3	Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında kendinizi ne sıklıkla cinsel yönden tahrik olmuş/uyarılmış hissettiniz?	Cinsel aktivitem olmadı	Hemen hemen her zaman veya her zaman	Çoğu zaman (%50'den fazla)	Bazen (%50 kadar)	Birkaç kez (%50'den daha az)	Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

## Ek 2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (devamı)

4	Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında cinsel yönden tahrik olma/uyarılma düzeyiniz nasıldı?	Cinsel aktivitem olmadı	Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Çok düşük veya hiç
5	Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında cinsel olarak tahrik olma konusunda kendinizden ne kadar emindiniz?	Cinsel aktivitem olmadı	Çok yüksek derecede kendimden emindim	Yüksek derecede kendimden emindim	Orta derecede kendimden emindim	Düşük derecede kendimden emindim	Çok düşük derecede kendimden emindim veya kendimden emin değildim
6	Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında tahrik olma/uyarılma durumunuzdan ne sıklıkla memnun oldunuz?	Cinsel aktivitem olmadı	Hemen hemen her zaman veya her zaman	Çoğu zaman (%50'den fazla)	Bazen (%50 kadar)	Birkaç kez (%50'den daha az)	Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman
7	Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında, lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumu ne sıklıkla gerçekleşti?	Cinsel aktivitem olmadı	Hemen hemen her zaman veya her zaman	Çoğu zaman (%50'den fazla)	Bazen (%50 kadar)	Birkaç kez (%50'den daha az)	Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman
8	Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumu oluşması ne kadar zor oldu?	Cinsel aktivitem olmadı	Aşırı derecede zordu veya imkansızdı	Çok zordu	Zordu	Oldukça zordu	Zor değildi

## Ek 2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (devamı)

9	Son 4 hafta boyunca, lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumunuzu cinsel aktivite veya cinsel birleşme sonuna kadar ne sıklıkla sürdürebildiniz?	Cinsel aktivitem olmadı	Hemen hemen her zaman veya her zaman	Çoğu zaman (%50'den fazla)	Bazen (%50 kadar)	Birkaç kez (%50'den daha az)	Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman
10	Son 4 hafta boyunca, lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumunuzu cinsel aktivite veya cinsel birleşme sonuna kadar korumanız ne kadar zor oldu?	Cinsel aktivitem olmadı	Aşırı derecede zordu veya imkansızdı	Çok zordu	Zordu	Oldukça zordu	Zor değildi
11	Son 4 hafta boyunca, cinsel uyarılmanızda veya cinsel birleşmede, ne sıklıkla orgazma ulaştınız?	Cinsel aktivitem olmadı	Hemen hemen her zaman veya her zaman	Çoğu zaman (%50'den fazla)	Bazen (%50 kadar)	Birkaç kez (%50'den daha az)	Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman
12	Bu soruyu okuyorsanız 'Bazen'i işaretleyiniz. *		Hemen hemen her zaman veya her zaman	Çoğu zaman (%50'den fazla)	Bazen (%50 kadar)	Birkaç kez (%50'den daha az)	Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman
13	Son 4 hafta boyunca, cinsel uyarılmanızda veya cinsel birleşmede, orgazma ulaşmanız ne kadar zor oldu?	Cinsel aktivitem olmadı	Aşırı derecede zordu veya imkansızdı	Çok zordu	Zordu	Oldukça zordu	Zor değildi
14	Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında orgazma ulaşma yeteneğiniz konusunda ne kadar memnun oldunuz?	Cinsel aktivitem olmadı	Çok memnun oldum	Orta derecede memnun oldum	Hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım	Orta derecede memnun olmadım	Hiç memnun olmadım

## Ek 2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (devamı)

15	Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite sırasında siz ve partneriniz arasında yaşanan duygusallık düzeyi konusunda ne kadar memnun oldunuz?	Cinsel aktivitem olmadı	Çok memnun oldum	Orta derecede memnun oldum	Hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım	Orta derecede memnun olmadım	Hiç memnun olmadım
16	Son 4 hafta boyunca, partneriniz ile olan cinsel ilişkinizden ne kadar memnun oldunuz?		Çok memnun oldum	Orta derecede memnun oldum	Hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım	Orta derecede memnun olmadım	Hiç memnun olmadım
17	Son 4 hafta boyunca, genel olarak tüm cinsel yaşamınızdan ne kadar memnun oldunuz?		Çok memnun oldum	Orta derecede memnun oldum	Hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım	Orta derecede memnun olmadım	Hiç memnun olmadım
18	Son 4 hafta boyunca, vajinal birleşme sırasında ne sıklıkla rahatsızlık veya ağrı yaşadınız?	Cinsel aktivitem olmadı	Hemen hemen her zaman veya her zaman	Çoğu zaman (%50'den fazla)	Bazen (%50 kadar)	Birkaç kez (%50'den daha az)	Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman
19	Son 4 hafta boyunca, vajinal birleşme sonrasında ne sıklıkla rahatsızlık veya ağrı yaşadınız?	Cinsel birleşme girişimim olmadı	Hemen hemen her zaman veya her zaman	Çoğu zaman (%50'den fazla)	Bazen (%50 kadar)	Birkaç kez (%50'den daha az)	Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman
20	Son 4 hafta boyunca, rahatsızlık veya ağrı seviyeniz (dereceniz) nasıldı?	Cinsel birleşme girişimim olmadı	Vajinal birleşme sırasında veya sonrasında çok yüksekti	Yüksekti	Orta derecede ydi	Düşüktü	Çok düşüktü veya hiç yoktu

\*kontrol sorusu



### Ek 3. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş

Aşağıda kadın cinselliği ile ilişkili problem ve duygular ile ilgili sorular yer almakta. Son 4 hafta içerisinde ne kadar sıklıkla aşağıdaki problemler sizi rahatsız ettiği veya sıkıntılıandığına yönelik maddeler bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

**CİNSEL AKTİVİTE:** Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

**CİNSEL İLİŞKİ:** Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

**CİNSEL UYARILMA:** Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar

**ORGAZM:** Bızır, hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

1	Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel hayatınızla ilgili sıkıntı duydunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra (bazen)	Sık sık (çoğunlukla)	Her zaman
2	Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel ilişkinizle ilgili mutsuz oldunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra (bazen)	Sık sık (çoğunlukla)	Her zaman
3	Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsellikle ilgili güçlükler nedeniyle suçluluk duydunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra (bazen)	Sık sık (çoğunlukla)	Her zaman
4	Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel problemlerinizi bıkmış hissettiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra (bazen)	Sık sık (çoğunlukla)	Her zaman
5	Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla seks sizi korkuttu?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra (bazen)	Sık sık (çoğunlukla)	Her zaman
6	Bu soruyu okuyorsanız 'Nadiren'i işaretleyiniz. *	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra (bazen)	Sık sık (çoğunlukla)	Her zaman
7	Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel problemler kendinizi küçük görmeye neden oldu?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra (bazen)	Sık sık (çoğunlukla)	Her zaman
8	Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsellik konusunda endişeli hissettiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra (bazen)	Sık sık (çoğunlukla)	Her zaman
9	Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel açıdan yetersiz hissettiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra (bazen)	Sık sık (çoğunlukla)	Her zaman
10	Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinselliğiniz ile ilgili pişmanlıklar yaşadınız?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra (bazen)	Sık sık (çoğunlukla)	Her zaman

### Ek 3. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş (devamı)

11	Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel sorunlarınız hakkında utandınız?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra (bazen)	Sık sık (çoğunlukla)	Her zaman
12	Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel hayatınızdan memnun kalmadınız?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra (bazen)	Sık sık (çoğunlukla)	Her zaman
13	Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel hayatınızla ilgili sinirlendiniz (kızdınız)?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra (bazen)	Sık sık (çoğunlukla)	Her zaman
14	Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel isteksizliğinizden rahatsız oldunuz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra (bazen)	Sık sık (çoğunlukla)	Her zaman

\*kontrol sorusu

#### Ek 4. Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II

Aşağıda insanların zaman zaman sahip olduğu duyguların, hislerin, problemlerin ve yaşadıklarının listesini bulacaksınız. Her maddenin sizin son zamanlarda yaşadıklarınızı ve hissettiklerinizi ne kadar iyi tanımladığını belirleyiniz. Daha sonra, BUGÜN DE DÂHİL OLMAK ÜZERE SON **DÖRT\*** HAFTA İÇERİSİNDE bunları ne kadar hissettiğinizi veya yaşadığınızı en iyi şekilde tarif eden seçeneği yuvarlak içine alınız.

(Orijinal ölçek 'Son iki hafta'yı değerlendirmektedir.)

Cevaplandırırken bu ölçeği kullanınız.

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_  
Hiç                      Biraz                      Orta                      Oldukça fazla                      Çok fazla

Lütfen, boş bırakmadan tüm maddeleri değerlendiriniz.

1	Pek iştahım yoktu.	1	2	3	4	5
2	Her zamanki işlerime ve hobilerime olan ilgim çok azdı.	1	2	3	4	5
3	Kendimi iyimser hissettim.	1	2	3	4	5
4	Her zamankinden daha az uyudum.	1	2	3	4	5
5	Huzursuz, sıkıntılı hissettim.	1	2	3	4	5
6	Bitkin hissettim.	1	2	3	4	5
7	Göğsümde bir ağrı hissettim.	1	2	3	4	5
8	Depresif hissettim.	1	2	3	4	5
9	Karar vermekte zorluk çektim.	1	2	3	4	5
10	Kendimle gurur duydum.	1	2	3	4	5
11	Uykuya dalmakta zorlandım.	1	2	3	4	5
12	Öfkeliydim.	1	2	3	4	5
13	İntihar düşüncelerim oldu.	1	2	3	4	5
14	Daha önce başıma gelen kötü bir şeyle ilgili rahatsız edici düşüncelerim oldu.	1	2	3	4	5
15	Başkalarının beni izlediğini bilmek rahatsız etti.	1	2	3	4	5
16	Başım dönüyormuş ya da sersemlemiş gibi hissettim.	1	2	3	4	5
17	Erken uyandım ve tekrar uyuyamadım.	1	2	3	4	5
18	Sosyal ortamlarda utanacak bir şey yapmaktan endişeleniyorum.	1	2	3	4	5
19	Aklım hep yemekteydi / yiyeceklerdeydi.	1	2	3	4	5
20	Kalabalık ortamlarda kaygılandım.	1	2	3	4	5
21	Olanlar için kendimi suçladım.	1	2	3	4	5
22	Kasıtlı olarak kendimi kestim ya da yaktım.	1	2	3	4	5

#### Ek 4. Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II (devamı)

23	Pek çok şey başardığımı hissettim.	1	2	3	4	5
24	Aç olmasam da bir şeyler yedim.	1	2	3	4	5
25	Her zamankinden çok daha erken uyandım.	1	2	3	4	5
26	Her zamankinden daha az yemek istedim.	1	2	3	4	5
27	Hayata keyifle baktım.	1	2	3	4	5
28	Daha önceden başıma gelen kötü bir şeyle ilgili kâbuslar gördüm.	1	2	3	4	5
29	Her zamankinden fazla uyudum.	1	2	3	4	5
30	Bir şeye başlamak için çok fazla çabalamam gerekti.	1	2	3	4	5
31	Kendimi yetersiz hissettim.	1	2	3	4	5
32	Zangır zangır titredim.	1	2	3	4	5
33	Dünyanın bensiz daha iyi olacağını düşündüm.	1	2	3	4	5
34	Daha önce yaşadığım korkunç bir şeyle ilgili anılarım aklıma geldi.	1	2	3	4	5
35	Bir şeyleri kırıp dökmek istedim.	1	2	3	4	5
36	Gece boyunca sık sık uyandım.	1	2	3	4	5
37	Öfkeden gözümün döndüğünü hissettim.	1	2	3	4	5
38	Kendime kasıtlı olarak zarar verdim.	1	2	3	4	5
39	Bayılacakmışım gibi hissettim.	1	2	3	4	5
40	Hevesim kırılmış gibi hissettim.	1	2	3	4	5
41	İnsanlarla göz teması kurmakta zorlandım.	1	2	3	4	5
42	Daha önceden olan kötü bir şeyi düşünmek keyfimi kaçırdı.	1	2	3	4	5
43	Sabahları kalkmakta zorluk çektim.	1	2	3	4	5
44	Kendimi kaybettim ve insanlara bağırдыm.	1	2	3	4	5
45	Kalbim hızla çarpıyordu.	1	2	3	4	5
46	Kendi ölümümü düşündüm.	1	2	3	4	5
47	Çok iyi tanımadığım kişilerle konuşmakta zorlandım.	1	2	3	4	5
48	Kendimi sürekli endişeli hissettim.	1	2	3	4	5
49	Dilim damağım kurudu.	1	2	3	4	5
50	Gelecekle ilgili kendimi umutlu hissettim.	1	2	3	4	5
51	Çok kötü uyudum.	1	2	3	4	5
52	Kendime zarar vermeyi düşündüm.	1	2	3	4	5
53	Gelecekte beni çok güzel şeylerin beklediğini düşündüm.	1	2	3	4	5
54	Sabahları kendimi günün ilerleyen saatlerine göre daha kötü hissettim.	1	2	3	4	5
55	Kendimi uykulu ve uyuşuk hissettim.	1	2	3	4	5
56	Nefesim daraldı.	1	2	3	4	5
57	Her zamankinden daha yavaş konuştum.	1	2	3	4	5
58	Boğuluyormuşum gibi hissettim.	1	2	3	4	5
59	Yapabileceğim pek çok ilginç şey olduğunu hissettim.	1	2	3	4	5
60	Canım pek yemek yemek istemedi.	1	2	3	4	5
61	Dikkatimi toplamakta zorlandım.	1	2	3	4	5
62	Bu soruyu okuyorsanız 2. şıkkı işaretleyiniz. *	1	2	3	4	5
63	Ufak tefek şeyler beni çıldırttı.	1	2	3	4	5
64	Her zamankinden daha fazla yedim.	1	2	3	4	5
65	Kendimi enerji dolu hissettim.	1	2	3	4	5
66	Belli bir düzende olmaları için bazı şeyleri yeniden düzenledim.	1	2	3	4	5
67	Ellerimi çok sık yıkadım.	1	2	3	4	5

#### Ek 4. Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II (devamı)

68	Bir aktiviteden diğerine koşturdum.	1	2	3	4	5
69	Bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol ettim.	1	2	3	4	5
70	Bazı şeyleri 'tam olmaları gerektiği' gibi görünmeleri için yeniden düzenleme zorunluluğu hissettim.	1	2	3	4	5
71	Mikroplar beni çok endişelendirdi.	1	2	3	4	5
72	Başkalarının beni anlayamayacağı kadar çok hızlı konuştum.	1	2	3	4	5
73	Durup dururken kendimi neşeli, coşkulu hissettim.	1	2	3	4	5
74	Geçmişimde olan kötü şeyleri düşünmemeye çalıştım.	1	2	3	4	5
75	Dar, basık mekânlardan uzak durmaya çalıştım.	1	2	3	4	5
76	Gerekli olmadığını bilmeme rağmen kendimi bir şeyleri kontrol ederken buldum.	1	2	3	4	5
77	Kirli şeyleri tutmaktan kaçındım.	1	2	3	4	5
78	Zihnim çok hızlı çalışıyormuş gibi hissettim.	1	2	3	4	5
79	Kendimi bulutların üzerinde gibi hissettim.	1	2	3	4	5
80	Kötü anıları hatırlatan durumlardan kaçındım.	1	2	3	4	5
81	Kalabalığın içinde sıkışıp kalacağım diye korktum.	1	2	3	4	5
82	Bir şeyi yaptığımdan emin olmak için kontrol etme zorunluluğu hissettim.	1	2	3	4	5
83	Günlük işlerimi yaparken hep aynı sırayı takip ettim.	1	2	3	4	5
84	Sürekli bir düşünceden diğerine atladım.	1	2	3	4	5
85	Dar alanlarda kendimi kaygılı hissettim.	1	2	3	4	5
86	Bazı alışkanlıklarımı yerine getirme zorunluluğu hissettim.	1	2	3	4	5
87	Kirli bir şeye dokunmakta zorlandım.	1	2	3	4	5
88	Düşüncelerimin hızına yetişemiyordum.	1	2	3	4	5
89	O kadar enerji doluydum ki yerimde durmakta zorlandım.	1	2	3	4	5
90	Üzücü anıları görmezden gelmeye çalıştım.	1	2	3	4	5
91	Tünellerden geçmeye korktum.	1	2	3	4	5
92	Bir şeyler bulaşmış gibi geldiği için temizlenmek zorunda kaldım.	1	2	3	4	5
93	Başkalarının yapmayacağı şeyleri ben yapabilirmişim gibi hissettim.	1	2	3	4	5
94	Geçmişte yaşadığım kötü şeyler hakkında konuşmaktan kaçındım.	1	2	3	4	5
95	Dar ve kapalı yerlerden kaçındım.	1	2	3	4	5
96	Küçük alışkanlıklarım çok zamanımı aldı.	1	2	3	4	5
97	Halka açık tuvaletleri kullanmaktan kaçındım.	1	2	3	4	5
98	Her zamankinden çok daha fazla enerjim vardı.	1	2	3	4	5
99	Bazı şeylere doğrudan dokunmamak için havlu gibi nesnelere kullandım.	1	2	3	4	5
100	Topluluk içerisinde konuşmak beni kaygılandırdı.	1	2	3	4	5

\*kontrol sorusu

## Ek 5. Duygu Düzenlemede Güçlükler  leği

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinde değerlendiriniz. Her bir cümlenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak yalnızca bir tek seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiçbir zaman, 2. Bazen, 3. Ara sıra, 4. Sık sık, 5. Her zaman

	<b>Hiçbir Zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Ara Sıra</b>	<b>Sık Sık</b>	<b>Her Zaman</b>
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.	1	2	3	4	5
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.	1	2	3	4	5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.	1	2	3	4	5
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.	1	2	3	4	5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.	1	2	3	4	5
8. Ne hissettiğimi �nemserim.	1	2	3	4	5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.	1	2	3	4	5
10. Olumsuz duyguların hayatımda yeri yoktur.	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için kendime kızarım.	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi yapmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden ıkarım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.	1	2	3	4	5

## Ek 5. Duygu Düzenlemede G cl kler  leği (devamı)

16. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.	1	2	3	4	5
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
19. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi kontrolden çıkmış hissedirim.	1	2	3	4	5
20. Kendimi kötü hissettiğimde, halen işlerimi s�rd�rebilirim.	1	2	3	4	5
21. Kendimi kötü hissettiğimde, bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	1	2	3	4	5
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.	1	2	3	4	5
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf birisi olduğum duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır.	1	2	3	4	5
25. Bu soruyu okuyorsanız 4. şıkkı işaretleyiniz. *	1	2	3	4	5
26. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.	1	2	3	4	5

## Ek 5. Duygu Düzenlemede Güçlükler  leği (devamı)

27. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
28. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
29. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir Şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
30. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
32. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
33. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4	5
34. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir Şey düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
35. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
36. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır.	1	2	3	4	5
37. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.	1	2	3	4	5

\*kontrol sorusu



## Ek 6. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Ön Onayı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 13.09.2021-72319



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı :E-21347915-050.04.04-72319  
Konu :2021/043 nolu Etik Kurul Başvurunuz  
Hk.

Sayın Doç. Dr. Cennet ŞAFAK ÖZTÜRK  
Öğretim Üyesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.08.2021 tarihinde yapılan 15 sayılı olağan toplantısında çalışmanıza onay verilmiş olup çalışmanızla ilgili alınan IV nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

### **KARAR: IV**

**Protokol No:** 2021/043

**Sorumlu Yürütücü:** Doç. Dr. Cennet ŞAFAK ÖZTÜRK

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nca Öğretim Üyesi Doç. Dr. Cennet ŞAFAK ÖZTÜRK'ün "Evli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları ile Depresyon ve Kaygı Belirtileri, Duygu Düzenleme Güçlükleri Arasındaki İlişki" başlıklı araştırması 27.08.2021 tarihli Etik Kurul toplantısında, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı- soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve Veri Toplama Formu/Anketlerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Turhan DOST  
Kurul Başkanı

*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

Belge Doğrulama Kodu :BSMLL7F08T Pin Kodu :96162

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?ek=5740&eD=BSMLL7F08T&eS=72319>

Adres:Merkez Kampüs Enstitüler Binası Efeler/AYDIN

Telefon:0256 214 47 45 Faks:0256 214 66 87

e-Posta:saglikbilimleri@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr/enstitu/saglik/

Keş Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Otkun ERKAYIRAN

Unvanı: Raportör

Tel No: 2910



*Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

## Ek 7. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Kurum İzni

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 01.11.2021-94519



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-19504407-100-94519  
Konu : Özge GÖKÇEN'in Anket Uygulama  
İsteği

### PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 26.10.2021 tarihli ve E-93650473-100-91872 sayılı yazı.

Üniversitemiz Hukuk Müşavirliğinin Sosyal Medya Aracılığı ile Yapılacak Veri Toplama Çalışmalarında Kurum İzni hakkındaki görüşlerini içeren ilgi yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK  
Müdür V.

Ek:Hukuk Müşavirliğinin İlgil Yazısı

*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

Belge Doğrulama Kodu :BS9L02PC87 Pin Kodu :75042

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BS9L02PC87&eS=94519>

Adres:Merkez Kampüs Enstitüler Binası Efeler/AYDIN

Telefon:0256 218 20 00 Faks:0256 214 66 87

e-Posta:sağlibilimleri@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr/enstitu/saglik/

KeP Adresi:adnamenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Figen KATILMIŞ

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

## Ek 7. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Kurum İzni (devamı)

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 14.10.2021-88571



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Hukuk Müşavirliği

Sayı : E-92238361-045.02-88571  
Konu : Sosyal Medya Aracılığı ile Yapılacak Veri  
Toplama Çalışmalarında Kurum İzni hk.

### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06.10.2021 tarihli ve E-19504407-300-84973 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile, Enstitünüz bünyesindeki lisansüstü programlarda eğitim alan tez aşamasındaki öğrencilerin yürütmekte oldukları tezleri ile ilgili veri toplama çalışmalarını sosyal medya (Instagram, Facebook, Whatsapp, Twitter, LinkedIn) aracılığıyla çevrimiçi olarak yapılabilmesi için izin taleplerini içeren anabilim dalı yazılarının Enstitünüze iletildiği, kullanılan bu yeni metod için kurum izninin hangi kurumdan alınacağı hususunda tereddütler yaşandığı belirtilerek, hangi kuruma izin talebinde bulunulması gerektiği konusunda bilginin Enstitünüze iletilmesi talep edilmiştir.

Konu hakkında yapılan incelemede; Enstitünüz bünyesindeki lisansüstü programlarda eğitim alan tez aşamasındaki öğrencilerin yürütmekte oldukları tezleri ile ilgili veri toplama çalışmalarını kamu ya da özel bir kurum mensuplarına yönelik olarak yapmaları durumunda ilgili kurumdan izin almaları gerektiği, ilgili veri toplama çalışmalarını sosyal medya (Instagram, Facebook, Whatsapp, Twitter, LinkedIn) aracılığıyla çevrimiçi olarak yapmaları durumunda ise hangi kurumdan izin alınacağı konusunda tereddüte düşüldüğü anlaşılmaktadır.

Instagram, Facebook, Whatsapp, Twitter, LinkedIn vb. sosyal ağlar, kullanıcıların birbirleriyle bağlantı kurmasına, topluluklar oluşturmasına olanak tanıyan teknolojiler ve hizmetler geliştirmektedir. Bu kapsamda kullanıcılar kendi kişisel ilgi ve gereksinimleri doğrultusunda hobileri, ilg alanları ve ya mesleki çalışmaları kapsamında sosyal ağın özelliklerine uygun paylaşımlar yapma hakkına sahip bulunmaktadırlar.

Söz konusu sosyal ağların yine aynı mecrada kullanıcılarının hangi paylaşımları yapabilecekleri, sınırlarının ne olduğuna dair politikaları ve kuralları bulunmaktadır. BU kurallara uyulmaması halinde, paylaşımın sistem tarafından kaldırılması ve kısıtlanması ile karşılaşabilmektedir.

Instagram, Facebook, Whatsapp, Twitter, LinkedIn vb. sosyal ağlar, aracılığı ile 3. kişilerin katılımına davet yoluyla veri toplanmak istenmesi halinde, kişilerin veri toplama çalışmasına katılıp katılmama konusunda ayrıntılı olarak aydınlatılarak açık rızalarının alınması, Kişisel Verileri Koruma Kanunu çerçevesinde işlenecek kişisel verileri ile ilgili kişilerin onaylarının alınması ve belgelenmesi yeterli olup, ayrıca bir kurumdan izin alınması gerekmediği görüşüne varılmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. İbrahim GÖKDAŞ  
Genel Sekreter V.

*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

Belge Doğrulama Kodu :BSDLZMYKKN Pin Kodu :92213

<https://turkiye.gov.tr/ebd?ek=5740&eD=BSDLZMYKKN&eS=88571>

Adres:ADU Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN  
Telefon:0256 218 20 00 Faks:0256 214 66 87  
e-Posta:hukuk@adu.edu.tr Web:Idari.adu.edu.tr/hukukmusavirligi/  
Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Saadet ORBAYOĞLU  
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni

Tel No: 2278



*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

## Ek 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Evli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları ile Depresyon ve Kaygı Belirtileri, Duygu Düzenleme Güçlükleri Arasındaki İlişki adlı çalışma Doç. Dr. Cennet ŞAFAK ÖZTÜRK ve Psikolog Özge GÖKÇEN tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma 18 yaşından büyük evli kadınların cinsel yaşantıları ile duygusal belirtileri ve duygu düzenlemeleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır. Anketteki sorulara vereceğiniz cevaplar tamamen gizli kalacaktır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Anket 189 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 25 dk. zamanınızı alacaktır.

Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları araştırma ekibinde yer alan Doç. Dr. Cennet Şafak Öztürk\* ve Psikolog Özge Gökçen\*\*'e uygulama sırasında veya sonrasında e-posta ile sorabilirsiniz.

\*cennet.ozturk@adu.edu.tr


\*\*gokcenozge@gmail.com



Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyor musunuz?

Evet







Hayır

## Ek 9. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği-Revize Edilmiş Kullanım İzni


FSDS-R Kullanım İzni 

 **Özge Gökçen** 4 Haziran Cum 15:51   
Merhaba Hocam, Ben, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özge Gökçen. Tez çalışmamda iz...

---

 **serdar aydın** <serdariks@yahoo.com> 5 Haziran Cmt 08:12     
Alıcı: ben   
Sevgili Özge;  
  
Memnuniyetle kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği gönderiyorum. Hesaplaması için özel bir puanlama yok. 0-1-2-3-4 puan verip topluyorum. Cut off değeri 11 olarak hesaplamıştık.  
  
Kolaylıklar  
İyi Çalışmalar  
  
Dr. Serdar Aydın  


## Ek 10. Depresyon ve Kaygı Belirtileri Envanteri II Kullanım İzni

IDAS-II Kullanım İzni  Gelen Kutusu x



**Özge Gökçen**

30 Nisan Cum 19:53



Merhaba Hocam, Ben, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özge G...



**Metehan IRAK** <metehan.irak@eas.bau.edu.tr>

1 Mayıs Cmt 12:12



Alıcı: ben

Merhaba Özge,

Tabi kullanabilirsiniz. Dosyalar ekte. İyi çalışmalar.

Metehan

**Gönderen:** Özge Gökçen <gokcenozge@gmail.com>

**Gönderildi:** 30 Nisan 2021 Cuma 19:53

**Kime:** Metehan IRAK <metehan.irak@eas.bau.edu.tr>

**Konu:** IDAS-II Kullanım İzni

## Ek 11. Duygu Dzenlemede Gçlçler Ölçęi Kullanım İzni



Özge Gökçen <gokcenoze@gmail.com>  
Alıcı: Neslihan ▾

13 Eyl 2021 12:34 ☆ ↶ ⋮

Merhaba Hocam,  
Kaynaklar için teşekkür ederim.

İyi günler dilerim.

Neslihan Rugancı <lokomotiv07@gmail.com>, 11 Eyl 2021 Cmt, 21:47 tarihinde şunu yazdı:



Merhabalar ,

İznime denk gelen bir gecikme oldu. Ekteki dökümanlardan yararlanabilirsiniz. 10. maddeyi analize almıyoruz. Kolay gelsin.

DERS PUBLISHED.pdf

Factor Structure of the DERS.doc

DERS TURKCE.pdf

**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİLİMSEL ETİK BEYANI**

“Evli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları ile Depresyon ve Kaygı Belirtileri, Duygu Düzenleme Güçlükleri Arasındaki İlişki” başlıklı Yüksek Lisans tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

.....

Özge GÖKÇEN

... / ... / ...



## ÖZ GEÇMİŞ

**Soyadı, Adı** : Gökçen, Özge  
**Uyruk** : Türkiye Cumhuriyeti  
**Doğum yeri ve tarihi** : Manisa 11.03.1996  
**Telefon** : 05303287104  
**E-mail** : gokcenoazge@gmail.com  
**Yabancı dil** : İngilizce

## EĞİTİM

<b>Derece</b>	<b>Kurum</b>	<b>Mezuniyet Tarihi</b>
Y. Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	-
Lisans	Akdeniz Üniversitesi	Mayıs, 2019