



T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE AŞKA İLİŞKİN
TUTUM, İLİŞKİ DOYUMU VE CİNSEL İŞLEVLER
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ÖTİMİK DEPRESYON
HASTALARI İLE SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLER ARASINDA
KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mert Sinan BİNGÖL

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

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE AŞKA İLİŞKİN
TUTUM, İLİŞKİ DOYUMU VE CİNSEL İŞLEVLER
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ÖTİMİK DEPRESYON
HASTALARI İLE SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLER ARASINDA
KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mert Sinan BİNGÖL

TEZ DANIŞMANI : Doç. Dr. Burak KULAKSIZOĞLU

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2021

TEŞEKKÜR...

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, deneyim ve becerilerini benden esirgemeyen başta tez danışmanım Doç. Dr. Burak KULAKSIZOĞLU olmak üzere, değerli hocalarım Öğr. Gör. Dr. Ali ERDOĞAN'a, Doç. Dr. Mehmet ERYILMAZ'a, Prof. Dr. Özge BAYSAL'a, Dr. Öğr. Üyesi Buket CİNEMRE'ye, Dr. Öğr. Üyesi Özmen METİN'e, Prof. Dr. Murat KULOĞLU'na ve,

Dr. çalışma arkadaşlarıma,

hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman benden esirgemeyen, her türlü fedakârlığı yapan anneme, babama, kardeşlerime,

11 yıldır elini tuttuğum, sevgisini her zaman hissettiğim, çalışmalarım boyunca her zaman yanımda olan eşim, yol arkadaşım Meryem Bingöl'e ve çocuklarım Erel Burak Bingöl ve Ahmet Özgür Bingöl'e... Ve tabiki küçük ev arkadaşımız Daisy'e...

bana sabır gösterdikleri, yanımda oldukları ve destek oldukları için çok teşekkür ederim...

Dr. Mert Sinan BİNGÖL

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İçindekiler.....	ii
Kısaltmalar Dizini	iv
Tablolar Dizini.....	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. KURAMSAL ÇERÇEVE VE GENEL BİLGİLER	
2.1. MAJOR DEPRESYON	3
2.2. AŞKA İLİŞKİN KURAMLAR	17
2.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	29
2.4. CİNSELLİK VE CİNSEL İŞLEVLER	36
2.5. İLİŞKİ DOYUMU	52
3. GEREÇ VE YÖNTEM	61
3.1. ÖRNEKLEMİN OLUŞTURULMASI	61
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	63
3.2.1. Aşka İlişkin Tutumlar Ölçeği	63
3.2.2. Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği.....	64
3.2.3. İlişki Doyumu Ölçeği.....	64
3.2.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği.....	65
3.2.5. SCID-1 (DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Görüşme).....	65

3.2.6 Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)	66
3.2.7 UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği	66
3.2.8. Sosyodemografik Veri Formu ve Klinik Veri Formu	67
3.3. YÖNTEM	68
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	69
4. BULGULAR	70
5. TARTIŞMA	109
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	116
7. ÖZET	119
8. ABSTRACT	121
9. KAYNAKLAR	123
10. EKLER	
Ek 1. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği – Kadın ve Erkek	138
Ek 2. Aşka İlişkin Tutumlar Ölçeği	140
Ek 3. İlişki Doyumu Ölçeği	141
Ek 4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	142
Ek 5. Sosyodemografik Veri Formu	143
Ek 6. Klinik Veri Formu	144
Ek 7. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	145
Ek 8. Aydınlatılmış Onam Formu	147

KISALTMALAR DİZİNİ

ACYÖ	: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
BDNF	: Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği
CİB	: Cinsel işlev Bozuklukları
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	: Elektro Konvülsif Tedavi
GABA	: Gama-AminoBütirik Asit
HAM-D	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases
DB	: Depresif Bozukluk
NMDA	: N-metil-D-aspartat reseptörü
REM	: Rapid Eye Movement (Hızlı göz hareketi)
SCID-1	: DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
TMS	: Transkraniyal manyetik stimülasyon
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UKU	: UKU (Ugvalg for Kliniske Undersgelser) Yan Etki Ölçeği

TABLO DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.1. : Major Depresyon Tanı ölçütleri	5
Tablo 2.2. : Kadın ve Erkek cinsel yanıt döngüsü	38
Tablo 2.3. : Cinsel işlev bozukluklarının DSM-5 ve DSM-IV-TR sınıflandırma sistemlerine göre karşılaştırılması	44
Tablo 4.1.1. Gruplara ait bazı sosyo-demografik ve klinik özellikler	71
Tablo 4.1.2. Gruplara ait bazı sosyo-demografik ve klinik özellikler	72
Tablo 4.2. Hasta grubunun hastalığa ait bazı klinik özellikleri	73
Tablo 4.3. Grupların İlişki Doyumu Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, Aşk ölçeği ortalama/ortanca puanları açısından karşılaştırılması	75
Tablo 4.4. Hasta ve kontrol grubunda İlişki Doyumu Ölçeği ortalamalarının demografik ve klinik parametrelerle karşılaştırılması	77
Tablo 4.5. Hasta ve kontrol grubunda Tutkulu Aşk Alt Ölçeği puan ortalamalarının demografik ve klinik parametrelerle karşılaştırılması	79
Tablo 4.6. Hasta ve kontrol grubunda Arkadaşça Aşk Alt Ölçeği puan ortalamalarının demografik ve klinik parametrelerle karşılaştırılması	81
Tablo 4.7. Hasta ve kontrol grubunda Oyun gibi Aşk Alt Ölçeği puan	

ortalamlarının demografik ve klinik parametrelerle	
karşılaştırılması	83
Tablo 4.8. Hasta ve kontrol grubunda Sahiplenici Aşk Alt Ölçeği puan	
ortalamlarının demografik ve klinik parametrelerle	
karşılaştırılması	85
Tablo 4.9. Hasta ve kontrol grubunda Mantıklı Aşk Alt Ölçeği puan	
ortalamlarının demografik ve klinik parametrelere	
göre karşılaştırılması	87
Tablo 4.10. Hasta ve kontrol grubunda Özgeci Aşk Alt Ölçeği puan	
ortalamlarının demografik ve klinik parametrelerle	
karşılaştırılması	89
Tablo 4.11. Hasta ve kontrol grubunda Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın puan	
ortalamlarının demografik ve klinik parametrelerle	
karşılaştırılması	91
Tablo 4.12. Hasta ve kontrol grubunda Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Erkek puan	
ortalamlarının demografik ve klinik parametrelerle	
karşılaştırılması	93
Tablo 4.13. Grupların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Duygusal istismar puan	
ortalamlarının demografik ve klinik parametrelerle	
karşılaştırılması	94
Tablo 4.14. Grupların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Duygusal ihmal puan	

ortalamalarının demografik ve klinik parametrelerle	
karşılaştırılması	96
Tablo 4.15. Grupların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Cinsel istismar puan	
ortalamalarının demografik ve klinik parametrelerle	
karşılaştırılması	97
Tablo 4.16. Grupların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Fiziksel istismar	
puan ortalamalarının demografik ve klinik	
parametrelerle karşılaştırılması	98
Tablo 4.17. Grupların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Fiziksel ihmal	
puan ortalamalarının demografik ve klinik	
parametrelerle karşılaştırılması	100
Tablo 4.18. Kontrol grubunda İlişki doyumu ölçeği, Cinsel yaşantılar ölçeği,	
Duygusal istismar, Duygusal ihmal, Cinsel istismar, Fiziksel	
istismar, Fiziksel ihmal, Tutkulu aşk, Arkadaşça aşk, Oyun gibi aşk,	
Sahiplenici aşk, Mantıklı aşk ve Özgeci aşk puanları	
arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)	103
Tablo 4.19. Hasta grubunda İlişki doyumu ölçeği, Cinsel yaşantılar ölçeği,	
Duygusal istismar, Duygusal ihmal, Cinsel istismar, Fiziksel	
istismar, Fiziksel ihmal, Tutkulu aşk, Arkadaşça aşk, Oyun gibi aşk,	
Sahiplenici aşk, Mantıklı aşk ve Özgeci aşk puanları	
arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)	107

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Depresif bozukluklar, bireyin yaşam kalitesini ciddi ölçüde azaltan, mortalite ve morbiditeye sebebiyet veren ve dünyada son derece yaygın olan ruhsal rahatsızlıklardır (1). Depresyon etyolojisinde, erken yaşlarda maruz kalınan travmatik yaşantıların önemli bir yer tuttuğu, ayrıca bu travmaların depresyonun ve diğer pek çok ruhsal rahatsızlıkların sadece görülme oranlarını değil, aynı zamanda gidişatını da olumsuz etkilediği bilinmektedir (2-6).

İhmal ve istismarların yanı sıra ebeveynin kaybı, ebeveyninden ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğal afetlere maruziyette travmatik yaşantılar içerisinde sayılmaktadır (7). Geriye dönük bilgi almaya dayanan bazı çalışmalarda, çocukluk çağında cinsel ve fiziksel istismara uğramış kişilerin %35-57'sinin yetişkinlik döneminde çeşitli ruhsal belirtiler gösterdiği bildirilmektedir (8-10). Çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalma, birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkili olduğu kabul edilen tanılar arası (transdiagnostic) bir faktördür (11). Yaşamın erken dönemlerinde maruz kalınan ihmal ve istismar deneyimlerinin depresyon (12, 13), yeme bozuklukları (14, 15), psikotik bozukluklar (16, 17), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (18) ile ilişkili olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır. Literatür gözden geçirildiğinde hangi tür kötü muamelenin ne çeşit ve ne düzeyde bir duygu düzenleme yetersizliğine yol açtığına dair bilgilerin oldukça sınırlı olduğu görülmektedir (19).

Bu çalışma ile, literatürde oldukça kısıtlı bir şekilde ele alınmış olan aşka ilişkin tutumlar, ilişki doyumu, cinsel işlev bozuklukları ve çocukluk çağı travmalarının çeşitli değişkenler ile incelenmeleri amaçlanmıştır. Bu yönü ile elde edilen bulguların oldukça önemli olduğu ve literatüre katkı sunacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, Aralık 2020- Ağustos 2021 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 100

Ötimik depresyon hastası ve 100 sağlıklı gönüllü de çocukluk çağı travmaları eşlik etme sıklığı ve aralarındaki ilişkilerin araştırılması, bu iki grubun aşka ilişkin tutum, ilişki doyumu ve cinsel işlevler açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca aşka ilişkin tutumların, çocukluk çağı travmalarının, ilişki doyumunun ve cinsel işlevlerin sosyodemografik verilerle aralarındaki ilişkilere bakılacaktır.

Çalışmaya katılan 200 bireyin her biri ile toplamda bir kez psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Sosyodemografik veri formu ve SCID-1 (DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme) ölçekleri, tüm katılımcılara uygulanacaktır. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) sadece depresif bozukluk tanısı ile takipli hastalara, ötimik dönemde olup olmadıklarını ve tanılarını tespit etmek amacıyla hekim tarafından doldurulacaktır. UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği, sadece depresyon tanısı olan 100 hasta grubundan, psikiyatrik ilaç kullanımı olan ve halen devam eden kişilere, kullanmakta olduğu ilacın yan etkilerine maruz kalıp kalmadığını tespit etmek amacıyla hekim tarafından doldurularak uygulanacaktır ve herhangi bir yan etki göstermeyenler çalışmaya dahil edilecektir.

Ayrıca tüm katılımcılara, kendilerinin dolduracağı Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Aşka İlişkin Tutumlar Ölçeği, İlişki Doyumu Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği verilerek, kendilerine en yakın buldukları şıkları işaretleyerek ölçekleri cevaplamaları istenecektir.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, sadece hasta grubuna uygulanacak ve bu ölçekten 0-7 puan arası alanlar, yani ötimik dönemde olduğu tespit edilenler çalışmaya dahil edilecektir.

2. KURAMSAL ÇERÇEVE

VE

GENEL BİLGİLER

2.1. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK :

TANIMI :

Depresyon tekrarlayan bir bozukluktur ve kronikleşme eğilimindedir. Depresyon kelimesi “depress” sözcüğünden köken almaktadır, Latince olan “depressus” yani “alçakta olmak, bastırmak” tan gelir (1). En az 2 hafta süresince, günün büyük bir kısmında devam eden üzüntü, yorgunluk, enerji kaybı, ilgi ve istek azalması, elem ve keder duyguları ile birlikte intihar eğilimine kadar giden bir duygudurum bozukluğudur. Dünya Sağlık Örgütü 1974’te sağlıklı olma durumunu “fiziksel, mental ve sosyal olarak tam olarak iyi olma hali” olarak tanımlamıştır, yani mental açıdan iyilik halinin olması da sağlıklı olabilmek açısından çok önemlidir (2). Depresyon, kişinin günlük faaliyetlerde olumsuz duygu, düşünce ve davranış örüntülerine yönelmesine sebep olur (1), yaşam kalitesini azaltır (3), ayrıca eşlik eden kronik hastalıkların tedavisine hastanın uyumunu bozar. Depresyonun teşhis ve tedavisi çok önemlidir, çünkü morbiditesi, mortalitesi, manevi yükü ve hatta maliyeti oldukça yüksek olan bir bozukluktur.

Depresyonda enerji kaybı, değersizlik hissi, zevk alamama, intihar eğilimi, benlik saygısının azalması, aşırı kötümserlik, uyku bozuklukları, iştah bozuklukları, hatta sanrı ve varsanı gibi çeşitli belirtiler gözlenebilir (4). Bazı çalışmalarda, somatizasyon bozukluklarında olabileceği gibi depresyonun hiçbir duygusal ve davranışsal belirti olmadan, sadece bedensel yakınmalarla kendini gösterebileceği de saptanmıştır (5).

EPİDEMİYOLOJİ :

Depresyon, sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardan birisidir. Major depresif bozukluk her ne kadar her yaşta görülebilsede, ortalama başlangıç yaşının 40 yaş olduğu, ayrıca boşanmış ve ayrı yaşayan kişiler arasında daha yüksek oranda görüldüğü bilinmektedir. Araştırmalara göre, evliliğin depresyon oluşumuna karşı koruyucu işlev gördüğü, bu durumun özellikle erkekler için kadınlardan daha geçerli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (7). Yapılan çalışmalar, major depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının % 5 ile 17 arasında olduğunu, bunun da bütün psikiyatrik bozukluklar içinde en yüksek yaşam boyu yaygınlık oranı olduğunu göstermektedir (6), ülkemizde de yaygınlığının % 8-20 arasında olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (9, 10). Major depresyon, kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla yaygındır. Bu farkın gebelik ve sonrası dönem, hormonal farklılıklar, kadın ve erkeklerde farklı psikososyal etkenlerin varlığına ilişkin davranışsal modellere dayanıyor olabileceği düşünülmektedir (6).

EŞ TANI :

Major depresif bozukluğu olan kişilerde, eş tanıli psikiyatrik bozukluk olma riskinin artmış olduğu bilinmektedir. En sık; alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı, panik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete bozukluğu eşlik etmektedir. Araştırmalar, erkeklerde madde kullanım bozukluklarının, kadınlarda ise anksiyete bozuklukları ve yeme bozukluklarının daha sık eşlik ettiğini göstermektedir. Özellikle madde kullanım bozukluğu veya anksiyete bozukluğu gibi eş tanıların varlığının, hastalık gidişini kötüleştirip ve intihar riskini artırdığı tespit edilmiştir (6).

Tablo 2.1. : Majör Depresif Epizod Tanı Ölçütleri (28).

-
-
- A. İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte belirtilerden en az biri "depresif duygudurum" ya da "ilgi kaybı-zevk alamama" olmak kaydıyla aşağıdakilerden en az beşinin bulunması gerekir.
1. Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum
 2. Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren tüm etkinliklere karşı ilgi kaybı ya da artık zevk alamama
 3. Önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı
 4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku
 5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
 6. Hemen her gün yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybı
 7. Hemen her gün aşırı ya da uygunsuz değersizlik-suçluluk duyguları (sanrısallık olabilir)
 8. Hemen her gün düşüncelerini belli bir konuya konsantre etme yetisinde azalma ya da kararsızlık
 9. Yineleyen ölüm düşünceleri ya da girişimi
- B. Bu semptomlar mikst bir epizodun ölçütlerini karşılamaz.
- C. Bu semptomlar toplumsal mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D. Bu semptomlar, genel bir tıbbi duruma ya da madde kullanımı etkisine bağlı değildir.
- E. Bu semptomlar yasla daha iyi açıklanamaz.
-

Depresif Dönem Klinik Özellikleri :

Depresif hastaların neredeyse tamamı enerji azlığından yakınıyor, işleri tamamlamakta zorlanıyorlar, iş ve okul performansları azalıyor, genellikle hüzünlü, umutsuz veya değersiz hissediyorlar. İlgi veya istek kaybı depresyonun temel belirtilerindendir. Hastaların büyük bir kısmında iştah ve kilo kaybı gözlenirken, bir kısım atipik özellikler taşıyan hastalarda ise iştah artışıyla beraber kilo alımı

olur. Hastalar depresif duygudurumu acı verici bir deneyim olarak tanımlamakla birlikte, bazen de ağlayamamaktan yakınırılar. Tüm depresif hastaların üçte ikisi intiharı düşünürken ve % 10 - 15'i ise intihara başvurur. Hastaların çok büyük bir kısmı uyku sorunlarından, özellikle sabah erken uyanmaktan ve uykuya dalamamaktan şikayet ederler. Depresif hastalarda bazen, öznel odaklanma güçlüğü veya düşünce çarpıtmaları gibi bilişsel belirtiler de gözlenebilmektedir (6).

ETİYOLOJİ :

Biyolojik Etkenler

Daha önceleri serotonin, dopamin, norepinefrin ve histamin gibi monoamin nörotransmitterler depresyon etiyolojisinde ele alınan temel mekanizmalar olarak düşünülmekteydi. Son dönemlerde ise bu tekli nörotransmitter bozukluklarından ziyade; nörodavranışsal sistemler, nöral devreler ve karmaşık nöroregülasyon mekanizmaları araştırılmaktadır (6).

Biyojenik Aminler

a. Serotonin:

Serotonin, depresyonla en çok ilişkilendirilmiş nörotransmitterdir. Tanımlanmış olan çok sayıda, serotonin reseptör alt tipi bulunmaktadır. Depresyon tanısı olan pek çok hastada, beyin sıvısındaki serotonin metabolit miktarının ve trombositlerde ki serotonin geri alım bölgesi miktarlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (6).

b. Norepinefrin:

Özellikle intihar sonucu hayatını kaybeden bireylerin beyin incelemelerinde kortekste beta adrenerjik reseptör yoğunluğunun ve aynı şekilde stresli durumlarda norepinefrin döngülerinin etkinliğinin arttığının gösterilmesi, norepinefrin geri alımını önleyen ilaçlarla düzelen hastaların olması, ayrıca NE düzeyini düşüren girişimler yapıldığında da depresyon belirtilerinin tekrar ortaya

çıkabildiğinin gözlenmesi nedeniyle Norepinefrin depresyonda önemli bir nörotransmitter olarak kabul edilmektedir (8).

c. Dopamin:

Depresyon hastalarında yapılan beyin görüntüleme, postmortem ve BOS incelemelerinde dopamin metabolit düzeylerinin ve transportunun azalmış olduğu gösterilmiştir, ayrıca dopamin transportunu artıran bazı ilaçların aynı zamanda antidepresan etkilerinin olduğunun anlaşılması da dopaminin depresyon sırasında etkilendiğine işaret etmektedir (8).

d. Diğer Önemli Nörotransmitterler:

Çalışmalar kronik strese bağlı olarak plazma, BOS ve beyin GABA seviyelerinin azaldığını, GABA reseptörlerinin antidepresanlarca upregüle edilebildiğini ve ayrıca bazı GABAerjik ilaçların zayıf antidepresan etkilerinin olduğunu göstermiştir (6). Ayrıca, NMDA reseptör antagonisti olan ilaçların antidepresan etkilerinin olduğunu gösteren yeni çalışmalar mevcuttur (6). Bunların dışında, Kolinerjik agonistlerin de, sağlıklı bireylerde depresyon belirtilerini tetikleyebileceği düşünülmektedir. (8).

Depresyonda Hormonal Düzenlemeler:

Depresyonda, birçok nöroendokrin sistemin etkilendiği bilinmektedir. Yapılan çalışmalar, özellikle hipotalamo-pituiter akslar üzerinden adrenal yolağın (HPA), tiroid yolağının (HPT), gonadal yolağın (HPG), büyüme hormonu (HPGH), prolaktin (HPPRL) ve paratiroid yolaklarının (HPPTH) rol aldığını göstermektedir (11).

Glukokortikoidlerin, stresle ilişkisi iyi bilinmektedir. Normalde, ritmik salınarak sabah saatlerinde yükselen ve akşama doğru giderek düşen plazma kortizol seviyelerinin, kronik stres durumlarında HPA ekseninin sürekli uyarımları sonucunda yükseldiği, ayrıca idrarda serbest kortizol konsantrasyonunun ve metabolitlerinin yükseldiği tespit edilmiştir (12).

Depresyonda etkilenmiş olan bir diğer nöroendokrin sistem de HPT aksıdır. Tiroid hormon bozukluğu olanlarda duygudurum bozukluğu belirtileri izlenebilmektedir. Hipotiroidili hastaların %50'si ve hipertiroidili hastaların %28'inde depresif belirtiler görülmektedir. (13).

Bunların dışında; GHRH salınımının ve nokturnal melatonin sekresyonunun azalması, özellikle erkeklerde azalmış testosteron düzeyi, Prolaktin ritmik salınımının bozulması gibi farklı hormonal süreçlerde gözlenebilmektedir (14). Ayrıca, yakın zamanda yapılan bazı çalışmalar; serum leptin, nitrik oksit, çinko, B12 vitamini ve folik asit düzeylerinin de depresyona sebep olabileceğini göstermiştir (15).

Depresyonda Uyku Değişiklikleri :

Depresyon sırasında, uyku ile ilgili sıklıkla şu değişiklikler gözlenir;

- 1) Gece sık sık uyanma,
- 2) Toplam uyku süresinde azalma,
- 3) Hızlı göz hareketleri (REM) uykusunda artış
- 4) Vücut sıcaklığında artış.
- 5) Azalmış yavaş dalga uykusu ‘‘kısalımış REM latansı’’

Bu değişikliklerin büyük bir kısmının, depresif dönem düzeldikten sonra, bir süre daha devam edebildiği bilinmektedir (6).

Depresyonda Beyin Görüntüleme :

Depresyonda ki hastalarda, PET çalışmalarında, sıklıkla beyin sol anterior bölgesine özgü metabolizma azalması gözlenir. Ayrıca, aile öyküsü olan ağır depresyon hastalarında, ruminasyonlarla ilişkili olarak limbik bölgelerde glikoz metabolizmasının arttığı gösterilmiştir (6).

Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme de, ventriküler genişleme, sulkus genişlemesi, hipokampus ve/veya kaudat çekirdek hacimlerinde azalma olabilir. Bazı depresif bozukluklarda görülen en tutarlı anormallik; periventriküler bölgeler, bazal gangliyonlar ve talamusta anormal hiperintensitelerin sıklığında artış olmasıdır. Şiddetli depresyon durumlarında, beyinde yaygın ve fokal atrofi gözlemlenebilir (6).

Genetik Faktörler :

Çeşitli çalışmalar, hafif depresyonun etiyolojisinde çevresel faktörlerin, şiddetli vakalarda ise genetik faktörlerin daha etkin olduğunu göstermiştir (16).

Farklı çalışmalarda da, major depresyon gelişiminde gen çevre etkileşiminin önemine değinilmiştir. Olumsuz yaşam olayları deneyimleyenlerin, genel olarak artmış depresyon riski taşıdığı bildirilmekle birlikte, aralarında serotonin taşıyıcı geni varyantı taşıyanların, daha yüksek risk taşıdığı gösterilmiştir (6).

Hastaların, birinci derece akrabalarında depresyon görülme oranı popülasyonun iki-üç katı ve ikizlerde bu oran % 40 lara kadar çıkabilmektedir. Çoğu araştırma, stres kaynaklı nörotoksik etkiye karşı profilaktik etkisi olduğu öne sürülen —beyin kökenli nörotrofik faktörün (BDNF) düzenlediği düşünülen, serotonin taşıyıcısı genin promotor bölgesindeki işlevsel poliformizme dikkat çekmiştir (17, 18) .

Psiko-sosyal Etkenler :

Yaşam Olayları :

Depresyonda yaşam olaylarının birincil rolü olduğuna inanan klinisyenler olduğu gibi, yaşam olaylarının depresyonun başlangıcı ve zamanlamasında sınırlı bir rolü olduğunu öne süren klinisyenler de vardır. Depresyon gelişimiyle en çok ilişkilendirilen yaşam olayı, 11 yaşından önce ebeveyn kaybı yaşanmasıdır. Bir

depresyon döneminin başlaması ise, en sık eş veya çocuk kaybı ile ilişkilendirilmektedir (6).

Yapılan araştırmalara göre, birinci depresif atak döneminden önce stresli yaşam olaylarının görülme ihtimali, takip eden duygudurum dönemlerinden önce görülme ihtimaline göre çok daha yüksektir (6). Depresyondaki kişilerde gündelik tartışmaların, çevresel stres faktörlerinin ve başa çıkma yöntemlerinin belirtilerin şiddetiyle ve tedaviye dirençle ilişkili olduğu görülmüştür (19).

Kişilik Faktörü:

OKB, Histriyonik ve Borderline gibi kişilik bozukluklarına sahip kişilerin, daha yüksek depresyon riski taşıdıkları düşünülmekle birlikte, tüm kişilik yapılarının depresyona girebilme ihtimali vardır. Ayrıca distimik ve siklotimik bozukluğu olan bireylerin de, majör depresyon gelişmesi risklerinin arttığı bilinmektedir (6).

Depresyonda Psikodinamik Etkenler

Klasik psikanalitik kuram, “yas ve depresyon” arasında ki bazı benzerliklere değinir. Bu kurama göre, sevgi nesnesine yönelik, hem sevgi hem bilinçdışı nefret, öfke gibi olumsuz duygular barındırılır. Ve bir sevgi nesnesi kaybedildiğinde, kaybedilen nesne tüm özellikleri ile içe atıldığından, birey, bu duyguları nedeniyle (yastan farklı olarak) suçluluk hissedebilir, ayrıca içe atılan kişiye yönelik öfkeyi, birey kendisine yöneltebilir. Nesne kaybı, gerçek bir kişi olabileceği gibi, gerçek olmayan veya kişinin kayıp gibi algıladığı herhangi bir durum da olabilir (20).

Kişiler arası sorunlar, depresyonun başlamasında ve sürmesinde etkili olabilmektedir. Harry Stack Sullivan, olumsuz kişilerarası ilişkileri ve bunların depresyonla ilişkisini incelemiştir. Çalışmalar, depresyonun, kişiler arası soruna

yol açabildiğini, ayrıca var olan kişiler arası sorunlardan da etkilenebildiğini göstermektedir (20).

Bağlanma kuramcısı Bowlby, bebeğin anneye bağlanma ilişkilerinin ve ayrılma durumlarının, ilerleyen dönemlerde depresyona yol açabileceğini ve bu duyguların yaşam boyu devam edebileceğini aktarmıştır (7).

Benlik psikologları ise, depresyon oluşumunda benliğin işlevlerinin önemli olduğunu belirtir. Bireyin güçlü, üstün, iyi ve sevilen bir kişi olma arzuları gibi benliğin narsisistik ihtiyaçlarının karşılanması benlik için son derece önemlidir. Bu ihtiyaçlar karşılanamadığında, bireyin benlik saygısında düşmeye sebep olarak depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına sebep olabilir (7).

Bilişsel Teori, Beck'in Depresyon Modeli:

Depresifler, kendilerini, çevre ve geleceklerini tümüyle olumsuz değerlendirme eğilimindedirler, olumsuz kendilik tasarımları vardır, ayrıca hem kendilerinin yetersiz olduklarını, hem de sorunlarını çözemeyeceklerini düşünürler. Beck, bu süreçleri inceleyerek depresyona "bilişsel" açıklamalar getirmeye çalışmıştır (20). Kuramını oluştururken 3 özgül kavramdan bahseder; "**bilişsel üçlü**", "**şemalar**" ve "**bilişsel çarpıtmalar**"... **Bilişsel Üçlü** Kavramında, Beck, depresyonun, kişinin "kendisi, çevresi ve geleceğine" yönelik olumsuz ve tekrarlayıcı düşüncelerine bağlı olduğunu belirtir (21). "Kendisiyle" ilişkili olarak; kusurlu, yetersiz, hastalıklı veya yoksun bir kişi olarak görmesi; "gelecekle" ilişkili olarak şikayetlerinin kalıcı olacağını zannetmesi; "çevresiyle" ilişkili olarak dünyayı ve çevresini yaşamdaki amaçlarına ulaşmasında engeller koyan bir yer olarak görmesi depresif belirtilerin ortaya çıkmasında önem taşımaktadır (22). **Bilişsel Şemalar**, kavramına göre kişi, erken dönemde yaşadıklarını bir örüntü halinde birleştirir, gruplandırır ve o deneyimi ile ilgili şablonlar oluşturur. Bireyin benzer ortamlara tepkilerinde, tutarlı bir şekilde bu bilişsel örüntüler aktifleşir. Depresyonda, yaşamın erken dönemlerinde edinilen olumsuz deneyimlerden köken alan bilişsel şemalar, ileri yaşlarda depresif şemanın tekrarı şeklinde ortaya çıkabilmektedir (23-25). **Bilişsel Çarpıtmalar:** Bilişsel çarpıtmaların bazıları

şunlardır; Keyfi Çıkarsama, Kişiselleştirme Aşırı genelleme, Seçici soyutlama, Büyütme ve küçültme, Ya hep Ya hiç şeklinde düşünme (20). Bilişsel çarpıtmalar, olayları yorumlarken alışkanlık haline gelmiş, hatalı sebep bulma davranışlarıdır, kişinin depresyona girmesine veya depresif belirtilerinin şiddetlenmesine neden olabilirler.

Yanıt Tarzı Kuramı:

Bu kuram, daha çok ruminasyonlarla ilişkilidir ve Nolen-Hoeksema tarafından geliştirilmiştir. Ruminasyon, bireyin depresif belirtilerini, pasif bir şekilde tekrarlamasıdır (26). Ruminatif tepkiler, depresif duygudurumun şiddetini ve süresini arttırabilir. Bu kurama göre, insanlar ruminasyon sırasında, olumsuz düşünceleri takıntılı bir şekilde akıllarından geçirerek tekrarlarlar. Bu düşünceler, problemleri çözmeye yardımcı olmadığı gibi, kişilerin depresif duygudurumda takılı kalmalarına da zemin hazırlamaktadır (27). Nolen-Hoeksema'nın kuramına göre; ruminasyon, depresyon için hem bir tetikleyici hem de sürdürücü bir faktördür (26).

Antropolojik Bakış Açısı:

Bu bakış açısı, Paul Gilbert tarafından geliştirilmiştir. Gilbert, depresyonun elverişsiz koşullara yönelik uyumsal bir stratejinin patolojik bir türü olabileceğini belirtir. Olumlu veya olumsuz duygular, zaman zaman gerekli ve uyumsal olabilmektedir. Depresyonda görülen bazı olumsuz tutumlarında, bazı koşullarda uyumsal olabileceği düşünülmektedir. Bu negatif duygular, bireyin özellikle sosyal alandaki olası sorunlarını tanıması veya bu sorunlardan kaçınmasında faydalı olabilir. Bu kurama göre, depresyonun, kişinin var olan kaynaklarını daha kısa sürede tüketmemek veya daha uzun sürmesini sağlayabilmek için ortaya çıkmış bir geri çekilme durumu olabileceği düşünülmektedir (21, 29).

DSM 5' e Göre Depresyon Bozuklukları Belirleyicileri :

Hafif derecede depresyonda psikososyal işlevsellikte hafif düzeyde bozulma beklenirken, ağır MDB'da ise psikososyal işlevsellik önemli derecede bozulmuştur. Varsanı ve sanrılarının eşlik ettiği durumlarda ise, ağır bir psikotik özellikli depresif bozukluk döneminden bahsedilir (30).

Klinik Özelliklerine Göre Major Depresif Bozukluk Alt tipleri :

- Melankolik özellikli depresyon,
- Karma özellikler gösteren depresyon,
- Psikotik özellikler gösteren depresyon,
- Katatonik özellikli depresyon,
- Atipik özellikli depresyon,
- Mevsimsel özellikli depresyon,
- Doğum ile ilişkili depresyon (30).

HASTALIĞIN GİDİŞİ, SÜRESİ VE SONLANIŞI :

Unipolar depresyon çoğunlukla sinsi başlar. Hastalar bazen erken dönemde çeşitli bedensel yakınmalar, halsizlik, çabuk yorulma, iştahsızlık benzeri şikayetlerle iç hastalıkları uzmanları ya da aile hekimleri gibi farklı uzmanlık alanlarına başvurabilirler. Başlangıçta hafif düzeyde görülebildiğinden rahatsızlık hemen fark edilmeyebilir, ilerledikçe güçsüzlük, çaresizlik, umutsuzluk duygularının arttığı gözlenir. Ağır depresyon tablolarında ise belirtilerin şiddeti artmış olup, yoğun suçluluk ve değersizlik duygularının da eşlik ettiği intihar planları olabilmekte, hatta intihar girişimleri de görülebilmektedir (8).

Hastaların 20 yıllık izlemlerinde, ortalama atak sayılarının 5 ya da 6'yı bulabildiği ve hastalık ilerledikçe, daha sık ve daha uzun ataklar geçirme eğiliminde

oldukları gözlenmiştir. Depresif hastalarda, 6-8 aydan önce antidepresanların kesilmesi belirtilerin yeniden ortaya çıkmasına sebep olabilir.

Depresif ataklarla takip edilen bazı hastalarda, manik atakların görülebilmeye ihtimali de vardır. İlk atak sonrası 10 yıllık süre içerisinde, yaklaşık % 5 ile 10 hastada manik atak görülebildiğinden, bipolar duygudurum açısından da dikkatli takip etmek gerekir (8).

Araştırma sonuçlarına göre, daha önce tek bir depresif dönem geçirme öyküsü olanlarda ikinci kez atak geçirme olasılığı %50-60; iki depresif dönem öyküsü olanlarda ise üçüncü atağı geçirme olasılığı %70 olarak tespit edilmiştir. Hatta üç kez depresif dönem geçirme öyküsü olanlarda ise yinleme olasılığının % 90 civarında olduğu bilinmektedir. Bu sonuçlara göre, her bir depresif atağın yinleme riskini ciddi düzeylerde arttırdığı gözlenmiştir (31).

Ek tanılarının olması, depresyonun yinleme riskini etkilemektedir, yapılan çalışmalara göre eğer ek tanı depresyondan önce varsa, bu riskin daha da arttığı görülmüştür. Psikotik özellikli depresyon varlığında, yinlemelerin psikotik özellik göstermeyen depresyon hastalarına göre daha fazla olduğu, ayrıca anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, alkol bağımlılığı, kişilik bozukluğu gibi ek tanılarının varlığında da yinleme riskinin arttığı bilinmektedir. (31-34).

İYİ VE KÖTÜ PROGNOSTİK FAKTÖRLER:

İyi prognostik faktörler; hafif şiddetli atak geçirilmesi, hastanede yatış öyküsünün olmaması, ergenlikte güçlü arkadaş ilişkilerinin olması, psikotik belirtilerin olmaması, hastanede yatış süresinin kısa olması, iyi aile bağlarının olması, ayrıca eşlik eden ek psikiyatrik veya kişilik bozukluğunun bulunmaması ve geç başlangıçlı olmasıdır.

Kötü prognostik faktörler olarak ise; alkol ve madde kötüye kullanımının olması, distimik bozukluğun eşlik edişi, kaygı bozukluğu belirtileri ve birden fazla depresif atak öyküsünün olması, uzun süreli ve sık hastane yatış öykülerinin olması sayılabilir (6).

DEPRESYONDA TEDAVİ SEÇENEKLERİ :

Depresyonda tam düzelmeden bahsedebilmek için, depresyon tanı ölçütlerinin artık karşılanmıyor olması, ayrıca hastanın psikososyal ve mesleki işlevselliğine büyük oranda dönmüş olması gerekmektedir. Depresyonda yanıt ise, depresyon belirti şiddetinde tedavi öncesine göre en az %50 azalma gözlenmesi veya depresyon değerlendirme ölçeklerinden elde edilen toplam puanların başlangıca göre %50 ve daha fazla azalması şeklinde belirtilmektedir (35).

Tedavi sürecinde; akut dönem, sürdürüm ve idame tedavisi şeklinde üç önemli aşama vardır.

Akut dönem, genellikle ilk 6-8 haftalık dönemi içerir, bu dönem erken müdahale açısından ve hastaya hangi tedavinin uygulanacağına karar vermek açısından önemlidir. İntihar riski olan, yeme-içmeyi reddeden, psikotik özellikli ağır olgularda hastane yatışı gereklidir. Tedavi seçeneği olarak, belirtilerin şiddetine göre Farmakoterapi, Psikoterapi veya EKT önerilebilir (36).

İdame döneminde ise bireyin iyilik halinin sürdürülmesi, yinelenmelerinin önlenmesi ve hastalık öncesi işlevselliğine dönmesi amaçlanmaktadır. Depresif atakların yinelenmesini önlemek için, idame tedavisinin yapılması son derece önemlidir. Bir depresif epizod geçiren hastalarda en az bir yıl, ikinci atak sonrasında üç yıl, üç atak geçirenlerde ise en az beş yıl idame tedavisine devam edilmesi önerilmektedir (36).

Depresif atakların tedavisinde, antidepresanlar önemli bir yer tutmaktadır. Antidepresan seçimini yaparken hastalığın şiddeti, atipik özelliklerin varlığı, melankolik veya psikotik özellikler, psikomotor retardasyon, ailede tedaviye yanıt öyküsü, yıkımın derecesi ve ek faktörlere göre karar verilir (37).

Bir antidepresan ilacın, etkinliğinden bahsedebilmek için önerilen terapötik dozlarda en az üç hafta süre ile kullanılmış olması gerekir, bazen antidepresan yanıt görmek daha uzun bile sürebilir, bu nedenle ilk üç haftada düzelme görülmezse doz arttırımı veya augmentasyon yapılması önerilir (37). Kombine antidepresan ve

psikoterapinin, AD veya psikoterapinin monoterapisinden daha etkin olduğu gösterilmiştir (37).

Antidepresanların dışında, antipsikotik grubu ilaçlar da özellikle psikotik özellikli depresyon varlığında kullanılabilir. Ayrıca düşük dozlarda ketiapin, olanzapin, risperidon, aripipirazol ve amisülpirid gibi antipsikotiklerin antidepresan etkilerinin olduğu da bilinmektedir (7).

Çoğu tedavi kılavuzu, depresif sürecin yönetiminde farmakolojik ve psikososyal müdahalelerin birlikte uygulanması gerektiğini belirtir (38-40). Özellikle hafif şiddette ki depresif bozukluk tablolarında psikoterapinin tek başına yeterli olabileceği, orta ve ağır şiddetteki olgularda ise genellikle farmakolojik tedaviye ek olarak psikoterapilerin uygulanmasının daha uygun olduğunu destekleyen kanıtlar mevcuttur (36).

DIĞER TEDAVİ SEÇENEKLERİ :

Eğer tedaviye dirençli depresyon tablosu varsa, antidepresan tedaviye ek olarak; lityum, lamotrijin, tiroid hormonu (T3), metilfenidat ve modafinil gibi psikostimülanlar, buspiron, omega 3 yağ asitleri (EPA), testosteron, östrojen ve dehidroepiandrosteron gibi hormonlar, ikincil haberci fosfatidil inositol prekürsörü olan inozitol, dopaminerjik etkisi olan pramipeksol gibi ilaçların güçlendirici olarak eklenmesinin faydalı olabileceğini destekleyen çalışmalar mevcuttur (7).

Farmakoterapinin dışında; özellikle ilaç tedavisine yanıtızsızlık, intihar riskinin yüksek olması, psikotik özelliklerin varlığı, yeme ve içme reddi, katatonik semptomların varlığı veya hastanın kendi tercihi olması durumlarında EKT uygulaması iyi bir tedavi seçeneği olarak düşünülebilir (41).

Ayrıca FDA tarafından, en az bir ilaç tedavisinden yanıt alınamamış major depresyon durumları için, ardışık ve ritmik yapılan rTMS uygulanması önerilmiştir (42-44).

2.2. AŞKA İLİŞKİN KURAMLAR

Aşk olgusu, insanın varoluşundan itibaren ilgi çekici bir konu olmuştur. Her ne kadar daha önceleri büyük oranda edebiyatın konusu olmuş olsa da, bununla birlikte son yıllarda bu ilginin bilimsel bir boyutu da içermeye başladığı, aşkın sosyoloji, biyoloji, antropoloji gibi birçok bilim dalının inceleme konularının arasında yerini aldığı görülmektedir. Ayrıca aşkın insanda yarattığı psikolojik ve sosyal etkilerden ötürü, psikoloji alanı da aşk konusuna değinmeye başlamıştır (Özer ve Tezer, 2008) ve psikolojinin aşk üzerine eğilmesiyle birlikte farklı aşk tanım ve biçimleri tespit edilmiştir (Büyüksahin ve Hovardaoğlu, 2004).

Öznel ve güçlü bir duygu olması nedeniyle, aşkı tarif etmek çok zordur. Genellikle olumlu olmakla beraber, oldukça kompleks olan bu duygusal yaşantının psikolojik, emosyonel, nörobiyolojik ve duygusal bölümlerden oluştuğu düşünülmektedir (Tufan ve Yaluğ, 2010).

Bu öznel yapısından dolayı aşk ile ilgili tarifler, toplumdan topluma veya bireyden bireye değişebilmekte olup, aşk hakkında her kuramcının farklı tanımlamaları mevcuttur. Freud'a göre aşk, nesillerin devamını sağlamaya hizmet eder ve bu amaçla cinsellik objesinin peşinden götüren libidoya denktir (Moss ve Schwebel, 1993). Harlow aşkı, bağlanma davranışı olarak ele almıştır. Fromm ise aşk kavramının kişinin hem duyguları hem de davranışları ile ilgili olduğunu, aşkın bilinçli bir bağlılık olduğunu ve bünyesinde şehvet dışında saygı, anlayış, ilgi, sorumlulukta içerdiğini belirtmiştir. Maslow, aşkı ele alırken iki kategoriye ayırmıştır, birincisi aşkın, kişinin güven eksikliğinden kaynaklanan ve duygusal gereksinimleri ile ilişkili olan “eksiklik aşkı” (deficiency love), ikincisi ise üst düzey duygusal gereksinimlerle ilişkili olan ve hem kendini hem de partnerini gerçekleştirme arzusunu da kapsayan “aşık olmaktır” (Hojjat, 2000). Tennov ise aşk duygusunu, geçici bağımlılık ve partnere yönelik bedensel duyarlılık artışı olarak belirtmiştir (Atak ve Taştan, 2012). Aron'a (1986) göre, aşk bir kendilik genişlemesiyken, Hazan ve Shaver'a (1987) göre ise aşk, duygusallık içeren önemli

bir bağlanma çeşididir. Peele ve Brodsky, aşkı bir bağımlılık olarak değerlendirirken, Buss (1988, 1989) evrimsel biyolojik bir modelle açıklamaya çalışmıştır. Sternberg (1986, 1988, 1995) ise aşkı; yakınlık, tutku ve bağlılığın karışımı olarak ele almıştır. Bağlanma kuramcısı Bowlby'e (1989) göre aşk duygusu, ilk olarak anne ile yaşanır ve bebek ondan ayrıldığı zaman mutsuz ve huzursuz olmaktadır. Bowlby, aşkın, insanın bağlılığının temeli olduğunu belirterek, bebeğin anne ile olan ilişkisinin ona yakınlık, kabul edilme, ait olma, sahiplenilme gibi birçok farklı duyguyu öğrettiğini ve bu duyguların ileride karşı cinsle olan duygular ile birleşerek tekrarladığını savunur (Tüfekçi, 2008).

Bu tezde araştırmalarından yararlandığımız Lee (1973, 1988), aşkın renklerinden bahsederek çalışmaları sırasında kendi oluşturduğu renk çarkı analogisinden yararlanmıştır. Lee (1988), böyle farklı aşk türlerinden oluşan bir sınıflama yapmasının nedeni olarak da, aşkın her bireyde farklı anlam bulması olduğunu belirtmiştir (Myers ve Shurts, 2002).

Aşk kavramının, bilimsel araştırmalarda ele alınmasıyla birlikte en çok sorulan sorulardan birisi; aşkın “doğuştan” gelen bir eğilim mi, yoksa “öğrenilmiş” bir olgu olup olmadığı meselesidir. Aşkın çok boyutlu ve öznel yapısından dolayı, iki görüşte de ele alınan yaklaşımların haklılık payı vardır diyebiliriz. Yapılan çalışmaların büyük bir kısmında aşkı oluşturan faktörler ele alınmıştır ve bu çalışmalarda her ne kadar çoğunlukla ortak noktalara temas edilmiş olsa da, aşk duygusunun oluşumunda farklı faktörlerin de etkili olabileceğini gösteren çalışmalarda mevcuttur.

Bu bölümde, klinik çalışmalarda en çok temel alınan Rubin'in ve Hatfield'in kuramlarına, Sternberg'in aşk üçgeni ve Reik'in tamamlayıcılık kuramlarına, evrimsel açıdan önemli olan biyolojik aşk kuramına ve araştırmamızda temel aldığımız Lee'nin aşk stilleri kuramına sırasıyla değinilecektir.

Rubin'nin Aşk ve Hoşlanma Kuramı:

Zick Rubin, “Aşk ve hoşlanma” kuramını geliştirerek, bu alanda ki araştırma eksikliklerini gidermeye çalışan ilk isimlerden birisi olmuştur. Aşk ve hoşlanma duygularının her ne kadar birbirleriyle ilişkili gibi görünüyorsa da, aslında farklı sevgi türleri olduğu sonucuna ulaşmıştır. Rubin’e göre, aşk sevgiliye, hoşlanma ise arkadaşına yöneliktir.

Rubin’e göre aşk, bilişsel, davranışsal ve duygusal bileşenleri olan kültürel bir olgudur ve aynı zamanda öznel bir yaşantı olması nedeniyle insanlar ya da toplumlar farklılaştıkça aşkın anlamı da farklılaşacaktır (45).

Rubin, aşk ile ilgili yapmış olduğu çalışmaların sonucunda, aşkın “bağlanma, önemseme ve yakınlık” şeklinde üç önemli bileşenden oluştuğunu gözlemleyerek, kuramını bu kavramlarla açıklamaya çalışmıştır (46).

Rubin (1970), kuramıyla ilgili yaptığı çalışmaların neticesinde, üç faktörlü “Aşk ve Hoşlanma Ölçeği”ni geliştirmiştir. Rubin’in çalışmaları, aşk duygusu hakkında ölçme yapmayı amaçlayan, deneysel olarak kabul edilebilecek, ilk bilimsel çabalar ve girişimler olarak kabul edilebilir (Sternberg ve Grajek, 1984).

Hatfield’in Tutkulu Aşk ve Dostça Aşk Kuramı :

Hatfield (1988) gözlemleri sonucunda, tutkulu aşkın, ilişkilerin özellikle erken dönemlerinde, arkadaşça aşkın ise geç dönemlerinde daha yoğun hissedildiği sonucuna ulaşmıştır (47). Bu bağlamda, temel olarak iki farklı aşk türünden bahseder. Bunlar; partnerle bir bütün olmaya duyulan yoğun isteği ifade eden “tutkulu aşk” ve ilgilenme, anlayış, şefkat ve derin duygusal yakınlık gibi duyguları barındıran “arkadaşça aşk”tır (48).

Romantik ilişkilerin erken dönemlerinde, partnere yönelik yüksek ilgi nedeniyle, sevgililer genellikle birbirlerine pembe gözlüklerle bakarak, partnerinin mükemmel olduğunu düşündükleri ve doğru aşkı bulduklarına inandıkları tutkulu bir dönem yaşarlar. Bu dönemde birey, derin bir psikolojik uyarılma hali

içerisindedir. Fakat zamanla tutkuları azalmaya başladığında, karşılıklı anlayış ve paylaşım temelinde gelişen, ayrıca daha gerçekçi bir zemine oturan arkadaşça aşkı geliştirirler.

Arkadaşça aşk ile tutkulu aşk arasında ki en önemli fark, “yakınlık” kavramıyla ilgilidir. Hatfield, yakınlığı, insanların benzerliklerini, farklılıklarını, düşünce, duygu ve davranış biçimlerini keşfetmek için onlarla içten olmaya çalışma süreci olarak tanımlamıştır. Hatfield’e göre, arkadaşça aşk sırasında partnerler yakınlığı çoktan elde etmişlerdir, fakat tutkulu aşkta ise, sürekli yakınlık özlemi duyarlar.

Hatfield ve Walster’in, çalışmaları sonucunda geliştirdiği Tutkulu Aşk Ölçeği’ne göre ;

- Tutkulu aşkın bileşenleri;
 - **Bilişsel bileşenleri;** diğerini tanıma ve onun tarafından tanınma isteği, diğerini ya da ilişkiyi idealize etme, partnere ilişkin istemsiz olarak akla gelen düşünceler ve saplantılar
 - **Duygusal bileşenleri;** tam ve kalıcı bir bütünleşme isteği, psikolojik uyarılma, diğerine yönelik cinsel çekim; işler iyi gittiğinde yaşanan olumlu duygular, âşık olunma isteği,
 - **Davranışsal bileşenleri** ise; partnerini inceleme, diğerinin duygularını anlamak için etkinliklerde bulunma, diğerine hizmet etme ve fiziksel yakınlık kurmadır.
- Arkadaşça aşkın bileşenleri;
 - **Bilişsel bileşenleri;** birbirlerine açılma konusunda özgür hissederler, birbirlerinin geçmişlerini, değerlerini, güçlü ve zayıf yönlerini, umutlarını, korkularını bilirler.
 - **Duygusal bileşenleri;** birbirleri ile ilgilidirler, yakınlarını her şeyden daha çok severler, birbirlerinin acılarının yoğunluğunu azaltabilirler.

- **Davranışsal bileşenleri;** birbirleri ile fiziksel yakınlık kurmaktan son derece mutlu olmalarıdır (Berscheid ve Walster, 1978; Hatfield, 1988).

Evrimsel Aşk Kuramı :

Biyolojik yaklaşıma göre, aşk duyguları, üremeyi destekleyen bir adaptasyon mekanizmasının sonucudur. Bu adaptasyon, partnerlerin, onların desteğine ihtiyaç duyan bir bebeğin ebeveyni olmaları ve bakımını sağlayabilmeleri için, birbirlerine yakınlaşmalarına sebep olmaktadır (Hazan ve Shaver, 1987).

Buss'e göre aşk, çok eski zamanlardan beri neslin devamını sağlama işlevini üstlendiğinden, günümüzde de varlığını güçlü bir şekilde sürdürmektedir (49).

Aşkın kaynak oluşturduğu davranışların temel amacı; neslin devamını sağlamak, evlilik, cinsellik, bağlılık, üreme, kaynak paylaşımı ve ebeveyn yatırımı olarak sayılabilir. Bu maddeler; bir partneri cezbetmek, partner ile ilişkiyi devam ettirmek, partner ile üremek, dünyaya gelen çocuklara ebeveynlik yapmak gibi amaçlara hizmet eder (Ercan, 2016).

Aşkın Tamamlayıcılık Kuramı :

Reik (1957)'e göre, ihtiyaç duyduğumuz duygusal yoksunluklarımızı, o an tamamlayabileceğine inandığımız bir kişiyle iletişim halinde olma ihtiyacını yoğun bir şekilde hissederiz. Birey, ilişkisi sırasında kendinde olmayan ve sahip olamayacağı özelliklere sahip olan birisi ile karşılaştığında aşık olma süreci tetiklenir ve kendinde noksan olanı sezip, bu eksikliğine sahip olan veya olduğunu sandığı kişiye yönelir (Reik, 1964). Böyle bir durumda, kişi, kendini partneri ile özdeşleştirerek kendi eksiklerini yok sayar ve partneri üzerinden tamamlar (Mathes ve Moore, 1984).

Reik, ayrıca bu kurama göre, özsaygısı düşük kişilerin aşık olma olasılığının daha yüksek olduğunu dile getirmiştir (Mathes ve Moore, 1984).

Sternberg'in Üçgen Aşk Kuramı :

1949 doğumlu Amerikalı psikolog Robert Sternberg'in, aşk hakkında önemli çalışmaları olmuştur. Araştırmaları sonucunda, aşkın üç bileşenden oluştuğunu belirtmiş ve bunların bir üçgen olarak düşünülebileceğinden yola çıkarak Üçgen Aşk Kuramı'nı geliştirmiştir. Kuramın bileşenlerini; duygusal yakınlık, tutku, karar/taahhüt (bağlılık) olarak belirtmiştir (Sternberg, 1986).

Duygusal yakınlık kavramı, ilişki sürecinde yakın duygulara, sıcaklığa, duygusal yatırıma karşılık gelmektedir (50). Tutku, içerisinde güdü ve uyarılmaları barındırır, ayrıca cinsel doyum ve fiziksel çekim ile ilişkilidir (Sternberg, 1986). Karar/taahhüt (bağlılık) bileşeni ise, hem ilişkinin erken dönemlerinde ki sevmeye kararına, hem de daha ilerleyen dönemlerde ki aşkın devamı için partnere bağlılığın sürdürülme kararına vurgu yapmaktadır. Bağlılık bileşeni, daha çok aşk ilişkisindeki 'bilişsel' öğeleri, tutku bileşeni daha çok 'güdüsel' öğeleri, yakınlık bileşeni ise daha çok 'duygusal' öğeleri içermektedir (50).

Sternberg, aşk süreçlerini bu üç bileşenin her birinden ne kadar sahip olduklarına göre sınıflandırarak, sekiz farklı aşk türünden bahsetmiştir (Sternberg, 1986, 1988; Sternberg ve Grajek, 1984) ;

1 - Delicesine aşk / Tutkulu aşk / Çılgınca Aşk :

Yıldırım aşkıdır ve "ilk görüşte aşk" sınıfına girer, romantik ilişkiler genellikle delicesine aşk ile başlar. Yakınlık ve bağlılık bileşenleri yoktur, sadece tutku mevcuttur. Diğer duygularla desteklenmezse, ilişkinin en kısa sürede son bulması muhtemeldir.

2 - Aşksızlık, Aşksız ilişki:

Yakınlık, tutku ve karar/bağlılık bileşenlerinden hiçbirinin olmadığı, aşksızlık halidir. Bu ilişkiler zorunlu ilişkilerdir ve daha çok nedensel etkileşimlerimizi içerir. Arkadaş veya aile ilişkilerimiz, örnek olarak verilebilir.

3 - Hoşlanma / Beğenme (Yakınlık Unsuru):

Yakınlık bileşenini içeren, fakat tutku ve karar/bağlılık bileşenlerini içermeyen aşk türüdür. Kişi, partnerine yakın hisseder, ancak tutku veya bağlılık hissetmez.

4 - Dostça / Arkadaşça aşk:

Yakınlık ve bağlılık yapılarını içerirken, tutku içermez. Genellikle tutku ve fiziksel çekimin son bulduğu, uzun süreli evliliklerde gözlemlenir. Birçok evlilik delicesine aşk ile başlamasına rağmen, bir süre sonra arkadaşça aşka dönüşür. Kimi insanlar yaşamında romantizm olmadan yaşayamaz, bu nedenle tutkuyla başlayıp arkadaşlığa dönüşen ilişkileri kolay kolay kabullenemez.

5 - Aptalca aşk:

Bağlılık ve tutku öğelerinin bulunduğu, yakınlık bileşeninin olmadığı aşk türüdür. Sıklıkla filmlerde gözlemlediğimiz, insanların tanıştıktan sonra, çok kısa bir süre içerisinde evlendiği ilişki tipidir. Tutku ve bağlılık temelli bir ilişki yaratıldığından, tutku azaldığında sıklıkla partnerler hayal kırıklığına uğrarlar. Bu nedenle aptalca aşk, stresin oluşmasına yatkınlık oluşturabilen bir aşk yaşama biçimidir.

6 - Romantik aşk:

Yakınlık ve tutku bileşenlerinden oluşur, bağlılık bileşeni yoktur. Hem fiziksel çekim, hem de duygusal yakınlık önemlidir. Tıpkı yaz aşklarının yaz bittikten sonra devam etmemesi gibi, bu tür aşklarda da gelecekte birlikte olmama durumu sıklıkla gözlenir, çünkü tutkulu bir yakınlık hissederler ama bağlılık olmadığı için ilişkileri uzun sürmez.

7 - Mükemmel Aşk / İdeal Aşk / Tam Aşk :

Tutku, bağlılık ve yakınlık bileşenlerinin her üçünü de içeren, bu nedenle de birçok insanın arzuladığı aşk türüdür. Aşkın en dengeli, sağlıklı ve arzulanan biçimidir.

8 - Boş Aşk :

Yakınlık ve tutku olmadan, yalnızca bağılılık vardır. Evliliklerin birçoğunun, yıllar içerisinde boş aşka dönüşme olasılığı yüksektir. Özellikle uzun süren ilişkilerde veya görücü usulü olan birlikteliklerde, bedensel ve duygusal çekimin azalmasına rağmen, verilen sözlere bağlı olarak, partnerlerin birbirlerine bağlı kalmaya devam ettiği durumlarda sık gözlenir. Bu tarz ilişkiler, yakınlık ve tutku içermediğinden, boş aşk olarak isimlendirilir.

Lee'nin Çok Boyutlu Aşkın Renkleri Kuramı :

Lee, Sosyoloji üzerine çalışmalar yapan önemli bir araştırmacıdır. Yaptığı çalışmalar sırasında, partnerlerin “Seni seviyorum” sözlerini farklı anlamlarda kullandıklarını fark etmiş, bu nedenle tek boyutlu aşk düşüncesi yerine çok boyutlu olan ve kalıcı olmayan aşk kuramını öne sürmüştür. Doğada farklı renklerin ve çeşitliliğin olması gibi, ilişkilerde de, insanlar tarafından farklı aşk türleri tercih edilebilmektedir.

Lee, aşkın, hem değişebilir olduğunu, hem de ailenin, çevrenin, kültürün aşka ilişkin değerlerin şekillenmesinde oynadığı belirgin rol nedeniyle öğrenilebilir bir süreç olduğunu gözlemlemiştir (Lee, 1973). Lee'ye göre, aşk, öğrenilmiş bir yaşantısal deneyimdir.

Lee, aşkın renkleri kuramını ortaya atarken, doğaya atıfta bulunmuştur; gözlemleri sonucunda doğada üç ana renk (kırmızı, mavi ve sarı) ve bu renklerin birleşimiyle oluşan diğer ara renklerin var olması gibi, aşkta da durumun böyle olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu benzetmelerden yola çıkarak tutkulu aşkı (eros) kırmızıya, oyun gibi aşkı (ludus) sarıya, arkadaşça aşkı (storge) maviye benzetmiştir ve bu gruba birincil renkler adını vermiştir. İkincil renk grubu olarak ise; arkadaşça aşk ve oyun gibi aşk türlerinin birleşiminden mantıklı aşkın (pragma); tutkulu aşk ve oyun gibi aşkın birleşiminden sahiplenici aşkın (mania); tutkulu aşk ve arkadaşça aşkın kombinasyonundan ise özgeci aşkın (agape) ortaya çıktığını belirtmiştir (51, 52). Lee, bu aşk türlerinin de değişik kombinasyonlar da

birleştirilerek aşk biçimlerinin sayısının oğaltılabileceğini belirtir (Büyükşahin, 2004).

Lee, kuramında bahsettiği hiçbir aşk stiline, ötekinden daha değerli olmadığını, nasıl ki, renklerin birbirlerine üstünlüğü yoksa, aynı şekilde aşk stillerinin de birbirlerine üstünlüğünden bahsedilemeyeceğini belirtir (Lee, 1973). Lee, evrensel olan bir aşk türü olmadığını dile getirerek, herkes için doğru olan ve olması gereken bir aşk türü mevcut olmadığını belirtir (Ercan, 2008).

Lee, aşk stilleri ile renkleri ilişkilendirmesinin birinci faydalı sonucu olarak, tıpkı bireylerin farklı renkleri sevebiliyor olması gibi, benzer şekilde her bireyin farklı aşk türünü seçebileceğini ve bunun sonucu olarak da şakalarının yaşamakta olduğu aşk deneyimlerine saygı gösterebileceğinden bahseder. İkinci fayda olarak ise, kişinin geçmişte yaşadığı aşk tecrübelerini artık daha farklı açılardan değerlendirebilmesine olanak sağladığını belirtir. Bu yaklaşımların neticesinde, birey, geçmiş ilişki deneyimlerinden pişmanlıklar duymak yerine, artık o deneyimlerine daha farklı ve kaygısız açılardan bakabilecektir (Ercan, 2008).

Lee'ye göre, aşk biçimleri ne kadar benzer olursa, ilişki doyumu ve uyum düzeyi o derece artacaktır ve ne kadar farklı olursa bu sefer de çiftlerin çatışma yaşama olasılıkları artması beklenir.

-Lee'nin Aşk Biçimleri sınıflamasına göre “Birincil Aşk Türleri”;

1- Tutkulu Aşk (Eros):

Bu aşk türü fiziksel çekiciliğe dayalıdır, ayrıca cinsel yakınlık da önemlidir. Hatta partnerlerin de tercih ettikleri fiziksel özellikleri açıkça belirtebilirler. Onlar için ilk görüşte aşk, ilk tanışma, ilk öpücük önemlidir ve bir aşkı bitirmeden diğerine kolay kolay başlamazlar. İlişkide başarılı hissedebilmek için, partnerine açılma konusunda kendisine güven duyması gerekir. Tutkulu aşıklar da saplantılı duygular yoktur, kıskançlık daha az gözlenir ve iletişime daha açık olurlar. Fakat partnerlerinden beklentileri yüksek olduğu için, hayal kırıklığına uğrama olasılıkları da oldukça fazladır (Ercan, 2008).

2 - Oyun Gibi Aşk (Ludus) :

Bağlanmanın daha az olduğu, haz alma güdüsünün daha önemli olduğu, daha kısa süreli ve aynı anda birkaç partner ile beraberliğe açık olan bireylerin yaşadığı aşk biçimidir. Burada asıl önemli nokta, hazzı ulaşıp istenilene bir an önce kavuşmak değil, ilişki sürecinde harcanan çabalar sırasında oynanan oyunlardır. Birey, partneriyle bağlanma ve yakınlaşma olmasını istemez. Bu türde, cinsellik için ayrılan çaba ve zaman çok daha azdır. Oyun gibi yaşayan aşıklar, hayatlarını tek başlarına geçirmeyi sevmezler, bu nedenle partnerleri yanında olmadığı zamanlarda, bu yokluğu yanında olan başka bir partneri severek doldurabilirler, partnerlerini kandırabilirler, hatta aldatabilirler ve aldatsalar bile bunun dürüstlük olduğunu düşünürler (Ercan, 2008). Bu tür aşıklar, sahiplenici ve kıskanç olmadıkları için, eski partnerin zorluklarıyla boğuşmak yerine, daha kolay bir yolu seçerek yeni bir sevgili bulmaya yönelebilirler. Bu gibi özellikleri nedeniyle, oyun gibi aşkı, olağan bir aşk türü olarak kabul etmeyen partnerler de vardır.

3 - Arkadaşça Aşk (Storge):

Bu aşk biçiminin temeli, zaman içerisinde gelişen arkadaşlıktır. Bu aşk türünde, aynı etkinlikten zevk alan bireyler, bir araya gelip zaman içerisinde kaynaşırlar. İlk olarak bakıldığında oyun gibi aşıklara benzetilebilir, ama paylaşımlara, ortak yönlerin fazlalığına, birbirini gözetmeye dayanması ve zamanla gelişen bir aşk biçimi olması nedeniyle farklılıklar gösterirler. Tutkulu aşkta görülen mektup yazmalar, yüksek beklentiler veya aşkı oyun gibi görenlerdeki sıkılma, bıkkınlık, yeni arayışlar içine girmeye bu türde pek rastlanmaz. İlişki tartışmalar sık yaşanmaz ve cinsellik ön planda değildir. Ayrılık olsa dahi arkadaş kalabilirler (Ercan, 2008) Arkadaşça aşkın zaman içerisinde paylaşımlarla birlikte gelişmesi nedeniyle, bu aşk türünde partnerlerin birbirlerine ne zaman aşık oldukları ile ilgili hatırladıkları belirli bir an olmaz (53, 54).

Lee'nin **ikincil** aşk sınıflamasına göre; oyun gibi aşk ve tutkulu aşk birleşerek sahiplenici aşkı (mania), oyun gibi aşk ve arkadaşça aşk birleşerek mantıklı aşkı (pragma), arkadaşça aşk ve tutkulu aşk birleşerek özgeci aşkı (agape)

oluşturur, ayrıca bu aşk türleri de en az birincil türler kadar özeldir, değerlidir ve gerçek duygulardır (55).

Lee, “İkincil aşk biçimleri”ni ise şu şekilde sınıflandırmıştır;

4 - Sahiplenici Aşk (Mania) :

Tutkulu ve oyun gibi aşkın bileşiminden oluşur. Kıskanç ve takıntılıdır. Patolojik aşk türüdür. Sahiplenici aşık, partnerine kuvvetli bir cinsel çekim hisseder, ayrıca takıntılı bir şekilde partneri ile meşguldür, sürekli olarak karşı taraftan sevildiğini ve duygularının karşılıklı olduğunu duymak ister. Kıskançlığın yoğun olması, tutarsız davranışların gözlenebilmesi, partnerini sürekli bir kaybetme korkusunun hakim olması nedeniyle sıklıkla olumsuz sonuçlar doğurabilen aşk türüdür. Fakat ilişki ne kadar sorunlu olsa da, kişi, bir türlü onu sonlandıramaz ve ilişkiye yine de devam eder. İlişkilerin de dengeyi kurmakta zorlanırlar, bu nedenle sahiplenici aşıkların “hem seviyorum, hem nefret ediyorum”, “ondan uzak durmam gerektiğini biliyorum, ama bunu bir türlü yapamıyorum” gibi tutarsız söylemleri sıklıkla olabilmektedir. Sahiplenici aşık, ilişkiyi kolay kolay bitiremediği için genellikle ilişkiyi karşı taraf bitirir. Ayrılık süreci yaşanırsa, bu durumdan çok olumsuz etkilenerek sıklıkla kendilerini çaresiz hissederler (Ercan, 2008). Sahiplenici aşıklar, ilişkileri süresince oyun gibi aşkın kurallarını kullanarak, tutkulu aşkta olan derin bağlılığı bulmaya ve devam ettirmeye çalışırlar, ama sonuç çoğunlukla hüsrana uğrar (Ercan, 2008). Sahiplenici aşk, Lee’nin tanımladığı aşk tutumları içerisinde, en az rastlanan tür olmasına rağmen, patolojik durumlarla da ilişkili olabilmesi açısından önemlidir (56).

5 - Mantıklı aşk:

Arkadaşça aşk ve oyun gibi aşkın kombinasyonudur, olumlu bir gelecek kurabilme hayaliyle, mantıklı ve gerçekçi zeminde başlanan, uyum temelli bir ilişki türüdür. Din, dil, ırk, sosyal sınıf, statü ve eğitim seviyesi gibi kriterler değerlendirilir ve uyumlu olan partnerle ilişki kurulur, bu nedenle partnerin

özgeçmişî önemlidir. Partnerinin sahip olduğu kriterlere, karakter yapısına, toplumun kurallarına ve bulunduğu statüye göre, partnerine değer biçer ve partnerinden ekonomik güvence bekler (57). Mantıklı aşkta da tıpkı arkadaşça aşkta olduğu gibi, aynı etkinliklere katılmaktan haz duyan kişiler bir araya gelir, fakat aralarında ki fark mantıklı aşk türünde seçimin istemli yapılıp, arkadaşça aşk türünde istem dışı yapılıyor olmasıdır. Aşk süreçlerinde sorunlar yaşanırsa, bu türü benimseyenler mantıklarını devreye sokup belirledikleri niteliklere uygun başka birini aramaya koyulacaktır (tıpkı oyun gibi aşkta olduğu gibi). Mantığa ve şartlara odaklanması nedeniyle, duygudan yoksunmuş gibi gözüken mantıklı aşıklar aslında duygusuz değildirler, kişi, istediği özelliklere sahip bir kişiyle yakın ilişki içerisindeyse, partnerine karşı yoğun duygusal hisler besleyebilmektedir. Ama yine de, bu aşk türünde ilişkinin temelini, duygulardan çok partnerin talep edilen özelliklere ne derece sahip olduğu belirlemektedir (Ercan, 2008).

6 - Özgeci aşk (Agape):

Tutkulu aşk ve arkadaşça aşkın kombinasyonudur. Özgeci aşıklar; aşka görev gibi yaklaşırlar, partnerini kusurlarına rağmen her koşulda sevdiğinden dolayı kolay affederler, aşktan beklentileri çok düşük olduğu için kıskançlıkları çok azdır, onun iyiliğini kendi iyiliğinden daha çok düşünürler ve kendilerini karşısındakine adanarak yaşarlar. Bu nedenlerden dolayı, aşık olunan kişiden herhangi bir talepte bulunmazlar. Barındırdığı güçlü duygular nedeniyle tutkulu aşk özelliğine benzerken, aynı zamanda sabırlı ve kararlı olmaları ile arkadaşça aşkın özelliklerini de taşırlar. Aşklarına karşılık verilmiş ya da verilmemiş olması durumunu çok önemsemediklerinden, onlar için esas olan karşı taraf için yaptıkları eylemlerden aldıkları doyumdur (Lee, 1973).

2.3. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk travmaları ile ilgili ilk kayıtlar, çok eski zamanlara dayanmaktadır. Eski çağlardan beri çocukların istismar edilebildiği, öldürülebildiği, köle olarak satılabildiği gözlenmiştir; ayrıca pek çok kültürde bebeklerin dayanıklı ve güçlü iseler yaşayabilecekleri, zayıflarsa ölmeyi hak ettikleri düşünülmüştür. Roma’ da yasalar, babalara, çocuklarını öldürme, satma, terk etme izni vermiştir. Benzer şekilde İslamiyet öncesi medeniyetlerde ilk çocuğun Allah’a kurban olarak verilmesi gibi çeşitli uygulamalara rastlanması, tarih boyunca kültürlerin ve inancın istismar ile ne kadar ilişkili olduğunu göstermektedir (Helvacı Çelik ve ark., 2018).

Çocukluk dönemi, bireyin kişiliğinin şekillenmeye başladığı ve gelecek yaşamın temellerinin atıldığı bir dönem olması açısından önemlidir.

Çocukluk çağında travmatik yaşantıların olması, çocuk ruh sağlığını olumsuz olarak etkileyerek büyük hasar vermektedir. Çocukluk çağı travmaları, hem mağdurlar hem de toplum için ciddi sonuçlara yol açar, ayrıca bilindiği gibi psikolojik, biyolojik ve sosyal etkileri uzun yıllar devam eder. Amerikan Psikoloji Birliği (2008) travmatik yaşantıları; toplumsal şiddet, intiharlar, yakınların vefatı, cinsel taciz, kazalar, savaş deneyimleri, doğal ya da yapay felaketler gibi geniş bir yelpazede ele almıştır. Travmaya yanıt kişiden kişiye değişmekle beraber, bu gibi olumsuz yaşantıların pek çok psikiyatrik bozukluğa yatkınlık oluşturabileceği de bilinmektedir (58).

Geçmişinde çocukluk çağı travma öyküsü olan bireylerin; benlik saygılarında azalma, cinsel sorunlar, kişilerarası ilişkileri yönetme veya sürdürme güçlüğü gibi çeşitli alanlarda zorluklar yaşayabildikleri görülmüştür (59, 60).

“Çocuk” kavramı ülkeden ülkeye değişebilmektedir, örneğin İskandinav ülkelerinde yasalarca yirmi bir yaşına kadar her birey “çocuk” sayılırken; Türkiye de on sekiz yaşına kadar herkes “çocuk” olarak sayılmakta, Orta Doğu’da ise bu

tanımlama çok daha farklı kriterler baz alınarak oluşturulmaktadır (Aksel & Irmak, 2012). Benzer şekilde çocuk istismarı kavramı da, toplumdan topluma, sosyokültürel düzeylere ve yaşanan zamana göre farklılıklar gösterebilmektedir. Örneğin istismar olarak görülen birçok davranış (çocuğu dayakla terbiye etmek gibi) ebeveynler tarafından çocuğun eğitimi için olduğu gerekçesiyle olağan bir ebeveyn davranışı olarak değerlendirilmektedir (Türkkan ve ark, 2018).

Çocuk istismarı ile ilgili en zor mesele, tanımlama kısmıdır ve bu sorun tam olarak çözüme kavuşturulamamıştır. Bu mesele ele alınırken, ebeveynlerin davranışlarına mı, yoksa çocuğun gördüğü zarara mı odaklanılmalı gibi konularda görüş ayrılıkları mevcuttur (İsme, 2007).

İstismar; yakın aile üyelerinden kaynaklanabileceği gibi, komşu, öğretmen veya tamamen yabancı bir kişi tarafından da kaynaklanabilmektedir. Ailede boşanma öyküsü, şiddet eğilimi, alkol/madde kullanım öyküsü, bireyin kendisinin veya ailesinin psikiyatrik bozukluklarının olması gibi durumlarda, çocukların istismara uğrama ihtimalinin arttığı bilinmektedir (Alpaslan., 2011)

2002 yılında yayınlanan WHO'nun raporuna göre; çocukluk çağı döneminde “duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve fiziksel istismar” şeklinde dört farklı travmatik yaşantı tanımlanmıştır (61). Aynı zamanda WHO; bir erişkin tarafından, çocuğun bedensel ve ruhsal gelişimini isteyerek veya istemeyerek olumsuz etkileyen yaklaşımları “çocuk istismarı” olarak tanımlamaktadır (Balta, 2005). Yapılan çalışmalara göre, çocuklar, istismara en sık doğumla üç yaş arasında maruz kalmaktadır (Çelik ve ark, 2012).

Yapılan araştırmalar travma deneyimleme oranlarının toplum genelinde % 60- 70 civarında olduğunu göstermektedir (Kilpatrick ve ark., 2000). Hoven ve arkadaşları (2004), bu travma deneyimlerinin büyük bir çoğunluğunun çocukluk döneminde yaşandığını belirtmiştir.

Fiziksel İstismar:

Fiziksel istismar; gözle görülür olması sebebiyle çocuk istismarının tespit edilebilen en yaygın şekli olarak kabul edilir, ayrıca sadece psikolojik değil, ciddi yaralanmalarla sonuçlanan fiziksel zararlara da yol açabildiği bilinmektedir (Kırbaç, 2007). İstismarın, çocuklar üzerinde kısa dönemde morluk, kızarıklık, yara, kırık benzeri fiziksel etkileri; uzun dönemde ise psiko-sosyal yönde olumsuz etkileri olabildiği tespit edilmiştir (Can Yaşar ve ark., 2014).

Fiziksel istismara maruz kalmış çocukların, sosyal alanda ve yakın ilişki kurma konusunda güçlükler yaşayabildiği, intihar girişimi ve düşüncelerine daha sık rastlandığı, ayrıca yetişkinlik dönemi ilişkilerinde daha sık öfkelenme ataklarının olabildiği görülmüştür (Dervişoğlu., 2012).

Yaşamının erken dönemlerinde fiziksel istismara uğramış yetişkinlerle ilgili yapılan boylamsal araştırmalar incelendiğinde, birçok çalışma da fiziksel istismar ile ruhsal hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kaplan ve ark., 1999; Silverman ve ark., 1996). Ergenlik döneminde fiziksel istismara uğramış olanlar ile uğramamış olanların karşılaştırıldığı bir çalışmada, ergenlik döneminde fiziksel istismara uğramış olan genç yetişkinlerde açık bir şekilde daha fazla depresyon, intihar düşünceleri, antisosyal davranışlar ve madde kullanım bozukluğu belirtileri olduğunu gösterilmiştir (Silverman ve ark, 1996).

Yapılan çalışmalara göre çocuklukta maruz kalınan fiziksel istismarın yarısında baş ve boyun bölgesi yaralanmaları görülürken, acilde en sık rastlanan fiziksel istismar şeklinin ise tokat sonucu oluşan kulak zarı açılmaları olduğu gözlenmiştir (Çelik ve ark., 2012). Fiziksel istismara en çok 4-8 yaş aralığında maruz kalınmaktadır. Aynı zamanda annelerin, sıklıkla daha küçük yaştaki çocuklara şiddet uyguladığını, babaların ise daha çok büyük yaştaki çocuklara istismar uyguladığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Pelendecioğlu ve ark., 2009).

Duygusal istismar:

Araştırmalar, çocuklukta maruz kalınan duygusal istismar ile yetişkinlik döneminde gözlemlenen her türlü psikolojik ve fiziksel semptom arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (de Bellis ve ark., 2009; Nanni ve ark., 2012).

Duygusal istismar çok sık görüldüğü halde; fark edilmesi, anlaşılması, tanımlanması ve yasal kanıtının ortaya konulması güçtür. Duygusal istismar diğer istismar türlerini de kapsar, çünkü diğer istismar türlerinden birisine maruz kalmış kişilerin aynı zamanda duygusal olarak da zarar gördüğü bilinmektedir; dünyanın hemen her yerinde fiziksel ve cinsel yönden istismara uğramış çocukların, bir şekilde duygusal olarak da olumsuz etkilendiği gözlenmiştir (Pekdoğan ve ark., 2018). Saraçlı ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında da, intiharla en çok ilişkili değişken olarak duygusal istismar olduğu saptanmıştır.

Sosyal ilişkileri engelleme, reddetme, bireyselleşmesine izin vermeme, aşağılama, bağırma, korkutma, tehdit, katı disiplin, yalnız bırakma duygusal istismara örnek olarak sayılabilecek davranışlardır (Ulu., 2011). Geniş çaplı bir araştırmada, beş farklı ülkeden toplanan veriler incelenmiş ve netice olarak çocuğa yüksek sesle yönelmenin en sık görülen duygusal istismar biçimi olduğu tespit edilmiştir. (Şimşek ve Cenkseven Önder., 2011)

Cinsel İstismar :

Çocuk cinsel istismarı; fiziksel kanıt tespit etmekte zorlanması ve istismarcıların gizlemeye yönelik çabalarının olması nedeniyle çoğunlukla gizli kalan bir suçtur. (Eren Gümüş., 2017)

Cinsel istismar genellikle ev, okul gibi çocuğun tanıdığı ve bildiği insanlarla yaşadığı ortamlarda daha sık gözlenmektedir, bu nedenle çocuk cinsel istismarının parklar, ıssız sokaklar, karanlık yerler gibi yerlerde işleniyor olduğu düşüncesi doğru değildir. Ayrıca istismarcıların da yabancı kişilerden ziyade, büyük bir çoğunluğunun istismara uğrayan kişinin bir yakını veya tanıdığı olduğu gösterilmiştir (Aksel ve ark., 2015).

Cinsel istismarın, hem akut hem de kronik travmatik etkileri vardır. Cinsel istismara uğramış olan kişilerde, majör depresyon görülme sıklığının üç kat arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Palusny & Follette, 1995).

Cinsel istismar farklı şekillerde oluşabilmektedir, bunlara örnek olarak; çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşu, çocuğun cinsel bölgelerine dokunma, cinsel içerikli sözlü iletişim kurma, röntgencilik, interfemoral ilişki (sürtünme şeklinde) ve cinsel penetrasyon (Irza geçme) sayılabilir.

Eğer istismar; çocuk ya da ergen ile kan bağı olan ya da ona bakmakla yükümlü birisi tarafından yapılmışsa “ensest” olarak tanımlanır. Ensest istismarına uğrayan çocuklarda; kendine veya başkalarına güvensizlik, huzursuzluk, saldırganlık, yabancılardan çekinme, kâbus görme, sosyal izolasyon, öğrenme güçlükleri gibi çeşitli davranış sorunları gözlenebilmektedir (Adalı., 2007). Bunların yanı sıra sigara, alkol veya diğer madde kullanımlarında artış, konuşmada gecikme, akademik başarısızlık ve kaçınan davranışlarda görülebilmektedir.

Cinsel istismara uğramış bireylerde, intihar düşüncesi ve girişimi dışında sık rastlanan diğer bir durum ise kendine zarar verme davranışlarıdır (Self-mutilation behavior) (Linehan, 1993). Rodriguez ve arkadaşları (1992), cinsel istismara maruz kalmış yetişkinlerin % 47’sinde, kendini yaralama davranışı tespit etmiştir.

İhmal :

“İhmal”; çocukların sağlık, beslenme, bakım, eğitim gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması durumudur (E.Güneri Yöyen., 2017). İhmalin tespit edilmesinin, istismara göre daha zor olduğu bilinmektedir (Bilgen ve ark., 2017).

İhmal, çocuğun bakım sürecinde sürekli maruz kaldığı yetersiz destek ve ilgisizlik hali olarak görülebilir. İhmal olguları değerlendirilirken, çocukların, toplumların farklı kültürel yapıları sebebiyle bazı ihtiyaçlarının karşılanmamış olabileceği, ayrıca farklı toplumlarda bakım ve sevginin farklı yollarla gösterilebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Beyazıt., 2017).

Çeşitli ihmal tanımlamaları yapılmıştır. Fiziksel ihmal; çocuğun bedensel ve psikolojik gelişimi için gerekli olan yiyecek ve barınma gibi gereksinimlerinin karşılanamamasıdır. Eğitim ihmal; çocukların eğitim ihtiyaçlarının karşılanamamasıdır. Tıbbi ihmal; çocukların sağlık imkanlarından yoksun bırakılmalarıdır. Ve son olarak duygusal ihmal; çocuğun duygusal ihtiyaçlarının karşılanamamış olmasıdır (Yüksel ve ark., 2005).

Çocukluk Çağı Travmaları ile İlgili Klinik Çalışmalar:

Travmatik yaşantılar sonrasında gerçekleşen nörobiyolojik mekanizmaları ve psikososyal etkileri incelemek, muhtemel psikopatolojileri anlamak açısından önemlidir (Gül ve ark., 2016).

Çocukluk çağında maruz kalınan travmatik yaşantıların, farklı pek çok psikiyatrik hastalığa yol açması bakımından önemi ortadadır (Güneş ve ark., 2016). Geçmişinde cinsel istismar öyküsü olan vakalarda; hem psikiyatrik rahatsızlıkların hem de CİB oranlarının normal dağılıma göre daha sık gözlemlendiği tespit edilmiştir (Örsel ve ark., 2011). Daha farklı çalışmalarda ise; benzer şekilde çocukluk çağı travmalarının; depresyon, dissosiyasyon, PTSS, sınır kişilik bozukluğu gibi farklı psikiyatrik durumlarla ilişkisi olabileceği belirtilmiştir (Carol A. Mathews ve ark., 2008).

Bireyler, çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmanın neticesinde, erken yaşlarda cinsel farkındalık kazanmış olurlar. Çocukluk çağı travma öyküsü olan kişilerde, cinsel içerikli davranışların arttığı ve cinsel içerikli oyunları daha sık oynadıkları gözlemlenmiştir. Bununla birlikte yapılan birçok araştırma, cinsel istismara maruz kalmanın cinsel ilişkiyi çok erken yaşlarda deneme, bulaşıcı hastalıklara yakalanma gibi durumlarla sıklıkla birliktelik gösterdiğini (Aktepe., 2009), ayrıca bu kişilerin erişkinlik dönemlerinde cinsel isteksizlik, cinsel doyumda azalma ve diğer cinsel işlev bozuklukları gibi önemli sorunlarla karşı karşıya kalabildiği tespit edilmiştir (Rezan Çeçen., 2007).

Bir alışma da, çocuklukta maruz kalınan duygusal istismar ve ihmalin, erişkin dönemde depresyona yatkınlığa sebep olabileceği saptanmıştır (62), başka bir yayında ise, çocukluk çağına ait travmatik yaşantıların, bireyin mevcut semptomlarının üzerinde belirleyici etkilerinin olduğu gözlenmiştir (59). Özellikle, bireyin geçmişinde duygusal ihmal, duygusal istismar ve fiziksel istismar öyküsünün olması tedavi direnciyle ilişkilendirilmiştir (63). Araştırmalar, travmatik yaşantılara 4-7 yaşlar arasında maruz kalmış olmanın, antidepresan tedavi sürecine kötü yanıtla ilişkili olduğunu göstermiştir (64). Ülkemizde yapılan önemli bir araştırmanın sonuçlarına göre, yineleyen depresyon vakalarında, çocukluk ağı travmatik yaşantılarının daha sık gözlendiği, ayrıca bu travmatik yaşantıların varlığının, depresyonun daha erken yaşta başlaması ve tekrarlama riski ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir (65).

Yapılan araştırmalar çocukluk ağı travmatik yaşantısı olan bireylerde, travmayla ilişkili olarak birçok psikiyatrik rahatsızlığın saptanabileceğini göstermiştir. Bunlar arasında; obsesif kompulsif bozukluk (Demirci., 2016), depresyon ve anksiyete (Gl ve ark., 2016), dürtüsellik, intihar (Yağcı ve ark., 2018), bipolar bozukluk (Nehir ve ark., 2018), yeme ve kişilik bozuklukları (Akpınar ve ark., 2013), dissosiyatif bozukluklar, risk alma davranışları (Eker ve Yılmaz., 2016) unipolar depresyon (F. Yıldırım ve ark., 2014), travma sonrası stres bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, bruksizm (şahpolat ve ark., 2018), akademik başarısızlık, sınırda kişilik bozukluğu, erken yaşlarda hamilelik, şiddete maruz kalma, sağlık harcamalarında artış (Kıvrak ve ark., 2015), yineleyen tip ve ilk atak majör depresyon (Bülbül ve ark., 2013) gibi farklı klinik durumlar örnek olarak sayılabilir.

2.4. CİNSELLİK VE CİNSEL İŞLEVLER

Tanım :

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanımlamaya göre, cinsellik; hem fiziksel, hem psikolojik, hem sosyal yönlerden, kişiliği, iletişimi ve duyguları zenginleştiren etkilerin birleşiminden oluşur ve sağlıklılık göstergelerinden biri olarak kabul edilir (66).

Tarihten Günümüze Cinsellik :

Cinsellik, her ne kadar insan hayatını her çağ da etkileyen bir etkinlik olsa da, bilimsel olarak ele alınışı son yüzyılda hız kazanmıştır diyebiliriz. Özellikle Freud'un "Cinsellik Üzerine Üç Deneme" kitabında bahsetmiş olduğu "libido" kavramı, bu açıdan çok önemlidir. Ayrıca Harry Benjamin, Alfred Charles Kinsey, William Howell Masters, , Helen Singer Kaplan'ın cinsellik ile ilgili alanlara katkıları büyüktür. Cinsel davranışlarla ilgili ilk çalışmalar da, Kinsey ve ark., bireylerin cinsel alışkanlıkları ile cinsel davranış biçimlerini incelemişlerdir (67). Masters ve Johnson, 1954 yılında, cinsel ilişkiyi nesnel yöntemlerle doğrudan laboratuvarında gözlemleyerek, cinsel yanıt döngüsünün bütün anatomik ve fizyolojik aşamalarını belirlemişlerdir (68), hatta daha sonra "İnsanda Cinsel Davranış" isimli ilk kitap Masters ve Johnson tarafından kaleme alınmıştır.

Cinsel İşlevlerin Nörohormonal Temelleri:

Cinselliğin gerçek merkezi, beyindir (73), özellikle hipotalamus büyük bir rol oynamaktadır. Crenshaw ve Goldberg'e göre, kadınlarda ve erkeklerde farklı hipotalamik preoptik çekirdekler cinsel davranışları yönetmektedir (78, 79). Beyin korteksi ise; hem cinsel impulsları denetler, hem de cinsel uyarıları işler. Yapılan hayvan deneyleri, limbik sistem ile cinsel işlevsellik arasındaki ilişkiyi ortaya

koymuştur (75). Cinsel davranışlar, büyük oranda spinal seviyede organize edilir. Özellikle noradrenerjik liflerin orgazm ve ejakülasyonu kolaylaştırdığı, serotonerjik liflerin ise orgazmı zorlaştırdığı tespit edilmiştir (80). Nrotransmitterlerden özellikle; dopamin, epinefrin, norepinefrin ve serotoninin cinsel işlevler üzerine etkileri bilinmektedir (75).

Cinsel işteğin, dürtünün ve fantezilerin oluşmasında daha çok dopamin molekülünün rolü olduğu düşünülmektedir (80, 73). Serotonin molekülü ise, daha çok üst pons ve orta beyinde üretilmektedir ve cinsel işlevler üzerine inhibitör etkisi olduğu bilinmektedir. Serotonin düzeyini arttıran ilaçlar, her iki cinstede cinsel isteksizlik ve orgazma ulaşmada zorluğa yol açmaktadır (81, 82).

Cinsel işlevlerin düzenlenmesinde, hormonların ne kadar önemli olduğu iyi bilinmektedir. Östrojenler, progesteron ve androjenlerden oluşan steroid hormon grubu daha çok kadın cinselliğini etkilemektedir (83). Östrojen ve androjenlerin azalmasının, kadınlarda CİB tablosu ortaya çıkarabileceği gösterilmiştir (85). Testosteronun ise, her iki cinstede cinsel istek ile ilişkilidir. Postmenopozal dönemdeki kadınlara östrojen yerine koyma tedavisi ve testosteron uygulamasının, depresyonu azalttığı ve cinsel işteği arttırdığı gösterilmiştir (75, 84). Cinsel davranışlar sırasında ki haz verici eylemleri pekiştiren oksitosin, orgazm sırasında da salınan, aynı zamanda süt salgılamasında da rol alan önemli bir hormondur (86). Prolaktinin cinsel işteği azalttığını ve olumsuz etkilediğini gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur (73). Merkezi uyarılmayı asetilkolinin, periferik uyarılmayı ise asetilkolin ve nitrik oksidin birlikte düzenlediği düşünülmektedir (80).

Cinsel Yanıt Evreleri :

Masters ve Johnson Modeli'ne göre; Uyarılma (heyecan) ile başlayan, Plato evresiyle devam eden, Orgazm ve zlme ile de son bulan dört adet cinsel siklus evresi mevcuttur.

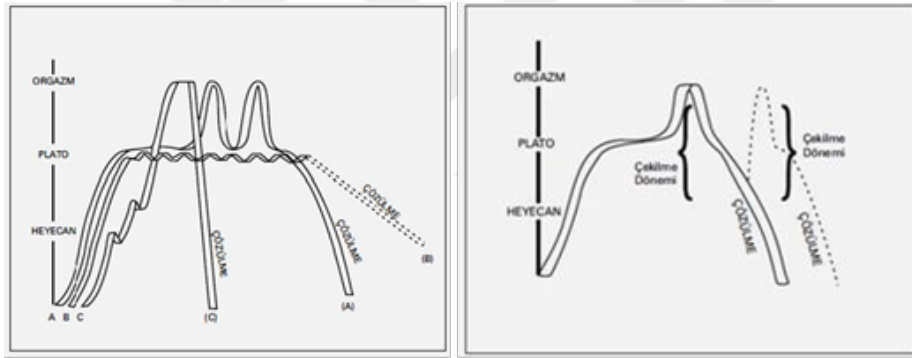
Helen S. Kaplan (1979) ise cinsel yanıt siklusunu; arzu (istek), uyarılma ve orgazm olmak üzere üç faz olarak ele almıştır ve "cinsel işteğin" cinsel yanıt

siklusunun tüm fizyolojik yanıtlarının başlatıcısı olduğunu belirtmiştir (69, 70). Cinsel istek aşamasında ki sorunların; uyarılma ve orgazm evrelerinden daha farklı tedavi yaklaşımları gerektirdiğinin anlaşılması ile, cinsel istek evresi de cinsel yanıt döngüsüne dahil edilmeye başlanmıştır (69, 71).

Cinsel işlevlerin istek, uyarılma ve orgazm aşamalarından oluştuğunun anlaşıldığı 1970'li yıllardan beri; dispareni ve vajinismus gibi ağrı ile giden bozukluklar dışında, diğer cinsel işlev bozukluklarının bu evrelerin bozulmasıyla meydana geldiği kabul edilmektedir (72).

Kadın ve Erkek Cinsel Yanıt Döngüsü :

Erkek bireylerde ki cinsel yanıt döngüsü tek tip iken, kadınlardaki ise çok farklı şekillerde olabilmektedir (73).



Tablo 2.2 : Kadın ve Erkek cinsel yanıt döngüsü, Masters ve Johnson, 'İnsanda Cinsel Davranış' (2, 8). A: Çoğul orgazm paterni, B: Orgazmsız patern, C: Uyarılma

1 - İstek evresi :

Cinselliğin, istenmesi ve arzullanmasıdır ve cinsel döngünün en önemli evresi olarak kabul edilmektedir (72). Doğrudan fiziksel uyarılmaya ihtiyaç duymaz ve diğer cinsel evreleri dolaylı olarak veya doğrudan etkileyebilmektedir. Cinsel istek evresi, sadece fizyolojik değil; aynı zamanda nörohormonal, biyolojik ve psikolojik süreçlerden de etkilenir (75). Cinsel istek pek çok şeyden doğrudan

veya dolaylı yollarla etkilenebilir; örneğin geçmiş deneyimler, beklentiler, kişinin ruhsal hali, kültür ve çevre şartları cinsel isteğimizin artmasına veya azalmasına sebebiyet verebilir.

2 - Uyarılma evresi :

Fizyolojik değişikliklerin başladığı, ilk evredir. Bedensel (öpme,okşama gibi) ya da psikolojik uyarılarla (fantezi veya aşk nesnesi) veya her ikisiyle başlayabilir. Kadında vajinal ıslanma (lubrikasyon) ve kabarma, ayrıca memelerde büyüme ve meme uçlarında dikleşme gibi değişiklikler, erkekte ise ereksiyon beklenir (72). Uyarılma evresi çok kısa sürebileceği gibi, bazen cinsel uyarı aralıklarla sürdürüldüğünde uzayabilir de (73, 75).

3 - Plato evresi :

Uyarılma evresinin devamı niteliğindedir, etkili cinsel uyarının sürdürülmesiyle birlikte plato süreci başlar (76). Bu evre de, nefes alıp verme hızı artar, kalp daha hızlı çarpar, kan basıncı yükselir ve anüsü çevreleyen kaslarda kasılmalar gözlenir. Prematür ejakülasyon (PE) olan erkeklerde, plato evresinin daha kısa olması beklenir (72).

4 - Orgazm evresi :

En kısa evredir. Aynı zamanda, cinsel haz en yoğun olarak bu evrede hissedilir. Kadınlarda, vajina yüzeyinin dış 1/3'lük kısmında ritmik atımlar şeklinde gözlenir. Plato evresinin sonuna doğru gözlenen fizyolojik değişiklikler, orgazm sırasında da devam eder (72, 73). Erkekte ejakülasyon, 0.8 saniyelik ritmik refleks kasılmalar ile olur ve iki aşamalıdır. Emisyon evresinde; kaçınılmaz bir şekilde boşalmanın gelmekte olduğu duygusu yaşanır, semenin prostat kanalında birikmesinden üretraya çıktığı zamana denk gelir. Ejakülasyon evresinde ise, semen, üretral açıklıktan dışarı fırlatılır, haz duygusu doruğa ulaşır. Orgazm evresi, 3-25 saniye sürer ve bazen bilinç bulanıklığı eşlik edebilir (72,75,77).

5 - Çözölme (rezolüsyon) evresi:

Cinsel yanıt döngüsünün son evresidir. Fizyolojik değişiklikler, aynı sırayı takip ederek dakikalar içerisinde uyarı öncesi duruma döner yani gevşer (72). Kadınlar, çözölme bu evrede, yeniden uyarılarak orgazm olabilirler. Erkekler çözölme evresinden sonra yanıtsız evre denilen refrakter döneme girerler ve bu evre erkeklere özgüdür. Refrakter dönemin sonuna kadar, erkek birey, yeniden ereksiyon olamaz, bunun sonucu olarak erkeklerin cinsel yanıt döngüsü tek tip olarak gerçekleşir (72, 73).

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI :

Cinsel işlev bozuklukları yaşam boyu prevalansı %30-50 arasındadır ve kadınlarda daha fazla gözlenmektedir. Cinsel işlev bozukluklarından kadınlarda en sık cinsel istek azlığı, erkeklerde ise erken boşalma gözlenir, ayrıca tedavi amacıyla en sık başvuru sebebi vajinismus nedeniyle olmaktadır (67).

ICD-10 ve Amerikan Psikiyatri Birliği kılavuzlarında cinsel işlev bozuklukları farklı olarak tanımlanmıştır ve genel olarak Kaplan'ın tanımladığı cinsel yanıt döngüsü benimsemiştir (87).

Toplumların genelini incelediğimiz zaman cinsel işlev bozukluklarının çok yaygın olduğunu görürüz, erken boşalma 3-4 erkekte birinde, vajinismus ise yaklaşık 10-12 kadından birinde görülmektedir (72).

Laumann ve ark. (88) yaptıkları araştırmanın sonucuna göre, kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun prevalansını (%43), erkeklerden (%31) daha yüksek bulmuştur. Erkeklerin %21'inde erken boşalma ve % 5'inde cinsel istekte azalma tespit etmiştir, kadınların ise %22'sinde cinsel istekte azalma, %14'ünde uyarılma problemleri ve % 7 kadarında ise cinsellik sırasında ağrı problemleri olduğu tespit etmiştir (89, 90).

Tellaloğlu ve Kadioğlu, erkek cinsel işlev bozukluğunun epidemiyolojisi ile ilgili yaptıkları araştırmanın sonucunda Erektile Disfonksiyon prevalansını % 64.7 olarak ölçmüştür (91).

2006'da Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) tarafından ülkemizde gerçekleştirilen araştırmanın sonucunda, "ilk cinsel birleşme sırasında korku, kasılma, acı hissi ya da kaçınma nedeniyle cinsel birleşmenin gerçekleşmediği oldu mu?" şeklindeki soruya kadınların %45'i "evet" yanıtını vermiştir (92).

DSM-5 tanı ölçütleri daha önceki sınıflamalara göre değerlendirildiğinde, tanımlamada daha özgül süre ve şiddet ölçütleri kullanarak, ölçülebilir ve somut tanımlamalar yapması bakımından önemlidir. DSM-5 önemli kavram değişiklikleri yapmıştır, özellikle farklı cinsiyetlerin cinsel yanıtlarının, benzer olmayabileceğine işaret ederek, cinsel işlev bozukluklarını her iki cinsiyet için ayrı ayrı ele almıştır. Örneğin, normalde daha önce kadınlarda istek ve uyarılma bozuklukları ayrı ayrıken, artık birleştirilmiş ve "kadın cinsel istek ve uyarılma bozukluğu" biçiminde tek bir kategori olarak ele alınmıştır (93).

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ

Cinsel işlevler ile ilgili bozuklukların etiolojisinde; hem psikolojik, hem fizyolojik, hem de sosyal boyutların yer aldığı bilinmektedir. Özellikle bireyin o an içinde bulunduğu kendi psikolojik ve fizyolojik durumu başta olmak üzere, bunun dışında yetiştiği kültürün cinselliğe bakışı, erken çocukluk dönemine ait dinamikler, cinsel bilgilerin yanlış öğrenilmiş olması, suçluluk duyguları, kendisinin dışında partnerin de bulunan cinsel işlev bozuklukları veya diğer ek hastalıkları gibi pek çok farklı "hazırlayıcı" veya "sürdürücü" etken rol alabilir (68, 97).

Cinsel işlev bozukluklarının etiolojisini ele alırken, genellikle Hawton tarafından Erektile Disfonksiyon etiolojisini açıklamak için hazırlanmış olan sınıflandırma yardımcı olabilmektedir (67, 68).

Hazırlayıcı Etkenler:

Cinsel işlev bozuklukları henüz başlamadan önce, oluşumuna yatkınlık oluşturan ve zemin hazırlayan faktörlerdir. Bu etkenler arasında, “kişilik özellikleri, cinsel tecrübe yönünden eksikliğin olması, yetiştiği aile ortamının tutuculuğu, yetersiz cinsel eğitim, intrapsişik dinamik etkenlerin varlığı, cinsel mitler, psikoseksüel rolüne yönelik güvensizlik, yaşam biçimi, bozuk aile ilişkilerine sahip olma, geçmişte yaşanan travmatik cinsel deneyimler” sayılabilir (67, 68).

Başlatıcı Etkenler:

Cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasına sebep olabilen birçok organik ve psikolojik faktör olduğu bilinmektedir. Başlatıcı etmenler olarak; “bedensel hastalıklar, alkol veya diğer uyuşturucu maddelerin kullanımı, depresyon, anksiyete bozuklukları ve psikotik bozukluklar başta olmak üzere çeşitli psikiyatrik hastalıklar, cinsel konularda partnerden yüksek performans beklentisi ve beklentinin gerçekleşmemesi durumunda ortaya çıkan performans anksiyetesi, uygulanan ilaç tedavilerinin yan etkileri, gebelik, doğum ve laktasyon, menapoz ve yaşlılık, eşlerden birinde var olan cinsel işlev bozukluğunun zamanla diğer eşte de bozukluğa neden olması, ilişki sorunları, sadakatsizlik ve eş kaybı” sayılabilir (67, 68). Bu başlatıcı faktörlerin tespit edilmesi ve değerlendirilmesi, bozukluğun tedavisine yönelik nasıl bir yaklaşım benimseneceği konusunda yol gösterici olabilir.

Sürdürücü Etkenler:

Cinsel işlev bozuklukları bazı durumlarda, süregelen hale gelebilmektedir, yapılması muhtemel müdahaleleri belirleyebilmek açısından bu durumların tespit edilmesi önemlidir. Sürdürücü etmenler olarak; “Performans anksiyetesi (en sık sürdürücü etken), bedensel hastalıklar, ilaç tedavilerinin yan etkileri, ilişki

sorunları, cinsel mitler ve inanışlar, psikiyatrik bozukluklar, alkol veya diğer uyuşturucu maddelerin kullanımı, çiftlerin çekiciliklerini kaybetmeleri” gibi bir çok madde sayılmaktadır. Dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta da, “başlatıcı” faktörler eğer ortadan kaldırılmazlarsa, bu sorunlar zaman içinde “sürdürücü” faktör haline gelebilmektedir (67, 68).

Cinsel İşlev Bozukluklarına Neden Olabilecek İlaç Tedavileri:

Özellikle antidepresanlar, antipsikotikler, duygudurum düzenleyicileri ve anksiyolitikler başta olmak üzere psikiyatrik tedavi amacıyla kullanılan ilaçların büyük bir çoğunluğu CİB’e neden olabilmektedir. Cinsel işlev bozukluklarına yol açabilecek diğer ilaç grupları ise mide koruyucu ilaçlar (H2 reseptör antagonistleri), antikonvülzanlar (karbamazepin, VPA, fenobarbital vb), kardiyolojide kullanılan ilaçlar (dijital glikozitler, antiaritmikler, hipolipidemikler vb), diüretikler, antihipertansifler, alkol ve diğer uyuşturucu madde kullanımları, antihistaminik ve dekonjestanlar, astım ilaçları ve kanser ilaçları sayılabilir (67, 72). Çeşitliliğin bu kadar fazla olması nedeniyle, cinsel işlev bozukluğu ile gelen her hastaya, almakta oldukları ilaç tedavileri hakkında detaylı bir sorgulama mutlaka yapılmalıdır.

Cinsel İşlev Bozukluklarına Neden Olan Bedensel Hastalıklar:

Cinsel işlev bozukluklarına sebep olabilecek pek çok bedensel hastalık olduğu bilinmektedir. Bunlar arasında kardiyovasküler hastalıklar (ateroskleroz, kalp yetmezliği, anevrizma vb başta olmak üzere), malnutrisyon ve vitamin eksiklikleri, endokrin bozukluklar (Diyabetes mellitus, akromegali, miksödem, hipertiroidi vb), renal hastalıklar, genetik hastalıklar (Klinefelter sendromu, konjenital anomaliler), hepatik hastalıklar, nörolojik hastalıklar, pulmoner hastalıklar (solunum yetmezliği), entoksikasyonlar, operasyon öyküsü, pelvik fraktür vb. sistemik hastalıklar ya da durumlar sayılabilir (67, 72).

DSM-5	DSM-IV-TR Karşılığı
Geç boşalma	Erkeklerde orgazm bozukluğu Retarde ejakülasyon
Sertleşme bozukluğu	Erkeklerde ereksiyon bozukluğu
Kadında orgazm bozukluğu	Kadında orgazm bozukluğu
Kadında cinsel ilgi/ uyarılma bozukluğu	Kadında uyarılma bozukluğu Azalmış cinsel istek bozukluğu
Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu	Disparoni Vaginismus
Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu	Azalmış cinsel istek bozukluğu
Erken boşalma	Erken boşalma bozuklukları
Maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu	Madde kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğu
Tanımlanmış diğer bir cinsel işlev bozukluğu	Cinsel tiksinti bozukluğu Genel tıbbi duruma bağlı cinsel istek bozukluğu
Tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu	

Tablo 2.3 : Cinsel işlev bozukluklarının DSM-V ve DSM-IV-TR sınıflandırma sistemlerine göre karşılaştırılması

Sertleşme Bozukluğu :

Tıpkı geç boşalma sorununda olduğu gibi, sertleşme sorunlarının da hem sıklığı, hem de yaygınlığı 50'li yaşlardan itibaren yaşa bağlı olarak artmaktadır. Yapılan araştırmalara göre; 40 yaşın altında sertleşme sorunları yaklaşık % 2 oranında bulunmuşken, 60'lı yaşlardan sonra bu oran %40-50'lere kadar çıkabilmektedir (94).

Sertleşme bozukluğu tanısını koyabilmek için, sertleşmeyi sağlamada ve sürdürmede en az 6 aydır devam eden günlük çekme ve zorlanma belirtileri olmalıdır (94).

Kadında Orgazm Bozukluğu :

Kadınların büyük bir çoğunluğu, orgazma klitoris uyarılması ile ulaşır, çok az bir kısmı ise pelvis-vajina ilişkisi ile orgazm olabildiği bildirmektedir (94).

Kadında orgazm bozukluğu tanısını koyabilmek için, orgazm yetersizliği veya yokluğu gibi belirtiler en az 6 aydır olmalıdır (94). DSM-5'te 'Kadında orgazm bozukluğu' başlığı korunmuştur.

Orgazm konusunda, kadınlar arasında belirgin farklılıklar vardır. Orgazmın öznel tanımının değişebilmesi ve net olarak dışarıdan tespit edilememesi nedeniyle, orgazm bozukluğu tanısı, klinik olarak kadınların kendi bildirimleri ile konulur.

Aslında orgazm bozukluğu toplumda yaygın olmasına rağmen, bu sebeplerle tedaviye başvuru oranı düşük kalmaktadır. Richters tarafından 2003 yılında yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan ve cinsel işlev bozukluğu gösteren kadınların % 28,6'sında orgazm bozukluğu olduğu ve bu kadınların da en sık olarak 50-59 (%41.9) yaş aralığında bulunduğu tespit edilmiştir (72, 95).

Kadınların %10'unun yaşamları boyunca orgazm yaşamadığı düşünülmektedir, ayrıca yaşla beraber orgazm yaşama oranlarının arttığı ve orgazm devamlılığının masturbasyonla daha fazla olduğu bilinmektedir (94). Araştırmalar, kadınlarda ki orgazm yetisinin yaşla birlikte arttığını göstermektedir (72).

Erken Boşalma :

DSM-5 sınıflandırma sisteminde, ‘erken boşalma’ başlığı ile ilgili herhangi bir değişiklik yapılmayarak, aynen korunmuştur.

Erken boşalma tanısını koyabilmek için, belirtiler en az 6 aydır sürüyor olmalıdır, ayrıca vajinaya girdikten sonra bir dakika içinde ve kişinin isteği dışında gerçekleşen boşalma olmalıdır (94).

Erken boşalma sıklığının yaşla birlikte arttığı bilinmektedir (94). Normalde erkeklerde en sık gözlenen CİB erken boşalma olmasına rağmen (yaklaşık % 20-35), erken boşalmanın yeni tanı kriterleri nedeniyle erkeklerin sadece %1-2’si erken boşalma tanısı alabilmektedir (67, 68, 72), bu nedenle genel görüşe göre, sürenin, asıl kriter olarak değerlendirilmesi uygun görülmemektedir.

Geç Boşalma :

Geç boşalma tanısı, hastanın kendi beyanına göre konulur. Birey, cinsel açıdan yeterince uyarılmış olsa ve boşalmak için yoğun istek duysa bile boşalmada zorluk yaşar. Gecikme demek için, ne kadar “süre” geçmesi gerektiği ile ilgili fikir birliği yoktur (94).

“Geç boşalma” tanısını koyabilmek için, belirtiler en az 6 aydır sürüyor olmalıdır (94). Kesin tanı konulamadığı için, prevalansı da tam olarak bilinmemektedir. Erkeklerin büyük bir çoğunluğu (yaklaşık yüzde %75’i) birleşme sırasında boşalma sorunu yaşamadığını belirtirken, %1’den azı boşalma sorunundan bahseder (94).

Geç boşalmanın prevalansının, 50’li yaşlardan sonra belirgin arttığı görülmüştür. Özellikle 80’li yaşlarda, genç bireylere göre iki kat daha fazla boşalma problemi olduğu tespit edilmiştir (94).

Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu :

DSM-5 tanı ölçütlerine göre, bu tanının sıklığını tespit etmek kolay değildir. Cinsel istek ve uyarılma bozukluklarının; kültürel özellikler, yaş, ek fiziksel/psikolojik hastalıkların olup olmaması gibi pek çok farklı faktörden etkilendiği bilinmektedir.

Bu tanının konulabilmesi için, tanı ölçütlerinden en az üçünün en az 6 aydır var olması gerekmektedir (94).

Kadının, partnerine göre daha az cinsel istek duyması, bu tanıyı koyabilmek için yeterli değildir. Eğer uzun süreli cinsel isteksizlik hali, bireyin ‘aseksüel’ olması ile daha iyi açıklanabiliyor ise, bu durumda kadınlarda “cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu” tanısını koymak uygun olmaz.

Mercer 2003 yılında, yapmış olduğu çalışmanın sonucunda, 1 sene boyunca takip edilen katılımcılardan, cinsel isteksizliği en az 1 aydır olan kadınların oranını % 40,6; en az 6 aydır isteksizliği olan kadınların oranını ise % 10,2 olarak tespit etmiştir (72).

Cinsel istek azlığının, kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bilinmektedir (67). Kadınlarda cinsel isteksizlik çok yaygın olmasına rağmen, tedavi amacıyla en sık başvuru sebebi vajinismustur, bunun muhtemel sebebi kültürel nedenler sebebiyle, kadınlar için cinselliğin istekten ziyade genellikle görev gibi kabul ediliyor olması olabilir. DSM-5’te cinsel tiksinti bozukluğu yer almamaktadır, cinsel uyarılma bozukluğu ve cinsel istek azlığı birleştirilip kadında “cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu” şeklinde tanımlanmıştır (90).

Cinsel Organlarda - Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu :

Bu şikayeti olan kadınların, genellikle cinsel istek ve motivasyonlarının normal olduğu gözlenirse de, yine de jinekolojik muayeneden kaçınma veya cinsel deneyimlere karşı davranışsal engelleme veya kaçınma eğiliminde oldukları görülebilir, hatta kaçınma bazen fobik düzeyde bile olabilmektedir (94).

DSM-5’te Disparoni ve Vajinismus tanımlamaları yerine, tek bir başlık altında “cinsel organlarda- pelviste ağrı/ içe girme bozukluğu” şeklinde belirtilmiş ve en az 6 ay devam etme süre ölçütü getirilmiştir. Vajinismusla ilgili en önemli nokta, ülkemizde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olmamasına rağmen, cinsel tedavi amacıyla en sık başvurulanan bozukluk olmasıdır.

Erkeklerde Düşük CİB :

Cinsel isteksizlik ele alınırken ilişki bağlamında değerlendirilmelidir, ayrıca bazen bu durum sertleşme ve boşalma kaygılarıyla birlikte görülebileceği için dikkatli olmak gerekir (94). Tanı koyabilmek için, isteksizliğin en az 6 aydır sürmesi gerekir (94). Diğer cinsel işlev bozuklukları gibi, bu bozukluğu da tanımak ve tanısını koymak kolay olmamaktadır, bu nedenle yanlış tanı alma olasılıkları yüksektir (96).

Cinsel istek azlığının görülme sıklığı değerlendirme yöntemlerine ve yapıldığı ülkeye göre değişmekle birlikte, çoğu araştırma erkekler de yaklaşık %20 oranında görülebildiği göstermektedir (72), ayrıca erkeklerde yaş ilerledikçe isteksizlik ile ilgili sorunların giderek arttığı bildirilmektedir. Bazı araştırma verilerine göre, hiç evlenmemiş erkeklerin, evliliği devam eden erkeklere göre daha fazla cinsel istek bozukluğu yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (88).

İlaç Kullanımına Seccender CİB :

Cinsel işlev bozukluğuna sıklıkla; antidepresanlar, antipsikotikler ve hormonal kontraseptifler sebep olmaktadır. Psikiyatri ilaçlarının yanı sıra kardiyovasküler, gastrointestinal ve hormonal birçok farklı ilaç gruplarının da cinsel işlev problemlerine sebep olabildiği bilinmektedir.

Antidepresanlar daha sıklıkla orgazm veya boşalma zorlukları olmak üzere, ayrıca nadiren de olsa istek ve sertleşme bozukluklarına da sebep olabilmektedir. Her ne kadar antidepresanların büyük çoğunluğu cinsel işlev bozuklukları ile ilişkilendirilmiş olsa da, Mirtazapin veya Bupropiyon gibi ilaçların kullanımında

cinsel yan etki beklenmez (94). İlaç ilişkili cinsel işlev bozukluğu verilerinin, çoğunlukla antidepresan ilaçlarla yapılan çalışmalara ait olduğu görülmektedir. Cinsel yan etkilerin, özellikle Serotonerjik etkili antidepresanlar, hem Serotonerjik hem Adrenerjik etkili ilaçlar, trisiklik antidepresan kullanımlarına bağlı olarak, hastaların % 25- 80'inde ortaya çıkabildiği bildirilmiştir (94). Bazen serotonerjik ilaç tedavisi sonlandırılmış olsa bile, cinsel yan etkilerin bir süre daha devam edebildiği gözlenmiştir.

Antipsikotikler de, tıpkı antidepresanlar gibi sıklıkla cinsel işlev bozukluklarına yol açmaktadır, bazı çalışmalar da hastaların %50'sinde cinsel yan etkiler görülebildiği belirtilmiştir. Bu yan etkilerin cinsel istek, sertleşme, lubrikasyon, boşalma ve orgazm sorunları gibi çok çeşitli bozukluklar şeklinde olabildiği, ayrıca tipik ve atipik ilaçların her ikisiyle de ortaya çıkabildiği gözlenmiştir. Özellikle Prolaktin kan düzeyini belirgin olarak artıran antipsikotiklerin, daha fazla cinsel yan etkilere sebep olabildiği bilinmektedir (94).

Duygudurum düzenleyicilerinin, genel olarak antidepresanlar kadar cinsel işlevler üzerine etkileri olmasa da, yine de lityum, lamotrijin ve antikonvulsan ilaçların cinsel yönden isteksizliğe sebep olabileceği bilinmektedir. Benzodiyazepinler ve Gabapentin daha çok sertleşme veya orgazm sorunlarına yol açabilirken, Buspiron'un ise cinsel işlev bozukluğuna sebep olmadığı gözlenmiştir (94).

Maddenin Yol Açtığı CİB :

Bu tanının konulabilmesi için, cinsel işlev sorununun, madde ya da ilacın başlanması ve kesilmesi sonrasında görülmelidir. Eğer sorun, madde ya da ilaç kullanımından sonra erken dönemde başlıyor, kesilmesi ile sona eriyor, tekrar başlaması ile yineliyor ise cinsel işlev bozukluğunun madde/ ilaç ile ilgili olduğu söylenebilir (94).

Alkol, nikotin, opiyatlar, sedatifler, hipnotikler, anksiyolitikler, stimülan etkili madde (kokain) ve ilaçların kronik kullanımları sıklıkla cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir, özellikle eroin (yaklaşık %60-70), amfetamin

ya da ekstazi kullananlarda cinsel sorunlar sık gözlenmektedir (94). Bazı araştırma bulguları, yaş arttıkça, maddeye veya ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozuklukları sıklığının arttığını göstermiştir (94).

Tanımlanmış Diğer Bir CİB :

Bu tanıyı yazarken, tanı ölçütlerini karşılamamış olmanın özel nedeni de mutlaka belirtilmelidir (örneğin; cinsellikten tikslenme).

Bu tanıyı koyabilmek için; kişide işlevsellik azalmış olmalı ve diğer tanı ölçütlerinin karşılanmamış olması gerekiyor (94).

Tanımlanmamış Diğer Bir CİB :

Yaşanan cinsel sorunlara dair, eğer özel bir neden belirlenmek istenmiyorsa ya da özgül nedene ilişkin yeterli bilgi yoksa, bu tanı kategorisini kullanmak gerekir (94).

Depresif Bozukluk ve Cinsel İşlevler:

Depresyon, hem hastalığın kendi doğası gereği, hem de depresyonu düzeltmek amacıyla kullanılan antidepresan ilaçlara bağlı olarak sıklıkla cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir. Depresif bozukluk hastalarının büyük bir çoğunluğunda, başta cinsel istek azlığı olmak üzere çeşitli cinsel işlev bozukluklarının görülebildiği bilinmektedir. Yapılan araştırmalar depresyonun, erkeklerde özellikle cinsel isteksizlik, sertleşme bozukluğu ve uyarılma sorunlarına yol açabildiğini göstermektedir. Sertleşme bozukluğu olan erkeklerde, bu durum depresif tablonun daha da ağırlaşmasına sebep olabilmektedir, yani depresif bozukluk ve sertleşme bozukluğu arasında karşılıklı bir ilişki vardır ve her ikisi bir diğeri için risk oluşturmaktadır, ayrıca bu durumdaki erkek hastaların tedaviyi yarım bırakma olasılıkları daha yüksektir (74).

Kadınlarda ise; depresyon, sıklıkla cinsel ilgi ve istek azlığına sebep olmaktadır, cinsel isteksizlik de bir kısır döngüye sebep olarak ilişkilerde daha çok bozulmaya ve depresif semptomların giderek artmasına neden olur. Ayrıca, tıpkı erkeklerde olduğu gibi, kadınlarda da depresyon, cinsel istek azlığı dışında uyarılma güçlüğü de ortaya çıkarabilmektedir (74, 98). Ayrıca mastürbasyon açısından karşılaştırıldıklarında, depresif bozukluğu olan kadınların, sağlıklı kadınlardan daha yüksek oranda mastürbasyona başvurdukları tespit edilmiştir.

Frochlich ve Meston'un 2002 yılında yaptıkları bir araştırma; depresif bozukluğu tanısı olan kadınların, cinsel uyarılma sorunlarının belirgin derecede daha fazla olduğu, ayrıca cinsel ilişkiden haz alamama ve birleşme sırasında ağrı duyma gibi semptomlarının daha belirgin olduğu gözlenmiştir (74, 99).

2. 5. İLİŞKİ DOYUMU

İnsan yavrusunun, hayata başlaması da başladıktan sonra hayatını sürdürebilmesi de sahip olduğu ilişkilere bağlıdır. İnsan, doğduğu andan itibaren, çevresiyle iletişim kurmaya muhtaç bir canlıdır. Bebek, doğduğunda ilk olarak annesiyle, daha sonra biraz daha büyüdükçe diğer insanlarla da bağ kurma ihtiyacı hisseder. İnsanlar, hayatları boyunca pek çok farklı türde ilişki kurarlar. Bu bağlamda, bebeklik döneminde öğrenilen ilişki dinamiklerinin, yaşamları boyunca kuracakları bütün ilişkilerindeki tavır ve davranışlarını etkilediği bilinmektedir. Bu dönemde bebek için, güvende hissedebilmek çok önemlidir. Erikson, bu dönemi “temel güvene karşı güvensizlik” olarak ele alır, ayrıca bebeğin ihtiyaçlarının zamanında karşılanmasının önemini vurgular (100). Öte yandan Erikson’a göre, bebeğe dünyanın bazen güvensiz bir yer olabileceği de öğretilmeli ve bu şekilde denge sağlanmalıdır.

Bowlby (1963), bebeklik döneminde kurulan bağın önemine sıklıkla vurgu yapar. Bowlby’ e göre, insanın en temel yönelimi ne saldırganlık ne de cinselliktir, en önemlisi ilişki arayışıdır. İnsanların doğasında; ait olma, sosyal ilişkiler kurma ve bu ilişkileri sürdürme ihtiyacı olduğu belirtilmektedir (Rettie, 2003). Kahneman (2004)’a göre, insanlar, uyanık geçirdiği zamanların % 80’ini herhangi bir ilişki içerisinde geçirmektedir. Bowlby, bakım veren kişi ile bebek arasında “Güvenli bağlanma, güvensiz-kaygılı bağlanma ve güvensiz-kaçınmacı bağlanma” şeklinde üç çeşit bağlanma türü olduğunu belirtir (101).

“Güvenli” bağlanan bebeklerin; ebeveynlerine karşı daha olumlu duygular beslediği (Bowlby, 1963), ayrıca yetişkin ilişkilerinde; daha kaliteli ilişkilere sahip oldukları, kendilerine daha çok güvendikleri, daha sosyal olabildikleri, düşüncelerini rahatça dile getirebilen ve uzun süreli romantik ilişkiler yaşayabilen bireyler oldukları gözlenmiştir (Hazan ve Shaver, 1987).

“Güvensiz-kaygılı” bebeklerde, bakım veren kişi, bebeğin ihtiyaçlarını karşılarken dengeyi kuramaz, yani sürekli bir tutarsızlık içindedir. Bu durumda

bebek, iç dünyasında çelişkiler yaşar ve kendisini güvensiz hisseder (Bowly. 1963). Bu bebekler; benzer şekilde yetişkin ilişkilerinde de kaygılıdırlar, partnerleri kendilerine nasıl davranırsa davranırsın bir türlü rahatlayamazlar ve başkalarına aşırı bağımlı tavırlar sergileyebilirler (Hazan ve Shaver, 1987).

“Güvensiz-kaçınmacı” örüntüde ise, bakım veren kişi, bebekle yakın ilişki kurmaz, mesafeli durmaktadır. Bu nedenle, böyle bebekler yetişkin hayatlarında daha çekingen olurlar, iletişim kurmakta zorlanırlar ve sıklıkla yalnız kalırlar. Çocukluk döneminde ise, çocukların ebeveyne olan bağımlılık düzeyleri azalır ve ihtiyaçları da değişiklikler gösterir. Bu dönemde çocuklar, sosyalleşerek ve oyunlar oynayarak daha fazla insanla etkileşim kurmaya başlarlar. Oyunlar sayesinde, çocuklar, hem kendi duygularının ve başkalarının duygularının farkına varabilirler, hem de duygularını rahatça ifade edebilmeyi öğrenmiş olurlar (Hazan ve Shaver, 1987).

Anne-baba tutumlarının da, çocuğun gelişimi ve ilişkileri açısından ne kadar önemli olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalar da; ev içinde daha demokratik bir ortamda yetişen çocukların, daha yumuşak başlı ve sorumluluk sahibi oldukları, daha otoriter ebeveynlerin çocuklarının içe dönük ve iletişim becerileri daha zayıf oldukları, ayrıca aşırı hoşgörülü ebeveynlerin çocuklarının sınırsız yetiştiği; ebeveynleri aşırı koruyucu olan çocukların ise duygusal açıdan dengesiz olmakla beraber, öte yandan daha sorumluluk sahibi oldukları de gözlenmiştir (102).

Ergenlik döneminde, arkadaşlarının kendisini daha iyi anladığını düşünen bireyin, arkadaşlarına ayırdığı zaman giderek artmakta ve etkileşimlerinden dolayı keyif aldığı görülmektedir. Bu dönemde bireyler, karşı cinsle olan yakınlaşmalarını romantik düzeye çekmeye daha fazla istek duyar. Ergenlik sonrası, 19-26 yaşlar arasına denk gelen “genç yetişkinlik” dönemi başlar ve bu dönemde birey, romantik ilişkilere daha fazla yönelme ihtiyacı hisseder. Her ne kadar toplumun tamamı için geçerli olmasa da büyük bir kısmı “yetişkinlik” döneminde; önce eğitimi tamamlar, sonrasında da evlenir, çocuk sahibi olur ve çalışarak hayatını kazanmaya çalışır.

Erikson (1968) duygusal ilişkilerin, genç bireyler de üç temel gelişimsel adımı izlediğini belirtir; birincisi tutarlı bir kimlik oluşturmak, ikincisi ilişki kabiliyetini arttırmak ve üçüncüsü ise yakınlık kurmak. Bu süreçler, kişilerin sağlıklı bir benlik oluşturması için oldukça önemli olduğunu belirtir. Eğer bu erken dönemler sıkıntılı geçirilirse, buna bağlı olarak yaşam boyu kimliksel problemlere yol açabilir.

Yetişkinlik döneminde yaşanan romantik ilişkilerin olağan bir şekilde yürütülebilmesi, bebeklik döneminde kurulacak olan güvenli iletişimle yakından ilgilidir. Yetişkinlerle ilgili yapılan araştırmalar; güvenli, kaygılı, kaçınan ve dezorganize olarak dört farklı şekilde bağlanma çeşidi olduğunu ortaya koymuştur (103). Güvenli bağlanmadaki bireyler, ilişkilerinde mutludur ve olumlu düşüncelere sahiptir. Kaçınan bağlanan bireyler, çekingen davrandıkları için sıklıkla yakın ilişki kurmazlar, böylece incinme yaşamayacaklarını düşünürler. Kaygılı bağlanma yaşayan bireyler, terk edilme korkusunu yoğun bir şekilde yaşarlar, başkalarına karşı olumlu fakat kendilerine yönelik olumsuz düşüncelere sahiptirler, temel sorunları özgüven eksikliğidir. Organize olmayan bağlanma ise, güvensiz bağlanmanın çok ileri bir şeklidir, ilişkiye kaygı ve korku hakimdir, mutlu olmakta zorlanırlar ve genel anlamda ilişkilere yönelik düşünceleri olumsuzdur. Kişilerin, çocukluk dönemlerinde sahip oldukları bu bağlanma biçimlerinin benzerlerini, muhtemelen ilerleyen yaşlarında da aynı şekilde devam ettirmeye eğilimli oldukları öngörülmektedir (Hazan ve Shaver, 1987).

İlişkilerinden yeterince doyum sağlayamayan partnerler incelendiğinde; pek çok psikiyatrik hastalığın ortaya çıkma ihtimalinin, ilişki doyumları yüksek olan bireylere göre daha fazla olduğu gözlenmiştir (106). Bu nedenle, ilişkilerinde daha yüksek doyum olan çiftlerde, psikolojik rahatsızlıkların daha az rastlanması beklenmektedir. Bu durumun muhtemel sebeplerinden birisinin, çatışma yaşandığında, ilişkilerinden doyum sağlayanların, doyum sağlayamayanlara göre, birbirlerini daha fazla tolere edebilmesinin ve birbirlerine karşı daha hoşgörülü davranabilmesinin olduğu düşünülmektedir.

Araştırmalara göre, romantik ilişkilerde; empati konusunda duyarlı olunup olunmadığı (107), problemler sırasında ne derece çözüm odaklı olabildikleri (108),

ne sıklıkla çatışma yaşadıkları ve bu çatışmalara yaklaşımları (109), çiftlerin stres düzeyinin yüksekliği (110), aralarında nasıl iletişim kurdukları (111), sahip oldukları bağlanma stilleri (112) ve mükemmelliyetçi yapıda olup olmadıkları (113) gibi ilişki doyumunu etkileyen pek çok unsur olduğunu ortaya koymaktadır. İlişki doyumuyla ilişkili önemli bir diğer etken ise, partnerlerin birbirlerine yönelik atıflarıdır. Partnere yapılan “olumlu” atıfların ilişkiyi desteklediği, “olumsuz” atıfların ise ilişkide istenmeyen durumlara yol açtığı bilinmektedir.

Şemalar ile ilişki doyumu arasında etkileşimlerin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Özellikle terk edilme, kusurluluk, dayanıksızlık, onay arama, kendini yetersiz hissetme, duygusal yoksunluk, kendini feda etme eğiliminde olma gibi şemaların bireylerin ilişki doyumu düzeylerini etkileyen önemli faktörlerden olduğu belirtilmiştir (Dimitrescu ve Rusu, 2012).

Hawkins (1968)’e göre ilişki doyumu; kişinin ilişkiye yönelik heyecan, sevgi ve tatmin duygularını ilişki içerisinde yaşıyor ve karşılıyor olmasıdır; Hendrick’e göre (1988) ise, bireyin ilişkisine yönelik düşünce, inanç, emosyon, davranış ve tutumlarına yönelik birliktelik birikimini ifade eder.

Romantik İlişki Kavramı :

Romantik ilişkiler, birçok araştırmanın konusu olmuştur. Collins’e (2003) göre romantik ilişki; her iki bireyin isteyerek ve gönüllü olarak devam ettirdiği, karşılıklı duygusal alışverişin yaşandığı beraberlik biçimi olarak tanımlanmıştır. Ayrıca Collins, romantik ilişkilerin 5 faktöre sahip olduğunu belirtir.

Sağlıklı romantik ilişkilerin; bireyin yaşam memnuniyetini, kendini iyi ve güvende hissedebilmesini (Gizir, 2012 akt. Zorbaz ve ark. 2015), fiziksel ve duygusal motivasyonlarını etkilediği ortaya konulmuştur (Kalkan ve Yalçın, 2012). Her ne kadar romantik ilişkiler, uzun süreli ilişkiler beklentisi ile kurulsa da, bir kısmı bu özelliklere sahip olabilirken, bir kısmı çok azına sahip olabilmektedir. Yaşanan ilişkiden alınan doyum ve bağlanma düzeyi, bir ilişkinin sürüp sürmeyeceği ile ilgili önemli bilgiler verebilmektedir. Sternberg’e göre romantik

ilişkiler, bünyesinde psikolojik, duygusal ve cinsel bağlılığı da içeren ‘yakın ilişkiler’ kavramı altında incelenmektedir.

Romantik ilişkiler; yakınlık, tutku, aşk, bağlanma, ait olma gibi kavramları içerir (Kalkan ve Yalçın, 2012) ve ilişkilerde karşılıklı bağlılık önemlidir (Heath, 1976). Berscheid ve Peplau (1983) yaptıkları çalışma da, romantik ilişkileri üç başlık altında toplamıştır; bunlar “bağlanma stilleri ve aşk duygusu, psikolojik gereksinimlerin giderilmesi ve bağımlılık” şeklindedir.

Hem ait olma ihtiyacını karşılaması, hem de yaşam doyumunu etkilemesi bakımından romantik ilişkiler, önemli bir yakın ilişki türüdür (Baumeister ve Leary, 1995). Romantik ilişkiler de, çiftlerin ilişkiye özen göstermelerinin ve birbirlerine zaman ayırmalarının ilişki doyumunu arttırdığı düşünülmektedir (Guerrero et al., 2017). Ayrıca destek, sadakat, güven, samimiyet, anlayış, birlikte geçirilen zaman, geleceğe dair planlamalar yapmak gibi faktörlerin de ilişki doyumunu etkileyen etmenlerden olduğu bilinmektedir (Karantzias et al., 2014; Rusbult, 1980; White, 1990; Vangelisti ve Banski, 1993; Gray-Kittle ve Burke, 1983; Öner, 2000).

Romantik İlişki Doyumu :

Romantik ilişkilerin dengeli bir şekilde yürütülmesi; bireyi hem psikolojik, hem fiziksel, hem de sosyal yönlerden destekler, daha iyi hissetmesini sağlar. Romantik ilişkilerin gelişimi açısından; uyumlu bir partnerle karşılaşmak, ilişki için emek harcamak ve daha pek çok farklı unsurun bir arada bulunması sürekliliğin sağlanması açısından çok önemlidir. Romantik ilişki süreçlerinde, pek çok olumlu ve olumsuz duygular birarada hissedilebilmektedir. Bazen romantik ilişkiyi sonlandırmak gerekebilir, böyle bir durumda sıklıkla ilk aşamada, birey, partnerini kaybedeceği için kaygı duyar, ikinci aşamada yas benzeri bir süreç yaşar, son olarak üçüncü aşamada ise kabullenmeyle birlikte daha pozitif duygular geliştirir ve kendini toparlayarak geleceğe dair planlar yapmaya başlar (104).

Romantik ilişkiler; bireye; kimlik oluşturma, özgüven artışı, karşı cinsle yaklaşabilme, cinsel dürtülerini kontrol altına alabilme gibi konularda da katkı sağlamaktadır. “Benzerlik” ve “fiziksel çekicilik”, romantik ilişkilerde ki partner seçiminde rol alan, iki önemli faktördür. Bireyin kendisine benzer bir partnerle

birlikte olmasının; hem güven ve samimiyet, hem de karşı tarafı kendisine yakın hissetme konusunda kişiyi olumlu olarak desteklediği bilinmektedir. Ayrıca partner seçiminde kişilik yapılarının ve aile faktörlerinin de belirleyici olabildiği tespit edilmiştir. Bir çalışmanın sonuçlarına göre, çiftler eşlerini seçerken, kadınlar kişiliğe, erkekler ise sevgiye daha çok önem vermektedir (105).

Romantik ilişkilerin varlığının veya yokluğunun, ayrıca kalitesinin partnerlerin hem zihinsel hem fiziksel sağlıklı oluşlarıyla yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (Paul, Poole, & Jakubowyc, 1998; Diener, Gohm, Suh, & Oishi, 2000; Khaleque & Rohner, 2004; La Greca & Harrison, 2005). Romantik ilişkilerde hissedilen doyumun; öznel iyi oluş hali (Myers, 2003) ve yaşam boyu mutlulukla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Reis, Collins, & Berscheid, 2000; Dush & Amato, 2005).

Araştırmalar, insanların başkalarıyla ilişkiler içinde olmalarının psikolojik gelişim süreçlerinin vazgeçilmez bir parçası olduğunu, ilişki yaşamlarının çoğu zaman iyi oluş halini arttırdığını ve güçlendirdiğini göstermektedir. İlişki kurmak kadar, ilişki doyumunun da bir ilişkinin devamı açısından önemli olduğu bilinmektedir (Satici ve Deniz, 2018). Ayrıca ilişkiden sağlanacak doyum, ilişkinin devamlılığı açısından büyük önem taşır (Taylor, Peplau, ve Sears, 2003). Hawkings (1968)'e göre, ilişki doyumunu, kişilerin mutluluk, memnuniyet ve zevk alma duygularının subjektif bir değerlendirmesi; Rusbult ve Buunk' a (1993) göre ise bireylerin karşı cinsle ilgili olumlu hisleri ve ilişkilerinin çekiciliğidir. İlişkilerinden doyum alan bireyler, ilişkilerine dair olumlu hisler bildirirken, doyum almayan bireyler ise olumsuz sonuçlar bildirmiştir (Hendrick ve Hendrick, 1989,1995). Hinde'ye (1997) göre, bireyler, sürekli ilişkilerini değerlendirme eğilimindedirler ve buna bağlı olarak da iyilik halleri ve ilişki doyumları zaman içerisinde değişkenlik gösterebilmektedir. Dainton, Stafford ve Canary'e (1994) göre, ilişki doyumunu, ilişki kalitesi açısından, bir bireyin partnerine ve ilişkiye karşı tutumu olarak tanımlanır. Rusbult ve Buunk (1993) ise, ilişki doyumunu, bireyin eşine yönelik olumlu hislerinin kişilerarası değerlendirilmesi olarak belirtir.

Karşılıklı bağımlılık kuramı, insanların, ilişkilerinde, ödülleri çoğaltmak ve bedelleri de azaltmak isteyeceğini belirtir. Ödüller bedellerden daha fazla olduğunda 'olumlu', tam tersine bedeller fazla olduğunda ise sonuç 'olumsuz'

olabilmektedir. Çiftlerin genellikle, birlikteliğin nasıl olması gerektiğine dair bir ön inanışları olduğu için, ilişkinin olumlu ya da olumsuz sonuçlanacağını bilmek, doyum sağlama konusunda çiftlerin kafasını karıştırabilmektedir. Örneğin, ödül beklentisi yüksek olanlar, yeterince tatmin olabilmeleri için, sonucun da mutlaka olumlu olması gerektiğine inanır. Bu beklentiler için, “karşılaştırma düzeyleri” kavramından bahsedilmektedir. Bu kavram, bireyin, ilişkiden beklediği sonuçlarla ilgili beklentilerini tarif etmektedir. Bu beklentiler, büyük oranda bireyin, daha önce yaşamış olduğu ilişkilerden ya da gözlemlediği ilişkilerden oluşur (Guerrero, Anderson ve Afifi, 2011).

Araştırmalar, bireylerin, ilişki doyumları ve ilişkiye yaptıkları yatırımlar arttığında bağlılıklarının da geliştiğini göstermektedir (Sacher & Fine, 1996). İlişkiler de, en temel noktalardan birisi iletişimidir (Guerrero, Anderson & Afifi, 2011) ve iletişimin kalitesi ilişkinin geleceğini ve süresini belirleyen en önemli faktörlerden birisidir. İletişimin zayıf olduğu veya anlaşmazlıkların yaşandığı durumlarda, partnerlerin mevcut çatışmayı nasıl ele aldıkları önem taşır. Çatışma, partnerler arasında yaşanan anlaşmazlıklar olarak tanımlanmaktadır (Guerrero, Anderson & Afifi, 2011). Çatışmalar, her ne kadar genellikle olumsuz algılansa da, aslında yakın ilişkilerin normal bir bileşeni olabilecek sıklıkta gözlenmektedir. Gottman (1979, 1994), ilişkilerinde yeterince doyum sağlayamayan çiftlerin tartışmadan kaçınan bireylerden oluştuğunu, anlaşamadıkları konuları tartışmayı tercih edenlerin ise daha çok doyum sağlayabildiğini belirtmiştir. Çatışma kaçınılmaz olduğuna göre, yaşanmamasından ziyade, bu çatışmaların nasıl yönetildikleri daha çok önem taşımaktadır (Guerrero, Anderson & Afifi, 2011).

İlişki doyumunu ölçerken, “ilişkisel kesinlik/ güvenlik” de önemli bir göstergedir. Partnerler, genel olarak belirsizlikten pek hoşlanmazlar ve bu durum ilişkilerde doyumsuzluğu arttırabilmektedir (Guerrero, Anderson & Afifi, 2011). İlişki yaşayan bireylerin, toplumsal kültürden etkilenmemeleri mümkün değildir. Bu bağlamda, kültürün etkisiyle toplumsal rollerin önceden ‘belirli’ olmasının da, ilişki doyumu ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Örneğin, Burn (2005) yaptığı çalışma da, ilginç bir şekilde erkeklerin, toplumun, erkeklerden beklentilerini yerine getirmesinin, erkeklerin ilişki doyumundan ziyade, kadınların ilişki doyumuyla daha çok ilgili olduğunu göstermiştir. Kadının daha çok ev ve çocuklarla ilgilendiği,

erkeğin ise para kazanarak aileyi koruyan kişi olduğu roller her ne kadar zamanla değişebilse de, kadınlar ve erkeklerin, partnerlerini seçerken büyük oranda bu rolleri yerine getiriyor olmalarını da dikkate aldığı görülmektedir. Kadın ve erkeklerin, bu rol paylaşımlarına bakıldığında her zaman eşit olamadığı görülmekle birlikte, cinsiyet rolleri değişmeye başladıkça, eşitliğin de, ilişki doyumunu etkileyen önemli bir faktör haline gelebildiği ve eşitliği daha sık deneyimleyen çiftlerin; daha bağlı, güvenli, kendilerini daha çok açan kişiler oldukları gözlemlenmiştir (Guerrero, Anderson & Afifi, 2011).

Beklentilerin yüksek veya düşük olması da, ilişki doyumu açısından önemlidir. Örneğin, önyargılı bir şekilde yüksek beklentileri olan bireyler, hem partnerlerine pembe gözlüklerle bakarlar, hem de yüksek beklentilerinin partnerleri tarafından karşılanacağı yanılgısına düşerler. Öte yandan, ilişkilere gerçekçi bakan bireylerin, gerçek hayat beklentileriyle daha uyum içinde oldukları düşünülmektedir (Murray & Griffin, 1996). Her ne kadar beklentileri karşılanan kişilerin ilişki doyumlarının yüksek, ilişkilerindeki beklentilerin uyuşmadığı bireylerin ise daha düşük doyumlu oldukları gösterilmişse de, bazı araştırmacılar ise, bu fikre katılmayarak, yüksek beklentilerin doyumlu bir ilişki için kritik bir öneme sahip olduğunu ve ilişkideki belirsizliği tamponlayarak “güvenlik duygusu” oluşturduğunu belirtmiştir (Murray, Homes & Griffin, 1996).

Doyurucu bir ilişkinin önemli göstergelerinden birisi olan yakınlık, partnere yönelik “yakın hissetme duygusu” (Reis & Shaver, 1988) ve bireyin kendi iç dünyasını karşı tarafa açma eğilimi (Schaefer & Olson, 1981) olarak tanımlanmıştır. İlişkilerinde, yakınlık düzeyleri yüksek olan bireylerin daha şefkatli, onaylayıcı ve güvenilir kişiler oldukları görülmüştür (Aron & Westbay, 1997). Yapılan araştırmalar da, ilişki doyumu ile yakınlık arasında pozitif bir ilişki olduğu gözlenmiştir (Schreurs & Buunk, 1996; Hassebrauck & Fehr, 2002). Bireylerin, karşı tarafa hissettikleri yakınlığın sonucunda, kendilerini ilişkilerine daha çok adadıkları ve daha fazla yatırım yaptıkları gözlenmiştir (Hendrick, 1998).

Yapılan pek çok araştırma, ilişki doyumu yükseldikçe, algılanan yalnızlığın azaldığını göstermiştir (Parker ve Asher, 1993; Mellor et al., 2008; HawkeyveCacioppo, 2010; Goldsmith et al., 2002). Yalnızlığın; kardiyovasküler, nörolojik ve psikiyatrik pek çok sağlık sorunlarına yol açabildiği çalışmalarla

gösterilmiştir (Caspi et al., 2006; Hawkey et al., 2010; DeNiro, 1995; Neeleman ve Power1994; Richman ve Sokolove, 1992; Wilson et al., 2007; Cacioppo et al., 2006; Segrin, 1999; Heikkinen ve Kauppinen, 2004).

İlişki doyumu ile ilgili, yapılan pek çok çalışma mevcuttur ve yurt içinde yapılanlar, daha çok tez çalışmalarıdır. Ülkemizde, bu konudaki ilk araştırma 2001 yılında Curun tarafından yapılmıştır. 2007 yılında Beştav yaptığı çalışmada, romantik ilişki doyumu ile cinsiyetler arasında herhangi bir fark olmadığı sonucuna ulaşmıştır (114). Sarı (2008) ise tez çalışmasında, ilişki doyumunun en önemli yordayıcısının bağlanma boyutları olduğunu gözlemlemiştir (115). Ayrıca ilişki doyumu ile ilgili Çürükvelioğlu (116), Yarkın (117), Saraç (118), Ökten (119), Uysal (120), Yüceol (121), Elmas (122), Soğancı (123), Yavuz (124), Karatatar (125) ve Koçak (126) önemli araştırma sonuçlarına ulaşarak literatüre katkıda bulunmuşlardır. Alan yazın çalışmaları incelendiğinde, ilişki doyumuyla ilgili yapılmış olan araştırmaların örneklerinin büyük oranda genç yetişkinlik dönemi ve üniversite öğrencilerinden oluştuğu dikkati çekmektedir.

Her ne kadar kadınların, erkeklere göre romantik ilişki doyumlarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar olsa da (Attridge et al., 1995), ülkemizde yapılan bir çalışmada, ilişki doyumunun cinsiyetler arası fark göstermediği gösterilmiştir (Sakallı-Uğurlu, 2003).

İlişki doyumu konusunda uluslararası çalışmaların sayısı çok fazladır (127-137). Bu çalışmalar, ilişki doyumu ile pek çok farklı faktörün ilişkisini karşılaştırmıştır. Bazı uzun dönem araştırmalar ise; ebeveynlerin, çocukları doğduktan sonraki erken dönemde ilişki doyumlarının azaldığını ve ilerleyen yıllarda çocukları büyüdükçe tekrar ilişki doyumlarının arttığını (138), ilk çocuğun doğumu ile sonraki çocukların doğumu arasında ilişki doyumu açısından fark olduğunu (139), ilişki doyumu arttıkça, hem öz-saygının hem de bilinçli farkıdanlığın arttığını (140, 142), kadınların evlilik doyumlarının erkeklerden daha düşük olduğunu (141) önemli sonuçlara ulaşmıştır.

Araştırmalar, ilişki doyumu ile ilgili tespit edilen noktalara dikkat edildiğinde, ilişki doyumunun geliştirilebileceğini ve ilişkiden alınan doyumun yükseltilebileceğini göstermektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEMİN OLUŞTURULMASI :

Çalışmamız Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, DSM-V tanı sınıflandırma sistemine göre Depresif Bozukluk tanısı ile takip edilen ve ötimik dönemde olduğu tespit edilen 100 kişiden oluşan hasta grubu ile sağlıklı gönüllülerden oluşan yine 100 kişiden oluşan kontrol grubunun karşılaştırılması şeklinde yürütülmüştür.

3.1.1. Hasta Grubunun Araştırmaya Alınma Kriterleri:

DSM-V tanı sınıflandırma sistemine göre depresif bozukluk tanısı ölçütlerini karşılayan, hastalığının ötimik döneminde olan, eğer halen devam eden herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanımı varsa ilaca dair yan etki bildirmeyen, ek fiziksel hastalığı olmayan, bilgilendirme sonrası çalışmayı kabul eden, halen devam eden duygusal bir ilişkisi olan, 18-65 yaş aralığındaki 100 kişiden oluşan hasta grubu çalışmaya alınmıştır. Katılımcıların bilişsel açıdan çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayacak düzeyde ve en az ilköğretim mezunu olmalarına dikkat edilmiştir.

3.1.2. Hasta Grubunun Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri:

Katılımcıların 18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük olması, zihinsel gelişim geriliğinin olması, testleri doldurma ve anlamada engeli olması, ciddi fiziksel veya nörolojik hastalığı olması, halen devam etmekte olan bir duygusal ilişkisinin olmaması, ek fiziksel hastalığının olması, aktif suicidal/homisidal düşüncesinin olması, hastalığının aktif döneminde olması ve ilaç yan etkisinin olduğunun tespit edilmesi durumlarında çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.1.3. Kontrol Grubunun Araştırmaya Alınma Kriterleri:

Herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan, bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden, 18-65 yaş aralığında olan, bilişsel açıdan çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayacak düzeyde olan, en az ilköğretim mezunu olan, halen devam eden bir duygusal ilişkisi olan, ek fiziksel hastalığı olmayan 100 sağlıklı kontrol grubu alınmıştır.

3.1.4. Kontrol Grubunun Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri:

Katılımcıların 18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük olması, geçmişte veya şu an psikiyatrik hastalık öyküsünün olması, zihinsel gelişim geriliğinin olması, testleri doldurma ve anlamada engeli olması, ciddi fiziksel veya nörolojik hastalığı olması, testleri doldurma ve anlamada engel teşkil edecek şekilde, halen devam etmekte olan bir duygusal ilişkisinin olmaması, ek fiziksel hastalığı olması, aktif suicidal/homisidal düşüncesinin olması durumlarında çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:

3.2.1. Aşka İlişkin Tutumlar Ölçeği :

Kısa Form (LAS), Lee (1973)'nin aşk sınıflandırması temel alınarak Hendrick, Hendrick ve Dicke (1998) tarafından geliştirilmiştir (Büyükşahin ve Hovardaoğlu, 2004). Daha önce Hendrick ve Hendrick (1986, 1990) tarafından geliştirilen 42 maddelik ölçeğin kısaltılmış halidir ve toplam 24 maddeden oluşur. Kısa Form'unda 5'li Likert tipi (1 = Kesinlikle yanlış; 5 = Kesinlikle doğru) ölçekten her biri 4 madde ile ölçülen 6 alt boyut puanı hesaplanabilmektedir. Bu alt boyutlar, tutkulu aşk (Eros), arkadaşça aşk (Storge), oyun gibi aşk (Ludus), sahiplenici aşk (Mania), mantıklı aşk (Pragma) ve özgeci aşk (Agape) olarak adlandırılmaktadır. Ölçekten 6 ayrı puan elde edilmekte ve her bir alt ölçek için en az 4, en fazla 20 puan alınmaktadır. Bir alt ölçekteki puanların artması, o aşk biçiminin tercih edildiği anlamına gelmektedir. Ölçekte ki her bir ifade, şu an birlikte oldukları kişi düşünülerek ya da şuan öyle biri yoksa, en son birlikte oldukları kişi düşünülerek cevaplanır (Büyükşahin ve Hovardaoğlu, 2004).

Hendrick ve ark., (1998) Aşka İlişkin Tutumlar Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliğini saptamak amacıyla başlattıkları çalışma sonucunda alt ölçeklerin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayılarının 0.62 ile 0.88 arasında değiştiğini ve hepsinin anlamlı olduğu sonucuna ulaşmıştır (Büyükşahin ve Hovardaoğlu, 2004). Aşka İlişkin Tutumlar Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama çalışmaları Büyükşahin ve Hovardaoğlu (2004) tarafından gerçekleştirilmiştir. Alt ölçeklerin güvenilirliğine ilişkin analiz sonuçları, her bir alt ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayılarının tutkulu aşk için 0.69, arkadaşça aşk için 0.77, oyun gibi aşk için 0.47, sahiplenici aşk için 0.51, mantıklı aşk için 0.63, ve özgeci aşk için 0.80 olduğunu göstermiştir. Ölçeğin; 8, 12, 16 ve 23. maddeleri Tutkulu aşk; 7, 14, 22 ve 24. maddeleri Arkadaşça aşk; 2, 3, 17 ve 19. maddeleri Oyun gibi aşk; 1, 6, 10 ve 15. maddeleri Sahiplenici aşk; 5, 11, 18 ve 20. maddeleri Mantıklı aşk; 4, 9, 13 ve 21. maddeleri ise Özgeci aşk hakkında bilgi vermektedir.

3.2.2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28):

İlk olarak, Bernstein ve arkadaşları tarafından 1994'te geliştirilmeye başlanan ve sırasıyla 70 madde ve 54 madde olarak tasarlan ölçek, en son olarak 28 madde içeren versiyonu (2003) ile araştırmacılar tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Son versiyonu, 5'li Likert tipindedir ve **Fiziksel İstismar, Duygusal İstismar, Cinsel İstismar, Duygusal İhmal ve Fiziksel İhmal** adıyla 5 alt ölçek içermektedir. Ölçekte hem alt boyutlarda, hem de toplam puanda çocukluk çağı travmaları puanları hesaplanabilmektedir. Alt ölçeklerden Cinsel İstismar ve Fiziksel İstismar puanları için kesme noktası 5 puan, Fiziksel İhmal ve Duygusal İstismar puanları için 7 puan, Duygusal İhmal puanları için ise 12 puan olarak, toplam puan hesaplamasındaki kesme noktası ise 35 olarak belirlenmiştir. Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları 0.79-0.94 arasındadır ve ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır.

Duygusal istismar: 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerden, Duygusal ihmal: 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerden, Cinsel istismar: 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerden, Fiziksel istismar: 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerden ve Fiziksel ihmal ise 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddelerden oluşmaktadır.

3.2.3. İlişki Doyumu Ölçeği :

Bireylerin, partnerleri ile olan birlikteliklerinden aldıkları ilişki doyumlarına ilişkin veriler elde etmek amacıyla, Hendrick (1988) tarafından geliştirilen İlişki Doyumu Ölçeği (Relationship Assesment Scale) kullanılmaktadır (Hendrick, 1988). Ölçek 7 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir ve katılımcıların kendileri tarafından doldurulmaktadır. Ölçekteki 4. ve 7. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, katılımcının ilişki doyumunun yüksek olduğuna, düşük puanlar ilişkiden alınan doyumun düşük olduğuna işaret etmektedir. İlişki Doyumu Ölçeği Curun (2001) tarafından Türkçe'ye

uyarlanmıştır. Ölçeğin orijinaline uygun olarak, Türkçe formunun tek faktörlü bir yapısı bulunmaktadır ve iç tutarlık katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda, İlişki Doyumu Ölçeği, hem hasta grubuna hem de kontrol grubuna uygulanmıştır.

3.2.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) :

Katılımcıların cinsel alanda yaşadıkları sorunları kısa, kolay biçimde taramak ve tespit etmek amacıyla geliştirilen bu ölçek, altılı, likert tipinde değerlendirme yapmaya olanak sağlar, toplam 5 maddeden oluşur ve kadın / erkek için ayrı formlardan oluşmaktadır (McGahuey ve ark, 2000). Ölçek, katılımcıların kendileri tarafından doldurulmaktadır. Yönergede, cinsel işlevlerin son bir haftaya göre değerlendirilmesi istenmektedir, bu nedenle cinsel alanda yaşanan sorunların kısa ve kolay biçimde saptanmasına yardımcı olur. Toplam puan 5 ile 30 arasında olup, puan yükseldikçe cinsel işlev bozukluğunun da derecesi artmaktadır. Orijinal geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında 19 ve üstü puan cinsel işlev bozukluğunu göstermektedir (McGauhey, 2000). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği Soykan (Soykan, 2004) tarafından yapılmış olup ölçek kesim puanı 11 olarak saptanmıştır. 11 ve üzerinde puan alan bireyler, cinsel fonksiyon bozukluğu bulunma riski yüksek kişiler olarak değerlendirilmektedir. Puan artışının, doğrudan patolojinin şiddeti ile ilişkili olduğu görülmüştür.

3.2.5. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I):

SCID-I, yapılandırılmış bir klinik değerlendirme aracı ile DSM-III-R eksen I bozuklukların tanılarını koymak amacıyla 1987'de geliştirilmiştir (First ve ark. 1997). Daha sonraları DSM-IV için güncellenmiştir. SCID-1 (DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme), Depresif Bozukluk tanısını tespit etmek amacıyla, tüm katılımcılara hekim tarafından doldurularak uygulanmıştır.

3.2.6. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) :

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, tanı koydurucu bir ölçek değildir. Daha çok depresyonun şiddetini ölçmek ve seyrini izlemek amacıyla kullanılmaktadır. Özgün ölçek, 1960 yılında Hamilton tarafından hazırlanmıştır ve 17 maddelidir. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik belirtiler, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0 - 2, diğer maddeleri 0 - 4 arasında derecelendirilmiştir. Yapılan derecelendirmenin toplanmasıyla 0 ila 53 arasında değişen ölçek toplam puanı elde edilmektedir ve puandaki artış depresyonun şiddetindeki artışa işaret etmektedir. En yüksek 53 puan alınır. 0 - 7 puan depresyon olmadığını, 8 - 15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16 - 28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri 18 ağır derecede depresyonu göstermektedir. Ölçeğin Türkiye için geçerlik - güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Williams daha sonra HAM-D'nin değerlendiriciler arası güvenilirliğini geliştirmek üzere 21 maddelik yeni bir uyarlamasını geliştirmiştir (1988). Çalışmamızda, Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), sadece depresif bozukluk tanısı ile takipli hastalara, ötimik dönemde olup olmadıklarını (HAM-D ölçeğinde 0-7 arası puan alanlar) tespit etmek amacıyla hekim tarafından doldurularak uygulanmıştır.

3.2.7. UKU (Ugvalg for Kliniske Undersgelser) Yan Etki Derecelendirme Ölçeği:

Psikolojik, nörolojik, otonom sistem ve genel yan etkilerin değerlendirildiği 48 maddeli toplam 3 bölümden oluşmaktadır. Her bir madde 4 seçenekli olup “0” yan etki olmadığını, “3” ise şiddetli olduğunu belirtmektedir (Lingjaerde ve ark. 1987). Yapılan ön çalışmalarda değerlendiriciler arası güvenilirlik korelasyon katsayısı UKU'nun Türkçe çevirisinde 0.76 ($p<0.001$) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda, UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği, depresyon tanısı olan 100 hasta grubundan, psikiyatrik ilaç kullanımı olan ve halen

devam eden 59 kişiye hekim tarafından sorularak uygulanmıştır ve sadece “0” yan etki puanı almış olan katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2.8. Sosyodemografik Veri Formu ve Klinik Veri Formu:

Sosyodemografik Veri formu; tüm katılımcılara uygulanmıştır. Sosyodemografik Veri Formunda; tüm katılımcılara adı-soyadı, cinsiyeti, yaşı, hayatının büyük bir kısmını geçirdiği yeri, öğrenim/eğitim düzeyi, ekonomik durumu, çalışma durumu, sigara, alkol veya başka bir madde kullanıp kullanmadığı, kendi doğum öyküsü, şu an devam eden bir birlikteliği olup olmadığı ve bu birlikteliğin tipi (flört, söz, nişan, evlilik gibi...), birliktelik süresi, duygusal durumu ve partneri ile tanışma şekli sorulmuştur.

Klinik Veri Formu ise, sadece SCID-1 ve Hamilton Depresyon Ölçeği ile depresif bozukluk tanısı alan ve ötimik dönemde olduğu tespit edilen (HAM-D ölçeğinde 0-7 arası puan alanlar) 100 kişiden oluşan hasta grubuna uygulanmıştır. Klinik veri formunda ise; depresyon hastalığının başlangıç yaşı ve hastalık süresi, daha önce hastanede yatarak tedavi görme öyküsünün olup olmadığı, ek fiziksel hastalığının olup olmadığı, daha önce intihar girişimi olup olmadığı ve intihar düşüncesinin olup olmadığı, antidepresan tedavisinin olup olmadığı ve ilaç kullanımının son 1 aydır halen devam edip etmediği, daha önce EKT veya Tms gibi ilaç dışı tedaviler alıp almadığı sorularına yer verilmiştir.

3.3. YÖNTEM :

Çalışma için, öncelikle Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı. Katılımcı bireyler, araştırma hakkında detaylı olarak bilgilendirilmiş olup, her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışmaya katılmaktan çalışmanın herhangi bir aşamasında vazgeçebileceği, çalışmaya katılmama ya da çalışmaya katılmaktan vazgeçme sebebiyle tedavi programında herhangi bir etkilenme olmayacağı kişilere anlatıldı ve gönüllü katılım belgesi imzalatıldı.

Çalışmaya katılan 200 bireyin her biri ile toplamda bir kez psikiyatrik görüşme yapıldı. Sosyodemografik veri formu ve SCID-1 (DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme) ölçekleri, tüm katılımcılara uygulandı. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) sadece depresif bozukluk tanısı ile takipli hastalara, ötimik dönemde olup olmadıklarını ve tanılarını tespit etmek amacıyla hekim tarafından dolduruldu. UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği, sadece depresyon tanısı olan 100 hasta grubundan, psikiyatrik ilaç kullanımı olan ve halen devam eden 83 kişiye, kullanmakta olduğu ilacın yan etkilerine maruz kalıp kalmadığını tespit etmek amacıyla hekim tarafından doldurularak uygulandı. Ayrıca tüm katılımcılara, kendilerinin dolduracağı Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Aşka İlişkin Tutumlar Ölçeği, İlişki Doyumu Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği verilerek, kendilerine en yakın buldukları şıkları işaretleyerek ölçekleri cevaplamaları istendi.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği sadece hasta grubuna uygulanmış ve bu ölçekten 0-7 puan arası olanlar çalışmaya dahil edilmiştir [median=3 (min=1-maks=6)].

UKU Yan Etki Derecelendirme Ölçeği ise yalnızca depresyon tanısı olan 100 hasta grubundan, psikiyatrik ilaç kullanımı olan ve halen devam eden 83 kişiye, kullanmakta olduğu ilacın yan etkilerine maruz kalıp kalmadığını tespit etmek amacıyla hekim tarafından doldurularak uygulanmış ve herhangi bir yan etki göstermeyenler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ :

Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma vey/veya median (min-max), kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normallik analizleri Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiği Testi ile yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerin 3 grup ve üzeri analizlerinde Kruskal Wallis testi, iki grup karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Normal dağılıma uyan verilerin 3 grup ve üzeri analizlerinde Tek yönlü varyans analizi (Post hoc:Bonferroni), iki grup arasındaki karşılaştırmaları Bağımsız gruplarda T Testi ile yapılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırmasında ise Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Ölçekler arası doğrusal ilişki Pearson Korelasyon Testi kullanılarak yapılmıştır.

Analizler IBM SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) versiyon 22.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMUNUN İNCELENMESİ

Grupların yaş değerleri [33 (23-53) vs 35 (20-62)] arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0.267$). Kontrol grubunda yer alanların %62.0'si kadın, %73.0'ü lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip, %72.3'sinin ekonomik düzeyi orta, %81,0'i normal doğum öyküsüne sahip, %87,0'si şehirde yaşıyor, %29,0'u sigara, %27'si alkol kullanıyor iken, hasta grubunda yer alanların %62.0'si kadın, %70.0'i lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip, %74.0'ünün ekonomik düzeyi orta, %89,0'u normal doğum öyküsüne sahip, %87,0'si şehirde yaşıyor, %40,0'ı sigara, %27'si alkol kullanıyordu ($p>0.05$). Hasta grubunda çalışıyor olanların yüzdesi %81.0 iken kontrol grubunda bu oran %95.0 düzeyinde idi ($p=0.022$). (Tablo 4.1.1.).

Tablo 4.1.1. Gruplara ait bazı sosyo-demografik ve klinik özellikler

	Kontrol grubu (n=100)	Hasta grubu (n=100)	<i>p</i>
Yaş (yıl) [median (min-maks)]	33 (23-53)	35 (20-62)	0.267*
Cinsiyet (n,%)			
Kadın	62 (62.0)	56 (56.0)	0.388**
Erkek	38 (38.0)	44 (44.0)	
Eğitim düzeyi (n,%)			
İlkokul mezunu	4 (4.0)	6 (6.0)	
Ortaokul mezunu	3 (3.0)	4 (4.0)	0.449**
Lise mezunu	20 (20.0)	20 (20.0)	
Lisans mezunu	66 (66.0)	56 (56.0)	
Lisansüstü (Doktora)	7 (7.0)	14 (14.0)	
Ekonomik durum (n,%)			
İyi	26 (26.0)	23 (23.0)	0.814**
Orta	72 (72.0)	74 (74.0)	
Kötü	2 (2.0)	3 (3.0)	
Çalışma durumu (n,%)			
Öğrenci	0 (0.0)	1 (1.0)	
Hiç çalışmamış	2 (2.0)	5 (5.0)	0.022**
Şu an çalışıyor	95 (95.0)	81 (81.0)	
Şu an çalışmıyor	3 (3.0)	13 (13.0)	
Yaşadığı yer (n,%)			
Köy/kasaba/ilçe	13 (13.0)	13 (13.0)	1.000**
Şehir	87 (87.0)	87 (87.0)	
Sigara kullanma durumu (n,%)			
Var	29 (29.0)	40 (40.0)	0.102**
Yok	71 (71.0)	60 (60.0)	
Alkol kullanma durumu (n,%)			
Var	27 (27.0)	27 (27.0)	1.000**
Yok	73 (73.0)	73 (73.0)	

* Mann Whitney U Testi

** Ki-kare Testi

Grupların ilişki süresi ortanca değerleri [6 (1-28) vs 6 (1-33)] arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.755$). Gruplar arasında ilişki varlığı, ilişki tipi, duygusal durum ve tanışma şekli açısından anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2. Gruplara ait bazı sosyo-demografik ve klinik özellikler

	Kontrol grubu (n=100)	Hasta grubu (n=100)	<i>p</i>
İlişki süresi (yıl) [median (min-maks)]	6 (1-28)	6 (1-33)	0.755*
İlişki tipi (n,%)			
Flört aşamasında	19 (19.0)	26 (26.0)	0.274**
Sözlü veya nişanlı	11 (11.0)	6 (6.0)	
Evli	70 (70.0)	68 (68.0)	
Duygusal durum (n,%)			
Aşk birlikteliği	74 (74.0)	73 (73.0)	0.888**
Mantık birlikteliği	22 (22.0)	24 (24.0)	
Birlikteliğe zorlama	4 (4.0)	3 (3.0)	
Tanışma şekli (n,%)			
Görücü usulü	21 (21.0)	19 (19.0)	0.367**
Ortak arkadaşlar aracılığı ile	19 (19.0)	30 (30.0)	
İnternet vb sanal ortamlarda	6 (6.0)	4 (4.0)	
Okul/işyeri vb. sosyal ortamlar	45 (45.0)	35 (35.0)	
Arkadaşlıkla başlama	9 (9.0)	11 (11.0)	
Diğer	0 (0.0)	1 (1.0)	
* Mann Whitney U Testi			
** Ki-kare Testi (^a Fisher'in Kesin Testi)			

4.2. KLİNİK VERİ FORMUNUN İNCELENMESİ :

Hiçbir hastada intihar düşüncesi ve ek fiziksel hastalık yoktu. Hasta grubunda depresyon başlama yaşı 32,5 (5-6) yıl, depresyon süresi 1 (1-43) yıldır. Toplam 100 hastanın sadece 2 tanesinde yatış öyküsü, 4'ünde intihar girişimi mevcut iken, 2'sine EKT veya TMS uygulanmıştı. Son 1 aydır ilaç kullanan hasta yüzdesi ise % 83,0'dur. (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hasta grubunun hastalığa ait bazı klinik özellikleri

	Hasta grubu (n=100)
Depresyon başlama yaşı (yıl) [median (min-maks)]	32,5 (5-61)
Depresyon süresi (yıl) [median (min-maks)]	1 (1-43)
Yatış öyküsü (n,%)	
Var	2 (2.0)
Yok	98 (98.0)
Ek hastalık (n,%)	
Var	0 (0.0)
Yok	100 (80.0)
İntihar girişimi (n,%)	
Var	4 (4.0)
Yok	96 (96.0)
Son 1 aydır ilaç kullanma durumu (n,%)	
Var	83 (83.0)
Yok	17 (17.0)
EKT veya TMS öyküsü (n,%)	
EKT/TMS uygulanmış	2 (2.0)
Hiçbiri uygulanmamış	98 (98.0)
Toplam	100 (100.0)

4.3. ÖLÇEK PUANLARININ HASTA VE KONTROL GRUPLARI ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI

İlişki Doyumu Ölçeği puanlarının hasta grubunda [36 (7-49)], kontrol grubuna göre [41 (8-49)] istatistiksel olarak anlamlı derecede **düşük** olduğu saptandı ($p<0.001$). Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın puanlarının kadın hasta grubunda [17 (7-28)], kontrol grubuna göre [14,5 (5-27)] istatistiksel olarak anlamlı derecede **yüksek** olduğu saptandı ($p=0.009$). Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Erkek puanlarının erkek hasta grubunda [12 (6-24)], kontrol grubuna göre [13 (8-18)] **düşük** olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0.306$). Hasta grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) Duygusal istismar [8 (5-21)], Cinsel istismar ($5,47\pm1,26$) ve Fiziksel istismar ($6,15\pm2,28$) alt ölçek puanlarının, kontrol grubuna göre [sırasıyla 5 (5-17), ($5,14\pm0,61$) ve ($5,25\pm0,84$)] **yüksek** olduğu, aradaki farkların da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.020$ ve $p<0.001$). Buna karşın ÇÇTÖ-Duygusal ihmal alt ölçek puanlarının kontrol grubunda [21,5 (11-25)], hasta grubuna göre [19 (8-25)] istatistiksel olarak anlamlı derecede **yüksek** olduğu saptandı ($p<0.001$). Gruplar arasında ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal alt ölçek puanları ile ÇÇTÖ toplam puanları açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Hasta grubunda Aşk Ölçeği Tutkulu aşk [14,5 (6-20)] ve Arkadaşça aşk ($12,5\pm3,49$) alt ölçek puanlarının, kontrol grubuna göre [sırasıyla 16 (7-20) ve $13,9\pm3,37$] **düşük** olduğu, aradaki farkların da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.020$ ve $p<0.001$). Gruplar arasında Aşk ölçeği (Oyun gibi aşk-Sahiplenici aşk-Mantıklı aşk-Özgeci aşk) alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Grupların İlişki Doyumu Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Kadın ve Erkek), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (Duygusal istismar-Duygusal ihmal-Cinsel istismar-Fiziksel istismar-Fiziksel ihmal) Aşk ölçeği (Tutkulu aşk-Arkadaşça aşk-Oyun gibi aşk-Sahiplenici aşk-Mantıklı aşk-Özgeci aşk) ortalama/ortanca puanları açısından karşılaştırılması

	N	Kontrol grubu [median (min-maks)]	N	Hasta grubu [median (min-maks)]	p
İlişki Doyumu Ölçeği	100	41 (8-49)	100	36 (7-49)	<0.001*
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın	62	14,5 (5-27)	56	17 (7-28)	0.009*
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Erkek	38	13 (8-18)	44	12 (6-24)	0.306*
ÇÇTÖ-Duygusal istismar	100	5 (5-17)	100	8 (5-21)	<0.001*
ÇÇTÖ-Duygusal ihmal	100	21,5 (11-25)	100	19 (8-25)	<0.001*
ÇÇTÖ-Cinsel istismar	100	5,14±0,61	100	5,47±1,26	0.020**
ÇÇTÖ-Fiziksel istismar	100	5,25±0,84	100	6,15±2,28	<0.001**
ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal	100	12,16±1,89	100	12,58±1,83	0.113**
ÇÇTÖ-Toplam puan	100	49,98±4,45	100	51,10±5,09	0.099**
Aşk ölçeği-Tutkulu aşk	100	16 (7-20)	100	14,5 (6-20)	<0.001*
Aşk ölçeği-Arkadaşça aşk	100	13,9±3,37	100	12,5±3,49	0.005**
Aşk ölçeği-Oyun gibi aşk	100	9 (4-18)	100	9 (4-17)	0.944*
Aşk ölçeği-Sahiplenici aşk	100	11 (5-16)	100	11 (8-18)	0.873*
Aşk ölçeği-Mantıklı aşk	100	12 (4-18)	100	12 (4-19)	0.672*
Aşk ölçeği-Özgeci aşk	100	13 (4-20)	100	14 (5-19)	0.188*

* Mann Whitney U Testi

** T Testi

4.4. ÖLÇEK PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE ÇAPRAZ KARŞILAŞTIRMALARI

İLİŞKİ DOYUMU ÖLÇEĞİ

Kontrol grubunda ilişki doyumu ölçeği puanlarının 35 yaş ve üzeri olanlarda ve kadınlarda (sırasıyla $37,29 \pm 9,05$ ve $38,67 \pm 8,84$), <35 yaş ve erkeklere göre (sırasıyla $42,01 \pm 6,61$ ve $42,36 \pm 5,84$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük çıktığı saptandı (sırasıyla $p=0.003$ ve $p=0.025$). Hasta grubunda da ilişki doyumu ölçeği puanlarının 35 yaş ve üzeri olanlarda ve kadınlarda (sırasıyla $34,71 \pm 8,81$ ve $34,96 \pm 9,36$), <35 yaş ve erkeklere göre (sırasıyla $36,55 \pm 9,95$ ve $36,36 \pm 9,41$) yüksek çıksa da bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (sırasıyla $p=0.330$ ve $p=0.461$).

Hem kontrol hem de hasta grubunda sözlü veya nişanlı olanların ilişki doyumu ölçeği puanlarının, flört aşamasında ve evli olanlara göre daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi (sırasıyla $p=0.422$ ve $p=0.693$).

Kontrol grubunda aşk birlikteliği yapanların ilişki doyumu ölçeği puanlarının ($42,00 \pm 5,80$), mantık birlikteliği ($34,95 \pm 11,5$) ve birlikteliğe zorlama olanlara göre ($32,75 \pm 4,11$) daha yüksek olduğu, ancak sadece aşk birlikteliği ve mantık birlikteliği arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (sırasıyla $p<0.001$). Hasta grubunda da kontrol grubuna benzer şekilde ilişki doyumu ölçeği puanlarının aşk birlikteliği yapanlarda ($37,41 \pm 8,71$), mantık birlikteliği yapanlara göre ($29,37 \pm 8,83$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p=0.001$).

Hem kontrol hem de hasta grubunda (her ne kadar okul/işyeri/düğün gibi sosyal ortamlarda tanışanlarda en yüksek, görücü usulü ile tanışanlarda en düşük düzeylerde olsa da) tanışma şeklinin ilişki doyumu ölçeği puanlarında anlamlı bir fark ortaya koymadığı belirlendi (sırasıyla $p=0.091$ ve $p=0.352$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hasta ve kontrol grubunda İlişki Doyumu Ölçeği puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

İlişki Doyumu Ölçeği						
	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<35 yaş	59	42,01±6,61	0.003*	47	36,55±9,95	0.330*
≥35 yaş	41	37,29±9,05		53	34,71±8,81	
Cinsiyet (n,%)						
Kadın	62	38,67±8,84	0.025*	56	34,96±9,36	0.461*
Erkek	38	42,36±5,84		44	36,36±9,41	
İlişki tipi (n,%)						
Flört aşamasında	19	39,63±7,78	0.422**	26	34,42±7,83	0.693**
Sözlü veya nişanlı	11	43,09±4,06		6	37,66±11,02	
Evli	70	39,72±8,50		68	35,83±9,82	
Duygusal durum (n,%)						
Aşk birlikteliği	74	42,00±5,80 ^a	<0.001**	73	37,41±8,71 ^a	0.001**
Mantık birlikteliği	22	34,95±11,50 ^a		24	29,37±8,83 ^a	
Birlikteliğe zorlama	4	32,75±4,11		3	40,66±9,07	
Tanışma şekli (n,%)						
Görücü usulü	21	35,80±9,49	0.091**	19	33,89±11,30	0.352**
Ortak arkadaşlar	19	40,42±9,34		30	33,70±9,23	
İnternet vb.	6	41,66±3,07		4	33,25±6,84	
Okul/işyeri/düğün	45	41,26±6,79		35	38,51±7,53	
Arkadaşıktan sevg.	9	42,33±7,03		11	35,36±11,59	
Diğer	0	0±0,0		1	33,00	

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

AŞK ÖLÇEĞİ – TUTKULU AŞK ALT ÖLÇEĞİ

Kontrol grubunda <35 yaş olanlarda ($16,47 \pm 2,19$), tutkulu aşk alt ölçek puanlarının 35 yaş ve üzerinde olanlara göre ($14,75 \pm 3,14$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p=0.002$). Hasta grubunda da benzer şekilde <35 yaş olanlarda ölçek puanları yüksek çıksa da bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p=0.166$).

Hem kontrol hem de hasta grubunda erkeklerde kadınlara göre, sözlü veya nişanlı olanlarda, flört aşamasında ve evli olanlara göre tutkulu aşk alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi (sırasıyla $p=0.515$, $p=0.155$, $p=0.267$ ve $p=0.345$).

Kontrol grubunda aşk birlikteliği yapanların tutkulu aşk alt ölçek puanlarının ($16,33 \pm 2,33$), mantık birlikteliği ($14,59 \pm 3,06$) ve birlikteliğe zorlama olanlara göre ($11,75 \pm 3,30$) anlamlı şekilde daha yüksek olduğu (sırasıyla $p=0.017$ ve $p=0.002$) saptandı. Hasta grubunda ise tutkulu aşk alt ölçek puanlarının sadece aşk birlikteliği yapanlar ($14,86 \pm 3,22$) ile mantık birlikteliği yapanlar ($11,91 \pm 2,65$) arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu saptandı ($p<0.001$).

Kontrol grubunda okul/işyeri/düğün gibi sosyal ortamlarda tanışanlarda tutkulu aşk alt ölçek puanlarının ($16,33 \pm 2,33$), görücü usulü ile tanışanlara göre ($13,95 \pm 3,10$) anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlendi ($p=0.010$). Hasta grubunda bu şekilde anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p=0.212$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hasta ve kontrol grubunda Tutkulu Aşk Alt Ölçeği puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

Tutkulu Aşk Alt Ölçeği						
	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<35 yaş	59	16,47±2,19	0.002*	47	14,65±3,35	0.166*
≥35 yaş	41	14,75±3,14		53	13,73±3,26	
Cinsiyet (n,%)						
Kadın	62	15,62±2,70	0.515*	56	13,75±3,51	0.155*
Erkek	38	16,00±2,82		44	14,70±3,01	
İlişki tipi (n,%)						
Flört aşamasında	19	16,15±2,43	0.267**	26	14,30±3,30	0.345**
Sözlü veya nişanlı	11	16,81±1,83		6	16,00±3,57	
Evli	70	15,50±2,91		68	13,95±3,30	
Duygusal durum (n,%)						
Aşk birlikteliği	74	16,33±2,33 ^a	<0.001**	73	14,86±3,22 ^a	<0.001**
Mantık birlikteliği	22	14,59±3,06 ^a		24	11,91±2,65 ^a	
Birlikteliğe zorlama	4	11,75±3,30 ^a		3	15,33±3,21	
Tanışma şekli (n,%)						
Görücü usulü	21	13,95±3,10 ^a	0.010**	19	13,00±3,41	0.212**
Ortak arkadaşlar	19	15,89±2,92		30	13,50±3,01	
İnternet vb.	6	16,83±1,60		4	14,50±3,51	
Okul/işyeri/düğün	45	16,20±2,37 ^a		35	15,17±2,96	
Arkadaşlıktan sevg.	9	16,88±2,26		11	14,72±4,51	
Diğer	0	-		1	14,00	

* Bağımsız gruplarda T Testi
** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

AŞK ÖLÇEĞİ – ARKADAŞÇA AŞK ALT ÖLÇEĞİ

Hem kontrol hem de hasta grubunda sözlü veya nişanlı olanlarda, flört aşamasında ve evli olanlara göre arkadaşça aşk alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi (sırasıyla $p=0.129$ ve $p=0.366$).

Kontrol grubunda aşk birlikteliği yapanların arkadaşça aşk alt ölçek puanlarının ($14,35\pm3,40$), birlikteliğe zorlama olanlara göre ($9,25\pm2,98$) anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ($p=0.006$) saptandı. Hasta grubunda ise arkadaşça aşk alt ölçek puanlarının sadece aşk birlikteliği yapanlar ($13,01\pm3,64$) mantık birlikteliği yapanlar ($11,25\pm2,65$) birlikteliğe zorlama olanlara göre ($11,00\pm3,60$) yüksek olsa da aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.073$).

Kontrol grubunda arkadaşlıktan başlayarak sevgiliye dönüşenlerde arkadaşça aşk alt ölçek puanlarının ($17,00\pm2,34$), görücü usulü ile tanışanlara göre ($12,47\pm2,56$) anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlendi ($p=0.011$). Hasta grubunda bu şekilde anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p=0.145$).

Yaş ve cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı farklar saptanmadı ($p>0.05$). (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Hasta ve kontrol grubunda Arkadaşça Aşk Alt Ölçeği puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

Arkadaşça Aşk Alt Ölçeği						
	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<35 yaş	59	14,23±3,21	0.232*	47	12,38±3,70	0.694*
≥35 yaş	41	13,41±3,57		53	12,66±3,31	
Cinsiyet (n,%)						
Kadın	62	13,87±3,35	0.913*	56	12,71±3,40	0.554*
Erkek	38	13,94±3,44		44	12,29±3,61	
İlişki tipi (n,%)						
Flört aşamasında	19	13,21±3,37	0.129**	26	12,38±3,68	0.366**
Sözlü veya nişanlı	11	15,72±2,57		6	14,50±4,13	
Evli	70	13,80±3,42		68	12,41±3,36	
Duygusal durum (n,%)						
Aşk birlikteliği	74	14,35±3,40 ^a	0.006**	73	13,01±3,64	0.073**
Mantık birlikteliği	22	13,22±2,58		24	11,25±2,65	
Birlikteliğe zorlama	4	9,25±2,98 ^a		3	11,00±3,60	
Tanışma şekli (n,%)						
Görücü usulü	21	12,47±2,56 ^a	0.011**	19	11,21±2,65	0.145**
Ortak arkadaşlar	19	13,21±3,99		30	12,06±3,49	
İnternet vb.	6	14,33±1,50		4	12,25±4,19	
Okul/işyeri/düğün	45	14,17±3,39		35	12,97±3,26	
Arkadaşlıktan sevg.	9	17,00±2,34 ^a		11	14,45±4,59	
Diğer	0	-		1	16,00	

* Bağımsız gruplarda T Testi
** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

AŞK ÖLÇEĞİ – OYUN GİBİ AŞK ALT ÖLÇEĞİ

Kontrol grubunda oyun gibi aşk alt ölçek puanlarının erkeklerde ($9,94 \pm 3,02$), kadınlara göre ($8,43 \pm 2,26$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p=0.005$). Hasta grubunda da benzer şekilde erkeklerde ($9,68 \pm 3,04$) oyun gibi aşk alt ölçek puanlarının kadınlara göre ($8,51 \pm 2,66$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p=0.045$).

Hasta grubunda sözlü veya nişanlı olanlarda ($10,66 \pm 2,65$) oyun gibi aşk alt ölçek puanlarının evli olanlara göre ($8,39 \pm 2,61$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.005$).

Yaş, duygusal durum ve tanışma şekline göre gruplar arasında anlamlı farklar saptanmadı ($p>0.05$). (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Hasta ve kontrol grubunda Oyun gibi Aşk Alt Ölçeği puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

Oyun gibi Aşk Alt Ölçeği						
	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<35 yaş	59	9,27±2,67	0.242*	47	9,21±2,66	0.554*
≥35 yaş	41	8,63±2,64		53	8,86±3,08	
Cinsiyet (n,%)						
Kadın	62	8,43±2,26	0.005*	56	8,51±2,66	0.045*
Erkek	38	9,94±3,02		44	9,68±3,04	
İlişki tipi (n,%)						
Flört aşamasında	19	10,05±3,39	0.072**	26	10,30±3,13	0.005**
Sözlü veya nişanlı	11	9,72±1,67		6	10,66±2,65 ^a	
Evli	70	8,61±2,50		68	8,39±2,61 ^a	
Duygusal durum (n,%)						
Aşk birlikteliği	74	8,93±2,39	0.889**	73	8,98±2,74	0.966**
Mantık birlikteliği	22	9,22±3,44		24	9,16±3,38	
Birlikteliğe zorlama	4	9,25±3,40		3	9,00±3,00	
Tanışma şekli (n,%)						
Görücü usulü	21	9,76±3,08		19	8,52±3,20	
Ortak arkadaşlar	19	8,63±3,21		30	8,96±2,88	
İnternet vb.	6	9,16±1,16	0.680**	4	7,50±1,91	0.731**
Okul/işyeri/düğün	45	8,86±2,50		35	9,51±3,10	
Arkadaşlıktan sevg.	9	8,66±1,93		11	9,18±1,94	
Diğer	0	-		1	8,00	

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

AŞK ÖLÇEĞİ – SAHİPLENİCİ AŞK ALT ÖLÇEĞİ

Hasta grubunda <35 yaş olanlarda ($12,65 \pm 2,97$) sahiplenici aşk alt ölçek puanlarının ≥ 35 yaş olanlara göre ($11,09 \pm 2,29$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.004$).

Hem kontrol hem de hasta grubunda sözlü veya nişanlı olanlarda sahiplenici aşk alt ölçek puanlarının evli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edildi (sırasıyla $p=0.019$ ve $p=0.009$).

Cinsiyet, duygusal durum ve tanışma şekline göre gruplar arasında anlamlı farklar saptanmadı ($p>0.05$). (Tablo 4.8).



Çizelge 4.8. Hasta ve kontrol grubunda Sahiplenici Aşk Alt Ölçeği puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

Sahiplenici Aşk Alt Ölçeği						
	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<35 yaş	59	11,83±2,03	0.130*	47	12,65±2,97	0.004*
≥35 yaş	41	11,14±2,42		53	11,09±2,29	
Cinsiyet (n,%)						
Kadın	62	11,32±2,21	0.192*	56	11,71±2,73	0.636*
Erkek	38	11,92±2,19		44	11,97±2,76	
İlişki tipi (n,%)						
Flört aşamasında	19	11,57±2,14	0.019**	26	12,73±3,19	0.009**
Sözlü veya nişanlı	11	13,27±2,10 ^a		6	14,00±3,16 ^a	
Evli	70	11,27±2,15 ^a		68	11,29±2,34 ^a	
Duygusal durum (n,%)						
Aşk birlikteliği	74	11,68±2,05	0.532**	73	11,75±2,64	0.884**
Mantık birlikteliği	22	11,22±2,75		24	12,00±3,16	
Birlikteliğe zorlama	4	10,75±2,06		3	12,33±1,52	
Tanışma şekli (n,%)						
Görücü usulü	21	11,04±2,74		19	11,84±2,79	
Ortak arkadaşlar	19	11,31±2,35		30	11,83±2,65	
İnternet vb.	6	13,33±1,75	0.251**	4	8,75±0,95	0.340**
Okul/işyeri/düğün	45	11,57±1,97		35	12,17±2,77	
Arkadaşıktan sevg.	9	11,88±1,69		11	11,90±3,01	
Diğer	0	-		1	11,00	
* Bağımsız gruplarda T Testi						
** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc: ^a Bonferroni)						

AŞK ÖLÇEĞİ – MANTIKLI AŞK ALT ÖLÇEĞİ

Hem kontrol hem de hasta grubunda görücü usulü tanışanlarda, internet vb. ile arkadaşlıktan sevgiliye dönüşenlerde mantıklı aşk alt ölçek puanlarının ortak arkadaşar ve okul/işyeri/düğün gibi sosyal ortamlardan tanışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edildi (sırasıyla $p=0.005$ ve $p=0.027$).

Yaş, cinsiyet, duygusal durum ve tanışma şekline göre gruplar arasında anlamlı farklar saptanmadı ($p>0.05$). (Tablo 4.9).



Tablo 4.9. Hasta ve kontrol grubunda Mantıklı Aşk Alt Ölçeği puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

Mantıklı Aşk Alt Ölçeği						
	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<35 yaş	59	11,53±3,37	0.289*	47	11,25±2,95	0.079*
≥35 yaş	41	12,26±2,69		53	12,22±2,51	
Cinsiyet (n,%)						
Kadın	62	12,20±3,07	0.165*	56	11,60±2,95	0.509*
Erkek	38	11,31±3,13		44	11,97±2,51	
İlişki tipi (n,%)						
Flört aşamasında	19	11,47±3,22	0.801**	26	10,65±2,89	0.055**
Sözlü veya nişanlı	11	11,72±3,52		6	12,00±1,41	
Evli	70	12,00±3,05		68	12,17±2,70	
Duygusal durum (n,%)						
Aşk birlikteliği	74	11,64±3,20	0.492**	73	11,60±2,81	0.607**
Mantık birlikteliği	22	12,50±2,63		24	12,25±2,77	
Birlikteliğe zorlama	4	12,50±4,20		3	12,00±1,00	
Tanışma şekli (n,%)						
Görücü usulü	21	13,33±2,35	0.005**	19	12,00±2,42	0.027**
Ortak arkadaşlar	19	10,68±2,74		30	12,26±2,72	
İnternet vb.	6	14,16±2,31		4	12,00±1,41	
Okul/işyeri/düğün	45	11,15±3,31		35	10,65±2,84	
Arkadaşlıktan sevg.	9	13,00±2,87		11	13,63±2,41	
Diğer	0	-		1	10,00	

* Bağımsız gruplarda T Testi
** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

AŞK ÖLÇEĞİ – ÖZGEÇİ AŞK ALT ÖLÇEĞİ

Kontrol grubunda özgeci aşk alt ölçek puanlarının erkeklerde ($14,97 \pm 2,99$), kadınlara göre ($11,35 \pm 2,94$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p < 0.001$). Hasta grubunda da benzer şekilde erkeklerde ($14,72 \pm 2,35$) özgeci aşk alt ölçek puanlarının kadınlara göre ($12,21 \pm 3,09$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p < 0.001$).

Hasta grubunda aşk birlikteliği olanlarda ($13,65 \pm 2,97$) özgeci aşk alt ölçek puanlarının mantık birlikteliği olanlara göre ($12,04 \pm 2,99$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edildi ($p = 0.039$).

Yaş, ilişki tipi ve tanışma şekline göre gruplar arasında anlamlı farklar saptanmadı ($p > 0.05$). (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Hasta ve kontrol grubunda Özgeci Aşk Alt Ölçeği puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

Özgeci Aşk Alt Ölçeği						
	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<35 yaş	59	12,98±3,47	0.380*	47	12,93±3,05	0.238*
≥35 yaş	41	12,36±3,39		53	13,66±3,03	
Cinsiyet (n,%)						
Kadın	62	11,35±2,94	<0.001*	56	12,21±3,09	<0.001*
Erkek	38	14,97±2,99		44	14,72±2,35	
İlişki tipi (n,%)						
Flört aşamasında	19	11,94±3,82	0.203**	26	12,11±2,98	0.056**
Sözlü veya nişanlı	11	14,27±2,90		6	14,33±2,58	
Evli	70	12,70±3,37		68	13,69±3,02	
Duygusal durum (n,%)						
Aşk birlikteliği	74	12,87±3,45	0.550**	73	13,65±2,97 ^a	0.039**
Mantık birlikteliği	22	12,54±3,55		24	12,04±2,99 ^a	
Birlikteliğe zorlama	4	11,00±2,58		3	15,33±3,05	
Tanışma şekli (n,%)						
Görücü usulü	21	13,09±2,91	0.722**	19	13,84±3,27	0.803**
Ortak arkadaşlar	19	12,15±3,37		30	12,70±2,66	
İnternet vb.	6	13,50±3,27		4	12,75±3,30	
Okul/işyeri/düğün	45	12,48±3,81		35	13,65±3,02	
Arkadaşlıktan sevg.	9	13,77±3,15		11	13,27±3,95	
Diğer	0	-		1	13,00	

* Bağımsız gruplarda T Testi
** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ-KADIN

Hem kontrol hem de hasta grubunda Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın puanlarının mantık birlikteliği yapanlarda, aşk birlikteliği yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu (kontrol grubunda $16,61 \pm 5,40$ vs $14,14 \pm 3,88$, hasta grubunda $20,16 \pm 4,78$ vs $15,70 \pm 4,50$) tespit edildi (sırasıyla $p=0.005$ ve $p=0.006$).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın puanlarının kontrol grubunda flört aşamasındakilerde dha yüksek iken evlilerde daha düşük olduğu, buna karşın hasta grubunda ise flört ve sözlü nişanlı olanlarda benzer iken evlilerde daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların anlamlı olmadığı belirlendi (sırasıyla $p=0.243$ ve $p=0.087$).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın puanlarının hem kontrol hem de hasta grubunda görücü usulü ile tanışanlarda daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların anlamlı olmadığı bulundu (sırasıyla $p=0.394$ ve $p=0.192$).

Yaşa göre anlamlı farklar saptanmadı ($p>0.05$). (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Hasta ve kontrol grubunda Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın						
	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	<i>p</i>	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	<i>p</i>
Yaş						
<35 yaş	37	14,43±4,61	0.362*	32	16,93±5,27	0.679*
≥35 yaş	25	15,52±4,51		24	17,50±4,64	
İlişki tipi (n,%)						
Flört aşamasında	12	16,33±5,01	0.243**	15	15,00±5,05	0.087**
Sözlü veya nişanlı	6	12,50±3,93		3	15,33±7,02	
Evli	4	14,79±4,46		38	18,18±4,60	
Duygusal durum (n,%)						
Aşk birlikteliği	48	14,14±3,88	0.005*	37	15,70±4,50	0.006*
Mantık birlikteliği	13	16,61±5,40		18	20,16±4,78	
Birlikteliğe zorlama	1	27,00		1	18,00	
Tanışma şekli (n,%)						
Görücü usulü	11	16,54±5,71		11	19,72±4,85	
Ortak arkadaşlar	9	14,33±3,84		19	17,94±4,98	
İnternet vb.	4	12,00±5,09	0.394**	2	13,00±5,65	0.192**
Okul/işyeri/düğün	31	15,16±4,56		18	15,55±5,00	
Arkadaşlıktan sevg.	7	13,28±2,56		5	17,00±3,08	
Diğer	0	-		1	13,00	
* Bağımsız gruplarda T Testi						
** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc: ^a Bonferroni)						

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ-ERKEK

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Erkek puanlarının ek hastalığı bulunan hastalarda ($16,50 \pm 4,20$) bulunmayanlara göre ($12,32 \pm 3,72$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p=0.040$).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Erkek puanlarının genel olarak ≥ 35 yaş, evli, mantık birlikteliği yapan ve görücü usulü ile evlenenlerde daha yüksek olsa da aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.12).



Tablo 4.12. Hasta ve kontrol grubunda Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Erkek puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Erkek						
	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	<i>p</i>	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	<i>p</i>
Yaş						
<35 yaş	22	12,50±2,52	0.096*	15	11,80±2,51	0.275*
≥35 yaş	16	13,87±2,33		29	13,17±4,43	
İlişki tipi (n,%)						
Flört aşamasında	7	12,57±2,76	0.538**	11	11,45±2,20	0.052**
Sözlü veya nişanlı	5	12,20±3,27		3	8,66±1,52	
Evli	26	13,38±2,33		30	13,56±4,21	
Duygusal durum (n,%)						
Aşk birlikteliği	26	13,03±2,50	0.918**	36	12,33±4,96	0.373**
Mantık birlikteliği	9	13,00±2,29		6	12,97±3,72	
Birlikteliğe zorlama	3	13,66±4,04		2	9,00±4,24	
Tanışma şekli (n,%)						
Görücü usulü	21	13,09±2,91	0.722**	19	13,84±3,27	0.803**
Ortak arkadaşlar	19	12,15±3,37		30	12,70±2,66	
İnternet vb.	6	13,50±3,27		4	12,75±3,30	
Okul/işyeri/düğün	45	12,48±3,81		35	13,65±3,02	
Arkadaşıktan sevg.	9	13,77±3,15		11	13,27±3,95	
Diğer	0	-		1	13,00	
* Bağımsız gruplarda T Testi						
** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc: ^a Bonferroni)						

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ-DUYGUSAL İSTİSMAR

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Duygusal istismar puanlarının hem kontrol grubunda hem de hasta grubunda yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı açısından anlamlı farklar yaratmadığı ($p>0.05$), yine hasta grubunda depresyon başlangıç yaşı ve depresyon süresinin de istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı saptandı (sırasıyla $p=0.312$ ve $p=0.200$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Grupların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Duygusal istismar puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Kontrol grubu Median (min-max)	<i>p</i>	N	Hasta grubu Median (min-max)	<i>p</i>
Yaş						
<35 yaş	59	5 (5-17)	0.110*	47	8 (5-21)	0.286*
≥35 yaş	41	6 (5-15)		53	8 (5-14)	
Cinsiyet (n,%)						
Kadın	62	5 (5-15)	0.856*	56	8 (5-21)	0.595*
Erkek	38	5 (5-17)		44	8 (5-14)	
Sigara (n,%)						
Var	29	5 (5-17)	0.635*	40	7,5 (5-17)	0.492*
Yok	71	5 (5-15)		60	8 (5-21)	
Alkol (n,%)						
Var	27	5 (5-17)	0.673*	27	7 (5-18)	0.615*
Yok	73	5 (5-15)		73	8 (5-21)	
Depresyon yaşı						
<35 yaş	-	-	-	60	8 (5-21)	0.312*
≥35 yaş				40	7,5 (5-14)	
Depresyon süresi						
1 yıl	-	-	-	56	7 (5-18)	0.200**
2 yıl				17	8 (5-14)	
3 yıl ve üzeri				27	9 (5-21)	

* Mann Whitney U Testi

** Kruskal Wallis Testi (Post hoc:^aBonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U Testi)

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ-DUYGUSAL İHMAL

Kontrol grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Duygusal ihmal puanlarının <35 yaş kişilerde [23 (11-25)], ≥35 yaş kişilere göre [21 (11-25)] istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı ($p=0.041$).

Hem kontrol grubunda hem de hasta grubunda erkeklerde duygusal ihmal puanları kadınlara göre düşük olarak bulunsa da, aradaki farklar anlamlı bulunmadı (sırasıyla $p=0.071$ ve $p=0.122$).

Hem kontrol grubunda hem de hasta grubunda sigara ve alkol kullananlarda duygusal ihmal puanları kullanmayanlara göre düşük olarak bulunsa da, aradaki farklar anlamlı bulunmadı (sırasıyla $p=0.070$ ve $p=0.080$).

Hasta grubunda depresyon başlangıç yaşı ve depresyon süresinin de istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı saptandı (sırasıyla $p=0.818$ ve $p=0.854$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Grupların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Duygusal ihmal puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Duygusal ihmal						
	N	Kontrol grubu Median (min-max)	<i>p</i>	N	Hasta grubu Median (min-max)	<i>p</i>
Yaş						
<35 yaş	59	23 (11-25)	0.041*	47	20 (8-25)	0.693*
≥35 yaş	41	21 (11-25)		53	19 (10-25)	
Cinsiyet (n,%)						
Kadın	62	22 (11-25)	0.071*	56	20 (8-25)	0.122*
Erkek	38	20 (11-25)		44	18 (10-25)	
Sigara (n,%)						
Var	29	21 (11-25)	0.075*	40	18 (8-25)	0.080*
Yok	71	22 (11-25)		60	20 (9-25)	
Alkol (n,%)						
Var	27	21 (13-25)	0.848*	27	17 (8-25)	0.082*
Yok	73	22 (11-25)		73	20 (11-25)	
Depresyon yaşı						
<35 yaş	-	-	-	60	20 (8-25)	0.818*
≥35 yaş				40	19 (10-25)	
Depresyon süresi						
1 yıl	-	-	-	56	19,5 (8-25)	0.854**
2 yıl				17	20 (10-25)	
3 yıl ve üzeri				27	18 (11-25)	
* Mann Whitney U Testi						
** Kruskal Wallis Testi (Post hoc: ^a Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U Testi)						

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ- CİNSEL İSTİSMAR

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Cinsel istismar puanlarının hem kontrol grubunda hem de hasta grubunda yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı açısından anlamlı farklar yaratmadığı ($p>0.05$), yine hasta grubunda depresyon başlangıç yaşı ve depresyon süresinin de istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı saptandı (sırasıyla $p=0.333$ ve $p=0.906$) (tablo 4.15).

Tablo 4.15. Grupların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Cinsel istismar puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Kontrol grubu Median (min-max)	<i>p</i>	N	Hasta grubu Median (min-max)	<i>p</i>
Yaş						
<35 yaş	59	5 (5-10)	0.388*	47	5 (5-11)	0.099*
≥35 yaş	41	5 (5-7)		53	5 (5-12)	
Cinsiyet (n,%)						
Kadın	62	5 (5-10)	0.585*	56	5 (5-11)	0.069*
Erkek	38	5 (5-7)		44	5 (5-12)	
Sigara (n,%)						
Var	29	5 (5-5)	0.081*	40	5 (5-12)	0.148*
Yok	71	5 (5-10)		60	5 (5-11)	
Alkol (n,%)						
Var	27	5 (5-7)	0.357*	27	5 (5-12)	0.148*
Yok	73	5 (5-10)		73	5 (5-11)	
Depresyon yaşı						
<35 yaş	-	-	-	60	5 (5-11)	0.333*
≥35 yaş				40	5 (5-12)	
Depresyon süresi						
1 yıl				56	5 (5-11)	
2 yıl	-	-	-	17	5 (5-12)	0.906**
3 yıl ve üzeri				27	5 (5-8)	

* Mann Whitney U Testi

** Kruskal Wallis Testi (Post hoc:Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U Testi)

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ-FİZİKSEL İSTİSMAR

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Fiziksel ihmal puanlarının hem kontrol grubunda hem de hasta grubunda yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı açısından anlamlı farklar yaratmadığı ($p>0.05$), yine hasta grubunda depresyon başlangıç yaşı ve depresyon süresinin de istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı saptandı (sırasıyla $p=0.179$ ve $p=0.984$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Grupların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Fiziksel istismar puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Kontrol grubu Median (min-max)	<i>p</i>	N	Hasta grubu Median (min-max)	<i>p</i>
Yaş						
<35 yaş	59	5 (5-9)	0.370*	47	5 (5-12)	0.092*
≥35 yaş	41	5 (5-10)		53	5 (5-18)	
Cinsiyet (n,%)						
Kadın	62	5 (5-10)	0.239*	56	5 (5-12)	0.150*
Erkek	38	5 (5-9)		44	5 (5-18)	
Sigara (n,%)						
Var	29	5 (5-8)	0.883*	40	5 (5-18)	0.232*
Yok	71	5 (5-10)		60	5 (5-12)	
Alkol (n,%)						
Var	27	5 (5-7)	0.949*	27	5 (5-12)	0.849*
Yok	73	5 (5-10)		73	5 (5-18)	
Depresyon yaşı						
<35 yaş	-	-	-	60	5 (5-14)	0.179*
≥35 yaş				40	5 (5-18)	
Depresyon süresi						
1 yıl				56	5 (5-12)	
2 yıl	-	-	-	17	5 (5-18)	0.984**
3 yıl ve üzeri				27	5 (5-14)	

* Mann Whitney U Testi

** Kruskal Wallis Testi (Post hoc:Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U Testi)

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ-FİZİKSEL İHMAL

Hasta grubunda fiziksel ihmal puanları [12 (8-15)], alkol kullanmayanlara göre [13 (8-20)] istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı ($p=0.038$).

Hem kontrol grubunda hem de hasta grubunda sigara kullananlarda fiziksel ihmal puanları kullanmayanlara göre düşük olarak bulunsa da, aradaki farklar anlamlı bulunmadı (sırasıyla $p=0.504$ ve $p=0.159$).

Hasta grubunda depresyon başlangıç yaşı ve depresyon süresinin de istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı saptandı (sırasıyla $p=0.204$ ve $p=0.296$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Grupların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Fiziksel ihmal puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Fiziksel ihmal						
	N	Kontrol grubu Median (min-max)	p	N	Hasta grubu Median (min-max)	p
Yaş						
<35 yaş	59	13 (9-16)	0.959*	47	13 (9-20)	0.166*
≥35 yaş	41	12 (5-16)		53	13 (8-19)	
Cinsiyet (n,%)						
Kadın	62	13 (9-16)	0.837*	56	13 (8-20)	0.270*
Erkek	38	12,5 (5-16)		44	13 (8-16)	
Sigara (n,%)						
Var	29	12 (5-16)	0.504*	40	12,5 (8-16)	0.159*
Yok	71	13 (9-15)		60	13 (8-20)	
Alkol (n,%)						
Var	27	13 (5-16)	0.984*	27	12 (8-15)	0.038*
Yok	73	13 (7-16)		73	13 (8-20)	
Depresyon yaşı						
<35 yaş	-	-	-	60	13 (9-20)	0.204*
≥35 yaş				40	13 (8-19)	
Depresyon süresi						
1 yıl	-	-	-	56	13 (8-19)	0.296*
2 yıl				17	12 (10-14)	*
3 yıl ve üzeri				27	13 (8-20)	
* Mann Whitney U Testi						
** Kruskal Wallis Testi (Post hoc: ^a Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U Testi)						

4.5. KONTROL GRUBUNDA ÖLÇEKLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Kontrol grubunda İlişki doyum ölçeği ile Cinsel yaşantılar ölçeği-kadın puanları arasında **negatif yönde, orta derecede kuvvetli** ve **istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=-0.486$, $p<0.001$).

Kontrol grubunda İlişki doyum ölçeği ile Cinsel yaşantılar ölçeği-erkek puanları arasında **negatif yönde, düşük orta derecede kuvvetli** ve **istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=-0.325$, $p=0.047$).

Kontrol grubunda İlişki doyum ölçeği ile Tutkulu aşk puanları arasında **pozitif yönde, iyi derecede kuvvetli** ve **istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.685$, $p<0.001$).

Kontrol grubunda İlişki doyum ölçeği ile Arkadaşça aşk puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli** ve **istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.409$, $p<0.001$).

Kontrol grubunda Cinsel yaşantılar ölçeği-kadın puanları ile Tutkulu aşk puanları arasında **negatif yönde, düşük orta derecede kuvvetli** ve **istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=-0.472$, $p<0.001$).

Kontrol grubunda Cinsel yaşantılar ölçeği-kadın puanları ile Arkadaşça aşk puanları arasında **negatif yönde, düşük orta derecede kuvvetli** ve **istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=-0.374$, $p=0.003$).

Kontrol grubunda Cinsel yaşantılar ölçeği-erkek puanları ile Tutkulu aşk puanları arasında **negatif yönde, orta-iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=-0.537$, $p=0.001$).

Kontrol grubunda Duygusal istismar puanları ile Duygusal ihmal puanları arasında **negatif yönde, düşük orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=-0.465$, $p<0.001$).

Kontrol grubunda Duygusal istismar puanları ile Fiziksel istismar puanları arasında **pozitif yönde, düşük orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.464$, $p<0.001$).

Kontrol grubunda Tutkulu aşk puanları ile Arkadaşça aşk puanları arasında **pozitif yönde, orta-iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.549$, $p<0.001$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Kontrol grubunda İlişki doyumu ölçeği, Cinsel yaşantılar ölçeği-kadın, Cinsel yaşantılar ölçeği-erkek, Duygusal istismar, Duygusal ihmal, Cinsel istismar, Fiziksel istismar, Fiziksel ihmal, Tutkulu aşk, Arkadaşça aşk, Oyun gibi aşk, Sahiplenici aşk, Mantıklı aşk ve Özgeci aşk puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)

		İlişki doyumu ölçeği	Cinsel yaşantılar ölçeği-kadın	Cinsel yaşantılar ölçeği-erkek	Duygusal istismar	Duygusal ihmal	Cinsel istismar	Fiziksel istismar	Fiziksel ihmal	Tutkulu aşk	Arkadaşça aşk	Oyun gibi aşk	Sahiplenici aşk	Mantıklı aşk
Cinsel yaşantılar ölçeği_kadın	r	-,486(**)												
	p	,000												
	N	62												
Cinsel yaşantılar ölçeği-erkek	r	-,325(*)	.(a)											
	p	,047	.											
	N	38	0											
Duygusal istismar	r	-,107	,149	-,140										
	p	,290	,248	,403										
	N	100	62	38										
Duygusal ihmal	r	,101	-,108	-,301	-,465(**)									
	p	,317	,402	,066	,000									
	N	100	62	38	100									
Cinsel istismar	r	-,195	,187	-,127	,048	,093								
	p	,051	,145	,446	,635	,356								
	N	100	62	38	100	100								
Fiziksel istismar	r	-,073	,126	-,138	,464(**)	-,212(*)	,164							
	p	,470	,330	,408	,000	,034	,103							
	N	100	62	38	100	100	100							

Fiziksel ihmal	r	-,074	,181	-,139	,035	,234(*)	,015	,038						
	p	,464	,160	,406	,729	,019	,881	,709						
	N	100	62	38	100	100	100	100						
Tutkulu aşk	r	,685(**)	-,472(**)	-,537(**)	-,143	,360(**)	-,046	-,053	,087					
	p	,000	,000	,001	,156	,000	,648	,598	,391					
	N	100	62	38	100	100	100	100	100					
Arkadaşça aşk	r	,409(**)	-,374(**)	-,193	,028	,133	-,046	-,055	-,037	,549(**)				
	p	,000	,003	,245	,784	,186	,647	,587	,715	,000				
	N	100	62	38	100	100	100	100	100	100				
Oyun gibi aşk	r	-,086	,034	,040	,018	,023	,060	,071	-,136	-,124	-,011			
	p	,392	,793	,813	,860	,818	,552	,486	,177	,220	,913			
	N	100	62	38	100	100	100	100	100	100	100			
Sahiplenici aşk	r	,175	-,315(*)	-,121	-,150	,054	,061	-,160	-,081	,287(**)	,230(*)	,218(*)		
	p	,082	,013	,468	,136	,591	,547	,111	,422	,004	,021	,030		
	N	100	62	38	100	100	100	100	100	100	100	100		
Mantıklı aşk	r	-,210(*)	,157	,041	,057	,007	,172	,078	-,104	-,014	,099	,112	,138	
	p	,036	,223	,805	,575	,946	,088	,443	,302	,889	,328	,268	,172	
	N	100	62	38	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Özgeci aşk	r	,392(**)	-,263(*)	-,377(*)	,014	,003	,023	-,001	-,044	,395(**)	,443(**)	,149	,422(**)	,034
	p	,000	,039	,020	,892	,979	,823	,993	,661	,000	,000	,139	,000	,734
	N	100	62	38	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

b grup = kontrol

4.6. HASTA GRUBUNDA ÖLÇEKLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Hasta grubunda İlişki doyumu ölçeği ile Cinsel yaşantılar ölçeği-kadın puanları arasında **negatif yönde, iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=-0.645$, $p<0.001$).

Hasta grubunda İlişki doyumu ölçeği ile Tutkulu aşk puanları arasında **pozitif yönde, çok iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.708$, $p<0.001$).

Hasta grubunda İlişki doyumu ölçeği ile Arkadaşça aşk puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.427$, $p<0.001$).

Hasta grubunda Cinsel yaşantılar ölçeği-kadın puanları ile Duygusal istismar puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.393$, $p=0.003$).

Hasta grubunda Cinsel yaşantılar ölçeği-kadın puanları ile Tutkulu aşk puanları arasında **negatif yönde, iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=-0.612$, $p<0.001$).

Hasta grubunda Cinsel yaşantılar ölçeği-kadın puanları ile Arkadaşça aşk puanları arasında **negatif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=-0.457$, $p=0.003$).

Hasta grubunda Cinsel yaşantılar ölçeği-erkek puanları ile Tutkulu aşk puanları arasında **negatif yönde, düşük orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=-0.323$, $p=0.033$).

Hasta grubunda Cinsel yaşantılar ölçeği-erkek puanları ile Arkadaşça aşk puanları arasında **negatif yönde, düşük orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=-0.381$, $p=0.011$).

Hasta grubunda Duygusal istismar puanları ile Duygusal ihmal puanları arasında **negatif yönde, orta-iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=-0.548$, $p<0.001$).

Hasta grubunda Duygusal istismar puanları ile Fiziksel istismar puanları arasında **pozitif yönde, orta-iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.533$, $p<0.001$).

Hasta grubunda Tutkulu aşk puanları ile Arkadaşça aşk puanları arasında **pozitif yönde, orta-iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.497$, $p<0.001$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Hasta grubunda İlişki doyum ölçeği, Cinsel yaşantılar ölçeği-kadın, Cinsel yaşantılar ölçeği-erkek, Duygusal istismar, Duygusal ihmal, Cinsel istismar, Fiziksel istismar, Fiziksel ihmal, Tutkulu aşk, Arkadaşça aşk, Oyun gibi aşk, Sahiplenici aşk, Mantıklı aşk ve Özgeci aşk puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)

		İlişki doyum ölçeği	Cinsel yaşantılar ölçeği-kadın	Cinsel yaşantılar ölçeği-erkek	Duygusal istismar	Duygusal ihmal	Cinsel istismar	Fiziksel istismar	Fiziksel ihmal	Tutkulu aşk	Arkadaşça aşk	Oyun gibi aşk	Sahiplenici aşk	Mantıklı aşk
Cinsel yaşantılar ölçeği_kadın	r	-,645(**)												
	p	,000												
	N	56												
Cinsel yaşantılar ölçeği-erkek	r	-,239	.(a)											
	p	,118	.											
	N	44	0											
Duygusal istismar	r	-,292(**)	,393(**)	,197										
	p	,003	,003	,199										
	N	100	56	44										
Duygusal ihmal	r	,338(**)	-,194	,070	-,548(**)									
	p	,001	,152	,654	,000									
	N	100	56	44	100									
Cinsel istismar	r	-,099	-,028	-,112	,124	-,147								
	p	,327	,840	,468	,220	,143								
	N	100	56	44	100	100								
Fiziksel istismar	r	-,153	,021	-,031	,533(**)	-,388(**)	,073							
	p	,129	,880	,840	,000	,000	,470							

	N	100	56	44	100	100	100							
Fiziksel ihmal	r	,120	-,108	,251	-,037	,263(**)	-,184	,022						
	p	,233	,427	,100	,711	,008	,067	,825						
	N	100	56	44	100	100	100	100						
Tutkulu aşk	r	,708(**)	-,612(**)	-,323(*)	-,410(**)	,369(**)	-,094	-,178	,038					
	p	,000	,000	,033	,000	,000	,354	,077	,704					
	N	100	56	44	100	100	100	100	100					
Arkadaşça aşk	r	,427(**)	-,457(**)	-,381(*)	-,292(**)	,141	-,061	-,185	-,006	,497(**)				
	p	,000	,000	,011	,003	,161	,544	,066	,954	,000				
	N	100	56	44	100	100	100	100	100	100				
Oyun gibi aşk	r	-,156	-,139	-,160	-,184	-,173	,049	,009	-,217(*)	,087	-,029			
	p	,121	,306	,299	,066	,086	,631	,933	,030	,390	,777			
	N	100	56	44	100	100	100	100	100	100	100			
Sahiplenici aşk	r	-,039	,106	-,273	,004	-,150	,268(**)	-,028	-,186	,175	,135	,378(**)		
	p	,702	,438	,073	,966	,137	,007	,781	,065	,081	,180	,000		
	N	100	56	44	100	100	100	100	100	100	100	100		
Mantıklı aşk	r	,044	,014	,026	,038	,021	,109	-,012	,003	,003	,272(**)	,036	,100	
	p	,662	,916	,865	,709	,833	,280	,905	,979	,975	,006	,720	,321	
	N	100	56	44	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Özgeci aşk	r	,180	,232	,024	-,049	,004	-,193	-,052	,187	,212(*)	,133	-,111	,323(**)	,139
	p	,073	,086	,876	,631	,966	,054	,608	,063	,034	,188	,271	,001	,167
	N	100	56	44	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

b grup = kontrol

5. TARTIŞMA

Bilindiği gibi, depresif bozukluklar, tüm dünyada yaygın olarak görülen, ciddi mortalite ve morbidite kaynağı olan ve hayat kalitesini önemli ölçüde bozan hastalıklardır (1). Etiyolojisinde genel olarak yaşamın erken dönemlerinde karşılaşılan stres ve travmatik yaşantıların yer aldığı bu önemli hastalık grubu, çoğu zaman travmanın neden olduğu diğer hastalıklarla, özellikle anksiyete bozukluğu ve disosiyasyon bozukluğu ile birliktelik göstermekte, çocukluk çağı travmaları bu hastalıkların sadece görülme oranını değil, gidişatını ve doz-cevap ilişkisi sonucunda şiddetini de etkilemektedir (2-6). Geriye dönük bazı çalışmalarda, çocukluk çağında cinsel ve fiziksel istismara uğramış kişilerin %35-57'sinin yetişkinlik döneminde çeşitli ruhsal belirtiler gösterdiği bildirilmektedir (8-10). Ayrıca, evliliğin ve genel olarak ilişkilerin depresyon oluşumuna karşı koruyucu işlev gördüğü bilindiğinden, çalışmamızda araştırılması amaçlanan bu hasta grubundaki ilişki doyumunun, aşka ilişkin tutumların ve cinsel işlevlerin önemi artmaktadır (7).

Literatür incelendiğinde, ilişki doyumunun, cinsel işlevlerin, aşka ilişkin tutumların veya çocukluk çağı travmalarının tek tek incelendiği pek çok çalışmanın olduğu (52, 62, 77, 121) fakat birarada ele alındıkları yeterince çalışmanın olmadığı gözlenmiştir. Bu nedenle, depresif bozukluk tanılı hasta grubuna yönelik daha önce benzer kapsayıcılığı olan bir çalışmanın yapılmamış olduğunun gözlenmesi, çalışmamızın önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, İlişki Doyumu Ölçeği toplam puanlarının hasta grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır, bu bulgu depresif bozukluğun ilişkilerden alınan doyumu azalttığına güçlü bir kanıtı olarak yorumlanabilir. Literatürde benzer sonuçları elde eden çalışma bulunmaktadır (106).

Ayrıca kontrol grubunda ilişki doyum ölçeği puanlarının, >35 yaş olanlarda <35 yaş olanlara göre, ayrıca kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak

anlamalı derecede düşük çıktığı saptandı. Bu bulguya dayanarak, sağlıklı bireylerde yaş arttıkça ilişkiden alınan doyumun azaldığı ve erkeklerin kadınlara göre ilişkilerinden daha fazla doyum aldıkları söylenebilir. Hasta grubunda ise, anlamalı bir fark gözlenmemiştir. Literatürde ise, ilişki doyumu açısından, cinsiyetler arası fark olmadığını gösteren çalışmalar olduğu gibi (114, 146), kadınların, erkeklere göre romantik ilişki doyumlarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Attridge et al., 1995). Elde edilen bu farklı sonuçlar, daha kapsamlı araştırmaların yapılması gerektiğini göstermektedir.

Hem hasta grubunda, hem de kontrol grubunda ‘aşk’ birlikteliği yapanların ilişki doyumlarının, ‘mantık’ birlikteliği yapanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aşk, karşılıklılığı ve devamlılığı olduğu sürece mutluluğun ve doyumun en üst düzeylerde hissedildiği yaşantılardan olması nedeniyle (Hatfield, 1988), aşk birlikteliği yaşamakta olanların ilişki doyumlarının daha yüksek olması beklenen bir durum olarak yorumlanabilir.

Depresif bozukluk hastalarının büyük bir çoğunluğunda, başta cinsel istek azlığı olmak üzere çeşitli cinsel işlev bozukluklarının görülebildiği bilinmektedir. Daha önce yapılan pek çok araştırma, kadınlarda depresyonun, cinsel istek azlığı ve uyarılma güçlüğü ortaya çıkabildiğini, ayrıca bu kadınların cinsel ilişkiden haz alamama, birleşme sırasında ağrı duyma gibi semptomlarının daha belirgin olduğunu ortaya çıkarmıştır (74, 98, 99). Bizim çalışmamızda da, kadın hasta grubunun, kadın kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamalı derecede yüksek olarak cinsel işlev bozukluğu gösterdiği tespit edilmiştir. Erkeklerde, anlamalı bir fark bulunamamıştır. Bu bulgu, kadınların depresif bozukluğa sahip olmaları durumunda, erkeklere göre cinsel işlevler açısından daha olumsuz etkilendiği şeklinde yorumlanabilir.

Hem kontrol, hem de hasta grubunda ‘mantık’ birlikteliği yapan kadınların, ‘aşk’ birlikteliği yapanlara göre anlamalı derecede yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu konuda literatürde herhangi bir bulgu tespit edilmemiş olması nedeniyle, önemli bir veri olduğu düşünülmektedir. “Aşk” gibi yoğun ve güçlü duygular yerine, rasyonelliğin daha

ön planda olduğu “Mantık” birlikteliği şeklinde kurulan birlikteliklerde, duyguların ve yakınlaşma ihtiyacının daha az hissediliyor olabileceği bu durumu açıklayabilir.

Çalışmamız da, hem hasta grubunda, hem de kontrol grubunda, oyun gibi aşk ve özgeci aşk alt ölçek puanlarının erkeklerde anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Benzer şekilde, Neto (1994) üniversite öğrencilerinin aşk tutumlarını incelediği araştırmasında, erkeklerin oyun gibi aşk ve özgeci aşk puanlarının kadınların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğuna işaret eden bulgular elde etmiştir. Ayrıca Hendrick ve Hendrick (1986) yaptıkları araştırmalarda, erkeklerin oyun gibi aşk puanlarının kadınların puanlarından, kadınların arkadaşça aşk, mantıklı aşk ve sahiplenici aşk puanlarının erkeklerin puanlarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ülkemizde, Büyüksahin ve Hovardaoğlu (2004) tarafından yapılan çalışmada, erkeklerin kadınlardan daha özgeci oldukları, fakat diğer aşk biçimleri yönünden kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır.

Hem kontrol hem de hasta grubunda sözlü veya nişanlı olanlarda Sahiplenici aşk alt ölçek puanlarının, evli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edildi. Benzer şekilde, hasta grubunda <35 yaş olanlarda sahiplenici aşk alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu; kontrol grubunda ise <35 yaş olanlarda, tutkulu aşk alt ölçek puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Sahiplenici aşkın en belirgin özelliğinin kıskançlık olduğu düşünüldüğünde (Lee, 1973), bu bulgular son derece anlamlıdır. Nitekim, Demirtaş (2004) yaptığı çalışmada, yaş ile kıskançlık düzeyi arasında negatif bir korelasyon bulmuştur, yani daha erken dönemde bireyler daha kıskanç, sahiplenici ve tutkulu olmaktadır. Büyüksahin (2006) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise, Tutkulu aşk boyutunda sözlü ve nişanlı olanlar, flört ilişkisi olanlardan daha yüksek puan almışlardır.

Çalışmamız da, hasta grubunda Tutkulu aşk ve Arkadaşça aşk alt ölçek puanlarının, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu, aradaki farkların da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, literatürle uyumludur. Arnold ve Thompson (1995), yaptıkları araştırmada, Tutkulu aşk biçimine sahip kişilerin, depresyon ölçeklerinde daha düşük puanlar aldığını tespit

etmişlerdir. Düzgün (2009) yaptığı araştırmasında evlilikteki romantik doyum ile eşlerin depresyon düzeyleri arasında negatif bir ilişkinin olduğunu saptamıştır.

Hem kontrol, hem de hasta grubunda ‘görücü usulü’ tanışanlarda, ‘mantıklı aşk’ alt ölçek puanları anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde görücü usulü ve flört yoluyla tanışmış çiftleri karşılaştıran yeterince çalışma olmamakla birlikte, Hovardaoğlu ve Büyükşahin (2004)’in çalışmasında, flört ilişkisi olan çiftlerin sadece sahiplenici aşk skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca Furkan Öner(2016)’in tez çalışmasında, görücü usulü ve flört ilişkisi olan çiftler karşılaştırılmış ve sadece sahiplenici aşk yönünden anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Moskvina ve arkadaşları (2007), 324 yineleyen majör depresyon hastasıyla yaptıkları çalışmada, çocukluk çağı travmaları olan grupta depresyon başlangıç yaşının daha erken olduğunu saptamışlar, hatta travmanın şiddeti ile depresyonun daha erken başlaması arasında da anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Fakat bizim çalışmamızda, böyle bir anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Ayrıca Moskvina ve arkadaşlarının (2007), çalışmasında en fazla bildirilen travmalar sırasıyla fiziksel ihmal, duygusal istismar ve duygusal ihmal olarak santanmışken; bizim yaptığımız bu çalışmada ise hasta grubunda Duygusal istismar, Cinsel istismar ve Fiziksel istismar alt ölçek puanlarının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, aradaki farkların da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın çalışmamızla uyumlu olan literatür araştırmaları da mevcuttur. Demir (1999), ergenlerde depresif bozukluğun yaygınlığını incelendiği bir çalışmada, hasta grubunda cinsel istismar ve fiziksel istismar oranlarını kontrol grubuna göre çok daha yüksek bulmuştur.

Yapılan pek çok çalışma hem çocukluk çağındaki fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın, hem de duygusal ve fiziksel ihmalin psikiyatrik tanı ve tedavi öyküsü olan hastalarda genel nüfusa göre daha sık rastlandığını göstermektedir (Kounou, 2013) (143, 144). Bostancı ve arkadaşları, çocuklukta fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismara maruziyet durumlarının yetişkinlikte depresif belirtilerle ilişkili olduğu, majör depresyon tanısı almış bireylerin çocuklukta

travmaya maruz kalmayanlara göre depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha yoğun olduğu sonuçlarına ulaşmışlardır (Bostancı ve ark., 2006). Bizim çalışmamızda da, literatürle uyumlu olarak ‘hasta’ grubunda Duygusal istismar, Cinsel istismar ve Fiziksel istismarın istatistiksel olarak anlamlı derecede daha sık gözlemlendiği sonucuna ulaşılmıştır.

Duygusal ihmal alt ölçek puanlarının ise kontrol grubunda, hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Ülkemizde lise öğrencilerine yönelik yapılan bir araştırmada öğrencilerin %16,5’inin ihmal, %15,8’inin duygusal istismar, %13,5’inin fiziksel istismar ve %10,7’sinin cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir (145)

‘Hasta’ grubunda, ölçekler arası karşılaştırmalar yapıldığında pek çok anlamlı sonuç elde edilmiştir. Çalışmamız da, İlişki doyumu ölçeği ile; Tutkulu aşk ve Arkadaşça aşk puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Literatürde, ilişki doyumu ile aşk biçimleri arasında ilişki arayan araştırmalardan elde edilen sonuçlar bir araştırmadan diğerine bazı farklılıklar gösterse de, genellikle ilişki doyumunun tutkulu, özgeci ve arkadaşça aşk ile olumlu, sahiplenici ve oyun gibi aşk ile olumsuz yönde ilişkisi olduğuna işaret etmektedir. Örneğin, Meeks, Hendrick ve Hendrick (1998) tutkulu, özgeci ve arkadaşça aşk biçimlerinin romantik ilişkilerden sağlanan doyumu ile pozitif yönde ilişkili ilişki olduğuna, buna karşın sahiplenici ve oyun gibi aşk biçimlerinin ilişki doyumu ile negatif yönde ilişki gösterdiğine işaret eden bulgular elde etmişlerdir. Bu anlamda, bulgularımız literatürle uyumludur.

Bilindiği gibi, cinsellik, romantik ilişkilerin en önemli bileşenlerinden biridir, bu nedenle ilişki doyumu arttıkça, cinsel doyumu da artması beklenmektedir. Nitekim, çalışmamızda da, hasta grubunda İlişki doyumu ölçeği ile Cinsel yaşantılar ölçeği-kadın puanları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu bulgulardan yola çıkarak, ilişki doyumu yüksek olan kadınların, cinsel yaşamlarından da daha fazla doyum aldıkları söylenebilir. Konu ile ilgili literatüre bakıldığında da, çoğu çalışmada ilişki doyumu ile cinsel doyumu doğrudan ya da dolaylı biçimde ilişkili olduğu saptanmıştır (Byers, 2005: Schenk, Pfrang ve Rausche, 1983: Sprecher, 2002).

Kadın hasta grubunda Cinsel yaşantılar ölçeği puanları ile Duygusal istismar puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Hem duygusal hem de fiziksel istismar ve ihmalin kişilerarası ilişkilerin gelişimini olumsuz etkilediği, bu kişilerin yakın ilişki kurmakta zorlandıkları bilinmektedir. Bu nedenle, çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireylerin partnerleriyle sorunlar yaşaması ve dolayısıyla cinsel sorunların ortaya çıkması kuvvetle muhtemeldir (Kool ve ark. 2006). Yaptığımız çalışmada ki bulgulara, bize, depresif bozuklukla takipli kadın hastaların, çocukluklarında duygusal istismara maruz kalmışlarsa, yetişkinlikte cinsel işlev bozukluğuna sahip olma oranlarının arttığını göstermiştir.

Hasta grubunda, Duygusal istismar puanları Duygusal ihmal puanları ile negatif, Fiziksel istismar puanları ile pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermiştir. Duygusal istismar ile fiziksel istismarın pozitif yönde anlamlı bulgular vermesi literatürle uyumluyken, duygusal ihmalle negatif korelasyon göstermesi önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Duygusal istismar ve duygusal ihmal çoğu zaman zor fark edilebilen durumlardır. Çocuğa sesini yükseltip bağırma, hakaret etme, tehdit, duygusal ihtiyaçlarını gidermeme, alay etme, ilgilenmeme, sevgi göstermeme, korkutma ve baskı, aşırılık içeren koruma, kendine bağımlı hale getirme gibi türleri en çok yaşananlar arasında yer almaktadır (Hart ve Brassard, 1991; Tıraşçı ve Gören, 2007; Arslan, 2016). Tüm bunlar anlaşıldığında neden en zor fark edilen türler olduğu ortaya çıkmaktadır. İstismar ve ihmalin ayrım noktası, pasiflik ve aktiflik olarak nitelendirilmiştir (Traşçı ve Gören, 2007). Buna göre istismar aktif davranış şekillerini içermekte iken, ihmal pasif şekilde davranışlarda seyreder. Aslında ana- baba veya bakım veren kişinin çocuğu dikkate almayan ve onu önemsemeyen tüm davranışları ihmal kapsamına girmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007).

Kadın hasta grubunda Cinsel yaşantılar ölçeği puanları ile Tutkulu aşk ve Arkadaşça aşk puanları arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu saptanırken; erkek hasta grubunda ise sadece Tutkulu aşk puanları ile negatif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu saptandı. Her ne kadar literatürde bu konuda yeterli çalışmalar bulunmasa da, elde ettiğimiz bu sonuç, Tutkulu aşkın kendi doğası

gereği, cinsel çekiciliği ve yoğun duyguları içermesinin beklenen bir durum olabileceği, gayet olası bir sonuç olarak yorumlanabilir. Yani aşk ne kadar tutkuluysa ve yakınlık duyguları içeriyorsa, cinsel doyumun ve yaşantının o derece daha fazla hissedilmesi beklenir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma ile, literatürde oldukça kısıtlı bir şekilde ele alınmış olan aşka ilişkin tutumlar, ilişki doyumu, cinsel işlev bozuklukları ve çocukluk çağı travmalarının çeşitli değişkenler ile incelenmeleri amaçlanmıştır. Bu yönü ile elde edilen bulguların oldukça önemli olduğu ve literatüre katkı sunacağı düşünülmektedir. Elde ettiğimiz önemli bulgular şöyle sıralanabilir;

- İlişki Doyumu Ölçeği toplam puanlarının hasta grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır

- Kontrol grubunda ilişki doyum ölçeği puanlarının >35 yaş olanlarda, <35 yaş olanlara göre ve ayrıca kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük çıktığı saptandı. Hasta grubunda ise, anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

- Hem hasta grubunda, hem de kontrol grubunda ‘aşk’ birlikteliği yapanların ilişki doyumlarının, ‘mantık’ birlikteliği yapanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Kadın hasta grubunun, kadın kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak cinsel işlev bozukluğu gösterdiği tespit edilmiştir. Erkeklerde, anlamlı bir fark bulunamamıştır.

- Hem kontrol, hem de hasta grubunda ‘mantık’ birlikteliği yapan kadınların, ‘aşk’ birlikteliği yapanlara göre anlamlı derecede yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

- Çalışmamız da, hem hasta grubunda, hem de kontrol grubunda, oyun gibi aşk ve özgeci aşk alt ölçek puanlarının erkeklerde anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

- Hem kontrol hem de hasta grubunda sözlü veya nişanlı olanlarda Sahiplenici aşk alt ölçek puanlarının, evli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edildi. Benzer şekilde, hasta grubunda <35 yaş

olanlarda sahiplenici aşk alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu; kontrol grubunda ise <35 yaş olanlarda, tutkulu aşk alt ölçek puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

- Çalışmamız da, hasta grubunda Tutkulu aşk ve Arkadaşça aşk alt ölçek puanlarının, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu, aradaki farkların da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

- Hem kontrol, hem de hasta grubunda ‘görücü usulü’ tanışanlarda, ‘mantıklı aşk’ alt ölçek puanları anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

- Hasta grubunda Duygusal istismar, Cinsel istismar ve Fiziksel istismar alt ölçek puanlarının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, aradaki farkların da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

- Duygusal ihmal alt ölçek puanlarının kontrol grubunda, hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

- İlişki doyum ölçeği ile; Tutkulu aşk ve Arkadaşça aşk puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır.

- Hasta grubunda, İlişki doyum ölçeği ile Cinsel yaşantılar ölçeği-kadın puanları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır.

- Kadın hasta grubunda Cinsel yaşantılar ölçeği puanları ile Duygusal istismar puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır.

- Hasta grubunda, Duygusal istismar puanları Duygusal ihmal puanları ile negatif, Fiziksel istismar puanları ile pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermiştir.

- Kadın hasta grubunda Cinsel yaşantılar ölçeği puanları ile Tutkulu aşk ve Arkadaşça aşk puanları arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu

saptanırken; erkek hasta grubunda ise sadece Tutkulu aşk puanları ile negatif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır.

- **Çalışmamızın güçlü yanları;** Çalışma örneklemimizde, hasta ve kontrol grubuna uygulanan SCID-1 ile Depresif Bozukluk dışındaki psikiyatrik hastalıklar dışlanmış, ayrıca ek fiziksel hastalığı olan bireyler çalışmaya dahil edilmediği için de, komorbiditelerin araştırma sonuçlarımızı etkilememesi amaçlanmıştır. Yaş ortalamaları açısından her iki grubun farklılık göstermemeleri ve cinsiyet oranlarının dengeli olması da çalışmamızın önemli bir artısıdır. Aynı zamanda ilaç kullanımı devam eden hasta grubundaki katılımcılara, yan etki değerlendirme ölçeği uygulanmış ve herhangi bir ilaç yan etkisi olmadıkları ortaya konulmuştur, böylece elde edilen verilerin daha güvenilir olması ve ilaç kullanımından etkilenmediğinin ispatlanması amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmamız, bu konuda literatürdeki sınırlı sayıda çalışmalardan birisi olması açısından da önem taşımaktadır.

- **Çalışmamızın kısıtlılıkları;** Çalışmamızda kullanılan Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin, geçmişe dönük değerlendirme ölçeği olması nedeniyle hatırlama yanlılığı ve travmaların paylaşımı açısından kısıtlılık yarattığı düşünülmektedir.

Her ne kadar Depresif bozukluğun, hem çocukluk çağı travmaları, hem ilişki doyumu ve cinsel işlevler ile yakın ilişkisi yapılan pek çok araştırmalarla ortaya konulmuş olsa da, yine de yapılacak olan yeni ve daha geniş kapsamlı araştırmaların, bu konuda olası psikopatolojik etkenlerin saptanması ve gerekli müdahalelerin geliştirilebilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

7. ÖZET

Amaç : Çalışmamızda, Depresif bozukluk (DB) hastaları ile sağlıklı gönüllülerde, çocukluk çağı travmalarının, aşka ilişkin tutumların, ilişki doyumunun ve cinsel işlevlerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem : Ötimik dönemde olan 100 DB tanılı hasta ve 100 sağlıklı gönüllü çalışmaya dahil edilmiştir. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ve UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği DB grubuna uygulanmıştır. Ayrıca tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, SCID-1, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Aşka İlişkin Tutumlar Ölçeği (AİTÖ), İlişki Doyumu Ölçeği (İDÖ) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) uygulanmıştır.

Bulgular : Çalışmamızda ilişki doyumunun; hasta grubunda, >35 yaş olanlarda ve kadınlarda azaldığı, ayrıca ilişki doyumu arttıkça, Tutkulu aşk ve Arkadaşça aşkın daha fazla yaşantılandığı ve cinsel işlev bozukluklarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. ‘Aşk’ birlikteliği yapanların ilişki doyumlarının, ‘mantık’ birlikteliği yapanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. ‘Mantık’ birlikteliği yapan kadınların, ‘aşk’ birlikteliği yapanlara göre daha fazla cinsel işlev bozukluğuna sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda, DB grubunda Tutkulu aşk ve Arkadaşça aşk alt ölçek puanlarının, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Hem kontrol grubunda, hem de DB grubunda görücü usulü evlenenlerde, Mantıklı aşk alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. DB grubunda Duygusal istismar, Cinsel istismar ve Fiziksel istismar, kontrol grubunda ise Duygusal İhmal daha yüksek saptanmıştır. Kadın DB grubunda, Duygusal istismar ve cinsel işlev bozukluğu arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Kadın hasta grubunda Tutkulu aşk ve Arkadaşça aşk yaşayanların, daha az cinsel işlev bozukluğuna sahip olduğu saptanmıştır.

Sonuç : Sonuç olarak DB hastalarında ilişki doyumunda azalma, daha fazla istismar öyküsü ve aşka ilişkin tutumlarda farklılıklar olduğu söylenebilir. Elde edilen bulguların oldukça önemli olduğu ve literatüre katkı sunacağı düşünülmektedir. Daha geniş örneklemli prospektif çalışmaların yapılmasını öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Depresif bozukluk, aşka ilişkin tutumlar, cinsel işlevler, ilişki doyumu, çocukluk çağı travmaları



8. ABSTRACT

Aim : In our study, it was aimed to compare childhood traumas, attitudes towards love, relationship satisfaction and sexual functions in depressive disorder patients and healthy volunteers.

Method : 100 patients with depressive disorder in the euthymic period and 100 healthy volunteers were included in the study. Hamilton Depression Scale and UKU Side Effect Rating Scale were applied to the depressive disorder group. In addition, sociodemographic data form, SCID-1, “Childhood Trauma Scale”, “Love Attitudes Scale (short form)”, “Relationship Satisfaction Scale” and “Arizona Sexual Experiences Scale” were administered to all participants.

Results : In our study, relationship satisfaction; In the patient group, it was concluded that it decreased in those aged >35 years and in women, and as the relationship satisfaction increased, Passionate love and Friendly love were experienced more and sexual dysfunctions decreased. It has been determined that the relationship satisfaction of those who have a “love” partnership is higher than those who have a “logical” partnership. It was concluded that women who made a “logical” partnership had more sexual dysfunction than those who were in “love” relationships. In our study, it was determined that the Passionate Love and Friendly Love subscale scores were lower in the depressive disorder group than in the control group. It was determined that the rational love subscale scores were higher in arranged marriages in both the control group and the depressive disorder group. Emotional abuse, Sexual abuse and Physical abuse were found to be higher in the depressive disorder group, and Emotional Neglect was found to be higher in the control group. In the female depressive disorder group, a positive relationship was found between emotional abuse and sexual dysfunction. It was determined that those who experienced Passionate love and Friendly love in the female patient group had less sexual dysfunction.

Conclusion : As a result, it can be said that there is a decrease in relationship satisfaction, more history of abuse and differences in attitudes towards love in patients with depressive disorder. It is thought that the findings obtained are very

important and will contribute to the literature. We recommend conducting prospective studies with larger samples.

Key Words : Depressive disorder, love attitudes, sexual functions, relationship satisfaction, childhood traumas



9. KAYNAKLAR

1. Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Journal of Contemporary Medicine. 2016;6(1):51-66.
2. Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-Hastalık Ve Kültür Etkileşim. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2006;9(3):78-87.
3. Örsel S. Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. Klinik Psikiyatri, Ek. 2004;4:17-24.
4. Bondy B. Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. Dialogues in clinical neuroscience. 2002;4:7-20.
5. Saheh MR. Somatization of depression in psychiatric out-patients. Med J Malaysia. 1989;44(4).
6. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th ed., Newyork: Lippincott Williams & Wilkins, 2014: 347-386
7. Işık E, Işık U, Işık Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Sigma, 2013.
8. Öztürk OM, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2015: 261-326
9. Olchanski N, Myers MM, Halseth M, Cyr PL, Bockstedt L, Goss TF, et al. The economic burden of treatment-resistant depression. Clinical therapeutics.

2013;35(4):512-22.

10. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005;6(4): 227-239.

11. Müller MB, Landgraf R, Keck ME. Vasopressin, major depression, and hypothalamic–pituitary–adrenocortical desensitization. Biological psychiatry 2000; 48(4): 330-333.

12. Gallagher P, Malik N, Newham J, ve ark. Antiglucocorticoid treatments for mood disorders. 2008: 1465-1858.

13. Drevets WC, Price JL, Furey ML. Brain structural and functional abnormalities in mood disorders: implications for neurocircuitry models of depression. Brain structure and function 2008; 213(1-2): 93-118

14. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. The Lancet 2012; 379(9820): 1045-1055.

15. Albayrak EÖ, Ceylan ME. Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2004;17(1):27-33.

16. Lyons MJ, Eisen SA, Goldberg J, True W, Lin N, Meyer JM, et al. A registry-based twin study of depression in men. Archives of general psychiatry. 1998;55(5):468-72.

17. Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. New England Journal of Medicine 2008; 358(1): 55-68.

18. Kato T. Molecular genetics of bipolar disorder and depression. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2007; 61(1): 3-19.

19. Ravindran AV, Matheson K, Griffiths J, ve ark. Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. Journal of affective disorders 2002; 71(1): 121-130.

20. AT Beck. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press, 1976.
21. Türkçapar H. Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi: Depresyon. Ankara: HYB basım yayın, 2013: 21-30.
22. Arkar H. Beck'in Depresyon Modeli Ve Bilişsel Terapisi. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 1992; 5(1-3): 37-40.
23. Sungur MZ. Kognitif görüş bağlamında depresyon ve antisipasyon. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi 1994; 2.
24. Dryden W, Rentoul RR. Adult clinical problems: A cognitive-behavioural approach. Routledge, 1991.
25. Hollon SD, Kriss MR. Cognitive factors in clinical research and practice. Clinical Psychology Review 1984; 4(1): 35-76.
26. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. Journal of personality and social psychology 1991; 61(1): 115.
27. Nolen-Hoeksema S, Davis CG. " Thanks for sharing that": ruminators and their social support networks. Journal of personality and social psychology 1999; 77(4): 801.
28. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR. 4th ed (text revision). 2000.
29. Gilbert P. Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy. Journal of Cognitive Psychotherapy 2002; 16(3): 263-294.
30. Köroğlu E. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. 5. baskı, Ankara: HYB

2013

31. Segal ZV, Pearson JL, Thase ME. Challenges in preventing relapse in major depression: report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. *Journal of Affective Disorders* 2003; 77(2): 97-108.
32. Keller MB, Klerman GL, Lavori PW, ve ark. Long-term outcome of episodes of major depression: clinical and public health significance. *Jama* 1984; 252(6): 788-792.164
33. Keller MB, Lavori PW, Rice J, ve ark. The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of nonbipolar major depressive disorder: a prospective follow-up. *Am J Psychiatry* 1986; 143(1): 24-28.
34. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, ve ark. Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157(2): 229-233.
35. Keller MB. Past, present, and future directions for defining optimal treatment outcome in depression: remission and beyond. *Jama* 2003; 289(23): 3152-3160.
36. Işık E. Depresyonun çeşitli dönemlerinde tedavi amaç ve ilkeleri. *Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Ziraat Gurup Matbaacılık. 2013: 123-136.
37. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, ve ark. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2015; 49(12): 1087-1206.
38. NICE Depression. Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem: National Clinical

Practice Guideline number 23 (update). October 2009 2009;

39. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, ve ark. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. 3th ed. The American Journal of Psychiatry 2010; 167(10): 1.168

40. Başoğlu C, Buldukoğlu K. Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2015; 7(1): 1-15.

41. Kellner CH, Fink M, Knapp R, ve ark. Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. American Journal of Psychiatry 2005; 162(5): 977-982.

42. Howland RH, Shutt LS, Berman SR, ve ark. The emerging use of technology for the treatment of depression and other neuropsychiatric disorders. Annals of Clinical Psychiatry 2011; 23(1): 48-62.

43. Marangell LB, Martinez M, Jurdi RA, ve ark. Neurostimulation therapies in depression: a review of new modalities. Acta Psychiatrica Scandinavica 2007; 116(3): 174-181.

44. Loo CK, McFarquhar TF, Mitchell PB. A review of the safety of repetitive transcranial magnetic stimulation as a clinical treatment for depression. International Journal of Neuropsychopharmacology 2008; 11(1): 131-147.

45. Ruşen Yüksel, Genç Yetişkinlerde Aşk Tutumları ve Yaşamın Anlamı, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya Üniversitesi, 2013, s.79-91

46. Zick Rubin, "Measurement of Romantic Love", Journal of Personality and Social psychology, 1970, 16 (2), p.265-273.

47. Elaine Hatfield, and Rapson, R. L. Love and Sex, Cross-Cultural Perspectives. Boston: Allyn and Bacon, 1996.

48. Elaine Hatfield, Passionate and Companionate Love. In. R.J. Sternberg and M.L. Barnes, (Ed.), The Psychology of Love. New Haven: Yale University Press, 1988, s.191-217.
49. Buss DM. Love acts: the evolutionary biology of love. In Psychology of Love (Eds RJ Sternberg, ML Barnes):100-118. New Haven, Yale University Press, 1988.
50. Sternberg, R.J. (1986). A triangular theory of love. Psychological Review, 93 (2), 119-135.
51. Lee, J. A. The colors of love: An exploration of the ways of loving. Toronto: New Pres, 1973
52. Büyükaşahin ve Hovardaoğlu, Çiftlerin Aşka İlişkin Tutumlarının Lee'nin Çok Boyutlu Aşk Biçimleri Kapsamında İncelenmesi, Türk Psikoloji Dergisi, 2004, 19 (54), 59-72, s.60
53. Wood, J. Interpersonal communication: Everyday encounters. Massachusetts: Wadsworth, 2010; aktaran Miray Açikel, Üniversite Öğrencilerinin Aşk Biçimleri Ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2013, s.14.(Yüksek Lisans Tezi)
54. Ayda Büyükaşahin, Yakın ilişkilerde bağlanım: Yatırım modelinin bağlanma stilleri ve bazı ilişkisel değişkenler yönünden incelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2006, s.74. (Yayınlanmamış doktora tezi)
55. John Alan Lee, "A typology of styles of loving", Personality and Social Psychology Bulletin, 1977, 3, s.173-182
56. Lamanna, M. And Riedmann, A., Marriages and families, California: Thomson Wadsworth, 2009; aktaran Miray Açikel, Üniversite Öğrencilerinin Aşk Biçimleri Ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2013, s.16.(Yüksek Lisans Tezi)
57. David Knox and Caroline Schact, Choices in relationships, Wadsworth, California, 2010, s.66-85
58. De Bellis MD, Zisk A. The Biological Effects of Childhood Trauma. Child

Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014;23(2):185–222.

59. Huh HJ, Kim KH, Lee H-K, Chae J-H. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *J Affect Disord.* 2017;213:44–50.

60. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The longterm impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse Negl.* 1996;20(1):7–21.

61. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AA, Lozano R, editors. World report on violence and health. Cenevre: World Helath Organisation; 2002.

62. Mandelli L, Petrelli C, Serretti A. The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression.* *Eur Psychiatry.* 2015;30(6):665–80.

63. Hovens JGFM, Giltay EJ, Wiersma JE, Spinhoven P, Penninx BWJH, Zitman FG. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;126(3):198–207.

64. Williams LM, Debattista C, Duchemin A-M, Schatzberg AF, Nemeroff CB. Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression: data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression. *Transl Psychiatry.* 2016;6(5):e799–e799.

65. Bülbül F, Çakir Ü, Ülkü C, Üre I, Karabatak O, Alpak G. Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2013;14(2):93–9.

66. Yüksel Ş, Cindoğlu D (Ed). Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal Ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, Bilgilendirme Dosyası 5: Kadın Cinselliği, CETAD,2006.

67. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. 2.Baskı, Ankara: HYB Basım Yayın, 2007; 265-279.
68. İncesu C. Cinsel i levin fizyolojisi. Cinsel İşlev Bozuklukları Monografi Serisi 1998; 1: 3-12.
69. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. JSex Marital Ther 1977; 3(1):3-9.
70. Yaşar H,  zkan L,Tepeler A. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. Klin Den Ar Derg 2010; 1(3): 235-240.
71. Masters WB, Johnson VE. Human Sexual Response. Boston: Little Brown, 1966.
72. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Cinsel Yaşam ve Sorunları. Bilgilendirme Dosyası-1 (Electronic Journal), Erişim: www.cetad.org.tr 2006; 1:21-59.
73. İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Klinik Psikiyatri 2004; Ek 3:3-13.
74. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Psikiyatrik Sorunlar ve Cinsel işlev Bozuklukları. Bilgilendirme Dosyası-9, 2012; 1:34-53.
75. Sadock VA. Normal Human Sexuality and Sexual Dysfunction: In Saddock BJ, Saddock VA (editors). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth Ed., 2007; 1902- 1936.
76. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den  eviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
77. Kayır A,  ahin D. Kadın Cinselli i ve Cinsel İşlev Bozukluğu. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1998; 3 (1):19-58.
78. Bradford JM. The neurobiology, neuropharmacology and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour. Can J Psychiatry 2001; 46(1):26-34.

79. Crenshaw TL, Goldberg JP. Sexual aspects of neurochemistry: in Crenshaw TL, Goldberg JP. Sexual Pharmacology. New York 1996.
80. Stahl SM. Temel Psikofarmakoloji. Taneli B, Taneli Y (Çev. Ed.) İstanbul: Yelkovan Yayınevi, 2003.
81. Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici O. Antidepresan ilaçların cinsel işlev üzerine etkileri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000; 10: 97-102
82. Garnock-Jones KP, McCormack PL. Escitalopram: a review of its use in the management of major depressive disorder in adults. CNS Drugs 2010; 24 (9): 769.
83. Persky H. Psychoendocrinology of Human Sexual Behavior. New York, Praeger, 1987; 114-157.
84. Tot Ş. Menopozun psikiyatrik yönleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5: 114-119.
85. Heiman JR, Rupp H, Janssen E, Newhouse SK, Brauer M, Laan E. Sexual desire, sexual arousal and hormonal differences in premenopausal US and Dutch women with and without low sexual desire. Horm Behav 2011; 59 (5): 772- 779.
86. Yeni E. Kadında orgazmik fonksiyon ve bozuklukları. Androloji Bülteni 2005; 21: 165- 167.
87. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (Çeviri Ed.) 4. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007; 547-562.
88. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. JAMA 1999; 281(Suppl 6):537-544
89. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT. The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States. Chicago: The University of Chicago Pres, 1994; 24-48.
90. Moskowitz D. Women's health monitor. Transitions for health women institute 2002.
91. Tellaloglu S, Kadioglu A. Erkek Seksüel Disfonksiyonu. İstanbul: Nobel Tıp, 2000.

92. CETAD (Cinsel Egitim Tedavi ve Arastırma Derneği) Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması 2006; www.cetad.org.tr.
93. Sungur MZ, Gündüz A. A Comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 Definitions for Sexual Dysfunctions: Critiques and Challenges. *J Sex Med.* 2014; 11(2):364-373.
94. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Yay. Yön. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014; 577-616.
95. Smith A, Rissel CE, Richters J, Grulich AE, Visser R. Sex in Australia: Reproductive experiences and reproductive health among a representative sample of women. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2003; 27(2): 204-209.
96. Meuleman EJ, van Lankveld JJ. Hypoactive sexual desire disorder: an underestimated condition in men. *BJU Int.* 2005; 95(3):291-296.
97. Çeri Ö, Yılmaz A, Soykan A. Cinsel İşlev Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* 2008; 1 (2): 71-78.
98. Şahin D. Psikiyatrik Bozukluklarda Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *T Klin J Psychiatry* 2004; 5:35-42.
99. Frohlich P, Meston C. Sexual Functioning and Self- Reported Depressive Symptoms Among College Women. *The Journal of Sex Research* 2002; 39(4):321-325.
100. Erik H. Erikson, *The Life Cycle Completed: A Review*, Norton, New York, 1982; aktaran Zekeriya Hamamcı ve Ezgi Hamamcı, ‘‘Çocuk Gelişimi Kuramları ve Dil Öğretmenleri İçin Yansımaları’’, *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2015, 4 (1), s. 125-134.
101. Barbara Searle and Naomi M. Meara, ‘‘Affective Dimensions of Attachment Styles: Exploring Selfreported Attachment Style, Gender, and Emotional Experience Among College Students’’, *Journal of Counseling Psychology*, 1999, 46 (2), p. 147-158. 35
102. Leman İnanç vd., ‘‘Ebeveynlerin Çocuk Yetiştirme Tutumları ile Kişilik Yapıları Arasındaki İlişki’’, *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2017, 3 (5), p. 1731-1745.

103. Mary Main vd., "Security In Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move To The Level Of Representation" Monographs of the Society for Reserach in Child Development, 1985, 50 (1-2), p. 66-104. 38
104. Sarah Hebert and Natalee Popadiuk, "University Students' Experiences of Nonmarital Breakups: A Grounded Theory", Journal of College Student Development, 2008, 49 (1), p. 1-14.
105. Serpil Aytaç ve Nuran Bayram, "Üniversite Gençliğinin İş Ve Eş Seçimindeki Etkin Kriterlerinin Analitik Hiyerarşi Süreci (Ahp) İle Analizi", İş, Güç: Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, cilt=3, sayı=1, yıl=2001
106. Mark A. Whisman, "Marital Dissatisfaction And Psychiatric Disorders: Results From The National Comorbidity Survey", Journal of Abnormal Psychology, 1999, 108 (4), p. 701-706. 43
107. Mark H. Davis and H. Alan Oathout, "Maintenance of Satisfaction In Romantic Relationships: Empathy and Relational Competence", Journal of Personality and Social Psychology, 1987, 53 (2), p. 397-410.
108. Sandra Metts and William R. Cupach, "The Influence of Relationship Beliefs and Problem-Solving Responses on Satisfaction In Romantic Relationships", Human Communication Research, 1990, 17 (1), p. 170-185.
109. Lori A. Russell-Chapin vd., "The Relationship of Conflict Resolution Styles and Certain Marital Satisfaction Factors to Marital Distress", The Family Journal, 2001, 9 (3), p. 259-264.
110. Sean Barnes vd., "The Role of Mindfulness In Romantic Relationship Satisfaction and Responses to Relationship Stres", Journal of Marital and Family Therapy, 2007, 33 (4), p. 482-500.
111. Sally Olderbak and Aurelio J. Figueredo, "Predicting Romantic Relationship Satisfaction From Life History Strategy", Personality and Individual Differences, 2009, 46 (5-6), p. 604-610.

112. Annette J. Towler and Alice F. Stuhlmacher, ‘‘ Attachment Styles, Relationship Satisfaction and WellBeing In Working Women’’, The Journal of Social Psychology, 2013, 153 (3), p. 279–298.
113. Joachim Stoeber, ‘‘Dyadic Perfectionism in Romantic Relationships: Predicting Relationship Satisfaction and Longterm Commitment’’, Personality and Individual Differences, 2012, 53(3), p. 300-305.
114. F. Gülşah Beştav, Romantik İlişki Doyumu İle Cinsiyet, Bağlanma Stilleri, Rasyonel Olmayan İnançlar Ve Aşka İlişkin Tutumlar Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2007, s. 65-66 (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
115. Tuğba Sarı, Üniversite Öğrencilerinde Romantik İlişkilerle İlgili Akılcı Olmayan İnançlar, Bağlanma Boyutları Ve İlişki Doyumu Arasındaki İlişkiler, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2008, s. 105 (Yayımlanmamış Doktora Tezi).
116. Eda Çürükvelioğlu, Romantic Relationship Satisfaction In Emerging Adulthood: The Role Of Self Concept Clarity And Personal Agency, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, 2012, s. 52-53 (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
117. Eda Yarkın, Temel Psikolojik İhtiyaçların Karşılama Düzeyinin İlişki Doyum ve Yaşam Doyum Düzeyine Katkısının İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, 2013, s. 68 (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
118. Ayça Saraç, Üniversite Öğrencilerinin Romantik İlişki Doyumunu Yordamada Akılcı Olmayan İnançlar Ve Evlilik Öncesi İlişki Algılarının Rolü, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çukurova Üniversitesi, Adana, 2013, s. 60 (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
119. Merve Ökten, Modeling The Relationship Between Romantic Jealousy And Relationship Satisfaction: The Mediator Roles Of Rumination, Co-Rumination And Self-Compassion, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, 2016, s. 74 (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

120. Aşkın Nur Uysal, Predicting Relationship Satisfaction: Dark Triad Personality Traits, Love Attitudes, Attachment Dimensions, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doğuş Üniversitesi, İstanbul, 2016, s. 39 (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
121. Saadet Ecem Önal Yüceol, Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlar İle İlişki Doyumu ve Romantik İlişkilerde Akılcı Olmayan İnançlar Arasındaki İlişkiler, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, 2016, s. 38 (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
122. Esra Elmas, Love In The Digital Age: An Investigation Of Attachment Styles, Relationship Satisfaction And Partner-Related Facebook USE, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Bilgi Üniversitesi, İstanbul, 2017, s. 34 (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
123. Dila Soğancı, Bağlanma Stilllerinin Romantik İlişki Doyumu Üzerindeki Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haliç Üniversitesi, İstanbul, 2017, s. 67-68 (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
124. Tansu Yavuz, Üniversite Öğrencilerinin İlişki Doyumu ve Bağlanma Stilleri Arasındaki Bağlantı, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, 2018, s. 41 (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
125. Hümeysra Karatatar, Beliren Yetişkinlikte Algılanan Ebeveynlik Stili ve İlişki Doyumu Arasındaki İlişkide Kişilik Özelliklerinin Aracı Rolü, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara, 2018, s. 82-83 (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
126. Gözde Koçak, Sexual Self-schemas: An Exploration of Their Impact on Frequency of Masturbation and Sexual activity, Sexual Satisfaction and Marital Adjustment, Social Science Institutes, Middle East Technical University, Ankara, 2009, p. 94 (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).
127. Robert W. Levenson vd., ‘‘Long-Term Marriage: Age, Gender and Satisfaction’’, Psychology and Aging, 1993, 8 (2), 301-313, p. 301.

128. Samuel Juni and Donald W. Grimm, "Marital Satisfaction as a Function of Dyadic Gender-Role Constellations", *American Journal of Family Therapy*, 1994, 22 (2), 106-112, p. 106.
129. Carolyn E. Cutrona and Julie A. Suhr, Social Support Communication In the Context of Marriage: An Analysis of Couples' Supportive Interactions, In B. R. Burleson, T. L. Albrecht, & I. G. Sarason (eds.), CA: Sage Publications, Thousand Oaks, 1994, p. 113-135.
130. Melinda S. Forthofer vd., "Associations Between Marital Distress and Work Loss In a National Sample", *Journal of Marriage and the Family*, 1996, 58 (3), 597-605, p. 597.
131. Judith A. Feeney, "Attachment, Marital Interaction, and Relationship Satisfaction: A Diary Study", *Personal Relationships*, 2002, 9 (1), 39-55, p. 39.
132. Gilles Trudel, "Sexuality and Marital Life: Results of a Survey", *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2002, 28 (3), 229-249, p. 229.
133. Cindy Hazan and Philip R. Shaver, "Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process", *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, 52 (3), 511-524, p. 511.
134. Katrin Furler vd., "Personality Perceptions And Relationship Satisfaction In Couples", *Journal of Research in Personality*, 2014, 50, 33-41, p. 33.
135. Alexsandro Luiz De Andrade vd., "Relationship Satisfaction in Young Adults: Gender and Love Dimensions", *Interpersona*, 2015, 9 (1), 19-31, p. 19.
136. C. Susan South vd., "Romantic Relationship Satisfaction Moderates The Etiology Of Adult Personality", *Behavior Genetics*, 2016, 46 (1), 124-142, p. 124.
137. J. Christina Breitenstein vd., "Stress, Dyadic Coping, And Relationship Satisfaction In Late Adolescent Couples", *Journal of Social and Personal Relationships*, 2018, 35 (5), 770-790, p. 770.

138. Renske Keizer and Niels Schenk, "Becoming a Parent and Relationship Satisfaction: A Longitudinal Dyadic Perspective", *Journal of Marriage and Family*, 2012, 74 (4), 759-773, p. 759.
139. Manon A. van Scheppingen vd., "Self-Esteem and Relationship Satisfaction During The Transition To Motherhood", *Journal of Personality and Social Psychology*, 2018, 114 (6), 973-991, p. 973.
140. Kathrin Schaffhuser vd., "Dyadic Longitudinal Interplay Between Personality And Relationship Satisfaction: A Focus On Neuroticism And Self-Esteem", *Journal of Research in Personality*, 2014, 53, 124-133, p. 124.
141. Jeffrey Jackson vd., "Gender Differences in Marital Satisfaction: A Meta-analysis", *Journal of Marriage and Family*, 2014, 76 (1), 105–129, p. 105.
142. Julianne McGill vd., "Mindfully In Love: A Meta-Analysis Of The Association Between Mindfulness And Relationship Satisfaction", *Journal of Human Sciences and Extension Volume*, 2016, 4 (1), 255-271, p. 255.
143. Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987; 144:1426-30.
144. Chu JA, Frey LM, Ganzel BL, Matthews JA. Memories of childhood abuse: dissociation, amnesia, and corroboration. *Am J Psychiatry* 1999; 156:749-55.
145. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, et al. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2001; 2:69-78.
146. Sakallı-Uğurlu, N. (2003). How do romantik relationship satisfaction, gender stereotypes and gender relate to future time orientation in romantic relationships? *The Journal of Psychology*, 137(3), 294-303

EK-1 :

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

KADIN FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

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

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

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

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

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

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

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

Orgazmınız tatmin edici midir ?

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

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

ERKEK FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

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

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

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

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

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

Ne kadar kolay boşalırsınız ?

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

Boşalmanız tatmin edici midir ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça tatmin edici	Çok Tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

EK-2 :

LAS(Aşka İlişkin Tutumlar Ölçeği)

Sizden genel olarak, birlikte olduğunuz kişiyi düşünerek her ifadeyi değerlendirmeniz istenmektedir. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne derece yansıttığını, her ifadenin karşısında bulunan ve sizin için en uygun olan boşluğu işaretleyin.

	<i>Kesinlikle yanlış</i>	<i>Yanlış</i>	<i>Kararsızım</i>	<i>Doğru</i>	<i>Kesinlikle doğru</i>
1. Birlikte olduğum kişi bana ilgi göstermediğinde, kendimi baştan aşağıya hasta hissedirim.					
2. Birlikte olduğum kişi diğer insanlarla yaptığım bazı şeyleri bilseydi, bozulurdu.					
3. Onun benimle ilgili bilmediği şeylerin onu incitmeyeceğine inanıyorum.					
4. Birlikte olduğum kişi için her şeye katlanırım.					
5. Birlikte olduğum kişiyi seçerken göz önünde bulundurduğum temel şey, ailem üzerinde nasıl bir etki bırakacağıdır.					
6. Birlikte olduğum kişinin başka biriyle de birlikte olduğundan kuşkulanırsam, rahat edemem.					
7. Arkadaşlığımız zamanla aşka dönüştü.					
8. Birlikte olduğum kişi ve ben fiziksel olarak tam bir uyum içerisindeyiz.					
9. Birlikte olduğum kişinin mutluluğunu kendi mutluluğumun önüne koymadıkça mutlu olamam.					
10. Ona aşık olduğumdan beri başka herhangi bir şey üzerinde yoğunlaşmakta güçlük çekiyorum.					
11. Birlikte olduğum kişiyi seçerken dikkate aldığım faktörlerden biri, mesleki yaşamım üzerinde nasıl bir etkisi olacağı idi.					
12. Birlikte olduğum kişi ideal fiziksel güzellik/ yakışıklılık standartlarıma uygun.					
13. Birlikte olduğum kişinin isteklerini yerine getirebilmesi için genellikle kendi isteklerimden özveride bulanmaya hazırım.					
14. Aşk ilişkimiz iyi bir arkadaşlıktan doğduğu için çok doyum vericidir.					
15. Birlikte olduğum kişi bir süre bana ilgi göstermezse bazen ilgisini tekrar çekmek için aptalca şeyler yaparım.					
16. Birbirimizi gerçekten anlıyoruz.					
17. Birlikte olduğum kişi ve çok sayıda başkalarıyla 'aşk oyunu' oynamaktan hoşlanırım.					
18. Birlikte olduğum kişiyle yoğun bir ilişkiye girmeden önce çocuk sahibi olmamız durumunda onun kalıtsal özellikleri ile benimkinin ne kadar uyumlu olduğunu bulmaya çalışırım.					
19. Bazen onun öteki sevgilileri hakkında bilgi edinmesini engellemek zorunda kalırım.					
20. Birlikte olduğum kişiyi seçerken en önemli faktör, onun iyi bir anababa olup olamayacağı idi.					
21. Birlikte olduğum kişiye acı çektirmektense kendim acı çekmeyi tercih ederim.					
22. Uzun süreli bir arkadaşlıktan doğduğu için aşkımız aşkların en iyisidir.					
23. Birbirimiz için yaratıldığımızı düşünüyorum.					
24. Aşkımız gizemli, mistik bir duygu değil, gerçek bir arkadaşlıktır.					

EK. 3. İLİŞKİ DOYUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda ilişkinizle ilgili olarak ilişkiden aldığınız doyumu ölçmeyi amaçlayan bazı sorular bulunmaktadır. Sorulara evliyseniz eşinizi gözeterek, bekarsanız partnerinizi gözeterek cevap veriniz. Lütfen her soruyu o soruya ait 7 dereceli ölçeği kullanarak değerlendiriniz ve seçtiğiniz rakamı belirgin bir şekilde işaretleyiniz. Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

1. Eşiniz ihtiyaçlarınızı ne kadar iyi karşılıyor?	1	2	3	4	5	6	7
	Hiç karşılamıyor				Çok iyi karşılıyor		
2. Genel olarak ilişkinizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
	Hiç memnun değilim				Çok memnunum		
3. Diğerleri ile karşılaştırdığında ilişkiniz ne kadar iyi?	1	2	3	4	5	6	7
	Çok daha kötü				Çok daha iyi		
4. Ne sıklıkta ilişkinize hiç başlamamış olmayı istersiniz?	1	2	3	4	5	6	7
	Hiçbir zaman				Sürekli		
5. İlişkiniz başlangıçtaki beklentilerinizi karşılıyor mu?	1	2	3	4	5	6	7
	Hiç karşılamıyor				Çok iyi karşılıyor		
6. Eşinizi ne kadar seviyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
	Hiç sevmiyorum				Çok seviyorum		
7. İlişkinizde ne kadar problem var?	1	2	3	4	5	6	7
	Hiç yok				Çok fazla var		

EK – 4 :

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bu sorular *çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)* başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Size uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
4. Anne ve babam bize bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur veya uyuşturucu alırlardı.
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
7. Sevdiğimi hissediyordum.
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki hastaneye gitmem gerekmişti.
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
11. Ailedekiler, o kadar şiddetle vuruyorlardı ki bedenimde morartı oluyordu.
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
16. Çocukluğum mükemmeldi.
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da birdoktorun bunu farketmediği oluyordu.
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
25. Duygusal açıdan kötüye kullanıldığıma (hakaret, aşağılama) inanıyorum.
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecekti birisi vardı.
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

EK – 5 :

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Adı – Soyadı:

2. Cinsiyet : 1.Kadın 2.Erkek

3. Yaş :

5. Hayatınızın büyük kısmını geçirdiğiniz yer : 1. Köy / Kasaba / İlçe 2. Şehir merkezi

4. Öğrenim Düzeyi: 1.İlkokul Mezunu 2. Ortaokul Mezunu
3. Lise Mezunu 4. Lisans Mezunu 5. Lisansüstü (Doktora)

5. Ekonomik Durumunuz (Gelir Düzeyiniz):

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

6. Çalışma Durumunuz :

1. Öğrenci 2. Hiç Çalışmamış 3. Şuan
Çalışıyor
4. Geçmişte Çalışmış, ama şuan çalışmıyor 5. Emekli

7. Sigara kullanıyor musunuz? : 1. Evet 2. Hayır

8. Alkol kullanıyor musunuz? : 1. Evet 2. Hayır

9. Sigara / alkol dışı maddelerden kullanıyor musunuz? : 1. Evet 2. Hayır

10. Kendi doğum öykünüz : 1. Normal 2. Sezaryan/ Erken doğum/ Hipoksi

11. Şu an devam etmekte olan, duygusal bir birlikteliğiniz var mı? : 1. Evet 2. Hayır

12. Cevabınız “Evet” ise, bu ilişkiniz için, şuan hangisi daha uygundur? :

1. Flört aşamasında 2. Sözlü / Nişanlı 3. Evli

13. Partnerinizle kaç yıldır birliktesiniz/ evlisiniz? : Yıl

14. Partnerinizle birlikteliğinizi, nasıl tanımlarsınız? :

1. Aşk Birlikteliği 2. Mantık Birlikteliği 3. Birlikte olmak zorunda bırakıldım

15. Partnerinizle/ eşinizle nasıl tanıştınız?

1. Aşık Olarak 2. Aileler Aracılığı ile (Görücü Usulü)
3. Ortak Arkadaşlar Aracılığı ile 4. Sanal Ortamda (internet vb...)
5. Sosyal ortamda (Okul, iş yeri, düğün, kafe vb...)
6. Arkadaşlık ile başladı, sonra sevgiliye dönüştü...

EK – 6 :

KLİNİK VERİ FORMU :

1. Depresyon Hastalığının Başlangıç Yaşı :

2. Toplam Hastalık Süresi :

3. Hastaneye Yatış Öyküsü : 1. Var 2. Yok → Varsa; kez

4. Psikiyatri Dışı Ek Hastalık : 1. Var 2. Yok → Varsa nedir ;

5. İntihar Girişimi: 1. Var 2. Yok → Varsa; kez

6. İntihar Düşüncesi: 1. Var 2. Yok

7. Şu an veya son 1 aydır antidepresan tedavi alıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

8. EKT veya TMS gibi ilaç dışı tedaviler aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır

EK – 7

HAMILTON DEPRESYONU DERCELENDİRME ÖLÇEĞİ

- | | |
|--|---|
| 1. Depresif ruh hali
(keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik) | 0. Yok
1. Yalnızca soruları cevaplarırken anlaşıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor. |
| 2. Suçluluk duyguları | 0. Yok
1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor. |
| 3. İntihar | 0. Yok.
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntihan düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir). |
| 4. Uykuya dalamamak | 0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor. |
| 5. Geceyarısı uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın). |
| 6. Sabah erken uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor. |
| 7. Çalışma ve aktiviteler | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir. |

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yarımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
8. Retardasyon
(düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)
9. Ajitasyon
10. Psikik anksiyete
11. Somatik anksiyete
12. Somatik semptomlar
Gastrointestinal
13. Somatik semptomlar
Genel
14. Genital semptomlar
(libido kaybı, adet bozuklukları vb.)
15. Hipokondriyaklık
16. Zayıflama
(A ya da B'yi doldurunuz)
17. Durumu hakkında görüşü
0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
4. Tam stuporda.
0. Yok.
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısıyor.
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzüiliyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
0. Yok.
1. Hafif
2. İlimli
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli
- Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:
Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma
Terleme
0. Yok.
1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşılamadı.
0. Yok.
1. Kuruntulu
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyaklık delüzyonları.
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
- B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklerle, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Ek - 8 :

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

1. Araştırmanın Adı: “Çocukluk Çağı Travmaları ile Aşka İlişkin Tutum, İlişki Doyumu ve Cinsel İşlevler Arasındaki İlişkinin Ötimik Depresyon Hastaları İle Sağlıklı Gönüllüler Arasında Karşılaştırılması”

Araştırmanın İçeriği: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, DSM-V tanı kriterlerine göre Depresif bozukluk tanısı ile takip edilen ve çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan “ötimik” hastalar araştırmaya alınmak üzere araştırma yürütücüsüne yönlendirilecektir. Hastalara araştırma anlatıldıktan sonra onam formu doldurulacaktır. Çalışmaya katılacak depresif bozukluk tanısı olan 100 kişinin her biri ile toplamda bir kez psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Sosyodemografik veri formu, Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), UKU YAN ETKİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ, SCID -1 (DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme) hekim tarafından doldurulacaktır. Ayrıca hastaların kendilerinin dolduracağı Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Aşka İlişkin Tutumlar Ölçeği, İlişki Doyumu Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği verilecektir. Çalışmaya katılacak olan 100 sağlıklı kontrol grubuna, sosyodemografik veri formu ve SCID-1 formu hekim tarafından doldurulacaktır, ayrıca kendilerinin dolduracağı Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Aşka İlişkin Tutumlar Ölçeği, İlişki Doyumu Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği verilecektir.

Araştırmanın Amacı: Ötimik depresyon hastaları ve sağlıklı gönüllüler de çocukluk çağı travmaları eşlik etme sıklığı ve aralarındaki ilişkilerin araştırılması, bu iki grubun aşka ilişkin tutum, ilişki doyumu ve cinsel işlevler açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca aşka ilişkin tutumların, çocukluk çağı travmalarının, ilişki doyumunun ve cinsel işlevlerin sosyodemografik verilerle aralarındaki ilişkilere bakılacaktır.

a. Araştırmanın Nedeni:

() Bilimsel araştırma

(x) Tez çalışması

b. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 12 ay

c. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:
100 hasta, 100 sağlıklı kontrol grubu, toplam 200 kişi

Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Deneysel işlem yapılmayacaktır.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Herhangi bir risk ya da zarar söz konusu değildir.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar: **Bu çalışmada Ötimik depresyon hastaları ve sağlıklı gönüllüler de çocukluk çağı travmaları eşlik etme sıklığı ve aralarındaki ilişkilerin araştırılması, bu iki grubun aşka ilişkin tutum, ilişki doyumu ve cinsel işlevler açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca aşka ilişkin tutumların, çocukluk çağı travmalarının, ilişki doyumunun ve cinsel işlevlerin sosyodemografik verilerle aralarındaki ilişkilere bakılacaktır.**

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Mert Sinan BİNGÖL

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede

olduğum, masraflarımın Dr. Mert Sinan Bingöl tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri: Araştırmanın herhangi bir gideri yoktur

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- a. **Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.**
- b. **Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.**
- c. **Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.**
- 8. **Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.**

9. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih: