T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI KADIN HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ ÜST BİLİŞLER VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Cansu Ünsal

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA-2022

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI KADIN HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ ÜST BİLİŞLER VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Cansu Ünsal

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Kâmil Nahit Özmenler

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA-2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince klinik bilgi ve deneyimlerini bizlere aktaran ve mesleki gelişimimiz sırasında desteklerini esirgemeyen başta klinik şefimiz ve tez danışmanım Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER olmak üzere birlikte çalışma fırsatı bulduğum hocalarım Prof. Dr. Özcan UZUN'a, Prof. Dr. Sinan YETKİN'e ve Doç. Dr. Bülent Devrim AKÇAY'a, rotasyonlarım sırasında eğitimime değerli katkılarda bulunan Prof. Dr. Mehmet Ayhan CÖNGÖLOĞLU ve Doç. Dr. Ali Rıza SONKAYA'ya,

Her ne kadar üniversite eğitimim sırasında denk gelememiş olsak da sonrasında yollarımızın kesiştiği, tanımaktan onur duyduğum, bilgilerini koşulsuz bir şekilde bizlere sunmaktan çekinmeyen, kibarlığı, sevecenliği ve samimiyeti ile her zaman desteğini hissettiğim değerli hocam Prof. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ'ye,

Dört senelik bu yol hikayemde her zaman yanımda olan, her türlü zorluğa birlikte göğüs gerdiğimiz, birlikte çokça güldüğümüz, iyi-kötü her anımda her zaman en yakınımda olan, beni ve yaşadıklarımı gerçek anlamda dinleyen ve anlayan, bana kendim olma fırsatı sağlayan, benim için her zaman apayrı bir yerleri olan en büyük destekçilerim, canım arkadaşlarım Uzm. Dr. Esra ÖKSÜZ, Dr. Esra YALIM, Dr. Asuhan PAR, Dr. Barış BOZDAĞ ve Dr. Ekin TAYLAN'a ve uzakta olsa da dostluğunu her zaman yanımda hissettiğim Uzm. Dr. Merve Yılmaz KAYA'ya,

Yaşadığım zorluklarda hiçbir zaman desteğini esirgemeyen Uzm. Dr. Nagihan ÇALIŞKAN'a, bilimsel yazım alanında ve tez sürecimde bana çokça yardımcı olan Uzm. Dr. İbrahim GÜNDOĞMUŞ'a, örneklem oluşturma sürecinde desteklerini esirgemeyen Uzm. Dr. Fatma ARKAZ, Uzm. Dr. Amine Merve SAKA ATALAY ve asistan hekim arkadaşlarıma,

Kliniğimizde özveriyle çalışan, işini hakkıyla yapan ve samimiyetlerine yürekten inandığım tüm sağlık emekçilerimize,

Her zaman arkamda olduklarına emin olduğum, bana cesur olmayı, hakkımı aramayı, pes etmemeyi, merhameti, adaleti ve dürüstlüğü öğreten canım aileme,

Şu anki gurur duyduğum halime gelmemi sağlayan hayatımdaki tüm hatalarıma,

Her ne kadar engellenmeye çalışılsa da yılmadan ayağa kalkan, köhneleşmiş ayrımcı eril zihniyetin zincirlerinden kurtulmak ve özgür bir yaşam sürmek için mücadele eden dünyanın dört bir yanındaki kadınlara ve bizlere kararlı olmanın, adanmışlığın, azmin, cesaretin ve dürüstlüğün önemini gösteren, bugün hala var ettikleri sayesinde bağımsız yaşamaya devam ettiğimiz ülkemizin kurucusu ve hayatımda her zaman yol haritam olacak ulu önder Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK ile başta amcam Şehit Piyade Üsteğmen Ufuk ÜNSAL olmak üzere tüm şehitlerimize sonsuz teşekkürlerimle..

Dr. Cansu ÜNSAL

ÖZET

Cansu Ünsal, Majör Depresif Bozukluk Tanılı Kadın Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Üstbilişler ve Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Ankara, 2022.

Amaç: Depresyon sık görülen, etiyolojisinde birçok etkenin yer aldığı ve işlevsellikte ciddi düzeyde bozulmaya neden olabilen psikiyatrik bir tablodur. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarda bireylerin gelişimini olumsuz yönde etkilemekte ve uzun dönemde çeşitli psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bilişleri değerlendirme, izleme ve kontrol etme stratejilerin psikiyatrik hastalıklardaki rolünü inceleyen üstbiliş hipotezine göre çocukluk dönemindeki travmatik yaşantılar bireylerde maladaptif üstbilişsel inançların gelişmesine neden olmaktadır. Gelişen olumlu ve olumsuz inançlar psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Literatürde bu bağlamda sınırlı sayıda araştırma bulunmakla birlikte bu etkenlerin cinsel yaşam kalitesi üzerindeki etkisine dair çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada, majör depresif bozukluk tanısı konulan kadın hastalarda çocukluk çağı travmalarının üstbilişler ve cinsel yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tasarıma sahip olan mevcut çalışmanın örneklemini Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvurup majör depresif bozukluk tanısı alan ve son 6 aydır düzenli cinsel hayata sahip olan 20-49 yaş arasındaki 91 kadın hasta ile belirtilen özellikler bakımından benzer ve gönüllü olan 99 sağlıklı kadın kontrol oluşturmaktadır. Katılımcıların sosyodemografik verileri görüşme sırasında kaydedilmiş olup, sonrasında Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ-21), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33), Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ-30) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın uygulanmıştır. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemler ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 190 katılımcının yaş ortalaması 32,34±7,73 yıl ve eğitim yılı ortalaması 14,44±5,03 olarak hesaplandı. Yapısal eşitlik modeline göre çocukluk çağı travmalarının, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (Standardize regresyon katsayısı: 0,44; $p<0,001$) ve Üst Bilişler Ölçeği-30 (Standardize regresyon

katsayısı: 0,36; p<0,001) üzerinde pozitif yönde anlamlı ve orta büyüklükte bir etkiye sahip olduğu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın üzerinde ise negatif yönde ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu (Standardize regresyon katsayısı: -0,35; p<0,001) belirlendi. Depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin (Standardize regresyon katsayısı: -0,28; p=0,014) ise cinsel yaşam kalitesi üzerine negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip iken; Üst Biliş Ölçeği-30'un (Standardize regresyon katsayısı: 0,09; p=0,388) cinsel yaşam kalitesi üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı bulundu.

Sonuç: Majör depresif bozukluk tanılı kadın hastalarda çocukluk çağı travmalarının üstbilişler ve cinsel yaşam kalitesi üzerine aracılık etkisinin değerlendirildiği mevcut çalışmada çocukluk çağı travmalarının, üstbilişler üzerine doğrudan, cinsel yaşam kalitesi üzerine doğrudan ve ek olarak depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini etkileyerek dolaylı şekilde etkisinin olduğu saptanmıştır. Sık görülen, kronikleşme riski olan ve tedavi edilmediği takdirde kişilerin cinsel yaşam dahil tüm alanlarda yaşam kalitelerini etkileyebilen depresyonun etiyolojisine ve tedavisine yönelik yapılacak ileri çalışmalar literatüre katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, üstbiliş, çocukluk çağı, travma, cinsel yaşam

ABSTRACT

Cansu Ünsal, The Impact of Childhood Trauma on Metacognitions and Sexual Quality of Life in Female Patients Diagnosed with Major Depressive Disorder. Ankara, 2022.

Objective: Depression is a common psychiatric condition that has many factors in its etiology and can cause serious impairment in functionality. Childhood traumatic experiences negatively affect the development of individuals in physical, mental, and social areas and lead to the emergence of various psychiatric diseases in the long term. According to the metacognition hypothesis, which evaluates the role of strategies to evaluate, monitor, and control cognitions in psychiatric diseases, traumatic experiences in childhood cause maladaptive metacognitive beliefs in individuals. Developing positive and negative beliefs causes the emergence of psychiatric diseases and negatively affects the quality of life. Although there are a limited number of studies in this context in the literature, there is no study on the effect of these factors on the sexual quality of life. The aim of this study is to determine how childhood traumas affect metacognition and the sexual quality of life in women with major depressive disorder.

Materials and Methods: The sample of the study, which has a cross-sectional design, was comprised of 91 female patients aged 20–49 who applied to the Gulhane Training and Research Hospital Department of Psychiatry, were diagnosed with major depressive disorder and had a regular sexual life, and 99 healthy female volunteers as a control group who were similar in terms of the characteristics specified. During the interview, the participants' sociodemographic data were recorded, and the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), Childhood Trauma Scale (CTQ-33), Metacognition Scale (MCQ-30), and Sexual Life Quality Scale-Female were administered. The obtained data were analyzed with appropriate statistical methods.

Results: The mean age of 190 participants included in the study was 32.34±7.73 years, and the mean education year was 14.44±5.03 years. According to the structural equation model, childhood traumas had a significant and moderate positive effect on the Depression-Anxiety-Stress Scale-21 (standardized regression coefficient: 0.44;

p<0.001) and Metacognitions Questionnaire - 30 (standardized regression coefficient: 0.36; p<0.001). It was determined that it had a negative and significant effect on the Sexual Quality of Life Questionnaire-Female (standardized regression coefficient: -0.35; p<0.001). While depression, anxiety, and stress levels (Standardized regression coefficient: -0.28; p = 0.014) had a statistically significant negative effect on the quality of sexual life, it was found that the Metacognitions Questionnaire - 30 (Standardized regression coefficient: 0.09; p = 0.388) did not have a statistically significant effect on the sexual quality of life.

Conclusion: In the current study, which evaluated the mediating effect of childhood traumas on metacognition and sexual quality of life in female patients with major depressive disorder, it was determined that childhood traumas had a direct effect on metacognition and sexual quality of life, and it also had an indirect effect on sexual quality of life by affecting depression, anxiety, and stress levels. Further studies on the etiology and treatment of depression, which is at risk of becoming chronic and can affect the quality of life of individuals in all areas including sexual life if left untreated, will contribute to the literature.

Keywords: Depression, metacognition, childhood, trauma, sexual life

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i

ÖZET ii

ABSTRACT iv

İÇİNDEKİLER vi

SİMGELER VE KISALTMALAR viii

TABLOLAR LİSTESİ x

ŞEKİLLER LİSTESİ xi

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK 3

2.1.1. Tarihçe ve Tanım 3

2.1.2. Epidemiyoloji 4

2.1.3. Etiyoloji 5

2.1.4. Risk Faktörleri 15

2.1.5. Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikleri 15

2.1.6. Klinik Seyir ve Eş Tanılar 19

2.1.7. Tedavi 20

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI 22

2.2.1. Tarihçe ve Tanım 22

2.2.2. Epidemiyoloji 24

2.2.3. Risk Faktörleri 25

2.2.4. Çocukluk Çağı Travma Türleri 26

2.2.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Sonuçları 29

2.3. ÜSTBİLİŞ 34

2.3.1. Tarihçe ve Tanım 34

2.3.2. Üstbilişsel Modelin Psikopatolojiler ile İlişkisi 35

2.4. CİNSEL YAŞAM KALİTESİ 39

2.4.1. Cinsellik ve Kadın Cinselliği 39

2.4.2. Cinsel Sağlık 40

2.4.3. Cinsel Yaşam Kalitesi 41
3. GEREÇ VE YÖNTEM 43
3.1. ÖRNEKLEM 43
3.2. ETİK KURUL ONAYI 44
3.3. UYGULANAN ÖLÇÜM ARAÇLARI 44
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu 44
3.3.2. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21) 45
3.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33) 45
3.3.4. Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ-30) 46
3.3.5. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın 47
3.4. YÖNTEM 47
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 48
4. BULGULAR 49
4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI 49
4.2. SÜREKLİ DEĞİŞKENLERİN ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ 64
4.3. ARACILIK ANALİZİ 70
5. TARTIŞMA 72
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 84
6.1. SONUÇLAR 84
6.2. ÖNERİLER 85
7. ÇIKAR ÇATIŞMASI 86
8. KAYNAKLAR 87
9. EKLER 102
9.1. EK-1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ 102
9.2. EK-2: OLGU RAPOR FORMU 103
9.3. EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 111
9.4. EK-4: ÖZGEÇMİŞ 114
9.5. EK-5: TEZ KONUSU ONAY FORMU 115

SİMGELER VE KISALTMALAR

5-HT : 5-Hidroksitriptamin

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ACTH : Adrenokortikotropik Hormon

ASK : Anterior Singulat Korteks

BDNF : Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör

BDS : Bilişsel Dikkat Sendromu

CAS : Cognitive Attention Syndrome

CFI : Comparative Fit Index – Karşılaştırıcı Uyum İndeksi

CRF : Corticotropin Releasing Factor – Kortikotropin Salgılatıcı Faktör

CRH : Corticotropin Releasing Hormone – Kortikotropin Serbestleştirici Hormon

CRP : C Reaktif Protein

ÇÇT : Çocukluk Çağı Travmaları

ÇÇTÖ-33 : Childhood Trauma Questionnaire-33 – Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33

DASÖ-21 : Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği - 21

DLPFK : Dorsolateral Prefrontal Korteks

DNA : Deoksiribonükleik Asit

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

FGF-2 : Fibroblast Büyüme Faktörü-2

FKBP5 : FK506 Bağlayıcı Protein Geni 5

GABA : Gama Amino Bütirik Asid

HPA : Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal

IL : İnterlökin

K-DYİM : Kendini Düzenleyici Yönetici İşlevler Modeli

LOPFK : Lateral Orbital Prefrontal Korteks

LSD : Liserjik Asit Dietilamid

MAOİ : Monoamin Oksidaz İnhibitörü

MCQ-30 : Metacognitions Questionnaire-30 – Üst Biliş Ölçeği-30

MDB : Majör Depresif Bozukluk

MHFG : Metoksihidroksifenilglikol

NGF : Sinir Büyüme Faktörü

REM : Rapid Eye Movements – Hızlı Göz Hareketleri

RNA : Ribonükleik Asit

SCID-5-CV: Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinician Version – DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen Versiyonu

S-REF : Self Regulatory Executive Funciton

TNF-α : Tümör Nekrozis Faktör-α

TUEK : Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu

ÜBÖ-30 : Üst Biliş Ölçeği - 30

VEGF : Vasküler Endotelyal Büyüme Faktörü – Vascular Endothelial Growth Factor

VMPFK : Ventromedial Prefrontal Korteks

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life – Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. DSM-5 Majör Depresif Bozukluk tanı kriterleri 17
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 49
Tablo 4.2. Katılımcıların fiziksel sağlık ve sigara, alkol, madde kullanım verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 50
Tablo 4.3. Katılımcıların ruhsal sağlık verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 51
Tablo 4.4. Katılımcıların yaşam yeri ve beraber yaşadıkları kişiler ile ilgili verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 52
Tablo 4.5. Katılımcıların cinsellikle ile ilgili verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 53
Tablo 4.6. Katılımcıların Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (DASÖ - 21) puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 54
Tablo 4.7. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33 (ÇÇTÖ-33) puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 57
Tablo 4.8. Katılımcıların Üst Bilişler Ölçeği (ÜBÖ-30) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 60
Tablo 4.9. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33 ile Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği - 21 alt ölçekleri arasındaki korelasyon tablosu 64
Tablo 4.10. Üst Bilişler Ölçeği-30 ile Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği - 21 alt ölçekleri arasındaki korelasyon tablosu 65
Tablo 4.11. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33 alt ölçekleri ile Üst Bilişler Ölçeği-30 alt ölçekleri arasındaki korelasyon tablosu 66
Tablo 4.12. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın ile Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği - 21 alt ölçekleri arasındaki korelasyon tablosu 67

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun depresyon puanları açısından karşılaştırılması 55
Şekil 4.2. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun anksiyete puanları açısından karşılaştırılması 55
Şekil 4.3. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun stres puanları açısından karşılaştırılması 56
Şekil 4.4. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun toplam puanlar açısından karşılaştırılması 56
Şekil 4.5. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun duygusal istismar puanları açısından karşılaştırılması 58
Şekil 4.6. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun fiziksel ihmal puanları açısından karşılaştırılması 58
Şekil 4.7. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun duygusal ihmal puanları açısından karşılaştırılması 59
Şekil 4.8. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun aşırı koruma kontrol puanları açısından karşılaştırılması 59
Şekil 4.9. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun kontrol edilemezlik ve tehlike puanları açısından karşılaştırılması 61
Şekil 4.10. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun bilişsel güven puanları açısından karşılaştırılması 61
Şekil 4.11. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun düşünceleri kontrol ihtiyacı puanları açısından karşılaştırılması 62
Şekil 4.12. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun bilişsel farkındalık puanları açısından karşılaştırılması 62
Şekil 4.13. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun cinsel yaşam kalitesi puanları açısından karşılaştırılması 63
Şekil 4.14. DASÖ-21 Depresyon alt ölçeği ile Cinsel Yaşam Kalitesi ölçek puanlarının karşılaştırılması 68
Şekil 4.15. DASÖ-21 Anksiyete alt ölçeği ile Cinsel Yaşam Kalitesi ölçek puanlarının karşılaştırılması 68
Şekil 4.16. DASÖ-21 Stres alt ölçeği ile Cinsel Yaşam Kalitesi ölçek puanlarının karşılaştırılması 69

Şekil 4.17. DASÖ-21 toplam puan ile Cinsel Yaşam Kalitesi ölçek puanlarının karşılaştırılması 69
Şekil 4.18. ÇÇTÖ-33, DASÖ-21, ÜBÖ-30 ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın ile ölçeklerin alt ölçekleri arasındaki ilişkilerin Yapısal Eşitlik Modeli'ne göre analizi 71

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Majör depresif bozukluk (MDB), aktivitelerden ve öncesinde keyif veren durumlardan artık zevk alamama, ilginin kaybolması ve çökkünlük halinin yanında bunaltı-sıkıntı duygularının da görülebildiği bir duygudurum ile değersizlik, suçluluk, karamsarlık temalarını içeren düşünce içeriği, vejetatif fonksiyonlarda bozulma, fiziksel ve mental işlevlerde yavaşlama ve işlevsellikte azalmayı içeren klinik bir tablodur (1,2). Klinik pratikte en sık görülen ruhsal hastalıklardan biri olan depresyon her yaşta ortaya çıkabilmekte ve kadınlarda iki kat daha fazla görülmektedir (1).

Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) duygusal, fiziksel, bilişsel, davranışsal ve sosyal alanlarda gelişimi etkileyen durumlar olup; günlük hayatta sıklıkla fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ile duygusal veya fiziksel ihmal şeklinde karşımıza çıkmaktadır (3,4). Literatürde yer alan çalışmalarda ÇÇT ile ilerleyen dönemde yaşanan ruhsal bozukluklar arasında korelasyon olduğu saptanmıştır (4). Bununla birlikte geçmiş travmatik yaşantıları olan bireylerde depresyon için başlama yaşının daha erken olduğu, belirtilerin daha şiddetli yaşandığı, atakların daha sık olduğu ve kronikleşmenin daha yüksek olduğu saptanmıştır (3,4,5). Aynı zamanda bu olumsuz yaşantıların, bireylerin kendileri ve dış dünyaya ilişkin algıları üzerinde etkilerinin olduğu bilinmektedir. Sorunlu bir ortamda büyüyen çocukların çeşitli maladaptif stratejiler geliştirdikleri, duygularını ifade etmekten kaçındıkları ve insanlara güven duymadıkları düşünülmektedir (6). Çocukluk çağı cinsel travmalarının erişkin yaşta cinsel fonksiyonları, cinsel doyumu ve yakın ilişkilerdeki doyumu etkilediği gösterilmiştir. Bununla birlikte çocukluk çağı cinsel travma öyküsü olan kadınlarda, öyküsü olmayanlara göre daha düşük cinsel istek, daha az cinsel uyarılma ve orgazm olduğu, daha fazla cinsel ağrı problemleri yaşadığı bilinmektedir (7). Travmatik olayların bireylerde maladaptif inanç ve tutumlara, olumsuz kendilik algısı ve olumsuz cinsel inançlara neden olduğu bu nedenle de travmatik geçmişi olan kişilerin cinsel aktivite esnasında daha az keyif aldığı ve daha fazla cinsel disfonksiyon yaşadığı bildirilmiştir (7,8). Çocukluk çağı cinsel travmalarına maruz kalan kişilerin hepsinde cinsel disfonksiyon görülmemesinin nedeni olarak da yine bilişsel ve duygusal değerlendirme farklılıklarının olması öne sürülmüştür (9).

Üstbiliş terimi bilişin yönlerini değerlendiren, izleyen veya kontrol eden bilgiyi, süreçleri ve stratejileri tanımlar (10). Bu kavram aynı zamanda kişinin ne düşündüğünden ziyade nasıl düşündüğünün duygular üzerinde kontrolü sağlamada önemli olduğunu ifade eder. Wells ve Matthews tarafından kavramlaştırılmış bu hipoteze göre, kişilerin deneyimlerini değerlendirirken etkilendiği bazı olumsuz ve olumlu inançları vardır ve kişiler bu inançları erken dönem sorunlu yaşantılarla başa çıkmak için oluşturmuşlardır (10, 11). Psikolojik rahatsızlıkların temelinde de bu maladaptif bilişsel başa çıkma yollarının olduğu ve bu durumun "Bilişsel Dikkat Sendromu"na neden olduğunu söyleyen bu görüş depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve sosyal fobi gibi hastalıklar üzerinde de çalışılmıştır (11). Literatüre bakıldığında ise bilindiği kadarıyla üstbilişler ve cinsel işlev bozukluklarına dair sınırlı sayıda çalışma olsa da bu kavramın cinsel yaşam kalitesi ilişkisine dair çalışma görülmemiştir.

Tüm bu bilgiler ışığında çalışmanın amacı MDB tanısı alan kadın hastalar ile kontrol grubu olarak alınan gönüllü katılımcıları çocukluk çağı travmatik yaşantıları açısından karşılaştırmak ve travmatik yaşantıların üstbilişler ve cinsel yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmaktır. Araştırma sonucunda psikiyatrik hastalık tablosunun ve cinsel yaşamdaki olası hoşnutsuzlukların altında yatan travmatik yaşantıların ve bu yaşantıların üstbilişlere etkisi değerlendirilerek, bireylerin hem mevcut psikopatolojilerini anlama hem de uygun bireysel tedavi planı sağlayabilmeye yönelik yeni geliştirilecek müdahaleler açısından literatüre katkı sağlayacaktır.

Çalışmanın hipotezleri aşağıda sıralanmıştır:

1. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları üstbilişlerde bozulmaya neden olmaktadır.
2. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları cinsel yaşam kalitesini doğrudan olumsuz yönde etkilemektedir.
3. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini etkileyerek cinsel yaşam kalitesini dolaylı biçimde olumsuz yönde etkilemektedir.
4. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, üstbilişleri etkileyerek cinsel yaşam kalitesini dolaylı biçimde olumsuz yönde etkilemektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK

2.1.1. Tarihçe ve Tanım

Majör depresif bozukluk, bunaltının eşlik edebildiği çökkün duygudurumun olduğu, ek olarak bilişsel fonksiyonlar, psikomotor hareket ve vejetatif işlevlerde olumsuz yönde değişimlerin görüldüğü, haftalar ve hatta aylar sürebilen bir duygudurum bozukluğudur (1, 2). Ruhsal bozukluklar arasında en sık karşılaşılan tablolardan biri olan depresyon, klinik pratikte tek atak veya yineleyici ataklar şeklinde görülebilmektedir. MDB her yaşta ve cinsiyette görülebilmekle birlikte, özellikle 25-44 yaşları arasında ve kadınlarda daha sık görülmektedir. Hastalığın erken yaşta başlamasının hastalık şiddetini artırdığı, hastalık süresini uzattığı, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkiler yarattığı, komorbid hastalık riski ile intihar riskini artırdığı bilinmektedir (1).

Bununla birlikte depresyon, tüm hastalıklar içerisinde en fazla yeti yitimine neden olan hastalıklardan biri olması nedeniyle hem bireysel hem de toplumsal açıdan olumsuz sonuçları bulunan bir sorun olarak ele alınmaktadır (12). Bu klinik tablo, olumsuz yaşam olaylarına karşı verilebilecek olağan tepkilerden farklı olarak kişide uzun süreli olacak şekilde özgüvende azalma, hayattan zevk alamama, umutsuzluk ve isteksizlik varlığı ile karakterize olup, bunun sonucunda iş gücü kaybı ve yeti yitimi nedeniyle toplumsal açıdan doğrudan ve dolaylı ekonomik etkileri bulunmaktadır (1,12,13).

Latince kökenli “depressus” kelimesinden türeyen depresyon terimi, orijinal dilinde “alçakta olmak, bastırmak” anlamına gelmektedir (1). Tarihte depresyona ilişkin ilk yazıların milattan önceki döneme ait olduğu düşünülmektedir. Ruhsal hastalıkların adlandırılması ve sınıflandırılmasına ilişkin ilk çalışmalar Hipokrat ile başlamış olup, doğadaki her şeyin yapısının toprak, hava, ateş ve su şeklindeki dört ana elementin oluşturduğunu ve bu elementlerdeki orantısızlığın hastalıklara neden olduğunu ileri sürmüştür. Depresyon için ise melankoli (melan=siyah ve chloé=safra) terimini kullanmış, vücuttaki biriken kara safranın beyni etkilediğini iddia etmiştir.

Süreç içerisinde Efesli Soranus, Kapadokyalı Aretaeus ve Bergamalı Galen'in melankolinin etiyolojisine ve klinik görünümüne ilişkin teorileri tarihte yerini almıştır (14). Galen melankoliyi korku duyma, insanlardan nefret etme ve yaşamdan memnun olmama hali olarak tanımlamaktadır. Milattan sonra 1000'li yıllarda ise bu terim İbn-i Sina tarafından bireyin vücut sıvılarının oransal farklılığı nedeniyle ortaya çıkan bir durum olarak nitelendirilmiştir. Bu tanımın modern nörotransmitter hipotezinin kökeni olduğu söylenebilmektedir 1500'lü yıllarda Timothy Bright tarafından yazılan "Melankoli" ve 1600'lü yıllarda Robert Burton tarafından yazılan "Melankolinin Anatomisi" isimli kitaplarda ise hastalığın fizyolojik kökenlerinin ve semptomlarının tariflendiği görülmektedir (13,14). On yedinci yüzyılın sonlarına doğru melankoli etiyolojisinde yer aldığı düşünülen humoral yaklaşım yerini kimyasal ve anatomik sınıflandırmalara bırakmıştır. Theodor Meynert ve Carl Wernicke gibi isimler beyin yapısı ve işlevleri ile ruhsal hastalıkların arasındaki etkileşime dair çalışmalarda bulunmuş olup, ruhsal hastalıkların sinir sisteminin birleştirici ve bütünleştirici işlevindeki sorun nedeniyle ortaya çıktığını öne sürmüşlerdir (14). Yirminci yüzyılın başlarında ise Emil Kraepelin melankolinin, depresyonun bir semptomu olduğunu ve depresyonda görülen ana patolojinin duygusal, fiziksel ve zihinsel süreçlerde olduğunu öne sürmüştür (13). Bununla birlikte "Psikiyatri Temel Kitabı" isimli kitabında mani ve melankoli belirtilerinin "mani-melankoli psikozu" adını verdiği aynı hastalığın iki farklı görünümü olduğunu iddia etmiştir. Eugen Bleuler ise daha önce tarif edilmiş olan manik-depresif hastalıkların tanısal sınırını genişletmiştir (13,14). Süreç içerisinde, depresyon sadece genetik, nöroanatomi, nöroendokrin ve nörotransmitter sistem gibi fizyolojik temelleriyle değil bireysel farklılıkları içeren psikanalitik, davranışçı ve bilişsel bakış açılarıyla da ele alınmaktadır (13).

2.1.2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yakın zamanlı verilerine göre, dünya üzerinde yaklaşık 322 milyon kişinin depresyondan etkilendiği ve her yıl yaklaşık 800 bin kişinin intihar nedeniyle hayatını kaybettiği bilinmektedir (15). Yaygın görülen ve toplumsal açıdan önemli yansımaları olan bu psikiyatrik tabloya ilişkin uluslararası epidemiyolojik veriler incelendiğinde hastalığın 12 aylık prevalansının %2,2-10,4 arasında, yaşam boyu prevalansının ise %6,5-21 arasında değiştiği belirlenmiştir.

Uluslararası alanda yapılan çalışmalarda yaşam boyu depresyon hızının Fransa'da %21 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) %19,2 olmak üzere gelişmiş ülkelerde daha yüksek olduğu görülmüştür (12). Bununla birlikte tüm ülkelerde depresyonun kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü, yaşam boyu riskin kadınlar için %10-26 arasında, erkeklerde %3-12 arasında olduğu ve sosyoekonomik faktörlerin hastalığın görülme hızını etkilediği bilinmektedir (12,15).

Türkiye'de yapılan çeşitli araştırmalar depresyona ilişkin önemli epidemiyolojik veriler sunmuş olup, bu çalışmaların sonucunda depresyon hızının Avrupa ülkelerine yakın olduğu, 12 aylık dönemde yaklaşık olarak %4 ve yaşam boyu ise yaklaşık %10 oranında görüldüğü, buna ek olarak literatür verilerine benzer şekilde genç yaş ve kadın cinsiyette daha fazla görüldüğü saptanmıştır (12,13). 1998 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması verilerine göre depresyonun görülme oranının kadınlarda yıllık %13 ve erkeklerde ise yıllık %8 olduğu saptanmıştır (15). Depresyonun kadınlarda daha sık görülmesinin nedenleri olarak genetik duyarlılık ve biyolojik etmenlerin yanı sıra çocukluk döneminden itibaren maruz kaldığı toplumsal rollere ilişkin beklentiler ve sosyoekonomik olarak negatif ayrımcılığa maruziyet gibi faktörler gösterilmektedir. Bununla birlikte yaş ilerledikçe cinsiyetler arası farkın azaldığı bilinmektedir (1). Sosyoekonomik faktörlerin depresyon üzerine etkisine ilişkin çelişkili bulgular mevcut olmakla birlikte Türkiye'de yapılan bir çalışmada depresyonun bekar, dul veya boşanmış, okur-yazar olmayan ve düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerde daha sık görüldüğü, eğitim düzeyinin ise depresyon hızı üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır (12).

2.1.3. Etiyoloji

a. Genetik etkenler: Gelişen teknolojiyle birlikte duygudurum bozuklukları ile ilgili yapılan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında hastalığın etiyolojisinde genetiğin önemli etkisinin olduğu gösterilmiştir. Süreç içerisinde yapılan bağlantı analizleri ve assosiasyon çalışmalarında ise bu genetik faktörlere ilişkin belirli aday gen ya da kromozom bölgesi saptanmamıştır. MDB hastalarının aileleri ile yapılan çalışmalarda, kontrollere göre hastalığın yaklaşık 2-4 kat daha sık görüldüğü, ve hastaların birinci derece akrabalarında rölatif riskin 2,84 olarak hesaplandığı belirtilmiştir. İkiz çalışmalarında ise monozigot ikizlerde riskin %40 dizigotlarda ise

%11 kadar olduğu, genetik etmenlerin hastalığın etiyolojisinde %50-70 rol oynadığı, çevresel etkenlerin ise %5 oranında sorumlu olduğu, genel olarak ise kalıtılabilirliğin %37 oranında olduğu saptanmıştır (1,16). İlişkili olabilecek gen bölgelerinin incelendiği çalışmalar kesin sonuçlar vermemekle birlikte 1, 3, 4, 6, 8, 11, 12, 15, 18 ve 21. kromozomlarda bulunan gen bölgelerinin depresyon ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (1,17).

Depresyonda patofizyolojik ve tedavi açısından ilişkisi en iyi bilinen nörotransmitterlerden biri olması nedeniyle üzerinde en fazla durulan molekül serotonindir. Çalışmalarda serotonin taşıyıcıları ve serotonin reseptörlerini kodlayan genlerdeki değişikliklerin de depresyonla ilişkili olabileceği saptanmıştır (1). Serotonin sentezinin hız kısıtlayıcısı olan triptofan hidroksilaz enzimiyle ilişkili gendeki polimorfizmin de depresyon riskini artırdığı düşünülmektedir. Serotonine benzer şekilde depresyon etiyolojisinde rol oynadığı düşünülen noradrenerjik ve dopaminerjik sistemlerin incelendiği çalışmalar da devam etmektedir (17).

Genetik yatkınlığa ek olarak çevresel faktörlerin de sinir sistemi üzerine transkripsiyonel epigenetik değişikliklere yol açtığı ve bu şekilde genlerin ifadelerinin değişmesi sonucu hastalığın görülme riski ile klinik görünümünde farklılıkların görülbileceği ileri sürülmüştür. Literatürde stresin, özellikle BDNF geni üzerinde deoksiribonükleik asit (DNA) metilasyonu, histon modifikasyonu ve bir ribonükleik asit (RNA) türü olan mikro-RNA (miRNA) disregülasyonu gibi epigenetik değişikliklere yol açarak maladaptif davranışlar ile depresyona yatkınlık oluşturabileceğine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (18). Tüm bu gelişmeler ışığında depresyonun erken başlangıçlı, yüksek yineleme eğilimi gösteren, çok sayıda eş tanı içeren bazı klinik alt tiplerinde kalıtılabilirliğin yüksek olduğu, gelişen teknolojiyle birlikte genetik çalışmaların devam etmesi ile hastalığa ilişkin koruyucu önlemlerin alınabileceği, biyolojik ölçütler oluşturularak tanısal kategorizasyonun homojenize edilebileceği, bu sayede yeni ve etkin tedavi yöntemleri geliştirilebileceği öne sürülmüştür (16).

b. Nörobiyolojik etkenler: Depresyonun etiyolojisine yönelik çalışmalar yaklaşık yetmiş yıldan beri devam etmekte olup halen hastalığın patofizyolojisine ilişkin açıklamalar yetersiz kalmaktadır. Bu süreçte nörobiyolojik kökenlere ilişkin çeşitli hipotezler öne sürülmüş olsa da son dönemdeki çalışmalarla birlikte, olumsuz

yaşantılar ve tıbbi durumlar gibi diğer faktörlerin de hastalığa ilişkin etkileri göz önüne alınmaktadır (19).

- **Nörotransmitter Sistemi ile İlişkili Faktörler**

1900'lü yıllarda tüm beyin işlevlerinin dopamin ile ilişkili olduğu görüşü, liserjik asit dietilamid (LSD) ve serotonin arasındaki ilişkinin gösterilmesi, asetilkolin sinapslarının tanımlanması ve depresyon ile monoamin sistemindeki ilişkinin saptanması depresyona ilişkin etiyolojik hipotezleri derinden etkilemiştir (14). Rezerpinin monoaminlerde azalmaya sebep olarak depresyona yol açması serotonin, noradrenalin ve dopamin gibi biyolojik aminlerle ilişkilendirilen monoaminerjik sistem teorisinin doğuşuna temel olmuştur (20,21). Bununla birlikte beyin omurilik sıvısına ilişkin incelemeler sonucunda norepinefrin ve serotonin ile birlikte dopaminin de depresyon nörobiyolojisinde yer aldığı, fakat antidepresan etkinliğin haftalar sonrasında ortaya çıkması nedeniyle depresyonun etiyolojisinin sadece monoaminerjik hipotezle açıklanamayacağı anlaşılmıştır. Aynı zamanda presinaptik ve postsinaptik nörotransmitter reseptörleri ile anatomik yapılar arasındaki etkileşimin depresyon kliniğinin etiyolojisine olan etkisi de ilgi çeken başka bir mekanizma olarak literatürde yer almaktadır (21).

Depresyon hastaları ile kontrol grubunun karşılaştırıldığı çalışmalarda hastaların idrarlarında norepinefrin yıkım ürünü olan metoksihidroksifenilglikol (MHFG) düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (20). Depresyon etiyolojisinde üzerinde durulan bir başka monoamin ailesi üyesi olan dopamin ile yapılan çalışmalarda ise medial prefrontal korteks ve ventral tegmental alandaki dopaminerjik değişiklikler sonucunda beyin ödül sisteminde bozukluk ve anhedoni gelişimi görüldüğü öne sürülmüştür (21). Bununla birlikte depresyon tanısı konulmuş hastaların beyin omurilik sıvılarında dopaminin metaboliti olan homovalinik asitin azaldığı saptanmıştır (20). Ek olarak monoaminerjik sistemle yakın ilişkide olan glutamat ve gama amino bütirik asit (GABA) ile ilişkili araştırmalarda sırasıyla eksitatör ve inhibitör özellikleri bulunan bu iki nörotransmitterin depresyondaki bireylerin beynindeki farklı yapısal kısımlarda azaldığı ve buna zıt olarak kolinerjik sistem aktivitesinin arttığı anlaşılmıştır (20,21). Tüm bu bilgiler ışığında nörotransmitterlerin depresyon etiyolojisindeki rolü önem kazanmakta ve giderek

artan araştırmalarla birlikte tedaviye yönelik yeni hedefe yönelik ilaç çalışmaları devam etmektedir.

- **Nöroanatomik Sistem ile İlişkili Faktörler**

Duygudurum regülasyonu ile prefrontal korteks ve limbik sistem gibi beyin yapıları arasındaki bağlantıların olduğu bilinmektedir. Özellikle lateral orbital prefrontal korteks (LOPFK), ventromedial prefrontal korteks (VMPFK), anterior singulat korteks (ASK), dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK), insula ve nükleus akumbens dahil olmak üzere ventral striatum, amigdala ve hipokampus gibi anatomik bölgeler duygudurum regülasyonunda başlıca rolü olan yapılar olarak değerlendirilmektedir (18,21). Bu yapılardan limbik sistemle ilişkili olanlar işlenmemiş emosyonlara aracılık etmekte; prefrontal korteks ve anterior singulat korteks ise emosyonların bilişsel işlenmesini sağlamaktadır. Depresyon sürecinde, beyinde "bottom-up" fenomeni olarak tanımlanan ve beyin sapı ile limbik bölgelerin inhibitör korteks aktivitesini aşacak düzeyde hiperaktivite gösterdiği ya da korteksin bu inhibisyonu yapamayacak kadar hipoaktif olduğu durumlarda ortaya çıktığı öne sürülmüştür. Bu bağlamda hastalık sürecinde özellikle PFK, bazal ganglionlar, amigdala ve hipokampüste hacimsel azalmaların olduğu, VMPFK ve LOPFK'da hiperaktivite ile DLPFK'de hipoaktivite görüldüğü saptanmıştır. VMPFK'deki bu aktivite anksiyete ve depresif ruminasyonlar ile ilişkili bulunurken, DLPFK hipoaktivitesi ise psikomotor hareketlerde azalma, apati, dikkat ve bellek bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (21). Literatür incelendiğinde depresyon hastalarında özellikle hipokampal bölge başta olmak üzere birçok beyin yapısında hacim azalması, kortikal kalınlıkta ve gri cevher hacminde azalma ile beyaz cevher yapısında bozulma gibi patolojilerin kontrollere kıyasla daha fazla olduğu, bu durumun yineleyen ve tedavi edilmemiş depresyon tablolarında daha sık görüldüğü, antidepresanların ve elektrokonvülzif terapinin bu durumu tersine çevirebildiği gösterilmiştir (18,21). Bununla birlikte depresyonun nöroanatomik ve nörofonksiyonel kökenleri halen tam olarak aydınlatılamamış olup, gelişen teknolojiyle birlikte araştırmalar gün geçtikçe artmakta ve bu faktörlerin patogenezde yer alan diğer faktörlerle yakın ilişkili olduğu gösterilmektedir.

- **Nöroendokrin Sistem ile İlişkili Faktörler**

Depresyondaki en tutarlı biyolojik bulgulardan birinin hipotalamo-hipofizer-adrenal (HPA) aksındaki değişiklikler olduğu gösterilmiştir (22). Strese yanıt olarak ortaya çıkan glukokortikoidler, birçok hormonun düzeyini değiştirmekte ve reseptörleri aracılığıyla beynin çeşitli bölgelerindeki stres yanıtı geri bildirimini düzenlemektedir. Depresyondaki artmış glukokortikoid seviyelerinin en çok beynin yürütücü işlevleri ve duygu işlemlemesinden sorumlu olan prefrontal korteks ile limbik sistemi etkilediği bilinmektedir. Çocukluk çağında olumsuz yaşantıların varlığında da depresyona benzer şekilde bazı beyin bölgelerinde işlevsel ve yapısal değişimler görülmekte ve affekt işleme devrelerinde nörogelişimsel farklılıkların olduğu bilinmektedir (21). Bu yaşantılar aynı zamanda kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) salınımının sürekli yüksek kalmasına ve HPA ekseninin sürekli olarak duyarlaşmasına, bu şekilde bireylerin depresyona yatkın olmasına neden olduğu ileri sürülmektedir (22). Uzamış stres durumlarında glukokortikoid direnci olarak isimlendirilen bu tabloda glukokortikoid reseptörlerinin desensitize olduğu ve hem atak hem de remisyon döneminde HPA aksı üzerinde geri bildirim mekanizmasının bozulduğu bilinmektedir (21).

Hayat boyunca değişiklik gösteren endokrin sistemindeki hormonal değişiklikler nedeniyle kadınların hayatlarının menstrüasyon öncesi, doğurganlık çağı ve menopoz dönemi gibi farklı dönemlerinde çeşitli ruh sağlığı sorunları yaşadığı bilinmektedir (23). Literatürde nöroendokrin devrelerin depresyonun etiyolojisindeki rolüne ilişkin çalışmalar halen devam etmekte olup bireyselleştirilmiş tedavilerde sistemsel yaklaşımın tedavi başarısı açısından etkili olabileceği düşünülmektedir (22).

- **Nöroinflamatuar Sistem ile İlişkili Faktörler**

Psikonöroimmünoloji alanındaki depresyon ile ilgili yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, hastalığın patogenezinde inflamasyonun rolünün olduğu, depresyondaki kişilerin periferik kan ve beyin omurilik sıvılarında tümör nekrozis faktör-α (TNF-α), interlökin-10 (IL-10), IL-6 gibi proinflamatuar sitokinlerin ve C reaktif protein (CRP) gibi inflamatuar belirteçlerin yüksek düzeyde saptandığı görülmüştür (18,21,24). Kronik stresin de glukokortikoid reseptörlerinde duyarsızlaşmaya yol açarak dolaylı biçimde HPA eksenini aktive ettiği ve

reseptörlerin gen ekspresyonunu artırdığı, bu şekilde hem immün sistemin baskılandığı hem de proinflamatuar aktivasyona yol açtığı gözlenmiştir (24). Sitokinlerin, stres durumlarında triptofan metabolizmasını değiştirdiği, kinürenin oluşumunu ve özellikle serotonin taşıyıcılarında upregülasyona yol açarak serotonin nörotransmisyonunu artırdığı, bu durumun ise serotonin miktarını azalttığı ve sonuç olarak glutamat metabolizması üzerinden nörotoksisite yaratarak klinik depresyon görünümüne yol açtığı öne sürülmüştür (21,24,25). Aynı zamanda proinflamatuar sitokinlerin BDNF'yi azaltarak, hipokampüsteki nörogenezis üzerinde inhibisyona yol açtığı ve mikroglia aktivasyonuna bağlı TNF-α ve IL-6 artışı ile ortaya çıkan antinörojenik etkilerin sonucunda depresif belirtilere neden olduğu saptanmıştır (18,24). Sonuç olarak depresyonun etiyolojisinde yeri olan immün sistem ilişkili mekanizmaların açıklanmasına yönelik çalışmalar devam etmekle birlikte bu alanda yapılacak ileri çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

- **Nörogenezis, Nöroplastisite ve Nörotrofinler ile İlişkili Faktörler**

BDNF, sinir büyüme faktörü (nerve growth factor, NGF), vasküler endotelyal büyüme faktörü (vascular endothelial growth factor, VEGF), fibroblast büyüme faktörü 2 (fibroblast growth factor 2, FGF-2) ve nörotrofin-3 gibi nörotrofik faktörlerin nörogenez ve beyin gelişiminde etkili oldukları, bununla birlikte stres ve psikotrop ilaçlar gibi çeşitli dış faktörlerden etkilendikleri bilinmektedir. Aynı zamanda stres halinde bu nörotrofik faktörlerde azalmanın olduğu ve bu durumun limbik sistem ve korteksteki bazı alanlarda hacim azalmasına ek olarak plastisitede bozulmaya da neden olabileceği belirtilmiştir (21). Nörotrofinlerle ilişkili çalışmalar tutarlı şekilde depresyon hastalarında nöral plastisite, göç ve sağkalımı düzenleyen bir madde olan BDNF düzeylerinin düşük olduğunu, bu nedenle nörogenez ve dayanıklılığın azaldığını göstermekte olup antidepresan tedavi ile monoaminerjik aktivite sağlanarak BDNF düzeylerinin artırılabileceği ve plastisitenin tekrar sağlanabileceğini öne sürmektedir (21,26). Depresyonun nörobiyolojisindeki nörotrofik faktörler, nörogenez ve nöroplastisiteye ilişkin edinilen bilgiler gün geçtikçe artmakta ve tüm bu güncel bilgiler etiyolojiye ve tedaviye yönelik yapılacak yeni çalışmaları planlamak için araştırmacılara ışık tutmaktadır.

c. Psikolojik etkenler

- **Psikodinamik Kuram**

Depresyon hakkındaki ilk psikanalitik yazı Karl Abraham tarafından yayınlanmış olup bu eserde depresyon libido teorisi bağlamında kişinin elde edilmesi olanaksız olan bir doyuma ulaşmasının bastırma mekanizması tarafından engellenmesi olduğu işaret edilmektedir. Bu doyuma ulaşma konusunda umudu olmayan bireyin, bu konudaki çabası derin bir bastırmaya uğradığı ve bilinçdışında bağ kurdukları nesneyi yok etme arzuları olduğu için sevme veya sevilme duygularını hissedemediği, bu nedenle diğerleri ile duygusal anlamda yakınlık kuramadığı öne sürülmüştür. Psikodinamik yaklaşımda kişinin içsel dinamiklerinin anlaşılmasında önemli rol oynayan savunma mekanizmalarına ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde ise özellikle inkar, projeksiyon, kendine döndürme, pasif agresyon, reaksiyon formasyon, idealizasyon ve saldırganla özdeşimin kullanıldığı belirtilmiştir (27).

Sigmund Freud tarafından yazılan 1917 tarihli "Yas ve Melankoli" isimli eserde ise yas ve depresyon arasında benzerlik olduğu, her iki süreçte de kayıp nedeniyle ortaya çıkan keder, dış dünyaya olan ilgisizlik, sevme kapasitesinin yitirilmesinin ön planda olduğu, buna ek olarak depresyonda öz saygıda azalma ve suçluluk hissi ile cezalandırılma beklentisinin de görülebildiği belirtilmiştir (1,27). Aynı zamanda bu yazıda içsel ve bilinçdışı yaşanan bu kaybın kişinin egosunda bölünmeye yol açtığı, egonun bir bölümünün diğer bölümüne karşı eleştirel bir pozisyonda konumlanarak dışsal bir nesne gibi davrandığı öne sürülmüştür (27). Bununla birlikte bu durum içe atma ile nesne yitimini iptal etmek için yapılan bir girişim sayılmakla birlikte sevilen nesneyle birleşme çabası olarak da değerlendirilmektedir. Kaybedilen nesneye dönük agresyon ve sadizmin egoya dönmesi ile nesnenin gölgesinin egonun üzerine düştüğü şeklinde betimlenmiştir (1). Bu bağlamda çocukluk çağında yoğun nesne ilişkileri kurduğu ve sevdiği biri tarafından hüsrana uğratılmış çocuğun, o kişiye yönelttiği libidoyu geri çektiği, kaybedilen nesne ile özdeşleşen bu kısmın geri çekilen libidoyu absorbe ettiği, bu nedenle kaybedilen nesneye yönelen ambivalan duyguların hedefi olduğu ve kişinin iç dünyasını depresyona yatkın hale getirdiği şeklinde formüle edilmiştir (27).

Edith Jacobson kişide belli bir tatminin ortaya çıkmasının sağlanamaması durumunda yaşanan narsistik kırılmanın öfke ortaya çıkardığını ve bu amaca ulaşılamaması durumunda agresyonun kendine döndüğünü ve böylece kişinin kendisini değersiz hissedip depresyonun ortaya çıktığı hipotezini savunmuştur. Edward Bibring'e göre ise depresyon, egonun yaşanan gerçek ya da hayali çaresizlik ile gerçekleştirilemeyen narsistik arzular arasında oluşan farkındalığı nedeniyle meydana gelmektedir (27). Bu hipoteze göre amaca ulaşmadaki yetersizliği gösteren kendilik temsilcilerinin nesne kaybından daha önemli olduğu, geçmiş dönem çaresizlik yaşantılarına fikse olan kendilik temsilcilerinin depresif durumla başa çıkmada yeterli başarıya ulaşamayacağı öne sürülmüştür (1).

- **Bağlanma Kuramı**

John Bowlby tarafından öne sürülen bağlanma kuramında, doğumdan sonraki ilk yıllarda primer bakımverenlerle olan ilişkilerin temel bağlanma paternini oluşturduğu, bu nedenle bu erken ilişki deneyimlerinin duygusal bağların temeli olması nedeniyle depresyona yatkınlık üzerinde önemli etkilerinin olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda anksiyöz bağlanma geliştiren bireylerin bebeklik döneminde ihtiyaçları olan destek ve duygusal bağın bakımveren tarafından tutarsız şekilde verildiği, bu nedenle ileriki dönemde kendi çevreleri üzerinde kontrol hissini kaybetmiş, yetkin bir kendilik geliştirmeyi başaramamış ve sürekli önemli ötekilerin istek ve arzularına boyun eğip kendi etkinlik ve değerleri üzerinde şüphe geliştiren kişiler oldukları öne sürülmüştür (1,28). Bu özelliklere sahip bir bakımveren tarafından yetiştirilen bireyin kendisini sevilmeyen ve yetersiz biri olarak değerlendirmesi ve çevreyi ilgisiz ve cezalandırıcı olarak görmesi sonucu karşılaştığı zorluklar karşısında depresyon geliştirmeye yatkın hale geldikleri düşünülmektedi (27). Ainsworth ise bebeğin anneden ayrıldığı zaman kendini sakinleştirmek amacıyla kurduğu bağları güvenli, ambivalan ve kaçıngan olarak gruplara ayırmıştır. Bazen uygun yanıt veren bazen ise reddedici ve ulaşılamaz olan primer bakımveren tarafından yetiştirilmiş kişilerin sonraki yaşamlarında kendilik gelişiminin zorlandığı, kendilik değeri oluşturmak için sürekli uğraş verdiğini ve bu nedenle depresyon gelişimine yatkın olduğunu belirtmiştir (1).

- **Davranışçı Kuram**

Davranışçı kuram teorisyenleri depresif belirtileri, tekrarlayan çaresizlik yaşantıları sonrasında ortaya çıkan işlevsel olmayan davranışlar ve ödüle ulaşmak için belli davranışların zorlanmasıyla açıklamaktadır (1,28). Başka bir açıklamada ise depresyon olumlu pekiştireçlerde veya bunları elde etme becerisinde azalma ile ilişkilendirilmiştir (29). Abramson'a göre olumsuz olarak değerlendirilen bir olaya yönelik ortaya çıkan öznel yorum çaresizlik tepkisini ve ardından gelen depresyon sürecini açıklamaktadır. Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik modeline göre ise çocukluk döneminden itibaren öğrenilen çaresizlik ve kontrol edememe duyguları nedeniyle herhangi bir olumsuz durumla karşılaşıldığında bu duygunun tekrarlandığı öne sürülmüştür (1). Bu teoriye ve yapılan gerçek yaşantısal gözlemlere göre başarısızlık gösteren bireylerin çaresizlik açıklamaları yaptığı, kendilerini olumsuz değerlendirdikleri, özgüvenlerinin daha az olduğu ve beceri eksiklerinin olduğuna inandıkları gözlenmiştir. Potansiyel ödül sunma ihtimali olan çevreden bilişsel ve davranışsal olarak kaçınmanın depresyonun gelişmesi ile belirtilerin sürmesinde etkili olduğu ve sosyal pekiştireçlerin olumsuz duyguların gelişmesini kolaylaştırdığı öne sürülmüştür (28). Depresyondaki birey başa çıkmak için daha pasif olma, görevlerden kaçınma, erteleme ve sosyal geri çekilme yöntemlerini kullanmakta ve bu şekilde yaşadığı rahatsızlıktan kısa süreli uzaklaşmak bu durumun olumsuz pekiştireç olmasına neden olmaktadır (29).

- **Bilişsel Kuram**

Bireyin inanç sistemlerinin belirleyici olarak görüldüğü bu kurama göre, rasyonel olmayan inançlar kişinin kendisinden, çevresinden ve dünyadan beklentilerini ifade etmektedir. Bu inanç sistemi de fonksiyonel olmayan olumsuz duyguların meydana gelmesine neden olmaktadır (29). Özetle depresyon olumsuz bilişsel yargıların sonucunda, işlevsel olmayan inanç ve tutumlar, kendilik, dünya ve geleceğe yönelik olumsuz otomatik düşünceler ve bilgi işleme hatalarıyla bağlantılı olarak ele alınmaktadır (30).

Depresyon hastalarıyla ilgili yapılan araştırmaların sonunda bu kişilerin kendilerini kusurlu ve yalnız bırakılmış olarak değerlendirdiği, bu nedenle depresyonun bir düşünce bozukluğu olarak ele alınması gerektiği ifade edilmiştir

(29,30). Aaron Beck bilişi bir yorum, kişinin kendine bakışı ve kendini eleştirmeyi içeren bir düşünce olarak görmüş olup depresif bilişlerin ortak özelliği olarak gerçeğin çarpıtılarak yorumlanmasını öne sürmüştür. Bu yorumlar aynı zamanda değerlendirmeye yönelik verilerden yoksun, mantık çerçevesinde akıl yürütmeye dayanmayan, inandırıcı ve istemsiz bir şekilde ortaya çıkan ürünler olarak değerlendirilmektedir. Sonuç olarak ortaya çıkan bilişin gücü ile duygusal tepki arasında güçlü bir etkileşim oluşmakta, bu şekilde çarpıtmalar giderek güçlenmekte ve bilişsel ruminasyon görülmektedir. Bilişsel ruminasyonların, duyguduruma ilişkin olarak bireylerin geçmiş yaşantılarıyla ilgili neden-sonuç ilişkisi kurması, anlamlar çıkarması ve duygusal tepkilerini analiz etmesi sonucu geliştiği ileri sürülmektedir (28).

Depresyonun bilişsel modeli ile ilgili olarak ele alınan başka bir grup tanım ise bilişsel üçlü kavramı, şemalar ve bilişsel çarpıtmalar şeklinde öne çıkmaktadır. Bilişsel üçlü kavramı kişinin kendisi, dünya ve geleceğe ait olumsuz bir bakış açısına sahip olması olarak tanımlanmaktadır. Depresyondaki kişi kendisini sevilmeyen, değersiz, yetersiz ve dünyadaki olumsuz olayların sorumlusu olarak görmektedir. Bununla birlikte dış dünya kötülük dolu, travmatik, talepkar ve engelleyici iken; gelecek ise umutsuz ve karanlık olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte dış dünyadaki bazı olaylar kişinin şemalarını tetiklemekte ve kendi bağlamlarıyla uyumlu olacak şekilde otomatik düşünceleri ortaya çıkarmaktadır. Olumsuz şemalar ile yorumlanan olaylar klinik tabloyu ağırlaştırmakta ve bireyin düşünce özelliklerini etkileyerek bilişsel çarpıtmalara neden olabilmektedir (29). Çocukluk dönemindeki deneyimler sonucu gelişen şemalar genellikle katı ve esnek olmayan bir yapıda olup bireylerin işlevsellik düzeyleri üzerine olumsuz etkilerde bulunmaktadır. Şemaların bir kısmı yaşantısal stres ortaya çıkmadığı ve kişinin işlevselliğine olumlu etki sağladığı sürece sorun oluşturmamaktadır. Buna karşın herhangi bir stresör varlığında psikopatolojinin ortaya çıkmasına neden olmakta ve hastalığın klinik seyrine etki etmektedir (30).

d. Sosyal faktörler: Depresyon toplumlar ve kültürler arasında sıklık açısından farklılık gösterse de geçtiğimiz yüzyılın ikinci yarısından sonra tanısal netlik ve evrenselleştirme çalışmaları sayesinde daha iyi tanınmış olup, toplum tarafından ciddi bir sağlık sorunu olarak ele alınması nedeniyle hastane başvuru oranlarında artış meydana geldiği bilinmektedir. Bununla birlikte sanayileşme, nüfus artışı, göçler,

çevresel ve kültürel değişimler, ekonomi, sosyal politikalar ve toplumsal yapılanma farklılıkları depresyonun görülme sıklığı ile bireysel ve toplumsal yansımalarını etkilemektedir (31).

2.1.4. Risk Faktörleri

Depresyon ile ilişkili risk faktörleri incelendiğinde hastalığın ortaya çıkmasında birden fazla risk faktörünün olduğu ve bu faktörlerin zamansal ilişkisinin hastalığın gelişiminde rol oynadığı bilinmektedir. Genetik yatkınlık, kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, güvenli olmayan bağlanma stilleri ve içe dönük kişilik özellikleri, olumsuz yaşam olayları, kronik fiziksel ya da ruhsal hastalıklar, sosyal destek mekanizmasının zayıf olması, boşanma, alkol-madde kullanımı ve yakın kaybının depresyon riskini artırdığı belirtilmiştir (13,32). Bununla birlikte kişilik ve psikopatoloji ilişkisi hakkında yapılan araştırmalarda bu ilişkinin biyolojik ve yapısal ortak çekirdekten kaynaklanabileceği, bunun sebebinin de kişiliğin altında yatan ve biyolojik bir parametre olarak kabul edilen mizaçtan kaynaklanabileceği belirtilmiştir. Bu konuyla ilgili yapılan araştırmalarda kullanılan psikometrik değerlendirmelerde depresif bireylerde nörotik kişilik özellikleri, zayıf dışa dönüklük ile zarardan kaçınma eğilimi saptanmıştır (33).

Risk faktörleri detaylı olarak ele alındığında depresyonun kadınlarda yaklaşık 2 kat daha fazla görüldüğü görülmüştür. Aynı zamanda kadınların atak sürelerinin daha uzun, kronikleşme ve yineleme risklerinin daha fazla olduğu bilinmektedir (2). Bu durum için kadın cinsiyet hormonlarının etkisi ile birlikte, sosyal eşitsizlik ve olumsuz yaşam olayları ile daha sık karşılaşılması gibi toplumsal faktörlerle de ilişkilendirilmiştir. Bu cinsiyetler arasındaki farkın bir diğer nedeni olarak ise kadınların yardım arama ve sorun bildirme davranışlarının erkeklere kıyasla daha fazla olması; bu nedenle ruhsal sorunları için daha erken tedavi arayışına girmesi olduğu öne sürülmüştür (2,32).

2.1.5. Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikleri

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşincisine (DSM-5) göre "Major Depresif Bozukluk" tanısı koyabilmek için gereken tanı kriterleri Tablo 2.1'de gösterilmiştir. Bu kriterlere göre bir kişiye MDB tanısının konulabilmesi için

aynı iki haftalık dönem boyunca devam eden, işlevselliği etkileyen en az beş belirti olmalı ve bu belirtilerden en az biri çökkün duygudurum ya da ilgi kaybı/zevk alamama olmalıdır (34).

Depresyonun klinik görünümü geniş bir belirti yelpazesine sahiptir ve bireysel faktörlerden etkilenmektedir. Bu klinik özellikler aşağıda başlıklar halinde sunulmuştur.

- **Duygudurum Belirtileri**

Hastaların büyük çoğunluğunda depresyonun temel özelliklerinden olan ve çaresizlik, mutsuzluk, boşluk hissi, sıkıntı, ümitsizlik ve değersizlik duyguları ile karakterize çökkün duygudurum bulunmaktadır. Bu duruma sıklıkla önceden zevk alarak yapılan uğraşılara yönelik isteksizlik (anhedoni) ve ilgi kaybı eşlik edebilmektedir. Duygudurum gün içerisinde değişkenlik gösterebilmekle birlikte günün büyük bölümünde çökkünlük hakimdir. Bu durum çoğunlukla sabah saatlerinde daha belirgin olup bu saatlerde uykusuzlukla birlikte bunaltı, gerginlik, tahammülsüzlük, çarpıntı, ağız kuruluğu ve terleme gibi yoğun anksiyete belirtileri eşlik edebilmektedir (1,35). Melankolik ve psikotik özellikli depresyon tablolarında duygudurumdaki çökkünlük daha belirgin olup, öfke kontrol problemleri ve strese karşı duyarlılık da gözlenebilmektedir. Depresif belirtileri daha ağır olan hastalarda zaman zaman duygusal olarak tepki verememe hali olan affektif anestezi de görülebilmektedir (1).

Tablo 2.1. DSM-5 Majör Depresif Bozukluk tanı kriterleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır. 1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). 2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir). 3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. 4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma. 5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil). 6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü). 7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşın ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil). 8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir). 9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.
B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz. E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir. Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemler ise ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

- **Bilişsel Belirtiler**

Depresif hastaların bilişsel değerlendirmesi yapılırken kişilerin konuşmalarının yavaşladığı, cevap verme latansının uzadığı, düşüncelerinde zaman zaman bloklar ile birlikte bazen mutizm görülebildiği bilinmektedir (35). Düşünce içeriklerinde ise kendileri, gelecekleri ve dış dünyaya ilişkin olumsuz temaların hakim olduğu, bu duruma hezeyan boyutuna varabilen suçluluk ve değersizlik düşüncelerinin eklenebildiği görülmektedir. Bazen bu suçluluk duygularının yoğunluğu nedeniyle kişiler kendilerini cezalandırma amacıyla intihar girişimlerinde bulunabilmektedir. Benlik saygılarının azaldığı, umutsuzluk ve karar vermede güçlük yaşadıkları ve hastaların %25'inde hipokondriyak uğraşılarının olabildiği de belirlenmiştir (1). Odaklanma güçlükleri ise kişilerin önceden yapabildiği aktivitelerde zorlanmasına neden olmaktadır. Kişiler dikkat problemleri ile birlikte hissettikleri sıkıntı ve üzüntü gibi olumsuz duygular nedeniyle ortaya çıkan unutkanlıktan da çokça yakınmaktadırlar. Nadir de olsa özellikle ağır ve psikotik özellikli depresyon tablolarında zaman zaman emir veren işitsel ve daha az sıklıkta görsel varsanıların görülebildiği bilinmektedir (35).

- **Vejetatif Belirtiler**

Depresyonda karşılaşılan vejetatif belirtilere bakıldığında genellikle enerji azlığı, bitkinlik, çabuk yorulma, yemek yeme eyleminin keyif vermemesine bağlı iştah azalması ve hatta yeme reddi, bu duruma bağlı kilo kaybı, sindirim sistemi sorunları, özellikle klinik tablonun başlangıcından beri olan ve en son düzelen cinsel isteksizlik hali, uykuya dalma güçlüğü, sık uyanma, uyku kalitesinde azalma, sirkadiyen ritmde bozulma, karamsarlık ve huzursuzluk hissi ile birlikte erken uyanma oldukça sık görülmektedir. Buna karşın bazı atipik olgularda iştahta artış ve aşırı uyuma davranışının görülebileceği de bilinmektedir (1,35). Polisomnografik kayıtlar incelendiğinde ise uykuya dalış süresinde uzama, toplam uyku süresinde azalma, uykuda bölünmeler, erken uyanma, REM uykusu latansında kısalma, derin uykuda azalma ve ilk REM uykusu süresinde uzama gibi değişiklikler gözlenmiştir (1).

- **Davranışsal Belirtiler**

Özellikle genç hastalarda sıkça gözlenen ruhsal yavaşlamaya paralel olarak gözlenen psikomotor retardasyon, psikotik özellikli depresyon ve melankolik özellikli depresyon tiplerinde daha belirgin olarak görülmektedir. Toplumsal geri çekilmeye yol açan bu durum kişinin yürüyüşü, konuşması, mimik ve jestleri gibi tüm motor alanlara etki edebilmektedir. Bu hastaların postürü incelendiğinde kamburunun çıktığı, kısık sesle konuştuğu ve mimiklerinin azaldığı gözlenmektedir (1,35). Bununla birlikte sıkıntı ve bunaltı halinin motor dışa vurumu olan psikomotor ajitasyon ise özellikle yaşlılarda ve kadınlarda sık karşılaşılan, yerinde duramama, elleri ve parmaklarıyla oynama gibi hareketlerin olduğu bir tablo olup, bu durumun intihar riski açısından da dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir (1).

- **İntihar Düşünceleri ve Girişimleri**

Yaşam boyu risk açısından değerlendirildiğinde intihara bağlı mortalite riskinin MDB için 20 kat, şizofreni için 8 kat, bipolar bozukluk için 15 kat ve kişilik bozukluğu için 7 kat artmış olduğu bildirilmiştir (36). Bununla birlikte MDB tanısı olan hastaların yaklaşık %15'inin intihar nedeniyle öldükleri bilinmektedir (35). Depresyonu olan kişiler için intiharın klinik ön görücülerinin genç yaş, erken başlangıç yaşı, hastalık şiddeti, psikotik belirti varlığı, geçmişinde intihar girişimi öyküsü, ailesinde tamamlanmış intihar veya intihar girişimi öyküsü, umutsuzluk, düşük sosyal destek, alkol-madde kullanımı, impulsif kişilik özellikleri, bedensel hastalık varlığı ve olumsuz yaşam olayları olarak sıralanabilmektedir. Bununla birlikte anksiyete bozukluğu varlığı da intihar riskini artırabilmektedir (36).

2.1.6. Klinik Seyir ve Eş Tanılar

Depresyona eşlik eden hem psikolojik hem de fizyolojik hastalıkların var olduğu bilinmektedir. Bu hastalıkların bazıları hem depresyona eşlik edebilmekte hem de depresyona sebep olabilmektedir. Kalp hastalıkları, serebrovasküler olay ve diyabet gibi fiziksel hastalıklar ile anksiyete bozuklukları, şizofreni ve alkol-madde kullanım bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar depresyona en sık eşlik eden hastalıklardandır (13). Depresyonun kişilerin hayat kalitesi ve işlevselliği üzerinde etkilerine ek olarak kalp damar hastalıkları gibi çeşitli diğer fiziksel hastalıklar için de bir risk faktörü

olduğu ve bu hastalıkların prognozunda olumsuz rol oynadığı bilinmektedir (37). Bununla birlikte yapılan çalışmalarda fiziksel sebebi bulunamayan ağrı semptomları ile depresyon birlikteliğinin de yaklaşık %60 olduğu belirlenmiştir (38).

Klinik pratikte depresyona en sık eşlik eden psikiyatrik tablonun anksiyete bozuklukları olduğu bilinmektedir. Depresyon tanısı olan hastaların yaklaşık yarısında herhangi bir anksiyete bozukluğu tablosunun eşlik ettiği gösterilmiştir (13,39). Bununla birlikte bu iki eş tanı sadece semptom birlikteliği olarak değil, nörofizyolojik, nörokimyasal, genetik ve bireysel özellikler olarak da birbirine benzer özelliklere sahip kişilerde görülebilmektedir. Eş tanı varlığında hastalığın şiddetinin ve yetiyitiminin daha fazla, tedaviye yanıtın daha düşük, tedavi süresinin daha uzun ve tekrarlanma olasılığının daha yüksek olduğu bilinmektedir (40).

2.1.7. Tedavi

Depresyonun tedavisinde kullanılan yöntemler farmakolojik tedaviler, psikoterapiler ve somatik tedaviler olarak üç başlık altında incelenebilmektedir. Bu yöntemler hastanın kliniğine uygun olarak tek başına uygulanabileceği gibi kombinasyon tedavileri olarak da kullanılabilmektedir.

- **Farmakolojik Tedaviler**

Psikiyatrinin psikofarmakoloji çağı, nörotransmitter hipotezinin öne sürülmesi sonrası trisiklik antidepresanların geliştirilmesi ile başlamıştır (14). Depresyon tedavisindeki farmakolojik tedaviler, etiyolojide yer aldığı düşünülen nörobiyolojik sistemlere etkili tedavileri kapsamaktadır. Antidepresan tedavinin etki mekanizması incelendiğinde, nörotransmitterlerden hücre içi sinyallere kadar uzanan geniş kapsamlı yolakların görev aldığı düşünülmektedir. Araştırmalar sonucunda bireysel tedavi yöntemleri ile ilişkili farmakokinetik ve farmakodinamik kavramlar öne çıkmış olup bu yolla depresyon tedavisinin ana hedefi olan tam remisyon ve iyilik halinin sürdürümü şansının artırılması amaçlanmaktadır (41). Antidepresanlar genellikle terapötik etki mekanizmaları dikkate alınarak sınıflandırılmaktadır. Bu sisteme göre ilaçlar trisiklik antidepresanlar, monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOİ), seçici serotonin geri alım inhibitörleri, seçici serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri, serotonin geri alım inhibisyonu ve 5-HT2A blokajı yapanlar, seçici noradrenalin geri

alım inhibitörleri, noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörleri, noradrenerjik ve spesifik serotonerjik etki yapanlar, melatonin reseptör agonizması ve 5-HT2C blokajı yapanlar, multimodal etkili olanlar ve atipik etkili olan antidepresanlar olarak sınıflandırılmaktadır (42).

Anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği hastalarda tedaviye yanıtın düşük veya yavaş olduğu, hastalığın daha fazla kronikleştiği, intihar riskinin daha fazla olduğu ve işlevselliğin daha çok etkilendiği bilinmektedir (41). Bununla birlikte her iki bozuklukta tam remisyon hedeflendiği için psikososyal müdahale yöntemleri de farmakoterapiyle birlikte öncelikli olarak yer almaktadır (40).

- **Farmakolojik Olmayan Tedaviler**
  - **Psikoterapiler**

Depresyonun akut döneminde genellikle destekleyici ve bilişsel davranışçı terapi yöntemleri önerilmektedir. Bununla birlikte psikodinamik psikoterapilerin psikopatolojilere yönelik tedavi edici etkisine ilişkin çalışmalar sonucunda bu yöntemin kanıta dayalı tedavi yöntemleri arasında yer almakla birlikte diğer tedavilere kıyasla hakkında daha az çalışma yapılmıştır (27).

Tedavi kılavuzlarında hafif - orta dereceli depresyonda farmakolojik tedavi veya bilişsel davranışçı terapi önerilmektedir. Aynı zamanda depresyon tedavisinde psikoterapi ile ilaç tedavileri arasında benzer ekinlik düzeyleri bildirilmiştir. Bununla birlikte orta - ağır depresyon tanısı olan hastalar için en iyi seçeneğin psikoterapi ve ilaç kombinasyonu olduğu gösterilmiştir. Bu kombinasyon rejimi daha yüksek tedavi sürdürümü ile ilişkili bulunmuştur (29). Çalışmaların sonuçları incelendiğinde bu terapi yönteminin, ilaç tedavilerine kıyasla tedavi etmekten ziyade yinelemeleri önleme konusunda etkili olduğu görülmektedir (30).

Depresyon tedavisinde hastanın kliniği göz önüne alınarak bilişsel davranışçı psikoterapi, metakognitif terapi, grup terapisi, kişilerarası psikoterapi, çözüm odaklı terapi, psikodinamik psikoterapi ve psikanaliz gibi çeşitli psikoterapötik yaklaşımlar da kullanılabilmektedir.

- **Somatik Tedaviler**

Depresyonun tedavisinde yer alan somatik tedavi yöntemleri gözden geçirildiğinde çeşitli uygulamaların geliştirildiği görülmektedir. Bunlardan ilki olan elektrokonvulzif terapinin, mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte elektrik akımı kullanarak oluşturulan uyarım ile meydana gelen konvülziyon sonucunda çok sayıda nörofizyolojik, nörokimyasal ve nöroendokrin değişikliklere yol açarak iyileşmeyi sağladığı ve birçok psikiyatrik hastalığın tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir (43). Bir başka tedavi yöntemi olan transkranial manyetik stimülasyon ise serebral korteksin noninvazif şekilde uyarımını sağlamakta ve kortekse yakın şekilde cildin üzerine tutulan metal halkadan geçen elektrik akımının oluşturduğu manyetik alan ile beyin üzerine etki etmektedir. Bu şekilde nöronlarda depolarizasyon oluştuğu ve nöromodülasyon sağlandığı ileri sürülmektedir (43,44). Klinik pratikte sıklıkla kullanılan bu yöntemlerin haricinde vagal sinir uyarımı, derin beyin uyarımı, transkranial doğru akım uyarımı, uyku yoksunluğu, uyku fazı öne alma, manyetik nöbet terapisi ve parlak ışık terapisi diğer somatik tedavi yöntemleri olarak literatürde yer almaktadır (44).

2.2.ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI

2.2.1. Tarihçe ve Tanım

Ruhsal travma, kişilerin karşılaştıkları beklenmedik bir anda ortaya çıkan ve hazırlıksız yakalandıkları stres verici olaylar ile psikolojik başa çıkma kapasiteleri arasında ortaya çıkan orantısızlık sonucu geliştiği öne sürülen bir tablodur (45). "Travma" sözcüğü kelime kökeni olarak eski Yunancadaki "*teiro*" kökünden türemiş olup, anlam olarak "yaralamak" ve etimolojik olarak "sürtmek" anlamlarına geldiği bilinmektedir. Bu bağlamda travma hem "yaralayan" hem de sürtünme yoluyla "temizleyen, iyileştiren" olarak değerlendirilebilmektedir (46). Çocukluk çağı örselenmeleri olarak da isimlendirilen çocukluk çağı travmatik yaşantıları ise 18 yaşından küçük çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığına zarar verebilen, bilişsel, davranışsal ve sosyal gelişimlerini olumsuz etkileyen her türlü uygunsuz ya da hasar verici eylem veya eylemsizlik hali için kullanılabilen bir terimdir (4,5,47). Literatürde yer alan başka bir tanımlamaya göre ise çocuğa yönelik kötü muamele, ebeveynler ya

da diğer yetişkinler tarafından duygusal veya fiziksel zarar verme olasılığı yüksek olan, toplumsal değerlere aykırı özelliklere sahip kasıtlı ya da kasıtlı olmadan yapılan eylemler veya yapılması gerekli olmasına rağmen yapılmayan davranışlar olarak tanımlanmıştır (1). Bu yaşantılar, özellikle anne-baba ya da bakıcı gibi birincil bakımverenlerin veya erişkin yaştaki herhangi bir bireyin çocuğa yönelik sergilediği aktif bir eylem olarak değerlendirilen duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile pasif bir eylemsizlik olarak nitelendirilen duygusal ve fiziksel ihmali kapsamaktadır (1,5). Ek olarak çocuğun cinsel açıdan sömürülmesine karşı korunmaması ve cinsel gelişimine önem verilmemesi cinsel ihmal olarak, çocuğun para kazanma amaçlı çalıştırılması ve ekonomik açıdan sorumluluk yüklenmesi ise ekonomik istismar olarak değerlendirilmektedir (48). Ortak bir tanımın oluşturulması amacıyla 1985 tarihinde toplanan DSÖ ise ÇÇT'yi "erişkin birey, ülke veya toplum tarafından kasten veya kasıtlı olmadan yapılan, çocuğun bedensel sağlığını ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar" olarak tanımlamıştır (1,49). Bu tanıma göre travmatik yaşantılar değerlendirilirken erişkinin niyetinden bağımsız olarak eylemin çocuğa yönelik etkisi göz önüne alınmalıdır (1). Bu bağlamda çocuğun istismar veya şiddet olarak algılamadığı veya yetişkinlerin istismar olarak kabul etmediği ya da bilinçli olarak yapmadığı davranışlar da istismar kapsamında değerlendirilmektedir (49). Yine DSÖ tarafından 2016 yılında tanımlanan haliyle çocuk istismarı "bir sorumluluk, güven ya da güç ilişkisi bağlamında, çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi ya da onuru açısından fiilen zararlı veya potansiyel olarak zararlı sonuçlar verebilecek her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal ya da ihmalkâr davranış veya ticari amaçlı ya da diğer her türlü sömürü" olarak literatürde yer almaktadır (50). Tüm bu boyutların beraber ele alınması ile karmaşık bir tanımlamaya sahip olan çocuk istismarı ve ihmali kavramını Finkelhorn daha geniş bir perspektiften değerlendirerek insan eylemlerinden kaynaklanan, çocuğa yönelik zarar verici fakat önlenebilir nitelikte davranışlar olarak tanımlamıştır (49). Bu eylem ya da eylemsizlikler sadece çocuğu ve ailesini değil, toplumu, hukuki düzenekleri, eğitim ve meslek alanlarını da etkileyen bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır (51).

Tarihsel açıdan incelendiğinde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının antik çağlardan beri olduğu, çocukların çeşitli açılardan istismar ve ihmale maruz kaldığı, öldürüldüğü ve köle olarak satıldığı bilinmektedir. Çin, Meksika ve Hindistan gibi bazı

ülkelerde istenmeyen çocukların nehre atıldığı, Roma'da babalara çocuklarını öldürme veya satma izni verildiği, Arap topluluklarında kız çocuklarının istenmeyen evlat olarak değerlendirilmesi nedeniyle canlıyken toprağa gömüldüğü ve çeşitli kültürlerde adak olarak çocukların kurban edildiği bilinmektedir (1). İlk kez 1860 yılında Ambroise Tardieu tarafından çocuğun fiziksel ve cinsel istismarı hakkında bilimsel değerlendirmede bulunmuş olsa da bu konuda uluslararası çalışmaların gündeme gelmesi ancak İkinci Dünya Savaşı sırasında olmuştur. Caffey'in 1946 yılında uzun kemik veya kosta kırıkları ile subdural hematomun istismarla ilişkili olabileceğini vurgulaması, 1962 yılında ise Kempe tarafından hırpalanmış çocukların "battered child" çocuk istismarı olarak değerlendirilmesi gerektiği öne sürmesi ile bu konu önem kazanmıştır. (1,48). Sonrasında yapılan çalışmalarla 1963 yılında Fontana ve arkadaşları kötü davranım "Maltreatment Syndrome" kavramını ve 1972 yılında Polansky ve arkadaşları çocuk ihmali kavramını literatürde tanımlamışlardır (52).

Süreç içerisinde birçok araştırmacı tarafından farklı şekillerde tanımlanan bu kavramın tıbbi, hukuki, psikolojik ve toplumsal açıdan multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gerektiği anlaşılmıştır. Bu bağlamda 18. yüzyıldan itibaren istismara uğrayan çocuklar için çocuk hastaneleri, suça yönelen çocuklar için ıslahevleri ve çocukların haklarını korumaya yönelik yasalar ve bu yasalar çerçevesinde organize olan çeşitli dernekler kurulmuş ve dünya çapında yaygınlaşmaya başlamıştır (49,53)

2.2.2. Epidemiyoloji

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmanın sonuçları incelendiğinde çocukların yaklaşık %1'inin istismara ve %1,5'inin ise ihmale uğradığı gösterilmiş olmakla birlikte, bu oranın var olan travmatik deneyimlerin çok az bir kısmını temsil ettiği düşünülmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalarda bu oranın giderek arttığı, bunun nedeni olarak ise hem travmatik deneyimlere uğrayan çocuk sayısında hem de bildirilen vaka oranında artışın olduğu öne sürülmüştür (54). Güncel verilerin elde edildiği 2014 yılında yayınlanan uluslararası bir raporda dünya genelinde 120 milyon kız çocuğunun cinsel istismara maruz kaldığı, erken dönemde evlilik yaşamış her üç kız çocuğundan birinin partnerleri tarafından fiziksel, duygusal ya da cinsel istismara uğradığı belirtilmiştir (55). Türkiye'de ise 1998 yılında yapılan ulusal bir çalışmaya göre çocukların %46'sının ihmal ve istismara maruz kaldığı

saptanmıştır. En fazla görülen istismar türünün ise fiziksel istismar olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte istismarın saklanma eğilimi nedeniyle bu oranın daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Literatür incelendiğinde bu yüksek oranın sebebi olarak fiziksel şiddetin bir disipline etme yöntemi olarak kullanılması düşüncesinden kaynaklandığı söylenebilmektedir. Bu veriler ışığında aile içerisindeki şiddet davranışının nesilden nesile aktarılan bir davranış örüntüsü olarak öğrenme yoluyla devam ettiği düşünülebilir (48). Cinsiyetler arası karşılaştırma yapıldığında ise kız çocuklarının erkeklere göre daha fazla istismara maruz kaldığı bilinmektedir. İstismarcı faillerin ise çoğunlukla aile içinden ya da yakın akrabalar arasından olduğu gösterilmiştir (54). Tüm bu bilgiler ışığında çocuk istismarı ve ihmali konusuna ilişkin kesin verilerin saptanamadığı, son dönemde bu konuya ilişkin önleme, risk belirleme, koruma ve izlem çalışmalarına yönelik giderek artan sayıda toplum bazlı çalışmalar ve çeşitli kuruluş faaliyetleri olmakla birlikte halen istismar ve ihmal vakalarının oldukça yüksek bir oranda görüldüğü bilinmektedir.

2.2.3. Risk Faktörleri

Travmatik olaylarda maruziyet benzer olsa bile bu olayların kişilerde yarattığı etkiler birbirinden oldukça farklı olabilmektedir. Genel anlamda bu öznel tepkilerin gelişmesine yönelik risk faktörleri incelendiğinde travmatik yaşantının özellikleri, kişisel özellikler ve çevresel etkenlerin rol oynadıkları görülmektedir (46). Çocuğa yönelik örseleyici yaşantıların olduğu aileler incelendiğinde ebeveynlerin de kendi çocukluk dönemlerinde istismar ve ihmale maruz kalmış olabilecekleri, yine kendi ebeveynlerinde ve kendilerinde alkol ve madde kullanımı, psikotik bozukluklar, depresyon ve kişilik bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik hastalıkların olabildiği belirlenmiştir. Sosyoekonomik ve kültürel koşullar, eğitim düzeyi, aile yapılanması, aile içi iletişim becerileri, ebeveynlerin bireysel psikososyal olgunluk hali ile evlilik ve çocuğa yönelik bakış açılarının da bu olumsuz yaşantılar için risk faktörleri olduğu bilinmektedir (1). Ebeveynlerin genç yaşta ve deneyimsiz olması, çocuk gelişimine ve yetiştirmeye ilişkin bilgilerinin yetersiz olması, duygu kontrolü sağlayamamaları ile çocuğun istenmeyen gebelik sonucu doğması, akut ya da kronik zihinsel veya bedensel hastalığının olması, uyku düzensizliği yaşaması, davranış problemlerinin varlığı örselenme yaşantıları için risk faktörleri arasında sayılmaktadır (48). Bununla birlikte

genetik ve çevresel faktörler sonucu toplumsal düzeyde meşrulaşan kötü muamelenin özellikle çocuk, kadın, engelli ve göç edenler gibi örselenebilen gruplara yönlendirilmesi, süreç içerisinde bu durumun yaygınlaşarak tüm bireylerin bu muameleye maruz kalmasına yol açabilecektir. Genel anlamda bakıldığında genetik faktörlerin daha sık olarak duygusal istismarın sürmesinde, çevresel faktörlerin ise fiziksel istismar ve duygusal ihmalin görülmesinde rolü olduğu ortaya konmuştur Ek olarak her ne kadar benzer olumsuz psikososyal etkileri görülse de, ihmale uğramış kişilerin istismara uğramış kişilere kıyasla sağlık hizmetlerine daha az başvurduğu saptanmıştır (56).

2.2.4. Çocukluk Çağı Travma Türleri

Bireylerin hem çocukluk döneminde hem de uzun vadede ruhsal ve bedensel sağlıklarını çeşitli yönlerden etkileyen ÇÇT temelde 5 başlık altında incelenebilmektedir. Bunlar fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olarak sıralanmıştır. Bu kavramlara ek olarak çocuğun uygun olmayan şartlarda iş gücü olarak çalıştırılması anlamına gelen ekonomik istismar, çocuğu okula göndermemek, eğitim ihtiyaçlarını karşılamamak, okul sorunlarına yönelik ilgisizlik hali anlamına gelen eğitim ihmali ve çocuğun cinsel kimlik gelişimini etkileyerek uzun dönemde sorunlara neden olabilecek şekilde uygun davranılmaması anlamına gelen cinsel ihmal kavramları yeni kategoriler olarak literatürde yer almaktadır (50).

a. Fiziksel istismar: Fiziksel istismar 18 yaşından küçük çocuğa yönelik kaza dışı olarak cezalandırma amacı güden veya gütmeyen biçimde anne, babası veya başka kişiler tarafından uygulanan fiziksel zarar verme davranışıdır. Fiziksel istismarın yaygınlığının tam olarak belirlenmesi güç olmakla birlikte ABD'de %0,5-2 arasında olduğu bildirilmektedir (51). Bununla birlikte dünya genelindeki verilerden elde edilen bir metaanaliz çalışmasının sonucu olarak çocukların %22,6'sının fiziksel istismar ile karşılaştıkları belirlenmiştir. Türkiye'deki çalışmalarda ise fiziksel istismara uğrayan çocukların oranının ise %13,9 ile %87 arasında değiştiği gösterilmiştir (52). Buna ek olarak fiziksel istismara uğrayan olgularının %60 oranında tekrarladığı ve %10 oranında ölümle sonuçlandığı bilinmektedir (50). Bu istismar türünde fiziksel hasar

beden uzvuyla ya da bir nesne aracılığıyla vurma, ittirme, sarsma, yakma, zehirleme veya ısırma şeklinde oluşabilmektedir. En sık görülen fiziksel istismar türü dövme şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Literatürde yer alan bir çalışmada çocukların %65,7'sinin anne ya da babası tarafından fiziksel istismara uğradıkları belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde bu istismar türünde cinsiyetler arasında belirgin bir fark görülmemekle birlikte, ergenlik çağında daha çok kızların fiziksel istismara uğradığı, bununla birlikte istismarın en çok 4-8 yaşları arasında görüldüğü, yaşla birlikte istismara uğrama oranının azaldığına yönelik bilgiler bulunmaktadır (48). Ek olarak yapılan çalışmalarda çocukluk döneminde fiziksel istismara maruziyetin ilerleyen yaşlarda özellikle kadınlarda ruh sağlığını ve genel sağlık algısını daha olumsuz olarak etkilediği gösterilmiştir (6).

b. Duygusal istismar: Çocuğun duygusal gelişimini ve ruhsal sağlığını etkileyecek biçimde tehdit etme, reddetme, tek başına ve sosyal ilişkilerden yoksun bırakma, kendi çıkarları için kullanma, niteliklerine yönelik küçük düşürme amacı güden eleştiride bulunma ve alay etme, yaşına uygun olmayan beklentilerde bulunulması duygusal istismar olarak tanımlanmaktadır (4,57). Bununla birlikte bebeklik döneminde normal kabul edilebilecek fakat gelişim ilerledikçe çocuğun ruhsal bütünlüğünü olumsuz etkileyecek şekilde aşırı koruma, kontrol etme ve bağımlı kılma da duygusal istismar kapsamında değerlendirilmektedir (49,50). Uluslararası verilere benzer şekilde Türkiye'de yapılan çalışmalara göre de en sık karşılaşılan fakat en zor tanı alan istismar türü olan duygusal istismar, çoğunlukla fiziksel ve cinsel istismar durumlarına eşlik etmektedir (58). Duygusal istismarın fark edilebilirliği daha az olması nedeniyle görülme oranı kesin bilinmemekle birlikte özellikle 6-8 yaş arası çocuklarda karşılaşıldığı ve ergenliğe kadar devam ettiği tahmin edilmektedir (51). Literatürde yer alan sadece duygusal istismarın ele alındığı bir metaanaliz sonucuna göre izole şekilde duygusal istismarın görülme oranının ise %0,03 olduğu anlaşılmıştır (56). Bu çocuklarda gerginlik, değersizlik duyguları, uyumsuzluk, saldırganlık ve bağımlı kişilik özelliklerine sık rastlanmaktadır (54). Duygusal istismara toplumun tüm kesimlerinde rastlanabilmekle birlikte özellikle toplumdan izole şekilde yaşamlarına devam eden ailelerde daha yoğun ve sık karşılaşılmaktadır (59). Bu istismar türünün genetik etkenlerden yoğun olarak etkilendiği ve özellikle kız çocukları üzerinde tek başına belirgin olarak uygulandığı belirlenmiştir (56).

c. Cinsel istismar: Kendisinden en az beş yaş büyük bir kişi tarafından, çocuk ya da ergen bireye zorla cinsel organların gösterilmesi, dokundurulması ya da çocuğun cinsel organını göstermesinin istenmesi, vajinal ya da anal yolla ilişkiye girmeye zorlanması cinsel istismar olarak tanımlanmaktadır (5). Başka bir tanımlamada ise "cinsel istismar cinselliği kavramama, cinselliğe gelişimsel olarak hazır olmama, cinsel ilişkiyi onaylamama veya rıza göstermeme koşullarından en az birini karşılayan kişiyi diğer kişinin kendi gereksinim ve isteklerini karşılamak amacıyla cinsel davranışa zorlaması" olarak belirtilmiştir. Fakat bu tanımlama dahilinde çocuğun onaylama ve rıza gösterme koşulları beklenmemektedir (56). Çok sayıda tanımlamanın olması nedeniyle bu konuda karışıklığı önleme amacıyla Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi'nin 1991 yılında yayınladığı tanım benimsenmiştir. Bu tanıma göre çocuk ve yetişkin arasındaki ilişkinin, o yetişkinin cinsel stimülasyonu amacı ile kullanıldığı durumlar cinsel istismar kapsamında değerlendirilmektedir (60). Çalışmalarda vakaların çok az bir kısmının bildirildiği bu nedenle de cinsel istismarın yaygınlığına ilişkin bildirilen oranların büyük farklılık gösterdiği bilinmekle birlikte, 18 yaşına kadar kız çocuklarının yaklaşık %12-25'inin ve erkek çocuklarının ise %8-10'unun cinsel istismar ile karşılaştıkları saptanmıştır (54). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kız çocuklarının cinsel istismara uğrama olasılığının erkek çocuklarına oranla yaklaşık 2-5 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (50). Bu istismar türünün belli bir sosyodemografik grupla ilişkisi saptanmamış olup her düzeyde görülebildiği bildirilmiştir (51). Her yaş grubundan çocuğun, istismara uğrama riski olabilse de en sık ortalama 8-11 yaşları arasındaki çocukların cinsel istismara uğradığı bildirilmektedir (60). Bu duruma maruz kalmış çocuklarda bazı bedensel belirtilere ek olarak anksiyete belirtileri, depresyon, korku, disosiasyon, agresyon ve uygunsuz cinsel davranışlar da görülebilmektedir (54).

d. Duygusal ihmal: Çocuğun temel duygusal gereksinimleri başlıca; ilgili ve sevgi dolu temas, tehlikelerden uzak tutma ve güven verme, düzenli, tutarlı ve sınırları belli hareketler ile istikrar, dış dünya ile köprü görevini görecek şekilde sosyalleşme, çocuğun dünyasına dahil olarak gerekli hisleri tanımaya yönelik yeterli ve uygun duygusal uyarım ile değerli hissetme başlıklarında toplanabilmektedir (61). Duygusal ihmal ise belirtilen başlıklar çerçevesinde çocuğun ilgi, sevgi, destek görme ve bakım gibi temel gereksinimlerinin yeterli ve uygun biçimde yerine getirilememesi olarak

tanımlanmaktadır (5). Bununla birlikte toplumsal kurallara yönelik bilgi vermemek ve sosyal gelişimini sağlamasına yönelik destekleyici yaklaşımın olmaması da duygusal ihmal olarak değerlendirilmektedir (47). İhmale uğrayan çocukların, istismara uğrayan çocuklara göre fark edilmesi daha zor olup özellikle sosyal etkileşim sırasında diğerlerinden ayrı duran, keşfetme ve soru sorma davranışı daha az olan çocukların ihmale uğramış olma ihtimallerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu duruma zıt olarak bu çocuklar çevresel riskleri değerlendirmeye yönelik süpervizyon alamadığı için çevrelerinden uyarım sağlamak adına kendilerini tehlikeli durumlar içerisine sokabilmektedirler (61).

e. Fiziksel ihmal: On sekiz yaşından küçük çocuğun beslenme, barınma, eğitim ve sağlık gibi temel ihtiyaçlarının yeterli ve uygun biçimde yerine getirilememesi olarak fiziksel ihmal tanımlanmaktadır (5). İhmalin, istismara kıyasla daha fazla süreğen durumları kapsaması nedeniyle morbidite ve mortalite oranları oldukça yüksek olup; bu çocuklar beslenme yetersizliklerine bağlı büyüme ve gelişim geriliği, zehirlenmeler, tıbbi yardıma ve tedavi olanaklarına ulaştırılmama gibi olumsuz sonuçlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (62). Fiziksel ihmalin, istismara oranla daha fazla olduğu ancak dışarıdan bir gözlemci tarafından daha az fark edilebildiği düşünülmektedir. Bu tür travmatik yaşantılar ile karşılaşmış çocukların yakın ilişkilerde zorluk yaşadığı, daha az duygusal yoğunluklarının olduğu, sıklıkla öfke kontrolünde sorunlar ve davranış problemleri yaşadığı da belirtilmiştir (51).

2.2.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Sonuçları

ÇÇT, dünya genelinde yaygın görülen, tıbbi, hukuki ve psikososyal açıdan ciddi sonuçları olan kapsamlı bir sorundur. Bu durum tekrar etme riski yüksek, genellikle çocuğun birincil bakımverenleri kaynaklı olması nedeniyle fark edilmesi güç ve hayat boyu kalıcı izler bırakabilmesi nedeniyle tedavisi en zor travma türüdür (1). Duygudurum bozuklukları ve ÇÇT arasındaki ilişkiye yönelik genetik faktörler için yapılan araştırmalarda FK506 bağlayıcı protein geni 5 (FKBP5)'te ortaya çıkan genetik ve epigenetik değişikliklerin, ortaya çıkan psikopatolojilerin etiyolojisinde rolü olabileceği gösterilmiştir. Son dönemde sayıları giderek artan genomik dizi analizlerinde de travmatik yaşantıların DNA metilasyonu ile kortizol reaktivitesine

etki ederek psikopatolojilerin ortaya çıkmasında önemli bir rolü olabileceği bildirilmiştir (63).

Sempatik sinir sistemi, HPA aksı ve serotonerjik sistemin temel olarak strese yanıtın üç majör sistemi olduğu bilinmektedir. Stres cevabına ek olarak, davranış ve duygu regülasyonu ile nöronal gelişimin de bu sistemlere bağlı olduğu bilinmektedir (64). Travmatik yaşam olaylarının bu yolaklarda bozulmalara yol açarak nörogelişimsel, nörobiyolojik ve nöroanatomik değişiklikler gibi birden çok alanda yaygın olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Çalışmalarda bu değişikliklerin özellikle kronik ve tekrarlayıcı travmatik yaşantılar sonrası karşılaşılan strese cevaben hipotalamo-pitüiter-adrenal ve otonomik yolaklar aracılığıyla ortaya çıktığı, bu mekanizmaların santral ve periferal kortizol seviyelerinde artış, immün fonksiyonlarda azalma ve inflamatuar belirteçlerde artışa neden olarak allostatik yük yaratıp çeşitli fiziksel ve ruhsal hastalıklara neden olduğu belirlenmiştir (65). Bununla birlikte serotonerjik sistem, katekolaminerjik sistem, kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) ve adrenokortikotropik hormon (ACTH) aracılığı ile kortizol seviyelerinde değişikliklere sebep olarak depresyon ve anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasına yatkınlık yaratan bu travmatik yaşantıların nöroanatomik açıdan beynin özellikle prefrontal korteks, hipokampüs ve amigdala bölgelerinde volüm azalmasına yol açabildiği de gösterilmiştir (64,66,67). Literatür incelendiğinde travmatik strese bağlı HPA aksındaki değişikliklerin aynı zamanda bireylerin cinsel yaşamlarına ilişkin cinsel istek ve yanıt döngüsü üzerine de etkilerinin olduğu ortaya konmuştur. (68).

Bağlanma kuramının teorisyenleri olan Bowlby ve Stern, bağlanma ilişkilerinin dış dünyanın içsel haritası olduğunu, bireylerin zihinlerinde bu sayede yaşamın erken dönemlerinden itibaren dış dünyaya ilişkin duygusal ve bilişsel imajların oluştuğunu öne sürmüşlerdir (69). Kuramın geliştiricisi Bowlby ve kuramın geçerliliğine yönelik yaptığı çalışmalarla literatürde yer alan Ainsworth insan yaşamında bağlanmanın, dünyayı keşfettiği sırada zaman zaman geri dönülebilecek güvenli bir alan olma, fizyolojik gereksinimleri karşılama ve yaşama yönelik güvenlik duygusu geliştirebilme şansı yarattığını fakat çocuğun bu gereksinimlerinin yeteri düzeyde karşılanmaması ve sağlıklı bağlanma paternlerinin oluşmaması durumunda ise çeşitli benlik algısı ilişkili patolojilerin gelişebileceğini belirtmişlerdir (70). Bu kurama göre özellikle birincil bakımverenleri tarafından istismar ve ihmal

yaşantılarına maruz kalan çocukların kendilerine ve diğerlerine yönelik olan düşünce ve beklentilerinin olumsuz yönde etkilendiği, olumsuz bağlanma biçimleri geliştirdiği ve işlevsel olmayan baş etme stratejilerini kullandıkları öne sürülmüştür (71,72). Briere'nin self travma modelinde de çocukluk döneminde karşılaşılan travmatik yaşantıların stres yanıtı ve ilkel başa çıkma stratejileri ile çocuğun gelişiminde kesintiye yol açtığı, bu durumun da güvensiz bağlanma stilleri ve bilişsel gelişimde aksaklıkların ortaya çıkmasına neden olduğu, bu şekilde gelişen güvensiz bağlanmanın da kişinin kendilik ve diğerleri ile ilişkilerinde ve duygu regülasyonu üzerinde olumsuz etki gösterdiği ileri sürülmüştür. Aynı zamanda travma sonrası gelişen bilişsel çarpıtmalar sonucunda kişinin güvenlik, kontrol edebilirlik ve içsel atıf gibi bilişsel etkinliklerine güveninin azalması nedeniyle çeşitli sosyal sorunların ve kendisini, çevresini ve dış dünyayı değerlendirmesi sırasında bilişsel çarpıtmalara başvurması nedeniyle çeşitli psikopatolojilerin ortaya çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir (73,74). Bu bilişsel çarpıtmalar nedeniyle de kişilerde sürekli tetikte olma hali, çatışmacı ve saldırgan bir tutum geliştirme, çevreyi güvenilmez olarak varsayma ve olgunlaşmamış savunma mekanizmaları geliştirme gibi maladaptif tabloların ortaya çıkabildiği bilinmektedir (6,75).

Literatürde incelendiğinde ÇÇT'nin, çocuğun hem ruhsal hem de bedensel sağlığı üzerine kısa ve uzun dönemli olumsuz sonuçlarının olduğu görülmektedir (5). Erken dönemde olumsuz yaşam deneyimleri olan çocukların kısa dönemde alt ıslatma, parmak emme, uyku ve yeme bozuklukları, öğrenme ve konuşma güçlüğü ile okul başarısında düşüklük yaşayabileceği belirlenmiştir (48). Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde ise bu yaşantıların uzun dönemde obezite, kalp hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, psöriasis, migren, kronik ağrı, interstisyel sistit gibi bedensel hastalıklar yanı sıra depresyon, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif belirtiler, kişilik bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, alkol ve madde kullanım bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve cinsel işlev bozukluğu gibi çeşitli ruhsal hastalıklara neden olabildiği görülmüştür (4,5,6,72,73,76,77,78). Ek olarak bu yaşantıların riskli cinsel davranışlar, dürtüsellik ve özkıyım davranışı ve psikotrop ilaç kullanımının artması ile ilişkili olabileceği de belirlenmiştir (5,6,79). Daha önce yapılmış izlem çalışmalarının verileri incelendiğinde ise çocukluk döneminde

istismara uğrayan bireylerin uzun vadede tekrarlayan intihar girişimlerinin olduğu ve bu durumun istismar öyküsü bulunmayanlardan yaklaşık sekiz kat yüksek olduğu görülmüştür (6). Bununla birlikte özellikle cinsel istismar olmak üzere bu travmatik yaşantıların, MDB'nin yaşam boyu görülme riskini artırdığı ve tedavi yanıtını da olumsuz etkilediği bilinmektedir (80). Cinsel istismar öyküsü olan kadınların, erken başlangıçlı cinsel birliktelikler, erken yaşta gebe kalma, korunmasız cinsel ilişki, birden fazla cinsel partnere sahip olma gibi çeşitli yüksek riskli cinsel eylemlerde bulunduğu ve diğer riskli davranışların görülme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (6,51,81,82). Çocukluk dönemi travmatik yaşantılarının alt türlerinin birlikte görülmesi sonucu ortaya çıkan kümülatif etkinin yetişkinlikte genel sağlıkla ilişkili sorunlara ve psikopatolojilerin ortaya çıkmasına daha fazla yol açtığı bilinmektedir (82). ÇÇT'nin toplumsal sonuçlarına bakıldığında ise bireylerin toplumsal becerilerin gelişimine engel oluşturabildiği, kişilerarası ilişkilerde daha fazla yalnızlık hissi ve ilişkide uygun duygusal tepkileri vermekte güçlük yaşadıkları, düşünce ve duyumları deneyimlemeye yönelik yaşantısal kaçınma davranışları nedeniyle sosyal bağlantılarının daha zayıf olduğu görülmüştür (4,79,83).

Tüm bu bilgilerle birlikte her ne kadar son yıllarda giderek artan oranda depresyon ve istismar ilişkisine yönelik araştırmalar yapılmaya devam edilse de bu iki bileşenin arasındaki ilişki net olarak aydınlatılamamıştır. Bu ilişkinin altında yattığı düşünülen olası nörobiyolojik mekanizmalar incelendiğinde erken dönemdeki olumsuz yaşantıların hipotalamik-pituiter-adrenal aksı aktive ettiği, bu nedenle erken dönemde strese duyarlılık gelişiminde rol oynadığı bilinen CRH salınımı aracılığı ile özellikle limbik bölge üzerinde olmak üzere nörogelişimsel etkilerde bulunarak depresyon ve anksiyete belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olduğu belirtilmiştir (72,75). Bununla birlikte erken dönem strese maruziyetin nörogenezis, sinaptik işlevler ve myelinizasyon gibi alanlar üzerine nörogelişimsel etkilerinin olduğu, böylece bu kişilerin yaşam boyu maladaptif savunmalar geliştirebildiği ve psikopatolojilerin ortaya çıkabildiği öne sürülmüştür (58).

Bununla birlikte literatür incelendiğinde ÇÇT'nin cinsel işlevleri etkileyerek, evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı ve şiddete maruziyet gibi faktörlere benzer şekilde çiftler arasındaki uyum ve cinsel yaşam üzerine olumsuz etkiler yaratabileceği gösterilmiştir (84). Başta cinsel istismar olmak üzere bu olumsuz yaşantıların, cinsel fonksiyonları

ve ilişkilerdeki tatmini etkilediği, bu yaşantılara sahip kişilerin daha az cinsel isteğinin olduğu, daha fazla cinsel uyarılma ve orgazm sorunları yaşadığı, cinsel ilişki sırasında daha fazla ağrı hissettiği ve genel anlamda cinsel sağlıklarının daha kötü olduğu gösterilmiştir (7,82) Ek olarak bu bireylerde cinsel anlamda tatmin düzeyinin düşük olması sonucunda ilişki ve evlilik doyumunun daha az olduğu, boşanma oranlarının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun altında yatan mekanizmaya ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde, bu kişilerin tehdit edici olarak algıladıkları cinselliğe ilişkin daha fazla bilişsel kaynak ayırdığı, cinsel uyaranları daha az oranda olumlu duygularla ilişkilendirdikleri, cinsel anlamda kendiliklerine ilişkin daha fazla olumsuz şemalarının olduğu belirlenmiştir (7,85). Her ne kadar travmatik yaşantıların sıklıkla birlikte görüldüğü bilinse de, yapılan çalışmalar çoğunlukla çocukluk dönemi cinsel istismarının psikoseksüel gelişim ve cinsel yaşam üzerine etkisine odaklanmış olup, cinsel istismar dışı diğer travmatik deneyimlerin cinsellik üzerine etkisi görece daha az araştırılan bir başlık olmuştur. Bununla birlikte elde edilen veriler incelendiğinde fiziksel istismar, duygusal istismar veya ihmal gibi diğer travmatik yaşantıların da bireylerin cinsellikle ilgili problemler yaşamasına sebep olduğu saptanmıştır. Çoklu travmatik yaşantıların özellikle duygu regülasyonu gibi psikolojik başa çıkma mekanizmaları üzerinde tekli travmatik yaşantılara kıyasla daha fazla olumsuz etkisinin olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda çoklu travmatik yaşantıların psikolojik başa çıkma becerilerini etkileyerek cinsel aktivite esnasında anksiyete ve fobik cevap oluşumuna neden olduğu, bu nedenle cinsel disfonksiyona yol açtığı ve cinsel doyumu azalttığı öne sürülmektedir (86).

Tüm bu sonuçlar birlikte ele alındığında çocuğa yönelik kötü muamelenin sadece bireysel değil toplumsal ve ekonomik yönlerinin de bulunduğu ve bu durumun yaşam boyu sürecek biyopsikososyal açıdan yaygın olumsuz etkilerinin olduğu bilinmekle birlikte, bu travmatik yaşantıların süreç içerisinde ortaya çıkan depresyon, anksiyete gibi çeşitli psikopatolojilerin ve cinsel yaşama ilişkin sorunların etiyolojisinde oynadığı rol henüz net olarak saptanmamıştır.

2.3. ÜSTBİLİŞ

2.3.1. Tarihçe ve Tanım

Literatürde İngilizce "metacognition" kavramının karşılığı olarak yer alan "üstbiliş", insanın algılama, hatırlama ve düşünmesinde yer alan bilişsel etkinlikleri ile bunlara ilişkin sürecin farkında olması ve kontrol edebilmesi anlamına gelmektedir. Tarihte ilk kez Spinoza'nın (1632-1677) *"Kişi bir şeyi biliyorsa, o şeyi bildiğini bilir ve aynı zamanda o şeyi bildiğini de bilir"* deyişi ile felsefi bir ifade olarak yer alan üstbiliş terimi bilimsel literatürde ise ilk kez 1970'li yıllarda Flavell tarafından yapılan çalışmalarda yer almıştır. Flavell çocukların bellek işlevleri ve stratejilerini ele aldığı çalışmalarında üst bellek kavramını ortaya koymuş, sonrasında bu kavramı genişleterek bireyin öğrenme ve bellek üzerindeki kontrolünü ifade eden üstbiliş kavramını kullanmıştır (87). Üstbilişin süreç içerisinde değiştirilebilen ve geliştirilebilen bir yeti olduğu kabul edilmektedir. Çocukluk döneminden itibaren oluşmaya başlayan bu yeti, bireyin büyüme ve gelişmesine paralel olarak seyir göstermektedir. Dönemsel açıdan ele alındığında, ilk dönem olarak kabul edilen 0-5 yaş arasındaki süreçte üstbilişsel stratejilerin kullanılmadığı ve bu becerilerin çocuğa öğretilemediği ifade edilmektedir. İkinci dönem ise 6-9 yaş arası olarak kabul edilmiş olup stratejilerin kullanıldığı fakat yenilerinin üretilemediği dönem olarak tanımlanmaktadır. Son olarak, çocuğun 10-11 yaşlarında ise üstbilişsel stratejileri anladığı ve uygun stratejileri seçip kendiliğinden kullanabildiği belirtilmiştir (88).

Üstbiliş kavramı zaman içerisinde farklı araştırmacılar tarafından da ele alınmış olup, genel olarak bireylerin düşünme süreçlerinin farkında olup kontrol edebilmesi ve değerlendirmesi ile bilişi etkileyen faktörlerin anlaşılmasını sağlayan üst düzey bir yönetsel süreç olarak tanımlanmaktadır (89,90). Bu kavram öncelikle bilişsel psikoloji ve eğitim psikolojisi alanlarında kullanılmış olup sonrasında ruhsal hastalıklarla ilişkisine yönelik çalışmalar ortaya konmuştur (91). Bilişler hakkındaki bilişler şeklinde de tanımlanan üstbiliş kavramının bilişten farkı; bilişin algılama, anlama ve hatırlama gibi zihinsel süreçleri içermesine karşın üstbiliş bireyin kendi zihinsel süreçleri hakkında düşünmesi olarak ifade edilmektedir (87,89). Bu beceriye sahip olan bireylerin zihinsel faaliyetleri üzerinde planlama, izleme ve değerlendirme

gibi yeteneklerinin daha yüksek olduğu ve bu işlevleri amaçlı olarak yönlendirebildiği ileri sürülmektedir (89,90).

Literatürde üstbilişsel süreçlerle ilişkili olarak "nesne düzeyi" ve "üst (meta) düzey" olmak üzere iki düzeyden bahsedilmektedir. Nesne düzeyi problem çözme ve öğrenme faaliyeti gibi faaliyetlerin olduğu düzeyken; üst düzey ise bireyin bilişsel süreçlerini gözden geçirmesini sağlamaktadır (92). Bununla birlikte süreç içerisinde üstbiliş boyutlarını farklı şekillerde ele alınmasıyla üstbilişin boyutlarına ve alt bileşenlerine ilişkin farklı tanımlamalar ortaya konmuştur. Flavell'e göre üstbilişin; üstbiliş bilgisi, üstbilişsel deneyimler, üstbilişsel hedefler ve üstbilişsel stratejiler olmak üzere dört alt bileşeni bulunmaktadır. Bu konuda çok sayıda çalışma yapmış olan Wells ise üstbilişin üç alt bileşeni olduğunu belirtmiştir. Bunlar üstbilişsel bilgi, üstbilişsel kontrol stratejileri ve üstbilişsel deneyimdir (87,88). Üstbilişsel bilgi, bir işin ya da görevin nasıl yapılacağına, sahip olunan yeterliliklere ve hangi durumlarda yapılacağına yani sonuç olarak bilişsel işlemlemenin nasıl gerçekleştiğine dair sahip olunan bilgi şeklinde literatürde tanımlanmaktadır. Bu bilgiler kişilerin bilişsel özellikleri, bilişsel görevlere ilişkin bilgileri ve bu görevlerin üstesinden gelmeyi sağlayan strateji bilgisini içermektedir (87,93). Üstbilişsel kontrol stratejileri, üstbilişsel bilginin bilişsel süreçlere yönelik gözlem yaparak amaca ulaştırılması için stratejik kullanımı, üstbilişsel değerlendirmeye göre çıkarımlarda bulunarak, düşünce ve davranışları belirlenmesi ile bilişsel etkinliğin düzenlenmesi olarak ifade edilmektedir (87,93,94). Son olarak üstbilişsel deneyimler ise bireyin bir durum veya olayla karşılaştığında düşünme, anlamlandırma ve karar verme gibi süreçleri ve duygularla ilişkili olan bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (88). Üstbilişsel düzeyler ile alt bileşenlerin ilişkisi çift yönlü olarak ele alınmaktadır. Bu etkileşimde, nesne düzeyinden üst düzeye ve üst düzeyden nesne düzeyine gelen bilgi akışlarıyla üstbilişsel kontrol sağlanmaktadır (92).

2.3.2. Üstbilişsel Modelin Psikopatolojiler ile İlişkisi

Bilişsel davranışçı yaklaşımların ruhsal bozuklukların açıklanması ve tedavisine yönelik bazı sınırlılıklarının belirlenmesi üzerine, 1990'lı yıllarda Wells ve Matthews ruhsal hastalıklarda üstbilişsel yaklaşım modelini öne sürmüştür (87). Üstbiliş sisteminin, insanın bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik

çalışmasında büyük rol oynadığı bilinmektedir. Bu yaklaşıma göre bilişler ve üstbilişlerin de dahil olduğu çoklu bileşenlerin etkileşimsel ilişkisi sırasında ortaya çıkan herhangi bir sapmanın psikopatolojilerin gelişmesi ve sürmesinde önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir (95). Bu kurama göre, bazı psikopatolojilerde gözlenen işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tarzlarının üstbilişlerde meydana gelen problemlerden kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Aynı zamanda olayları değerlendirmeyi etkileyen düşünceler hakkında olumlu ve olumsuz üstbilişlerin, kişilerin maladaptif tarzda tepki geliştirmesine neden olduğu düşünülmektedir (90,96).

Wells ve Matthews tarafından ruhsal hastalıkların modellemesine ilişkin öne sürülen Kendini Düzenleyici Yönetici İşlevler Modeli'nde (K-DYİM) ("Self Regulatory Executive Funciton" (S-REF)) hastalık sürecinde ruminasyon, kaçınma, düşüncenin bastırılması gibi adaptif olmayan başa çıkma mekanizmalarının birey tarafından fark edilmeden kullanıldığı belirtilmiştir (97). Buna göre duygusal bozukluklar, normal ve çoğunlukla geçici olan olumsuz duygu ve düşüncelerin, aktif ve tekrarlayan düşünme (ruminasyon), tehdit izleme (dikkat stratejileri) ve işlevsel olmayan kendilik inançları nedeniyle süreğenleşmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (98,99). Birey herhangi bir içsel ya da dışsal uyaranla karşılaştığında uyaranın işlenmesi üstbilişsel inançlar tarafından yönlendirilmekte; bu durum da uyarana ilişkin değerlendirme ve stratejileri etkilemektedir (94). K-DYİM'de birbiriyle etkileşim halinde olan üç düzeyden bahsedilmektedir. En alt düzeyde otomatik refleksif süreçler, ikinci düzeyde düşünce ve davranışların bilinçli olarak işleme sokulması ve en üst düzey ise uzun süreli bellekteki üstbilişsel bilgi ve inançlar yer almaktadır. En alt yani birinci düzey bilinçli farkındalık alanı dışında olup uyaranların varlığında üst işlemleme düzeylerine geçmeden otomatik olarak devreye girmektedir. İkinci düzey düşünce ve davranışların kontrol edilmesini sağlayan, bilinçli izleme ve kontrolün eşlik ettiği, benlik bilgisi ve bellek kaynaklı inançlardan köken alan bir düzeydir. Bu düzeyde yer alan endişe içerikli düşüncelerin veya ruminatif düşünce zincirlerinin varlığı dikkatin yönünü değiştirmekte ve düzenleyici süreçler üzerinde sorunlara yol açmaktadır. Benzer şekilde bu aşamada ortaya çıkan, bastırma gibi adaptif olmayan başa çıkma mekanizmaları da işlemleme sürecini sekteye uğratmaktadır. Üçüncü (üst) düzey ise bellekte depolanmış bu bilgi ve inançlar olarak tanımlanmıştır. K-DYİM

aktif hale geldiğinde duruma ilişkin çözümler ve başa çıkma stratejileri için üst düzeyde yer alan depolanmış bilgiler kullanılmaktadır (92).

Bu bağlamda, ikinci düzey işlemleme sürecinde yer alan ve "Bilişsel Dikkat Sendromu" olarak tanımlanan disfonksiyonel düşünme biçiminin, kişinin başa çıkma stratejilerinin sonucu olarak ortaya çıktığı ileri sürülmüştür (98). K-DYİM'e göre hatalı üstbilişsel tetikleme sonucu ortaya çıkan, artan kendine odaklanma, tekrarlayan endişeli ve ruminatif düşünme paterni, uyumsuz başa çıkma stratejileri ve tehdit izleme alt gruplarından oluşan Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS)'nun "Cognitive Attention Syndrome" (CAS), hastalığın süreğenleşmesine katkısının olduğu çeşitli çalışmalarda belirlenmiştir (100). Sonuç olarak bu sendrom süreğen ve esnek olmayan şekilde kendine odaklanmış dikkat seviyesi, işlevsel olmayan inançlar, tekrarlayan endişe ve ruminasyona yönelik yanlı dikkatin ortaya çıkması olarak özetlenebilmektedir (94). Tüm bu süreçlerde rol oynayan üstbilişsel inançlar ise özelliklerine göre olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Olumlu üstbilişler ruminasyon, dikkat yanlılığı, endişe ve işlevsiz başa çıkma davranışlarının işe yaradığına ilişkin inançları kapsamaktayken olumsuz üstbilişler ise olumlu üstbilişler sonucu devreye giren ruminasyon gibi süreçlerin kontrol edilememesi nedeniyle olumsuz etkileri olabileceğine odaklanan inanışları içermektedir (98,99).

Psikiyatrik hastalıkların üstbilişsel model ile açıklanmasına yönelik yapılan araştırmalar son yıllarda giderek artmaktadır. Özellikle yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, psikoz ve madde kullanım bozukluklarına ilişkin çalışmalar bu hastalıklarda üstbilişin etkilerinin olduğunu göstermiştir (101-106). Depresyonun üstbilişsel modeline göre, insanların depresif duygudurumlarına devam etmesinin aslında üstbilişlerinin verdiği tepkilerden kaynaklandığı öne sürülmüştür (98). Bununla birlikte depresyon hastalarında, üstbilişe ilişkin olumlu inanç alt ölçeği puanlarının belirti şiddetiyle orantılı olarak arttığı ve bu nedenle tedavide özellikle olumsuz ruminatif düşüncelere odaklanılması gerektiği belirtilmiştir (104,107,108). Üstbilişsel modele göre kaygılı düşünceler ile depresif düşünceler kıyaslandığında, depresif düşüncelerin daha fazla geçmiş odaklı olduğu, problem çözmeye yönelik düşük güvenin olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte depresyona ilişkin yapılan çalışmalar tekrarlayan hastalık dönemleri ile ruminasyon arasında ilişkiye de dikkat çekmektedir (94). Ruminasyona ilişkin olumlu inanışlar

ruminasyon yapma isteğini artırmakta fakat devamında kontrol edilemezlik şeklindeki olumsuz inanışları aktive etmektedir (98). Wells'in üstbilişlerle ilgili olarak yaptığı çalışmalarda çoğunlukla obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete bozuklukları ile üstbiliş ilişkisinin araştırıldığı, depresyon ile yapılan çalışmaların ise göreceli olarak daha sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Bu araştırmalar incelendiğinde genellikle olumsuz üstbilişsel inanışların anksiyete ve depresyon semptomların devam etmesine neden olduğu, stres maruziyeti ve travmatik deneyimler ile üstbilişsel inanışların değişebildiği gözlenmiştir (108,109) Aynı zamanda olumlu üstbilişsel inanışların, ruminasyon, kaygı ve bastırma gibi uygunsuz düşünce kontrol stratejilerinin kullanımı yoluyla depresyon gelişmesine ve olumsuz üstbilişsel inanışların ise kontrol edilemezlik ve tehdit algısı nedeniyle emosyonel distres gelişmesine yatkın hale getirdiği öne sürülmüştür (110).

Üstbilişsel inanışların erken çocukluk ve ergenlik döneminden itibaren şekil almaya başladığı düşünülmektedir. Bu teoriye göre istismar ve ihmal gibi olumsuz yaşantılarının olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışları etkileyebileceği ve BDS aktivasyonuna neden olabileceği öne sürülmüştür (111). Çalışmalar sonucunda, BDS aktivasyonu sonrası ortaya çıkan duygu regülasyonu sorunları, kaçınma davranışı, ruminasyon ve düşünce baskılamanın, depresyon, intihar girişimi ve travma sonrası stres bozukluğu dahil olmak üzere çeşitli ruhsal bozukluklara yol açabileceği belirlenmiştir. Çocukluk döneminde travmatik yaşantılara maruz kalmış bireyin, bakım verenleri tarafından verilecek duygusal destek arayışına girdiği, beklediği desteğe ulaşamadığında ise gelecekteki olası travmatik yaşantıları engellemek adına kaygı ve tehdit algısı geliştirdiği düşünülmektedir. Bu durumun da süreç içerisinde kaygıya ve tehdit algısına yönelik olumsuz üstbilişsel inanışlara dönüştüğü ve duygu kontrolünü sağlamak adına kaçınma davranışı gibi disfonksiyonel stratejilerin kullanılmaya başladığı ileri sürülmektedir (112).

Üstbilişsel model ile kuramsal olarak cinsel sorunlar dahil birçok psikopatolojinin açıklanabileceğine yönelik çok sayıda çalışmaların yapıldığı bilinmektedir. Bu bağlamda yapılan yeni araştırmalar sonucunda, vajinismusu olan kadınların herhangi bir cinsel yakınması olmayan kadınlara göre penetrasyon sırasında kontrolü kaybetmeye yönelik daha fazla kaygılarının ve penetrasyonla ilişkili olumsuz kendilik görünümlerinin olduğu, daha yüksek seviyede uyarılmışlık yaşadıkları ve

cinsel ilişki sırasında ağrı ilişkili katastrofik biliş ve inanışlarının olduğu belirlenmiştir (113). Buna ek olarak kadınlarda görülen cinsel sorunlara yönelik yapılan çalışmalarda vajinismusu olan kadınlarda kontrollere göre kaçınma davranışının daha yüksek olduğu; genitopelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğu olan kadınlarda ise kontrollere göre üstbilişsel farklılıkların görüldüğü saptanmıştır (114,115).

Tüm bu bilgilerin ışığında bireyin, cinsellik sırasında cinsel fonksiyonlarını artırmak amacıyla olumlu üstbilişsel inanışları temelinde Bilişsel Dikkat Sendromu'nu aktifleştirdiği, buna karşın bu sürecin sonunda cinsel uyarılmada azalma, bedensel duyumlardan uzaklaşma ve yineleyen olumsuz düşüncelerin ortaya çıktığı ve disfonksiyonel başa çıkma mekanizmaları ile olumsuz üstbilişlerin devreye girdiği, sonucunda ise BDS aktivasyonunun süreğenleştiği öne sürülmektedir (11). Sonuçta ortaya çıkan bu mekanizma, bireyde suçluluk, endişe, mutsuzluk, kızgınlık ve hayal kırıklığı gibi birçok olumsuz duyguya neden olarak cinsel distres oluşturup, emosyonel iyilik halinde bozulmaya ve cinsel yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (116).

2.4. CİNSEL YAŞAM KALİTESİ

2.4.1. Cinsellik ve Kadın Cinselliği

Sadece üreme amacı olmayan cinselliğin, bireylerin yaşam kalitesinin en önemli parçalarından biri olduğu, ilişkileri sürdürmede ve toplumun parçası olarak hissetmede önemli rol oynadığı bilinmektedir (117). Cinselliğin tarihsel süreci incelendiğinde önceden anaerkillikle birlikte dişilerin ön planda olduğu toplumsal dönemlerin ardından, ataerkil toplumların oluşmasının etkisiyle erkek egemen yapı cinsellikte de ön planda olmuştur. Viktoryen dönem ve sonrasında devam eden çalışmalarda öncelikle kadın cinselliği reddedilse de ilerleyen dönemlerde kadın cinselliği, cinsel eğitim, mastürbasyon ve eşcinsellik gibi kavramlar detaylı olarak ele alınmıştır (118).

Davranışçı kuramdan gelişen klasik koşullanma, edimsel koşullanma ve sosyal öğrenme modelleri insan cinsel davranışları hakkında önemli bulgular elde etmiştir. Pavlov tarafından geliştirilen klasik koşullanmadaki uyaran - yanıt eşleşmesinin birçok

cinsel davranışta görülebileceği ve cinsel sorunların tedavisinde kullanılabileceği öne sürülmüştür. Bununla birlikte literatürdeki cinsellik üzerine yapılan çalışmalarda, görece daha az bahsedilen fakat bu alanda da geçerliliği yadsınamaz olan biyopsikososyal modele göre cinsel davranış üzerine kontrol edilebilen ve edilemeyen birden çok faktör etki etmektedir. Bu bakış açısı, zamansal açıdan bir süreklilik dahilinde ve sağlıktan hastalığa bütüncül olarak ele alınması gereken cinselliğin karmaşık doğasını zihin-beden ilişkisini göz önünde bulundurarak değerlendirmektedir (119).

İntrauterin dönemden itibaren başlayan ve yaşamın ayrılmaz parçası olan cinsellik, deneyim ve ifade şekli açısından bireysel özellikler göstermektedir. Kadın cinsel döngüsünün doğum öncesinde işlevsel hale geldiği ve doğum sonrasında cinselliğin gerek bireysel gerek toplumsal faktörlere bağlı olarak süreç içerisinde gelişip değiştiği bilinmektedir. Bu bağlamda sağlıklı cinsel yaşam hakkında bilgi edinilemediği takdirde kişilerin cinsel gelişimleri etkilenebilmekte, bu durum uzun vadede cinsellikten haz almama ve uzak durma davranışı ile cinsel işlev problemlerine neden olabilmektedir (120). Kadınlarda görülen cinsel sorunların psikolojik nedenlerinin derlendiği bir çalışmada kadının yetiştirilme şekli, toplumdaki cinsel rolü, negatif beden imajı, düşük benlik saygısı, dini ve ahlaki inançları, aile dinamikleri, istismar öyküsü, eş ilişkisi, yakınlık sorunları, gebelik korkusu, psikiyatrik ve organik hastalıkların varlığı, geçmiş ve güncel duygusal yönden zorlayıcı yaşam olayları, cinselliğe yönelik korku, kaygı, suçluluk ve tiksinme gibi duyguları ile yetersizlik gibi olumsuz temel inançların varlığı, eşte cinsel işlev bozukluğu gibi nedenlerin ön plana çıktığı belirlenmiştir (121).

2.4.2. Cinsel Sağlık

Bireylerin, çiftlerin ve ailelerin refahını sağlamada ve toplumların sosyoekonomik gelişimlerini artırmada temel faktörlerden biri olan cinsel sağlık, DSÖ tarafından "sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, kişiliği, iletişimi ve sevgiyi artıracak şekilde fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik hali" şeklinde tanımlanmıştır (122). Cinsel sağlık, yalnızca yaş, cinsiyet ve bedensel hastalıklar gibi fizyolojik ve yaşanılan topluma ait sosyokültürel faktörlerden değil, aynı zamanda bireylerin kişilik özelliklerinden,

bilişsel işlevlerinden, geçmiş yaşam olaylarından ve gelişim dönemlerinden de etkilenmektedir (120,123). Psikososyal, ekonomik, kültürel, hukuki, politik, dini ve tarihi gibi çok boyutlu ele alınması gereken cinsel sağlığın, cinselliğe ve cinsel ilişkilere yönelik zorlama, ayrımcılık ve şiddet içermeyen, cinsel haklara saygılı bir tutum ile güvenli ve zevkli cinsel deneyimlerin yaşanmasını kapsadığı belirtilmiştir (124). Sağlıklı bir cinsel yaşam sürdürmek isteyen partnerler cinsel davranışlar konusunda onay almak, birbirlerine karşı sadık kalmak, birbirlerini fiziksel ve ruhsal zararlardan korumak, sınırlara saygı duymak gibi konularda sorumluluk almalıdır (121).

2.4.3. Cinsel Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık kavramlarını içeren çok boyutlu bir kavram olmakla birlikte, bu terim Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) grubu tarafından "hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı" olarak tanımlanmıştır (125,126). Cinsellik, bireyin hayati fonksiyonlarının devamlılığı açısından zorunlu olmamakla birlikte kişilerin yaşam kalitesini artırmak nedeniyle önem arz etmektedir. Bu bağlamda çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenebilen cinsel yaşam kalitesi, cinsellikle ilgili işlevlerde genel iyilik ve hoşnutluk hali olarak tanımlanmıştır (127). Çalışmalarda da bu nedenle cinsel fonksiyonlar ve öznel cinsel iyilik hali arasındaki ayrımın önemine dikkat çekilmiştir (128). Cinsel sağlık ve cinsel yaşam kalitesiyle çokça ilişkili olan cinsel tatmin kavramı çoğu zaman cinsel işlev bozuklukları gruplandırması altında değerlendirilse DSÖ'nün tanımına göre bu kavram sadece hastalık çatısı altında değerlendirilmemesi gereken sağlıklı cinselliğin önemli bir unsurudur (127).

Cinsel yaşam kalitesinin, klinik pratikte herhangi bir sebep nedeniyle sağlık profesyonellerine başvuran kişilerle yapılan görüşmelerde daha az sorgulandığı bilinmektedir (127). Özellikle cinsel problemleri nedeniyle başvuran kişilerin geçmişinde başta cinsel istismar olmak üzere fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmal gibi ÇÇT'nin sık görüldüğü ve bu durumun hem diğer ruhsal problemlere hem de cinsel işlev bozukluklarına yol açabildiği bilinmektedir (8,129). Ek olarak

literatürde partnerler arası ilişki problemleri ile uyuşmazlıkların olması ve bireylerin duygu, düşünce ve davranışları üzerinde kontrolü kaybetme korkusunun da cinsel yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilediği belirtilmiştir (121).

Başta depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ruhsal hastalıkların cinsellik üzerine olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Önceki çalışmalarda depresif semptomların, özellikle geçmişinde travmatik deneyimleri olan kişilerde, cinsel aktivite sırasında daha az keyif almaya ve partnere yönelik daha az bağlılık hissetmeye neden olabileceği, böylece yaşanan stres nedeniyle bireylerin cinsel yaşam kalitesinin etkilenebileceği belirtilmiştir. Literatür incelendiğinde boylamsal yapılan çalışmaların görece az olması nedeniyle depresif semptomların ve travmatik cinsel yaşantının, cinsel yaşamı nasıl etkilediğine dair sınırlı sayıda bilgi mevcuttur (130).

Araştırmalarda çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü, cinsel işlev bozukluklarının yanı sıra anksiyete, cinsel ilişkiden kaçınma, travmaya ilişkin yeniden yaşantılama, cinsel ilişki sırasında dissosiyatif belirtiler, olumsuz duygular ve isteksizlik ile ilişkilendirilmiştir (131,132) Ek olarak cinsel travma sonrasında kişilerin kendileri, çevreleri ve dünyayla ilişkili bilişlerinde olumsuz değişiklikler olduğu ve bazı disfonksiyonel inançların ortaya çıktığı belirlenmiştir (133). Cinsel travma dışında fiziksel ve duygusal istismar ile ihmalin de cinsel işlevler, stres toleransı ve kişilerarası ilişkiler üzerine negatif etkilerinin olabileceği bu nedenle bireylerin yakın ilişki kurmakta zorluk yaşayabileceği, destekleyici bir partner varlığında bile cinsel sorunların düzelmeyebileceği belirtilmiştir (134). Finkelhor ve Browne'nin "Travmajenik Dinamik" modelinde çocukluk çağı cinsel istismarının, çocuğun cinsel gelişimini gelişimsel açıdan uygunsuz ve kişilerarası işlevselliği olumsuz etkileyecek şekilde şekillendireceği öne sürülmüştür (130).

Sonuç olarak insan yaşamında önemli bir yeri olan cinselliğin, gelişim süreci içerisinde bireylerin geçmiş yaşantılarından, bilişsel ve ruhsal yapılanmalarından etkilenebildiği bilinmekte ve bu nedenle cinsel yaşam kalitesini değerlendirme sürecinde bu etkenler göz önünde bulundurularak uygun yaklaşımların planlanması gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Kesitsel tasarıma sahip olan çalışmanın örneklemine 01.06.2021-01.06.2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran ve DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5-CV) uygulanarak MDB tanısı almış 91 kadın hasta ile belirtilen özellikler bakımından benzer ve gönüllü 99 sağlıklı kadın kontrol dahil edildi.

Çalışmaya dâhil olma ölçütleri olarak şunlar belirlendi:

- 20-49 yaş arasında olmak
- DSM-5 tanı kriterlerine göre MDB tanısı almış olmak (34)
- Son 6 aydır düzenli cinsel hayata sahip olmak
- Bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalayıp çalışmaya katılmayı kabul etmek

Çalışmadan dışlanma ölçütleri olarak şunlar belirlendi:

- Çalışmanın gerekliliklerini yerine getirebilmeyi engelleyecek düzeyde dilsel eksiklik ve bilişsel sorun varlığı
- Geçmişte ve halen bipolar affektif bozukluk tanısına bağlı depresif dönem öyküsü
- Madde veya başka bir sağlık durumunun etkisine bağlı olarak ortaya çıkan depresif belirtilerin varlığı
- Psikiyatrik hastalık eş tanısı (nörogelişimsel bozukluklar, nörobilişsel bozukluklar, psikotik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, somatoform bozukluk, dissosiyatif bozukluk vb)
- Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısını karşılıyor olmak

- Son iki ay içerisinde herhangi bir psikotropik ilaç (düzenli antipsikotik, antidepresan, benzodiazepin veya nonbenzodiazepin anksiyolitik ilaçlar) kullanmış olmak
- Cinsel işlevleri etkileyecek bedensel (nörolojik, vasküler, endokrinolojik vb.) hastalık tanısının varlığı
- Cinsel partnerde cinsel işlevleri etkileyecek bedensel veya ruhsal hastalığın varlığı

3.2 ETİK KURUL ONAYI

Bu araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 20.05.2021 tarih ve 2021-223 proje/karar numaralı kararı ile onaylanmıştır. Araştırma projesi değerlendirme raporuna ilişkin belge EK-1'de sunulmuştur. Ayrıca çalışma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu'nun (TUEK) 22.04.2021 tarih ve 6 karar numarasıyla onaylanmıştır. Haziran 2021 – Haziran 2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilen araştırmanın etik kurul, veri toplama ve bilimsel yazım gibi tüm aşamaları İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve Helsinki Bildirgesi prensiplerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

3.3. UYGULANAN ÖLÇÜM ARAÇLARI

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından çalışmanın amaçları göz önüne alınarak, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini sorgulamak amacıyla oluşturulan bilgi formudur. Veri formunda katılımcıların yaş, öğrenim süresi, medeni durum, çalışma durumu, fiziksel ve psikiyatrik hastalık ve tedavi öyküsü ile sağlığa zararlı alışkanlıkların varlığı, çocukluk döneminde ve şu anki yaşam şekli ile cinsel yaşamlarına dair bilgiler sorgulanmıştır. Sosyodemografik verileri ve klinik değerlendirme ölçeklerini içeren olgu rapor formunun bir örneği EK-2'de sunulmuştur.

3.3.2. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Lovinond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilen Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21), her alt başlık için 7 madde içermekte ve her madde "(0) hiçbir zaman" ile "(3) her zaman" aralığında olmak üzere dörtlü Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanmaktadır (135). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Sarıçam (2018) tarafından yapılmış olup geçerlik çalışması için yapı geçerliği ve ölçüt geçerliği uygulanmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonucu 21 maddeli ölçek üç alt boyutta toplanmıştır ve faktör yükleri 42 ile 72 arasında sıralanmıştır. Klinik örneklemde Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı depresyon alt ölçeği için $\alpha = 0.87$, anksiyete alt ölçeği için $\alpha = 0.85$ ve stres alt ölçeği için $\alpha = 0.81$ olarak bulunmuştur. Düzeltilmiş madde toplam korelasyon katsayılarının ise 43 ile 77 arasında sıralandığı belirlenmiştir. Ölçeğin klinik popülasyon ile klinik olarak hasta olmayan popülasyonu iyi düzeyde ayırt ettiği belirlenmiştir (136).

3.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33)

Bernstein ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen ve ilk versiyonu 28 maddeden oluşan bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı, duygusal ve fiziksel ihmalini değerlendiren beş alt grup puanı belirlenmekte ve grupların her birinin puanlarının toplamı ile toplam puan elde edilmektedir (137).

Yirmi sekiz soruluk ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Şar ve arkadaşları tarafından (2012) yapılmış olup, sonrasında kültürel adaptasyonu sağlamak üzere aşırı koruma-aşırı kontrolü içeren boyutu da entegre ederek değerlendiren 33 soruluk ölçek revizyonu yapılmıştır. Özbildirim yoluyla uygulanan ölçeğin değerlendirilmesinde "(1) hiçbir zaman " ile "(4) her zaman" arasında olmak üzere beşli Likert tipi derecelendirme sistemi kullanılmaktadır. Oluşturulan bu yeni versiyonun Cronbach alfa puanı $\alpha = 0.87$ olarak bulunmuştur. Toplam puan ölçeğin revize edilmiş hali için 25-150 arasında olarak belirtilmiştir. Duygusal istismar (Madde 3, 8, 14, 18, 25), fiziksel istismar (Madde 9, 11, 12, 15, 17), fiziksel ihmal (Madde 1, 4, 6, 2, 26), duygusal ihmal (Madde 5, 7, 13, 19, 28), cinsel istismar (Madde 20, 21, 23, 24, 27), ve aşırı koruma-kontrol (Madde 29-33) bölüm puanları ilgili maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. İnkar (minimize etme) puanlarını hesaplamak için ilgili üç madde

içerisinde (Madde 10, 16, 22), bir tanesine (Madde 10) verilen yanıtın önce ters çevrilmesi gerekir. Her bir madde için en yüksek puanın (5 puan verilmesi) seçilmesi halinde verilen 1 puanların toplanması ile inkar puanı elde edilir. Toplam inkar puanı 0-3 arasında olabilir (138).

3.3.4. Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ-30)

Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilen ölçek ilk olarak "Metacognitions Questionnaire (MCQ)" şeklinde kullanılmaya başlanmış olup, sonrasında 30 maddelik kısa formu olan ÜBÖ-30 (MCQ-30) oluşturulmuştur. ÜBÖ-30'da yer alan maddeler, "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(4) kesinlikle katılıyorum" arasında dörtlü Likert tipi derecelendirme yöntemiyle yanıtlanmaktadır. Ölçek sonucunda alınabilecek puan 30 ile 120 arasında değişmekte ve puanın yükselmesi üstbilişsel faaliyetin patolojisine işaret etmektedir (139). Wells ve Cartwright-Hatton'ın (2004) yaptıkları psikometrik incelemeye göre, ÜBÖ-30'daki maddeler endişenin koruyucu olduğuna ilişkin "Olumlu İnançlar", endişenin tehlikeli ve kontrol edilmesi gereken bir durum olduğuna ilişkin "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike", dikkatin girici bazı düşüncelere yönelmesi nedeniyle belleğin sınırlarının olduğuna ilişkin "Bilişsel Güven", endişelerin durdurulması gereken tehlikeli inanışlar olduğuna ilişkin "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" ve kişinin kendi düşünce süreçlerine odaklanmasına ilişkin "Bilişsel Farkındalık" olmak üzere beş faktöre dağılmaktadır (139-142).

ÜBÖ-30'un iç tutarlılığına ilişkin madde toplam korelasyonları tüm ölçek için 0.31 - 0.68 aralığında, alt başlıklar olan "Olumlu İnançlar" 0.77 - 0.83, "Bilişsel Güven" 0.72 - 0.87, "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike" 0.70 - 0.82, "Bilişsel Farkındalık" 0.56 - 0.83 ve "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" 0.30 - 0.65 aralığında olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin tüm olarak iç tutarlılık Cronbach alfa değeri $\alpha = 0.93$ ve faktörler için alfa değerleri $\alpha = 0.72 - 0.93$ aralığında olduğu bulunmuştur (139).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Tosun ve Irak (2008) tarafından yapılmıştır. Çalışma sonucunda ölçeğin Türkçe formunun orijinal form ile aynı faktör yapısına sahip olduğu ve beş faktörün toplam varyansın %52.44'ünü açıkladığı gösterilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun test-tekrar test korelasyon analizi sonuçlarına göre ölçek maddeleri için elde edilen güvenirlik

katsayılarının maddeler için 0.40 ile 0.94 arasında ve alt ölçekler için 0.70 ile 0.85 arasında değiştiği gösterilmiştir. İç tutarlılığa yönelik analiz sonucuna göre ÜBÖ-30'un Cronbach alfa güvenirlik katsayısı α = 0.86 olarak bulunmuştur (90).

3.3.5. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın

Symonds ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen ölçek 18 yaş üzeri tüm kadınlara uygulanabilmektedir. Özbildirim yoluyla değerlendirilen ve altılı likert tipinde olan ölçeğin 18 maddesi bulunmaktadır. Her madde son bir ay içindeki cinsel yaşamı düşünülerek değerlendirilmelidir. Ölçeğin orjinalinde maddeler 1-6 arasında ya da 0-5 arasında puanlanabileceği belirtilmiştir. 1, 5, 9, 13 ve 18 numaralı maddeler ters puanlanmalı ve buna göre toplam puan hesaplanması gerekmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 100 üzerinden değerlendirilmek üzere dönüştürülmektedir. Hesaplanan toplam puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (143).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Tuğut ve Gölbaşı (2010) tarafından yapılmış olup, 1-6 arasında puanlama sistemi (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum) kullanılmıştır. Ölçeğin yapısı incelendiğinde maddelerin tek faktör altında toplanabildiği görülmüştür. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı α = 0,83 olarak hesaplanmıştır (144).

3.4. YÖNTEM

Çalışma için etik kurul ve TUEK izinleri alındıktan sonra, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 01.06.2021-01.06.2022 tarihleri arasında başvuran ve SCID-5-CV uygulanarak DSM-5'e göre MDB tanısı almış kadın hastalar ile belirtilen özellikler bakımından benzer ve gönüllü sağlıklı kontroller çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmanın başlangıcında hasta grubunda yer alması planlanan 126 katılımcı, araştırmanın içleme ve dışlama kriterleri doğrultusunda yeniden değerlendirilmiş olup belirtilen koşulları sağlamayan katılımcılar dışlanmış ve sonuç olarak 91 hasta

araştırmaya dahil edilmiştir. Sosyodemografik veri formu aracılığı ile çalışmaya dahil edilen katılımcıların yaş, öğrenim süresi, meslek, sağlığa zararlı alışkanlıklar, mevcut fiziksel hastalıklar, psikiyatrik nedenlerle hastane yatışları, çocukluk dönemi ve şimdiki yaşam şekli ile cinsel yaşamlarına dair bilgiler edinilmiştir. Ardından katılımcılar tarafından mevcut ruhsal tabloları ve eşlik edebilecek kaygı düzeylerini değerlendirmek için Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21), çocukluk döneminde yaşanmış olabilecek travmatik yaşantıları değerlendirmek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33), üstbilişsel yapılanmalarını değerlendirebilmek için Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) ve cinsel yaşamlarına dair görüşlerini değerlendirmek için Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın doldurulmuştur. Elde edilen verilere gerekli analizler yapıldıktan sonra bilimsel olarak raporlanmıştır.

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışma öncesinde literatür verilerine dayanılarak güç analizi yapılmış ve α hata 0.05, güç 0.80 ve etki büyüklüğü 0.40 olarak hesaplandığında örneklem sayısı her bir grup için 78 ve toplam 156 olarak bulunmuştur. Olası aksilikler göz önüne alınarak her bir grup için 82 olmak üzere toplamda en az 164 katılımcı ile çalışmanın yapılması planlanmıştır.

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri kayıt edildikten sonra tanımlayıcı istatistiksel analizler uygulanmıştır. Tanımlayıcı analizlerde sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma, kategorik değişkenler ise frekans (yüzde) şeklinde sunulmuştur. Hasta ve sağlıklı kontrol grubu arasındaki sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında öncelikle parametrik testler için gerekli varsayımları karşılayıp karşılamadığı incelenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Smirnow testi ile değerlendirilmiştir.”Parametrik varsayımları karşılayanlar için Student T Testi kullanılmıştır. İki grup arasında kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanılmıştır. İki sayısal değişken arasındaki ilişki incelemek için parametrik testler için varsayımları karşılamaları durumunda Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Son olarak hastalık şiddeti ve ÇÇT’nin üstbilişler ve cinsel yaşam kalitesi üzerindeki etkisi Yapısal Eşitlik Modeli ile test edilmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmaya dahil edilen 190 katılımcının yaş ortalaması 32,34±7,73 yıl ve eğitim yılı ortalaması 14,44±5,03 olarak hesaplandı. Katılımcıların %29,5'inin (n=56) bekar, %65,8'inin (n=125) evli ve %4,7'sinin (n=9) boşanmış olduğu belirlendi. Kontrol grubu ile MDB tanılı hasta grubunun sosyodemografik verilerinin gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

Değişken	Toplam (n=190)	Kontrol (n=99)	Hasta (n=91)	İstatistik
Yaş (Yıl; ort.±SS)	32,34 ± 7,73	32,47 ± 6,99	32,20 ± 8,50	t=0,236 df=188 p=0,814
Eğitim süresi (Yıl; ort.±SS)	14,44 ± 5,03	14,93 ± 4,61	13,91 ± 5,42	t=1,409 df=188 p=0,163
Çalışma Durumu (n(%))				
Çalışmıyor	71 (37,4)	24 (24,2)	47 (51,6)	X^2=15,216 df=1 **p<0,001**
Çalışıyor	119 (62,6)	75 (75,8)	44 (48,4)	
Medeni Durum (n(%))				
Bekar	56 (29,5)	22 (22,2)	34 (37,4)	X^2=5,243 df=2 p=0,073
Evli	125 (65,8)	72 (72,7)	53 (58,2)	
Boşanmış	9 (4,7)	5 (5,1)	4 (4,4)	
Çocuk sahibi olma (n(%))				
Hayır	88 (46,3)	44 (44,4)	44 (48,4)	X^2=0,291 df=1 p=0,590
Evet	102 (53,7)	55 (55,6)	47 (51,6)	
Çocuk Sayısı (ort.±SS)	0,92 ± 1,00	0,83 ± 0,85	1,01 ± 1,14	t=-1,167 df=165 p=0,245

t: Student t test, X^2: Pearson Ki-kare testi, ort.±SS: Ortalama±Standart Sapma, n (%): frekans (yüzde)

Buna göre iki grup arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlendi (p<0,05). Diğer parametreler arasında iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı.

Katılımcıların fiziksel sağlık, sigara, alkol ve madde kullanım verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması ise Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların fiziksel sağlık ve sigara, alkol, madde kullanım verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

Değişken	Toplam (n=190)	Kontrol (n=99)	Hasta (n=91)	İstatistik
Fiziksel hastalık (n(%))				
Yok	154 (81,1)	82 (82,8)	72 (79,1)	X^2=0,424
Var	36 (18,9)	17 (17,2)	19 (20,9)	df=1 p=0,515
Fiziksel hastalık için düzenli ilaç kullanımı (n(%))				
Yok	151 (79,5)	79 (79,8)	72 (79,1)	X^2=0,013
Var	39 (20,5)	20 (20,2)	19 (20,9)	df=1 p=0,908
Sigara kullanımı (n(%))				
Yok	115 (60,5)	68 (68,7)	47 (51,6)	X^2=5,761
Var	75 (39,5)	31 (31,3)	44 (48,4)	df=1 **p=0,016**
Günlük sigara sayısı (kullananlarda) (ort.±SS)	13,80±7,45	12,68±7,50	14,62±7,40	t=-1,114 df=66 p=0,269
Alkol kullanımı (n(%))				
Yok	166 (87,4)	86 (86,9)	80 (87,6)	X^2=0,047
Var	24 (12,6)	13 (13,1)	11 (12,1)	df=1 p=0,829
Psikoaktif madde kullanımı(n(%))				
Yok	189 (99,5)	99 (100)	90 (98,9)	X^2=1,094*
Var	1 (0,5)	0	1 (1,1)	df=1 p=0,479

t: Student t test, X^2: Pearson Ki-kare testi, ort.±SS: Ortalama±Standart Sapma, n (%): frekans (yüzde), *: Fisher's Exact Test

Buna göre iki grup arasında sigara kullanımı değişkeninde anlamlı fark bulunmuş olup (p<0,05), diğer parametrelerde anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcıların ruhsal sağlık verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Katılımcıların ruhsal sağlık verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

Değişken	Toplam (n=190)	Kontrol (n=99)	Hasta (n=91)	İstatistik
İntihar girişimi (n(%))				
Yok	172 (90,5)	95 (96,0)	77 (84,6)	X^2=7,115 df=1 **p=0,008**
Var	18 (9,5)	4 (4,0)	14 (15,4)	
Geçmiş psikiyatrik tanı (n(%))				
Yok	146 (76,8)	82 (82,8)	64 (70,3)	X^2=4,162 df=1 **p=0,041**
Var	44 (23,2)	17 (17,2)	27 (29,7)	
Psikiyatri yatışı (n(%))				
Yok	186 (97,9)	98 (99,0)	88 (96,7)	X^2=1,203 df=1 p=0,273
Var	4 (2,1)	1 (1,0)	3 (3,3)	

X^2: Pearson Ki-kare testi, n (%): frekans (yüzde)

Buna göre iki grup arasında intihar girişimi ve geçmiş psikiyatri tanı değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$).

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların yaşam yerleri ile ilgili veriler Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Katılımcıların yaşam yeri ve beraber yaşadıkları kişiler ile ilgili verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

Değişken	Toplam (n=190)	Kontrol (n=99)	Hasta (n=91)	İstatistik
Çocukluk döneminde yaşadığı yerleşim birimi (n(%))				
Şehir merkezi	124 (65,3)	66 (66,7)	58 (63,7)	X^2=0,453
İlçe	44 (23,2)	23 (23,2)	21 (23,1)	df=2
Köy	22 (11,6)	10 (10,1)	12 (13,2)	p=0,797
Çocukluk döneminde kiminle yaşadığı (n(%))				
Anne, baba, kardeşler	159 (83,7)	87 (87,9)	72 (79,1)	X^2=5,121
Geniş aile	20 (10,5)	6 (6,1)	14 (15,4)	df=3
Anne/babadan biriyle	8 (4,2)	5 (5,1)	3 (3,3)	p=0,163
Büyük ebeveynlerden biri	3 (1,6)	1 (1,0)	2 (2,2)	
Mevcut yerleşim birimi (n(%))				
Şehir merkezi	169 (88,9)	89 (89,9)	80 (87,9)	X^2=0,699
İlçe	18 (9,5)	8 (8,1)	10 (11,0)	df=2
Köy	3 (1,6)	2 (2,0)	1 (1,1)	p=0,705
Halen kiminle yaşadığı (n(%))				
Partnerle aynı yerde	133 (70,0)	74 (74,7)	59 (64,8)	X^2=2,218
Partnerle farklı yerde	57 (30,0)	25 (25,3)	32 (35,2)	df=1
				p=0,136

X^2: Pearson Ki-kare testi, ort.±SS: Ortalama±Standart Sapma, n (%): frekans (yüzde)

Elde edilen verilere göre iki grup arasında, geçmiş ve mevcut yaşam yerleri ile geçmişte ve halen beraber yaşadıkları kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Örneklemin cinsellik ile ilişkili verilerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların cinsellikle ile ilgili verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

Değişken	Toplam (n=190)	Kontrol (n=99)	Hasta (n=91)	İstatistik
Cinsel sağlık bilgilerini öğrenme yeri (n(%))				
Aile	44 (23,2)	24 (24,2)	20 (22,0)	
Akraba	5 (2,6)	2 (2,0)	3 (3,3)	X^2=3,747
Arkadaşlar	48 (25,3)	20 (20,2)	28 (30,8)	df=4
Öğretmen/Doktor	19 (10,0)	12 (12,1)	7 (7,7)	p=0,441
Kendi araştırma	74 (38,9)	41 (41,4)	33 (36,3)	
Ailenin cinsel konulara yaklaşımı (n(%))				
Cinsel konular hakkında konuşmak yasaktı, bu konuda sert ve katı bir tutum vardı	37 (19,5)	12 (12,1)	25 (27,5)	
Cinsel konular pek konuşulmayan bir konuydu, soru sorulduğunda net cevap verilmez, geçiştirilirdi	131 (68,9)	73 (73,7)	58 (63,7)	X^2=7,598 df=2 **p=0,022**
Cinsel konular açıkça konuşulur, bilgilendirme yapılırdı	22 (11,6)	14 (14,1)	8 (8,8)	
Masturbasyon sıklığı (n(%))				
Haftada 4 ve üzeri	5 (2,9)	2 (2,2)	3 (3,7)	
Haftada 2-3	27 (15,7)	9 (10,0)	18 (22,0)	X^2=6,216
Ayda 1-2	44 (25,6)	22 (24,4)	22 (26,8)	df=3
Daha az	96 (55,8)	57 (63,3)	39 (47,6)	p=0,102
Partnerinizle beraberlik süresi (n(%))				
6-12 ay	23 (12,1)	5 (5,1)	18 (19,8)	
1-3 yıl	34 (17,9)	20 (20,2)	14 (15,4)	X^2=10,574
3-5 yıl	32 (16,8)	20 (20,2)	12 (13,2)	df=3
5 yıldan uzun	101 (53,2)	54 (54,5)	47 (51,6)	**p=0,014**
Cinsel ilişki sıklığı (n(%))				
Haftada 4 ve üzeri	8 (4,2)	4 (4,0)	4 (4,4)	
Haftada 2-3 defa	95 (50,0)	57 (57,6)	38 (41,8)	X^2=4,998
Ayda 1-2 defa	60 (31,6)	27 (27,3)	33 (36,3)	df=3
Daha az	27 (14,2)	11 (11,1)	16 (17,6)	p=0,172

X^2: Pearson Ki-kare testi, ort.±SS: Ortalama±Standart Sapma, n (%): frekans (yüzde)

Bu verilere göre ailenin cinsel konulara yaklaşımı ve partner ile beraberlik süresi maddeleri için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine ilişkin ölçek puanları Tablo 4.6'da verilmiştir.

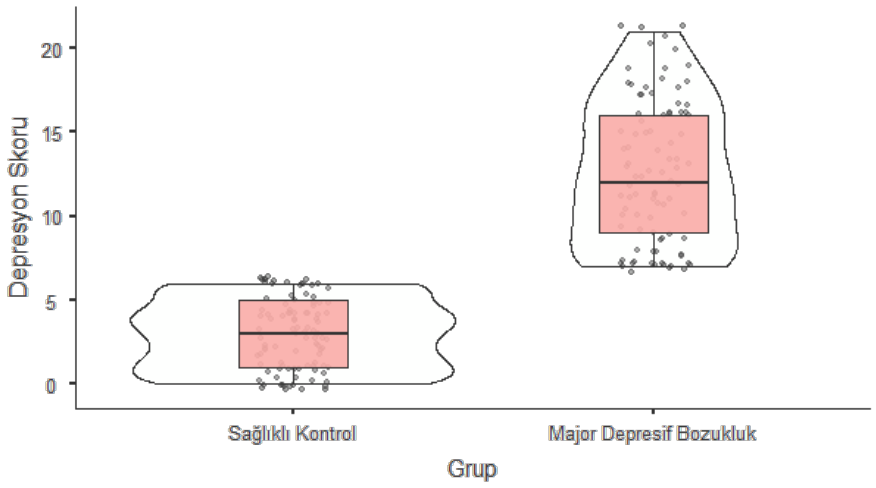
Tablo 4.6. Katılımcıların Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (DASÖ - 21) puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

Değişken	Toplam (n=190)	Kontrol (n=99)	Hasta (n=91)	İstatistik
DASÖ-21 (Ort.±SS)				
Depresyon	7,61 ± 5,88	2,94 ± 2,06	12,68 ± 4,27	t=-19,725 df=127 **p<0,001**
Anksiyete	5,18 ± 4,43	2,69 ± 2,47	7,90 ± 4,52	t=-9,724 df=136 **p<0,001**
Stres	7,45 ± 5,26	3,89 ± 3,05	11,32 ± 4,35	t=-13,507 df=159 **p<0,001**
Toplam	20,25 ± 14,31	9,54 ± 6,33	31,91 ± 11,07	t=-16,885 df=140 **p<0,001**

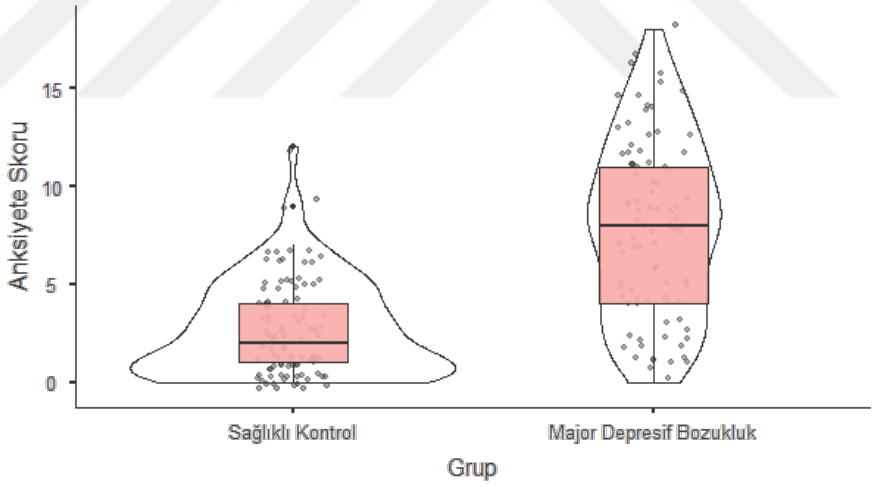
DASÖ-21: Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21, t: Student t test, ort.±SS: Ortalama±Standart Sapma

Buna göre iki grup arasında depresyon, anksiyete ve stres puanları ile toplam puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi.

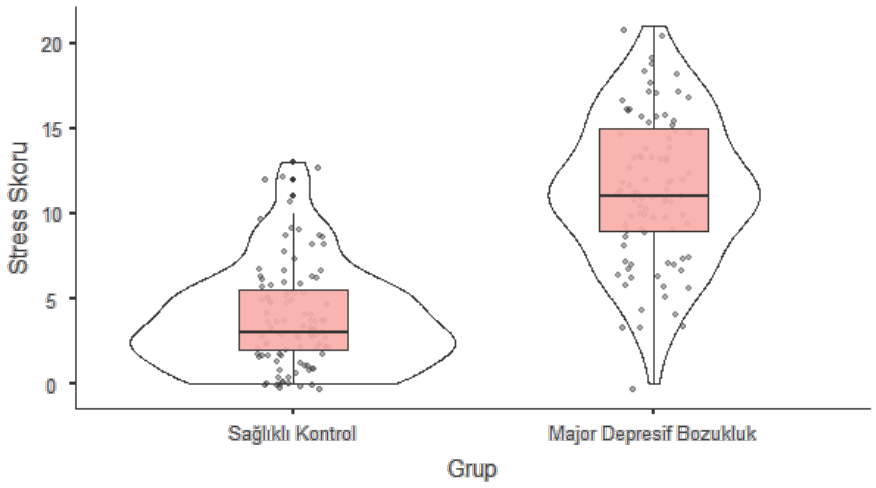
İki grubun depresyon, anksiyete ve stres puanları ile toplam puanlar açısından karşılaştırılması Şekil-4.1, Şekil-4.2, Şekil-4.3 ve Şekil-4.4'te verilmiştir.



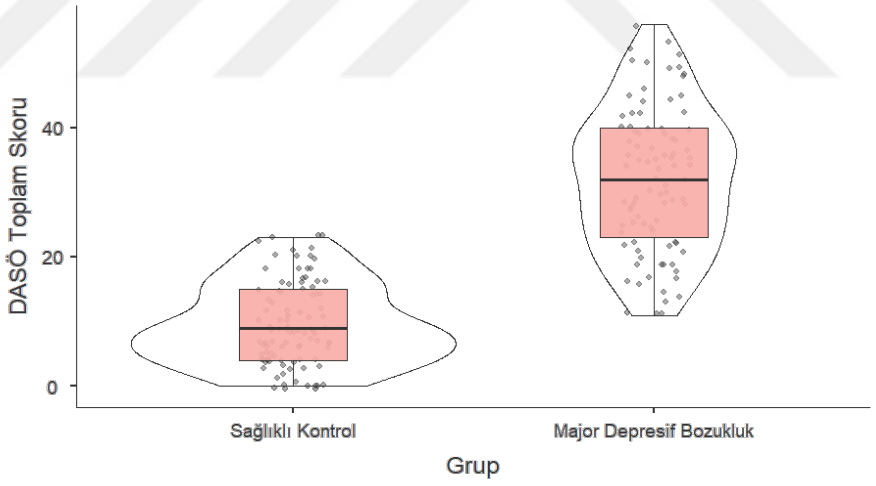
Şekil-4.1: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun depresyon puanları açısından karşılaştırılması



Şekil-4.2: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun anksiyete puanları açısından karşılaştırılması



Şekil-4.3: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun stres puanları açısından karşılaştırılması



Şekil-4.4: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun toplam puanlar açısından karşılaştırılması

Buna göre MDB tanılı hasta grubunun depresyon, anksiyete ve stres puanlarının daha yüksek olduğu ve ilişkili puan dağılımlarının daha geniş aralıkta olduğu görüldü.

Gruplar arasında ÇÇTÖ-33 alt ölçek puanlarının karşılaştırılmasına dair veriler Tablo 4.7'de verilmiştir.

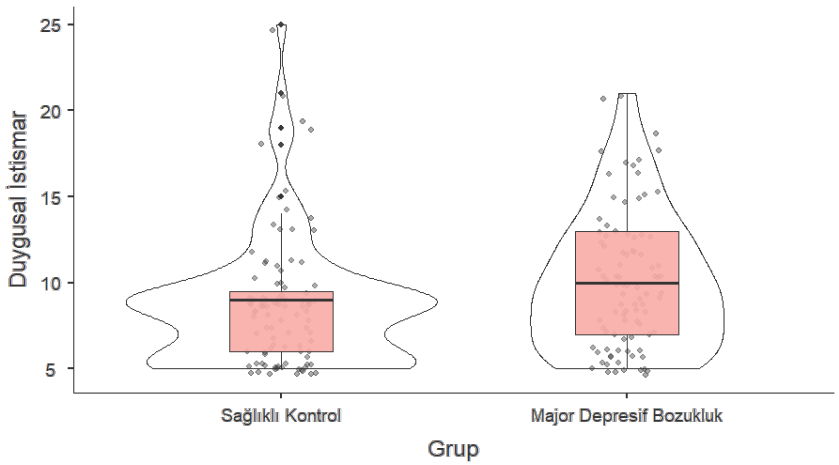
Tablo 4.7. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33 (ÇÇTÖ-33) puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

Değişken	Toplam (n=190)	Kontrol (n=99)	Hasta (n=91)	İstatistik
ÇÇTÖ-33 (Ort.±SS)				
Duygusal İstismar	9,38 ± 3,93	8,72 ± 3,75	10,09 ± 4,02	t=-2,432 df=188 **p=0,016**
Fiziksel İstismar	6,74 ± 3,80	6,42 ± 3,65	7,09 ± 3,95	t=-1,222 df=188 p=0,223
Fiziksel İhmal	8,02 ± 3,61	7,23 ± 3,25	8,87 ± 3,79	t=-3,217 df=188 **p=0,002**
Duygusal İhmal	12,52 ± 5,20	11,04 ± 5,18	14,13 ± 4,74	t=-4,276 df=188 **p<0,001**
Cinsel İstismar	6,90 ± 3,83	6,70 ± 3,74	7,12 ± 3,94	t=-0,742 df=188 p=0,459
Aşırı Koruma Kontrol	11,52 ± 4,95	10,42 ± 4,52	12,72 ± 5,14	t=-3,280 df=188 **p=0,001**

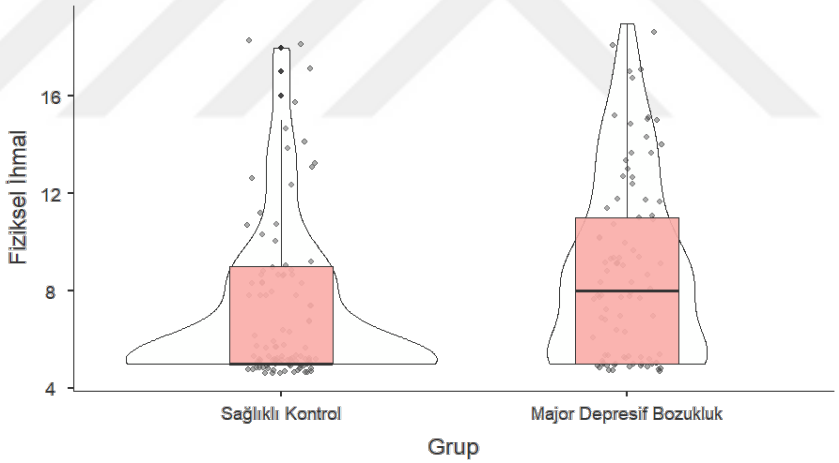
ÇÇTÖ-33: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33, t: Student t test, ort.±SS: Ortalama±Standart Sapma

Verilere göre iki grup arasında duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve aşırı koruma kontrol alt ölçek puanlarında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$). Bununla birlikte diğer travmatik yaşantılar açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

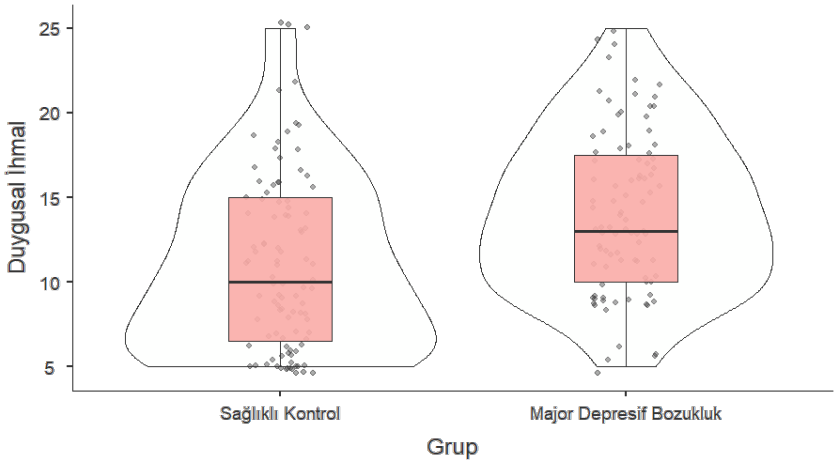
Gruplar arasındaki duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve aşırı koruma kontrol alt ölçek puanlarına ilişkin verilerin karşılaştırılması Şekil-4.5, Şekil-4.6, Şekil-4.7 ve Şekil-4.8'de verilmiştir.



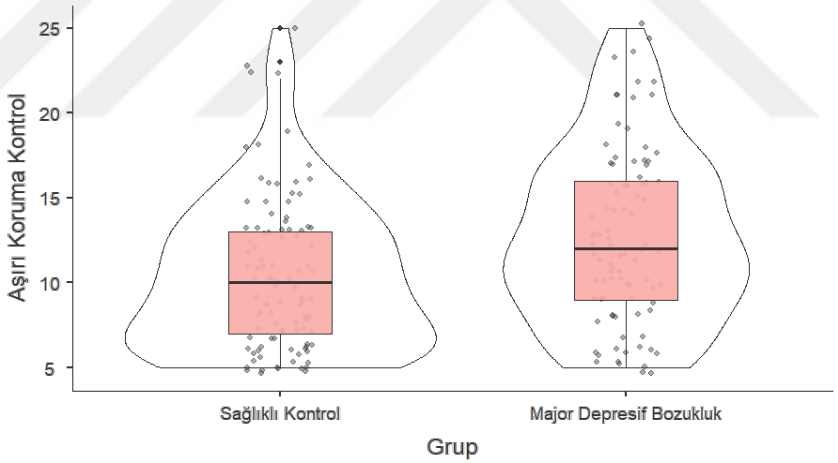
Şekil-4.5: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun duygusal istismar puanları açısından karşılaştırılması



Şekil-4.6: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun fiziksel ihmal puanları açısından karşılaştırılması



Şekil-4.7: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun duygusal ihmal puanları açısından karşılaştırılması



Şekil-4.8: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun aşırı koruma kontrol puanları açısından karşılaştırılması

Katılımcıların üstbilişlerine ilişkin alt ölçek puanları ile cinsel yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.8'de verilmiştir.

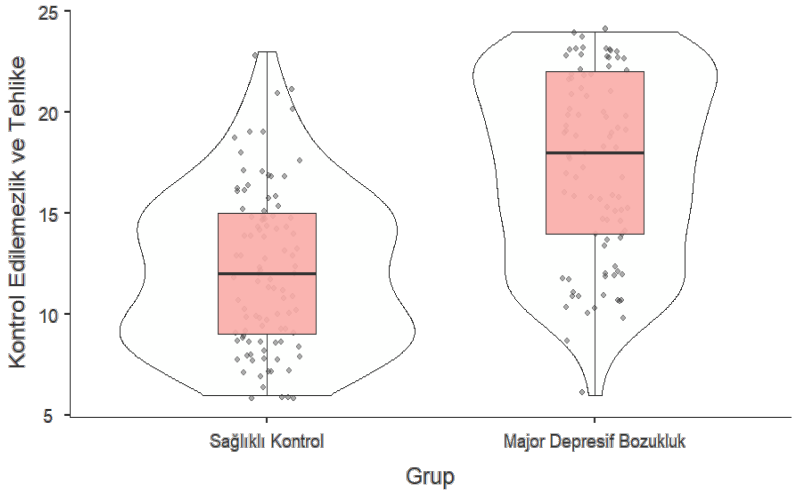
Tablo 4.8. Katılımcıların Üst Bilişler Ölçeği (ÜBÖ-30) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

Değişken	Toplam (n=190)	Kontrol (n=99)	Hasta (n=91)	İstatistik
ÜBÖ-30 (Ort.±SS)				
Olumlu İnançlar	11,52 ± 4,19	10,95 ± 4,27	12,13 ± 4,04	t=-1,937 df=188 **p=0,054**
Kontrol edilemezlik ve tehlike	14,64 ± 4,94	12,21 ± 3,93	17,28 ± 4,58	t=-8,152 df=178 **p<0,001**
Bilişsel Güven	13,47 ± 5,10	12,04 ± 4,91	15,03 ± 4,87	t=-4,211 df=188 **p<0,001**
Düşünceleri Kontrol ihtiyacı	12,96 ± 4,35	11,60 ± 3,93	14,43 ± 4,31	t=-4,731 df=188 **p<0,001**
Bilişsel Farkındalık	16,45 ± 3,88	15,51 ± 3,76	17,48 ± 3,77	t=-3,594 df=188 **p<0,001**
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (Ort.±SS)	67,46 ± 26,02	76,04 ± 23,64	58,13 ± 25,37	t=5,038 df=188 **p<0,001**

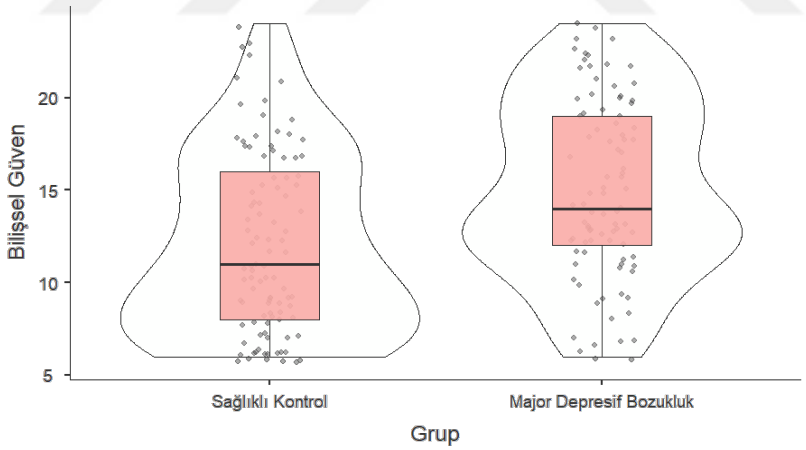
ÜBÖ-30: Üst Bilişler Ölçeği-30, t: Student t test, ort.±SS: Ortalama±Standart Sapma

Buna göre iki grup arasında ÜBÖ-30'un tüm alt ölçek puanlarında ve cinsel yaşam kalitesi ölçeği puanlarında anlamlı fark saptandı ($p<0,05$).

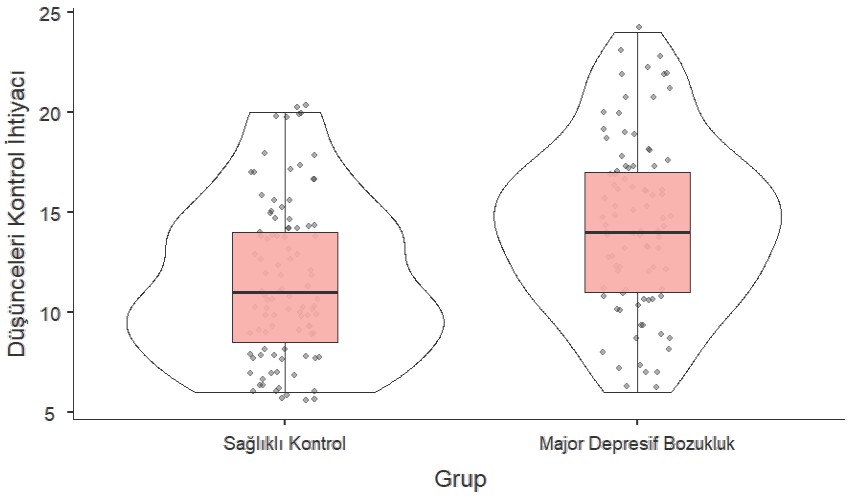
Üstbiliş alt ölçek puanları ve cinsel yaşam kalitesi ölçek puanlarının gruplar arasında karşılaştırılmasına ilişkin veriler Şekil-4.9, Şekil-4.10, Şekil-4.11, Şekil-4.12 ve Şekil-4.13'te verilmiştir.



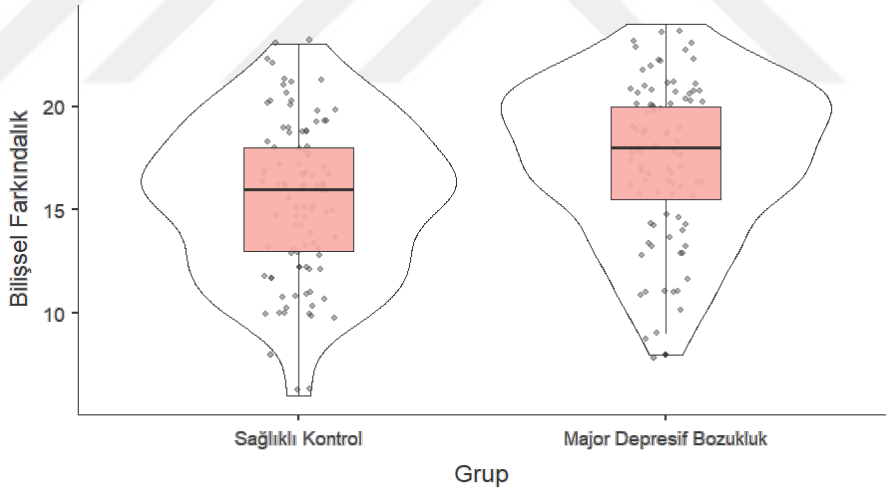
Şekil-4.9: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun kontrol edilemezlik ve tehlike puanları açısından karşılaştırılması



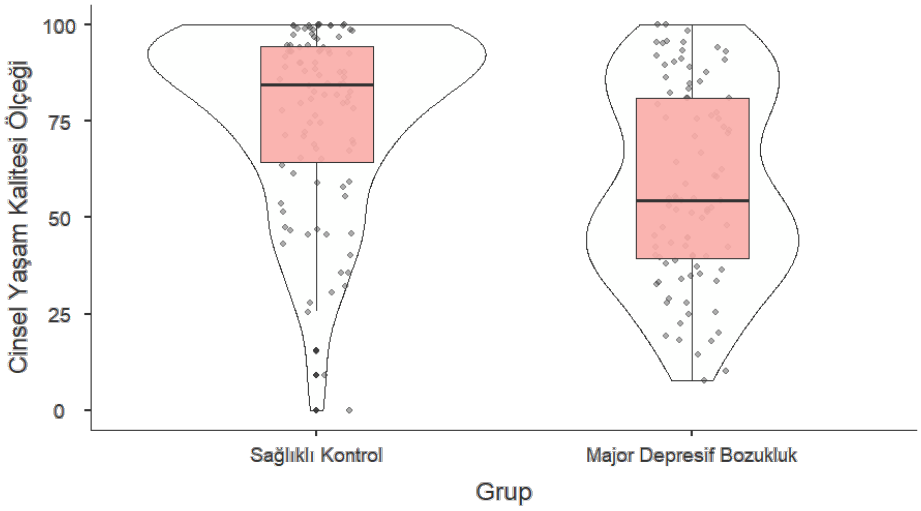
Şekil-4.10: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun bilişsel güven puanları açısından karşılaştırılması



Şekil-4.11: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun düşünceleri kontrol ihtiyacı puanları açısından karşılaştırılması



Şekil-4.12: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun bilişsel farkındalık puanları açısından karşılaştırılması



Şekil-4.13: Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun cinsel yaşam kalitesi puanları açısından karşılaştırılması

Buna göre MDB tanılı hasta grubunun üstbiliş ölçeği alt grup puanlarının daha yüksek olduğu ve cinsel yaşam kalitesi ölçeği puanlarının ise daha düşük olduğu anlaşıldı.

4.2. SÜREKLİ DEĞİŞKENLERİN ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Katılımcıların ÇÇTÖ-33 alt ölçekleri ile DASÖ-21'in alt ölçekleri arasındaki korelasyona ilişkin analiz Tablo 4.9'da sunulmuştur.

Tablo 4.9. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33 ile Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği - 21 alt ölçekleri arasındaki korelasyon tablosu

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33		Depresyon-Anksiyete-Stres - 21 Ölçeği			
		Depresyon	Anksiyete	Stres	Toplam
Duygusal İstismar	r	**0,228***	**0,179***	**0,208***	**0,226***
Fiziksel İstismar	r	**0,201***	**0,223***	**0,233***	**0,238***
Fiziksel İhmal	r	**0,235***	**0,221***	**0,186***	**0,234***
Duygusal İhmal	r	**0,388***	**0,294***	**0,306***	**0,363***
Cinsel İstismar	r	0,133	0,094	**0,189***	**0,153***
Aşırı Koruma Kontrol	r	**0,288***	**0,244***	**0,257***	**0,289***

*p<0,05

Buna göre DASÖ-21 "Depresyon" ve "Anksiyete" alt ölçeği puanları ile ÇÇTÖ-33'ün "Cinsel İstismar" harici diğer alt ölçekleri arasında pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon olduğu belirlendi.

Buna ek olarak DASÖ-21 "Stres" alt ölçeği ve toplam puanları ile ÇÇTÖ-33'ün tüm alt ölçek puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gözlendi.

Katılımcıların ÜBÖ-30 alt ölçek puanları ile DASÖ-21'in alt ölçek puanları arasındaki korelasyona ilişkin analiz Tablo 4.10'da sunulmuştur.

Tablo 4.10. Üst Bilişler Ölçeği-30 ile Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği - 21 alt ölçekleri arasındaki korelasyon tablosu

Üstbilişler Ölçeği-30		Depresyon-Anksiyete-Stres - 21 Ölçeği			
		Depresyon	**Anksiyete**	**Stres**	**Toplam**
Olumlu İnançlar	r	**0,158***	**0,187***	**0,206***	**0,199***
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	r	**0,539***	**0,551***	**0,610***	**0,617***
Bilişsel Güven	r	**0,296***	**0,360***	**0,358***	**0,365***
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	r	**0,425***	**0,448***	**0,481***	**0,491***
Bilişsel Farkındalık	r	**0,304***	**0,352***	**0,344***	**0,361***

*p<0,05

Buna göre DASÖ-21'in "Depresyon", "Anksiyete" ve "Stres" alt ölçek puanları ve toplam puanları ile ÜBÖ-30'un tüm alt ölçekleri arasında pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon saptandı.

Katılımcıların ÇÇTÖ-33 alt ölçek puanları ile ÜBÖ-30 alt ölçek puanları arasındaki korelasyona ilişkin analiz ise Tablo 4.11'de sunulmuştur.

Tablo 4.11. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33 alt ölçekleri ile Üst Bilişler Ölçeği-30 alt ölçekleri arasındaki korelasyon tablosu

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33		Üst Bilişler Ölçeği-30				
		Olumlu İnançlar	Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Bilişsel Güven	Düşünceleri Kontrol ihtiyacı	Bilişsel Farkındalık
Duygusal İstismar	r	0,030	0,084	0,122	**0,154***	0,108
Fiziksel İstismar	r	0,014	0,110	0,130	**0,214***	0,067
Fiziksel İhmal	r	0,126	**0,206***	**0,254***	**0,213***	0,112
Duygusal İhmal	r	0,103	**0,213***	**0,202***	**0,224***	**0,184***
Cinsel İstismar	r	0,771	0,104	0,136	**0,245***	0,054
Aşırı Koruma Kontrol	r	**0,159***	**0,246***	**0,250***	**0,347***	**0,243***

*p<0,05

Buna göre "Aşırı Koruma ve Kontrol" alt ölçeği ile tüm üstbiliş alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptandı.

Benzer şekilde "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" alt ölçeği ile ÇÇTÖ-33'ün tüm alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

ÜBÖ-30'un "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike" ve "Bilişsel Güven" alt ölçekleri ile ÇÇTÖ-33'ün "Fiziksel İhmal" ve "Duygusal İhmal" alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptandı. Ek olarak "Bilişsel Farkındalık" alt ölçeği ile "Duygusal İhmal" alt ölçeği arasında ise pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen örneklemin DASÖ-21 alt ölçekleri, ÇÇTÖ alt ölçekleri, ÜBÖ-30 alt ölçekleri ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın arasındaki korelasyon Tablo 4.12'de sunulmuştur.

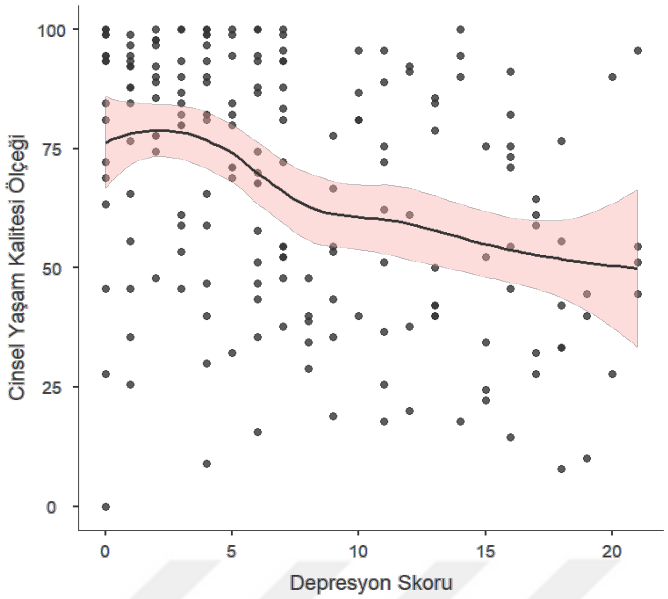
Tablo 4.12. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın ile Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği - 21 alt ölçekleri arasındaki korelasyon tablosu

Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21		**Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın**
Depresyon	r	**-0,370***
Anksiyete	r	**-0,250***
Stress	r	**-0,323***
Toplam	r	**-0,349***
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33		
Duygusal İstismar	r	**-0,178***
Fiziksel İstismar	r	**-0,277***
Fiziksel İhmal	r	**-0,251***
Duygusal İhmal	r	**-0,371***
Cinsel İstismar	r	**-0,189***
Aşırı Koruma Kontrol	r	**-0,284***
Üst Bilişler Ölçeği-30		
Olumlu İnançlar	r	**-0,151***
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	r	**-0,184***
Bilişsel Güven	r	**-0,166***
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	r	**-0,251***
Bilişsel Farkındalık	r	-0,045

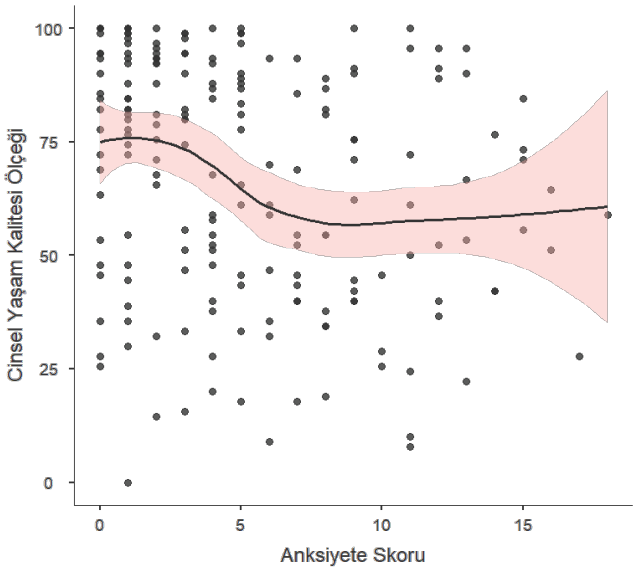
*p<0,05

Buna göre DASÖ-21'in tüm alt ölçekleri ve toplam puanlar ile cinsel yaşam kalitesi puanları arasında, ÇÇTÖ'nün tüm alt ölçekleri ile cinsel yaşam kalitesi puanları arasında ve ÜBÖ-30'un "Olumlu İnançlar", "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike", "Bilişsel Güven" ve "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" ile cinsel yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı düzeyde negatif yönlü bir korelasyon saptandı.

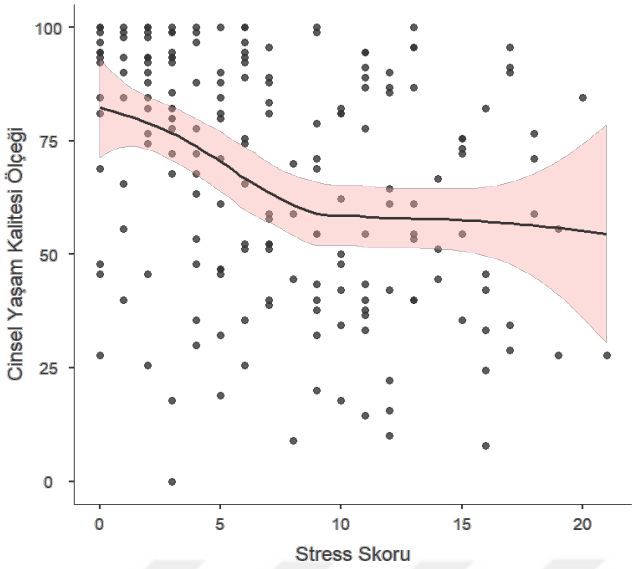
Şekil-4.14, Şekil-4.15, Şekil-4.16 ve Şekil-4.17'de DASÖ-21 ölçeğindeki Depresyon, Anksiyete ve Stres alt ölçekleri ve toplam ölçek puanları ile Cinsel Yaşam Kalitesi ölçek puanları arasındaki karşılaştırmalar verilmiştir.



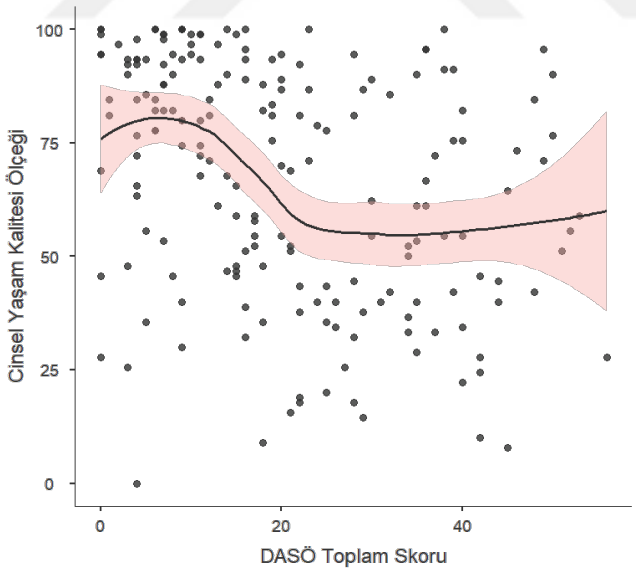
Şekil-4.14: DASÖ-21 Depresyon alt ölçeği ile Cinsel Yaşam Kalitesi ölçek puanlarının karşılaştırılması



Şekil-4.15: DASÖ-21 Anksiyete alt ölçeği ile Cinsel Yaşam Kalitesi ölçek puanlarının karşılaştırılması



Şekil-4.16: DASÖ-21 Stres alt ölçeği ile Cinsel Yaşam Kalitesi ölçek puanlarının karşılaştırılması

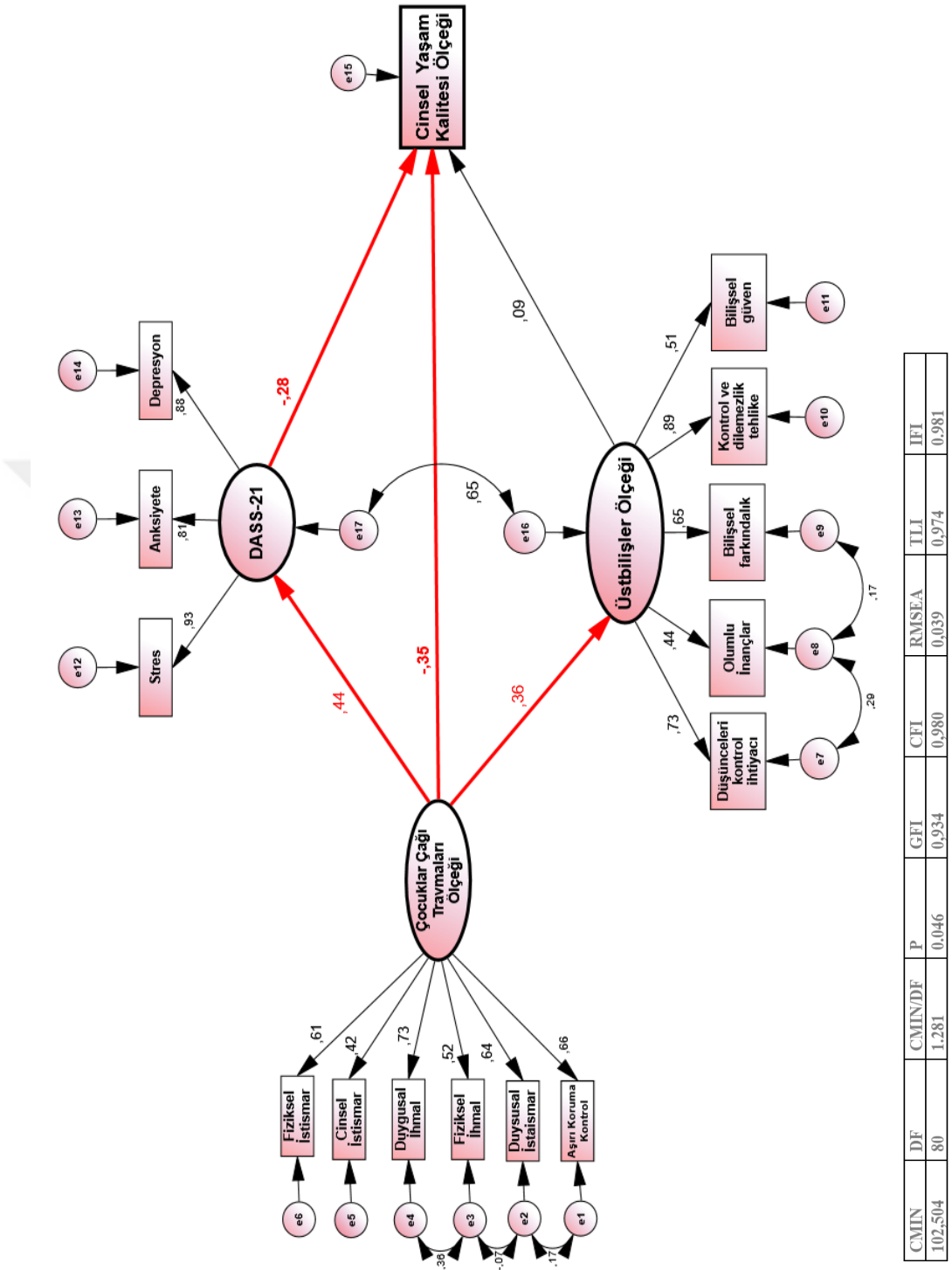


Şekil-4.17: DASÖ-21 toplam puan ile Cinsel Yaşam Kalitesi ölçek puanlarının karşılaştırılması

4.3. ARACILIK ANALİZİ

Klinik teoriler ile literatür bilgileri göz önüne alınarak ve temel istatistik analizler dikkate alınarak çok değişkenli bir yapısal eşitlik modeli oluşturulan bu çalışmada yol analizi ile model test edilmiştir. Model uyum kriterleri olarak Ki-kare, serbestlik derecesi, Ki-kare/serbestlik derecesi, p değeri, GFI, CFI, RMSEA, TLI ve IFI değerleri kullanılmıştır. Şekil 4.18'de, korelasyon analizleri ve teorik zemin doğrultusunda oluşturulan modele ait veriler gösterilmektedir.

Modele göre ÇÇT'nin, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (Standardize regresyon katsayısı: 0,44; $p<0,001$) ve Üst Bilişler Ölçeği-30 (Standardize regresyon katsayısı: 0,36; $p<0,001$) üzerinde pozitif yönde anlamlı ve orta büyüklükte bir etkiye sahip olduğu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın üzerinde ise negatif yönde ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu (Standardize regresyon katsayısı: -0,35; $p<0,001$) belirlendi. Depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin (Standardize regresyon katsayısı: -0,28; $p=0,014$) ise cinsel yaşam kalitesi üzerine negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip iken; Üst Bilişler Ölçeği-30'un (Standardize regresyon katsayısı: 0,09; $p=0,388$) cinsel yaşam kalitesi üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı bulundu. Tüm bu veriler ışığında katılımcıların ÇÇT'nin, cinsel yaşam kalitesi üzerine direkt ve depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri üzerinden dolaylı bir etkiye sahip olduğu; fakat üstbilişler üzerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde dolaylı bir etkiye sahip olmadığı belirlendi.



CMIN	DF	CMIN/DF	P	GFI	CFI	RMSEA	TLI	IFI
102,504	80	1,281	0,046	0,934	0,980	0,039	0,974	0,981

Şekil-4.18: ÇÇTÖ-33, DASÖ-21, ÜBÖ-30 ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın ile ölçeklerin alt ölçekleri arasındaki ilişkilerin Yapısal Eşitlik Modeli'ne göre analizi

5. TARTIŞMA

Majör depresif bozukluk tanılı kadın hastalarda çocukluk çağı travmalarının üstbilişler ve cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmada ÇÇT'nin üstbilişler üzerine doğrudan, cinsel yaşam kalitesi üzerine ise doğrudan ve ek olarak depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini etkileyerek dolaylı şekilde etkisinin olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde geçmişinde olumsuz yaşam olayları olan bireylerin depresif belirtiler ve ilişkili olabilecek anksiyete ve stres düzeyleri ile üstbilişsel organizasyon şemaları arasındaki ilişkilere yönelik araştırmalar yer almakla birlikte, bildiğimiz kadarıyla bu ilişkilerin cinsel yaşam kaliteleri üzerine etkilerini değerlendiren herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu alana ilişkin literatürde yer alan ilk araştırma olan bu çalışma ile son dönemde giderek daha fazla ilgi çeken bir alan olan üstbilişler ve günlük yaşamın doğal bir parçası olan cinsel yaşam kalitesini farklı bir perspektiften değerlendirmeye yönelik literatürde yer alan bilgilere katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Yaygın görülen psikiyatrik bir hastalık olan MDB'nin kadın cinsiyette ve 45 yaş öncesi popülasyonda sık görüldüğü gösterilmiştir (32). MDB'nin, bireylerin sosyal uyumunu bozduğu, işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek toplumsal açıdan ekonomik yük getirdiği belirtilmiştir (145). Aynı zamanda literatür verileri incelendiğinde depresyon riski ile sosyoekonomik durum arasında bir ilişkinin olduğu ve MDB'nin sıklıkla düşük-orta gelir düzeyli bireylerde görüldüğü anlaşılmıştır (32, 146). Yalnızca kadın cinsiyetteki popülasyonunun dahil edildiği bu çalışmada da hasta grubunun yaş ortalamasının literatür verilerine benzer olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu ve MDB tanısı konulan bireylerin çalışma oranları karşılaştırıldığında ise literatür verilerini destekleyecek biçimde depresyon tanısı almış bireylerin aktif çalışma oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu durum, MDB alan bireylerin çalışamadığı ya da çalışmayan bireylerde depresyon oranlarının yüksek olabileceği şeklinde açıklanabilir.

Bununla birlikte çalışmadan elde edilen veriler incelendiğinde kontrol grubu ile hasta popülasyonu arasında eğitim süresi, medeni durum, çocuk sahibi olma oranı, geçmişte ve halen yaşadıkları kişiler ile yerleşim birimleri arasında anlamlı bir fark

gözlenmemiştir. Bu durumun sebebi olarak, günümüz modern dünyasında bireylerin sosyoekonomik refaha ulaşmak adına benzer koşullarda yaşamaya başlayıp, benzer bireysel ve toplumsal stresörlerle karşılaştığı ve sonuçta depresyon geliştirme riski üzerinde bu faktörlerin aracılık etkisinin de benzer düzeyde olduğu ileri sürülebilir.

Genel tıpta en sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar ile ilişkili klinik görünümlerden biri olan depresyon, psikiyatri dışı diğer bölümlerde yatan hastalar için istenen konsültasyon taleplerinde de ilk sıralarda yer almaktadır. Fiziksel hastalıklarda görülen depresyon tablosunun etiyolojisi incelendiğinde tıbbi hastalık ile psikiyatrik tablo arasında biyolojik faktörler ve kullanılan ilaçların etkileri gibi birçok faktörün yer aldığı çok yönlü bir etkileşiminin olduğu gösterilmiştir (147). Bu çalışmanın verileri incelendiğinde ise katılımcıların fiziksel hastalıkları ya da fiziksel hastalıkları için ilaç kullanımları arasında fark gözlenmemiştir. Bu durumun nedeni olarak katılımcıların yaş ortalamasının genç olması nedeniyle fiziksel hastalık riskinin görece daha az olması ve başvuruların diğer branşlar tarafından istenen konsültasyonların dışında genel psikiyatri polikliniğine yapılmış olması öne sürülebilir.

Klinik pratikte MDB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik hastalıkların anksiyete bozuklukları olduğu bilinmektedir. Hastaların yaklaşık yarısında geçmişte ya da halen anksiyete bozukluğu tanısı konulabilecek düzeyde bir klinik tablo saptanmaktadır (40). Bununla birlikte depresyon tanılı hastalarda intihar olasılığının genel popülasyona göre yaklaşık 20-30 kat fazla olduğu bilinmektedir (35). Literatürde çelişkili veriler olmakla birlikte genel anlamda anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği depresyon kliniği olanların geçmiş yaşam öykülerinde olumsuz yaşam olaylarının ve intihar girişimlerinin daha fazla olduğu, bununla birlikte bireylerin işlevselliklerinin daha fazla bozulduğu saptanmıştır (39,40,148). Bu çalışmada da benzer şekilde MDB tanısı konulan bireylerin depresyon düzeyleri yanı sıra anksiyete ve stres düzeylerinin de kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak hasta grubunun psikiyatrik tanı geçmişinin ve intihar girişimlerinin de daha fazla olduğu görülmüştür. Bu bilgiler literatür verileriyle uyumlu olup, artan anksiyete ve stres düzeylerinin bireylerin intihar girişimi riskini artırabildiği; bu nedenle ana tabloya eşlik eden psikiyatrik yakınmaların, depresyonun tanı koyma ve tedavi düzenleme

sürecinde zorluklara neden olabileceği ve bu nedenle klinisyenlerin hasta takiplerinde dikkatli olması gerektiği düşünülmüştür.

Çocukluk çağında karşılanmamış fiziksel ve duygusal ihtiyaçlar ile travmatik yaşantıların uzun dönemde ortaya çıkabilecek psikopatolojiler için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (3). Literatürde yer alan önceki çalışmalarda yaşamsal stresin depresyon için de bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Yaşanan tüm stresli yaşam olaylarının hastalığa yol açmadığı bilinmekle birlikte erken çocukluk dönemindeki yaşanan travmatik deneyimlerin depresyon geliştirme riskini yaklaşık 2 kat artırdığı gösterilmiştir (149,150). Humphreys ve arkadaşlarının yaptığı literatürdeki en geniş örneklemli araştırmalardan olan ve 68.830 katılımcının çocukluk çağı travmatik yaşantılarına ilişkin verilerinin değerlendirildiği bir metaanaliz çalışmasında, çocukluk döneminde karşılaşılan istismar ve ihmal şeklindeki olumsuz yaşantılar ile depresyon riski arasında güçlü ve anlamlı bir korelasyon saptandığı bildirilmiştir. Bununla birlikte depresyon ile en güçlü ilişkinin duygusal istismar ve duygusal ihmal arasında olduğu, buna karşın depresyon ile cinsel istismar, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal yaşantıları arasındaki ilişkinin daha zayıf olduğu belirtilmiştir (151). Bir metaanaliz çalışmasında da depresyon ile en güçlü ilişkinin duygusal istismar ve ihmal arasında olduğu; fiziksel istismar ile depresyon arasında daha zayıf bir ilişki olduğu bildirilmiştir (152). Literatürde yer alan sonraki çalışmalarda da benzer şekilde depresyon ile cinsel istismar ve fiziksel istismar arasındaki ilişkinin görece daha zayıf olduğu gösterilmiştir (153,154). Araştırmanın verileri incelendiğinde önceki çalışmaların sonuçları ile uyumlu olarak MDB tanılı hasta grubunda duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve aşırı koruma kontrol şeklindeki ÇÇT'nin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Fiziksel istismar ve cinsel istismar yaşantıları ile MDB tablosu arasında ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Daha önce yapılan çalışmalardan elde edilen veriler ile uyumlu olan bu sonuçlar arasında olan fiziksel istismarın, yaşadığımız toplumda aile içinde ve toplumsal düzlemde normalize edilen fiziksel şiddet ile ilgili düşüncelerin baskın olduğu ön kabuller sonucu olayların etkisinin bastırılmasından kaynaklanmış olabileceği öne sürülebilir. Cinsel istismar yaşantılarının MDB tanılı hasta grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemesinin sebebi olarak ise bireylerin cinsel yaşamlarına dair bilgi vermede zorluk yaşaması, olası travmatik yaşantılarını toplumsal ve kültürel

nedenlerle paylaşmak istememesi söylenebilir. Bununla birlikte çalışmada kullanılan değerlendirme yönteminin yalnızca depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini belirlemesi ve cinsel istismar sonrası gelişebilecek çeşitli diğer psikiyatrik belirtilerin değerlendirmeye alınmaması başka bir neden olarak ileri sürülebilir. Aynı zamanda bu durum psikiyatrik belirtilerin heterojen doğada olması ve etiyolojilerinin yalnızca tek sebebe bağlı neden-sonuç ilişkisi kurulmadan, biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan multifaktöriyel etkenlerden kaynaklı ortaya çıkıyor olması ile de açıklanabilir.

Araştırmalarda ÇÇT'nin depresyon şiddetinde artışa neden olduğu, hastalık seyri ve tedavi yanıtını olumsuz yönde etkilediği ve komorbid hastalıkların görülme riskini artırdığı bilinmektedir (72). Bu çalışmanın sonuçları incelendiğinde duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve aşırı koruma kontrol şeklindeki ÇÇT'nin bireylerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini artırdığı saptanmıştır. Buna karşın cinsel istismar öyküsünün depresyon ve anksiyete düzeylerini artırmadığı fakat stres düzeylerini artırdığı gözlenmiştir. Daha önceki çalışmalarda cinsel istismar ile karşılaşmış bireylerin bu olumsuz yaşantıların olası etkilerini, olayı unutmaya çalışma, olmamış gibi davranma, düşünmeyi erteleme, zihinsel olarak uzaklaşmaya çalışma ve madde kullanımı gibi çeşitli uygunsuz baş etme yöntemleri ile engellemeye çalıştığı gösterilmiştir (155). Bununla birlikte başka bir çalışmada ise cinsel istismar öyküsü olan bir grup depresyon hastasının farklı baş etme yöntemleri kullandığı belirtilmiştir (72). Bu bağlamda çalışmanın sonucunda elde edilen cinsel istismar yaşantısı olan bireylerin klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon ya da anksiyete belirtileri ortaya çıkarmaması toplumsal yapı içerisinde yer edinmeye çalışan kadınların çeşitli baş etme yöntemlerini kullanarak psikopatolojinin ortaya çıkmasını engellemeye çalışması ile; buna karşın stres düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olması ise günümüz toplumunda yaşanan günlük strese ek olarak geçmiş olumsuz yaşantılarla baş etmeye yönelik olası çabaların devam eden yansımaları ile ilişkilendirilebilir. Bunlara ek olarak günümüz gerçeğinde cinsel istismar öyküsü olan kadınların günlük yaşamda gerek toplum içinde gerek çalışma koşulları nedeniyle tehlike olarak algılayabileceği kişiler ile aynı ortamda olmak zorunda kalmasının, geçmiş travmatik deneyimleri ile ilişkili biçimde stres düzeylerinde artışa neden olabileceği öne sürülebilir.

Üstbilişsel özellikler ile ilgili olarak Wells ve Matthews tarafından ortaya konan K-DYİM modeline göre depresyon gibi duygudurum bozuklukları ruminatif düşünme şekilleri ve tehdit izleme gibi dikkat stratejileri ile işlevsel olmayan kendilikle ilişkili inançlar sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda bireyin düşüncelerine endişe, ruminasyon, kendine odaklanan dikkat ve işlevsel olmayan davranışlar gibi tekrar eden yanıtlar vermesi ile "Bilişsel Dikkat Sendromu" oluşmaktadır. Tüm bu mekanizmalar sonuç olarak olumlu ve olumsuz üstbilişlerin oluşmasına, psikopatolojinin şiddetinin artması, tekrarlaması ve kronikleşmesine neden olmaktadır. Bu bağlamda üstbilişsel özelliklerin ve düşüncelere yönelik verilen tepkilerin depresyonun şiddetini etkilediği düşünülmektedir (94). Farklı psikiyatrik tablolar için farklı üstbilişsel modeller oluşturulmuş olup, bu modellerle ilişkili olarak farklı veri toplama araçları bulunmaktadır. Üst Bilişler Ölçeği-30 genellikle anksiyete bozukluklarının değerlendirilmesi amacıyla kaygı ile ilişkili olumlu ve olumsuz üstbilişsel bilgileri ölçmeye yönelik tasarlanmıştır (98). Bununla birlikte ÜBÖ-30 ölçeği ile değerlendirme yapan çalışmalarda üstbilişlerin depresif belirtiler ile ilişkili bulunmasının nedeni olarak bu bozukluğa ek anksiyete bozuklukları eş tanısı oranının yüksek olması ileri sürülmüştür (107). Klinik olmayan popülasyon üzerinde benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada kaygıya ilişkin "Olumlu inançlar"ın, "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike", "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" ve "Bilişsel Farkındalık"a yönelik olumsuz inançların ve düşük "Bilişsel Güven"in depresyonun düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (156). Yazar ve Tolan tarafından daha önce psikiyatrik açıdan tedavi görmüş 251 yetişkin katılımcı ile yapılan ve üstbilişlerin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin incelendiği bir çalışmada olumsuz üstbilişsel stratejilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini etkilediği ve yaşam kalitesi üzerine negatif etkilerinin olduğu belirlenmiştir (157). Katılımcıların üstbilişlerinin değerlendirilmesi için ÜBÖ-30'un kullanıldığı mevcut çalışmada hasta grubunun "Olumlu İnançlar", "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike", "Bilişsel Güven", "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" ve "Bilişsel Farkındalık" şeklindeki tüm alt gruplarında daha yüksek puanların elde edildiği belirlenmiştir. Bununla birlikte literatür verilerine uyumlu olarak katılımcıların üstbilişsel özelliklerinin tüm alt boyutları ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır.

Literatürde ÇÇT ile üstbilişsel mekanizmalara ilişkin kısıtlı sayıda çalışma yer almaktadır. Üstbilişsel inançların çocukluk döneminde gelişmeye başladığı ve ergenlik döneminde gelişimine devam ettiği, ebeveynlik stilleri ve bağlanma deneyimleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Mansueto ve arkadaşlarının (2019) yaptığı bir gözden geçirme çalışmasında erken dönem travmatik yaşam olayları ile olumsuz üstbilişlerin daha fazla ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Bu durumun aslında başlangıçta olumlu üstbilişler ile aktive olan BDS'nin süreç içerisinde değişime uğrayarak kontrolü sağlayamama şeklindeki olumsuz üstbilişlerin ortaya çıkmasına neden olması ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (158). Erken dönemde karşılaşılan travmatik yaşantıların, bireylerde emosyonel distresin devam etmesini sağlayan tehdit odaklı dikkat, ruminasyon ve endişeyi içeren yararsız bilişsel ve duygusal regülasyon stratejilerinin ortaya çıkmasına ve stresör karşısında BDS sisteminin etkinleşmesine neden olacak bir mekanizma ile depresyon gibi psikopatolojilerin gelişimine yol açabileceği öne sürülmektedir (158,159). Üniversitenin ilk senesindeki öğrenciler ile yapılan bir çalışmada K-DYİM'in disfonksiyonel regülasyonunda yer alan ruminasyonun, erken dönem duygusal istismarı yaşantısı ile depresif semptomların ilişkisine aracılık ettiği gösterilmiştir (159). Hosseini Ramaghani ve arkadaşlarının (2019) yaptığı başka bir çalışmada ise ÇÇT'nin üstbilişler ve travma sonrası stres bozukluğu semptomları ile doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir. ÇÇT ile üstbilişler arasındaki bu ilişki, travmatik deneyimi olan çocuğun duygusal olarak destek almayı beklediği bakımveren figüründen beklediği ilgi ile karşılaşamaması sonucu gelecekteki olası olumsuz yaşantıları önlemek adına endişe ve tehdit hakkında olumlu inançlar geliştirmesi ile açıklanmaktadır (112). Klinik olmayan örneklemde yapılan bir çalışmada da düşüncelerin kontrol edilemezliği ve tehlikeliliği şeklindeki üstbilişlerin, duygusal istismara karşı gelişen emosyonel tepkilerde rol oynadığı ileri sürülmüştür (160). Benzer şekilde Østefjells ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir çalışmada da psikotik bozukluk veya bipolar bozukluk tanılı hastalarda erken dönem duygusal istismar öyküsünün depresyon ve anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasına aracılık ettiği gösterilmiştir (161). Çalışma sonuçları incelendiğinde genel olarak önceki çalışmaların verileri ile uyumlu bulunmuştur. Bununla birlikte duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, aşırı koruma ve kontrol şeklindeki çocukluk dönemi olumsuz yaşantıları ile üstbiliş alt

boyutlarından olan "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" bireyin bazı düşüncelere sahip olması nedeniyle ortaya çıkabilecek sonuçlardan korkması ve bu düşüncelerin kontrol edilmesi gerektiğine yönelik inançlar ile ilişkilidir (90). Bu bağlamda erken dönem travmatik yaşantıların, kişilerin yalnızca zihinsel faaliyetlerde bulunmasının bile geçmiş travmatik deneyimlere benzeyen ya da onları hatırlatan olumsuz sonuçlara yol açmasından korkmasına ve belki de yaşadığı travmatik deneyimleri paylaşması sonucu sosyal desteğini kaybetme riskinden kaçınması için düşüncelerini bastırmasına neden olabileceği ileri sürülebilir. Toplumumuzda sıklıkla karşılaşılan aşırı koruma ve kontrol yaşantılarının ise bireylerin "Olumlu İnançlar", "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike", "Bilişsel Güven", "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" ve "Bilişsel Farkındalık" şeklindeki tüm üstbiliş alt boyutlarına etki ettiği belirlenmiştir. Bu durum özellikle yaşadığımız toplum gibi daha geleneksel kültürlerde şiddete, toplumsal baskıya ve sosyal eşitsizliğe yol açan aşırı korumacılık ve kontrol davranışı gibi faktörler nedeniyle kadınların bazı kalıplaşmış rollere sığdırılmaya çalışılması sonucu bireylerin üstbilişsel stratejilerinin değişmesine neden olduğu ileri sürülebilir. Ek olarak duygusal ihmal yaşantısının "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike", "Bilişsel Güven", "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" ve "Bilişsel Farkındalık" ve fiziksel ihmalin "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike", "Bilişsel Güven" ve "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" şeklindeki üstbiliş alt boyutlarına etki ettiği saptanmıştır. "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike" üstbiliş alt boyutu, bireylerin duygu ve düşünme şekillerinin kontrol edilemez, yorucu ve tehlikeli olduğuna inanma şeklindeki olumsuz inançlardır (97). Bu bağlamda ihmal yaşantılarının bireylerin gelişimi boyunca olumsuz yaşam deneyimlerine yönelik bakımverenleri tarafından fiziksel ve duygusal anlamda yatıştırılmaması, gerek duyduğu ilgi ve desteği görmemesi nedeniyle karşılaştığı durumları kontrol edilemez ve olumsuz sonuçlara yol açacak potansiyel tehlikeler olarak algılamasına ve belleklerine ilişkin güvensizlik yaşamasına neden olduğu söylenebilir. Literatür gözden geçirildiğinde yapılan bir çalışmada fiziksel ihmal öyküsü ile "Bilişsel Farkındalık" şeklindeki üstbiliş alt boyutu arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu durum çocukluk döneminde terk edilme, evden kovulma ve bakımın ihmal edilmesi gibi davranışların ileride bireylerin kendi düşüncelerini izlemeye daha az eğilimli olacağı öngörüsü ile açıklanmıştır (162). Buna karşın

çalışmada elde ettiğimiz veriler dahilinde fiziksel ihmal ile "Bilişsel Farkındalık" arasında anlamlı ilişki bulunmamış olup literatürde yer alan veriler ile çelişen bu durum çalışmaya alınan örneklemin yaşadığı fiziksel ihmal deneyimlerini anlamlandırma sürecindeki olası algısal farklılıklar ile açıklanabilir. Son olarak duygusal anlamda ihmal edilmiş bireylerin sürekli olarak kendi düşüncelerini izlemesi ve düşünce süreçlerine odaklanmasının, gelişimi sırasında bakımvereni tarafından geribildirim alarak davranışlarını olumlu yönde yönlendirebilme yeteneğinin eksik kalması sonucu ortaya çıkmış olabileceği ileri sürülebilir.

Sağlıklı bir cinsel yaşam biyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve toplumsal açıdan değerlendirilmesi gereken çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Bununla paralel olarak cinsel yaşamdaki herhangi bir değişiklik de bireyin yaşamı ve genel sağlığı üzerine etkili olabilmektedir (144). Genel olarak psikiyatrik hastalıkların ve özellikle de depresyonun ruhsal etkilerin yanı sıra cinsel işlev bozukluklarına neden olarak genel yaşam kalitesini etkileyebileceği bilinmektedir (163). Bu çalışmanın verileri incelendiğinde MDB tanısı konulan bireylerin cinsel yaşam kalitesinin değerlendirildiği ölçek puanları hesaplandığında hasta grubunun daha düşük puan (58.13±25.37) aldığı ve cinsel yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte emziren kadınlar (60.43±10.70), postpartum dönemdeki kadınlar (69.69±1.87), jinekolojik kanser tanısı konulup tedavi alan kadınlar (68.96±21.17), infertilite tanısı alan kadınlar (89.73±9.89) ve menstrüel siklus düzensizliği olan kadınlar (60.93±14.61) gibi farklı örneklem gruplarının cinsel yaşam kalitelerini değerlendiren çalışmalar da literatürde yer almaktadır (164). Literatürde yer alan veriler ile mevcut çalışmanın sonucunda elde edilen verilerin arasındaki farkın çalışmaya dahil edilen popülasyonun ve tıbbi-psikiyatrik hastalıkların cinsel yaşam kalitesi üzerine etkilerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yetişkinliğe uzanan gelişim süresi boyunca bireylerin cinsel sağlık konusunda edindiği bilgiler cinsel davranışlarını etkilemekte ve biyopsikososyal iyilik haline katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte çoğunlukla geleneksel tutum nedeniyle cinsel sağlığa ilişkin bilgiler aile içerisinde alınamamakta, bununla birlikte sağlık kurumları ve eğitim programlarında yeterli bilgilendirme yapılmamaktadır. Buna ek olarak bireylerin çevrelerinden ya da medya aracılığıyla edindiği cinsel yaşama ilişkin

bilgiler çoğunlukla yetersiz kalmakta ve yanlış olabilmektedir (165). Çalışmanın verilerinde yer alan ve cinsel yaşam kalitesini etkileyebilecek faktörlerden biri olan ailenin cinsel konulara yaklaşımındaki farklılıklar incelendiğinde, hasta grubunda aile içerisinde cinsel konulara ilişkin tutumun daha katı olduğu ve cinsel sağlığa ilişkin bilgilendirmenin daha az yapıldığı gözlenmiştir. Sağlıklı cinsel yaşam hakkında eğitim almamış bireylerin süreç içerisinde çeşitli cinsel mitler geliştirdiği ve zayıf benlik algılarının oluştuğu gösterilmiştir (166). Vajinismus tanısı almış kadınların olduğu heteroseksüel çiftlerle yapılan bilişsel davranışçı terapinin etkinliğinin incelendiği bir çalışmada, çiftlere uygulanan program içerisinde cinsel psikoeğitim ve cinsel mitlerin de dahil edildiği oturumlar düzenlenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda bireylerin cinsel mitleri oluşturan bilişsel çarpıtmalarının düzeldiği, cinselliğe ilişkin temel bilgi düzeylerinin arttığı ve çiftlerin her ikisinde de depresyon ve anksiyete düzeylerine ilişkin puanların azaldığı gözlenmiştir (167). Bu bağlamda çocukluk döneminden itibaren öğrenilmesi gereken sağlıklı cinsel yaşama ilişkin bilgilerin eksikliğinin uzun vadede cinselliğe ilişkin olumsuz bilişsel yapılanmaya neden olabileceği ve bu şekilde bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerine neden olabileceği öne sürülebilir.

Daha önce farklı popülasyonlar ile yapılan araştırmalarda genellikle psikiyatrik hastalıklar ile cinsel işlev bozuklukları, cinsel tatmin ve genel yaşam kalitesi arasındaki ilişki üzerine odaklanıldığı görülmektedir (168-170). Bu çalışmada kullanılan kadınlar için cinsel yaşam kalitesi ölçeği ise genel yaşam kalitesini değerlendiren ölçeklerden farklı olarak cinsel işleve yönelik algı, duygu ve düşünceleri değerlendiren cinsel yaşama ilişkin soruları içermektedir. Aynı zamanda bu ölçek ile cinsel özgüven, emosyonel iyilik hali ve kişilerarası ilişkilere dair de değerlendirmeler yapılabilmektedir (144). Bu bağlamda literatür incelendiğinde Shahraki ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada infertil kadınlardaki depresyon düzeyi ve cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirilmiş olup, bu iki parametre arasında negatif korelasyon olduğu gösterilmiştir (171). Benzer şekilde Düzgün ve arkadaşları (2022) tarafından menopoz sonrası dönemdeki kadınların değerlendirildiği başka bir çalışmada da depresif belirtilerin şiddeti ile cinsel yaşam kalitesi arasında ters yönlü bir ilişki saptanmıştır (172). Velayati ve arkadaşlarının (2022) yaptığı başka bir çalışmada ise vajinismus tanılı kadınlardaki depresyon ve anksiyete düzeylerinin, bireylerin cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (173). Klinik

olmayan kadın popülasyonda yapılan bir çalışmada da cinsel yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilecek olan cinsel sıkıntı düzeyini, depresyonun iki kat ve anksiyetenin dört kat artırdığı bulunmuştur (174). Buna ek olarak Bodenmann ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada ise kronik günlük stresin cinsel aktivitede ve cinsel tatminde azalma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (175). Mevcut çalışmaya dahil edilen popülasyona dair veriler incelendiğinde ise önceki çalışmaların sonuçları ile uyumlu olarak bireylerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin cinsel yaşam kaliteleri üzerine olumsuz etkilerinin olduğu belirlenmiştir.

Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının uzun dönemdeki sonuçlarına dair oldukça fazla yayın olmasına karşın bu olumsuz yaşantıların alt tiplerinin ayrı ayrı ve kombinasyon şeklinde cinsel yaşam üzerine etkilerini inceleyen kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Literatürde yer alan çalışmalarda sıklıkla cinsel istismar şeklindeki ÇÇT'nin bireylerin cinsel sağlıkları üzerine etkisinin incelendiği görülmektedir. Cinsel istismar yaşantısı olan bireylerin genellikle erken yaşta cinsel birliktelik, korunmasız cinsellik, cinsel ilişki sırasında alkol ve madde kullanımı gibi yüksek riskli davranışlar sergilediği ve cinsel sağlık üzerine olumsuz etkilerinin olduğu belirtilmiştir (176). Lacelle ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada cinsel istismar öyküsüne ek olarak diğer travmatik yaşantıların eşlik ettiği kadınlarda cinsel sorunların ve riskli davranışların daha fazla görüldüğü, bireylerin cinsel açıdan kendilerini daha negatif algıladıkları belirlenmiştir (177). ÇÇT'nin cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği bu çalışmada da literatür verileri ile uyumlu olarak bu olumsuz yaşantılarının cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.

Literatürde üstbiliş ile cinsellik arasındaki ilişki görece daha az araştırılmış olup, çalışmalar daha çok üstbiliş ile cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Vajinismus tanılı hastalar ile yapılan bir çalışmada bu grupta "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike", "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" ve "Bilişsel Farkındalık" şeklindeki üstbiliş alt gruplarındaki aktivitenin arttığı belirlenmiştir (93). Zarbo ve arkadaşlarının (2019) yaptığı başka bir çalışmada ise endometriosis tanılı hastalarda cinsel yaşama dair olumsuz duyguların varlığı olarak ifade edilebilecek, emosyonel iyilik hali ve yaşam kalitesini etkileyebilen cinsel distres ile üstbilişler arasında tıbbi durumun yarattığı olumsuz etkinin ötesinde bir ilişki olduğu ve bireylerin bilişlerinin

cinsel distresi öngörmede önemli bir rolünün olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda cinselliğe ilişkin endişeye yönelik gelişen olumsuz üstbilişlerin, uygun baş etme mekanizmalarını yetersiz bırakarak bireylerde cinsel distresin oluşumuna neden olabileceği ileri sürülmüştür (116). Mevcut çalışmanın sonuçları incelendiğinde önceki çalışmaların sonuçlarına benzer şekilde "Olumlu İnançlar", "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike", "Bilişsel Güven" ve "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" şeklindeki üstbiliş alt boyutlarındaki bozulmanın çalışmaya dahil edilen bireylerin cinsel yaşam kaliteleri üzerine olumsuz yönde etkilerinin olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte "Bilişsel Farkındalık" üstbiliş alt boyutunun cinsel yaşam kalitesi puanlarına etki etmediği gösterilmiştir. Üstbilişsel modele göre bireyin kendi inançlarını izlemesini ve kendi düşünceleriyle meşgul olmasını ifade eden "Bilişsel Farkındalık", diğer işlevsiz üstbilişler inançların farkındalığında rol oynamaktadır (178). Literatürde yer alan bir araştırmada genitopelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğu tanılı kadınlar ve sağlıklı kontroller arasındaki üstbilişsel özellikler incelenmiş olup "Bilişsel Farkındalık" düzeylerinin hasta grubu ile kontroller arasında farklı olduğu belirlenmiştir. İki grup arasındaki bu farklılığın hasta grubunda psikopatolojilerin devam etmesine neden olan düşünce işlemleme şekilleri ve ruminasyonları kontrol etme şeklindeki stratejilerden kaynaklandığı öne sürülmüştür (115). Her ne kadar mevcut çalışmada bilişsel farkındalığın cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığı belirlense de üstbilişsel özelliklerin tüm psikopatolojilerin oluşumunda henüz kavramsallaştırılmamış olması ve çalışmada ruminasyon gibi üstbiliş ile ilişkili diğer faktörlerin ele alınmamış olması nedeniyle bu alanın özgün araştırmaların yapılacağı bir zemin oluşturacağı düşünülmektedir. Tüm bu bilgilerin ışığında bu çalışmada ÇÇT'nin doğrudan ve depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini etkileyerek dolaylı bir biçimde cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin olduğu söylenebilmektedir. Bununla birlikte her ne kadar ÇÇT'nin üstbilişlerde değişikliklere yol açtığı gözlenmiş olsa da; çalışmada bu durumun cinsel yaşam kalitesini üstbilişsel yolak aracılığıyla etkilediğine yönelik bir sonuç elde edilememiştir.

Çalışmanın sonuçlarının bazı kısıtlılıklar dahilinde değerlendirilmesi gerekmektedir. İlk olarak çalışmanın kesitsel bir tasarıma sahip olması ve kullanılan veri toplama araçlarını öz bildirim ölçekleri olması nedeniyle bazı bilgiler hastaların geriye dönük bellek kapasitesi kapsamında elde edilmiştir. Bu bağlamda mevcut

psikopatolojileri gereği bilişsel fonksiyonlarında bozulmalar görülebilen hasta grubundan edinilen bilgilerde geçmişe dönük bias oluşabilmektedir. Bu nedenle ileride yapılacak araştırmalarda hastalardan edinilen bilgiler hasta yakınlarından doğrulanmalı ve psikopatolojinin değerlendirmesine yönelik klinisyenin değerlendirme yaptığı ek ölçekler kullanılmalıdır.

Çalışmadaki ikinci kısıtlılık ise örneklem olarak yalnızca kadın cinsiyetten katılımcılardan dahil edilmesidir. Bu durum elde edilen verilerin tüm cinsiyetleri kapsayacak şekilde genelleştirilememesine neden olmaktadır. Ayrıca örneklemin tek bir merkeze başvuran kişilerden seçilmiş olması nedeniyle elde edilen sonuçların niteliksel açıdan tüm evreni temsil etmemesi de bir kısıtlılık olarak kabul edilmelidir. Bu kısıtlılık nedeniyle istatistiksel değerlendirmeler yapılırken hasta grubu ve kontrol grubu arasındaki farklılıkların saptanması işlemi sınırlanmış olabilir. Diğer bir kısıtlılık ise katılımcıların cinsel yaşamlarına dair bazı bilgilerin standardize edilmiş ölçeklerin yerine sınırlı maddeli sorular eşliğinde değerlendirilmesi olmuştur. Bu durum katılımcıların yanıtlarında yanlılığa ve dar kapsam dahilinde yanıtlar vermesine neden olmuş olabilir. Bununla birlikte çalışmaya dahil edilen örneklemde yer alan katılımcılara ilişkin menopoz ya da menstrüasyon dönemi gibi kadın yaşamının doğal döngülerine yönelik değerlendirme yapılmamış olması çalışmanın kısıtlılıklarından sayılabilir. Aynı zamanda bireylerin travmatik yaşam deneyimi sonrasında gelişebilecek diğer psikiyatrik belirtiler açısından değerlendirilmemiş olması mevcut bilgilerin daha geniş kapsamda değerlendirilmesine engel olmuş olabilir.

Son olarak bireysel özellikler ve toplumsal koşullar nedeniyle kişilerin konuşmak ve bilgi vermekten en çekindiği konulardan olan geçmiş travmatik yaşantılar ve cinsel yaşama dair bilgilerin edinilmesi süresince her ne kadar öncesinde bilgilendirme yapılsa da kişilerin bu başlıklara dair bilgi vermekten kaçınmış olma ihtimali de çalışmanın kısıtlılıklarından biri olarak kabul edilmelidir.

Sonuç olarak depresyonun sık görülen, tekrarlama ve kronikleşme riski olan, klinik görünümü heterojen, etiyolojisinde çeşitli biyopsikososyal faktörlerin yer aldığı, bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyal ve mesleki işlevselliklerinin bozulmasına neden olarak yaşam kalitesini etkileyen ve uygun şekilde tedavi edilmediği takdirde morbidite ve mortaliteye neden olabilen önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu

bilinmektedir. Bu nedenle, bireylerin ÇÇT ve üstbilişsel yapılanmaları gibi çeşitli etiyolojik faktörlerden etkilenen ve kişilerin cinsel yaşamları dahil tüm alanlarda yaşam kalitelerini etkileyebilen bu klinik tablonun altında yatan nedenleri tanıyabilmek ve bunlara uygun tedavi yöntemleri geliştirmeye ilişkin yapılacak ileri çalışmalar literatüre katkı sağlayacaktır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çalışmaya ilişkin sonuçlar gözden geçirildiğinde çalışma öncesi öne sürülen ve aşağıda yer alan hipotezler doğrulanmıştır:

1. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları üstbilişlerde bozulmaya neden olmaktadır.
2. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları cinsel yaşam kalitesini doğrudan olumsuz yönde etkilemektedir.
3. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini etkileyerek cinsel yaşam kalitesini dolaylı biçimde olumsuz yönde etkilemektedir.

Bununla birlikte araştırmadan elde edilen diğer sonuçlar ise aşağıda sıralanmıştır:

1. Hasta grubunda çalışma oranlarının daha düşük, geçmişinde psikiyatrik tanı almış olma ve intihar girişimi olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
2. Hasta grubunda depresyon puanlarındaki yüksekliğe ek olarak anksiyete ve stres puanlarının da daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
3. Hasta grubunun ailelerinde cinsel yaşama dair bilgilendirmenin daha az yapıldığı ve cinsel sağlığa ilişkin daha katı bir tutumun görüldüğü saptanmıştır.
4. Hasta örnekleminde duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve aşırı koruma kontrol şeklindeki çocukluk çağı travmatik yaşantılarının daha fazla olduğu anlaşılmıştır.
5. Hasta grubunda tüm üstbiliş alt boyutlarının kontrol grubuna göre daha fazla etkilendiği ve bu grubun cinsel yaşam kalitesinin daha kötü olduğu saptanmıştır.

6. Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve aşırı koruma kontrol şeklindeki çocukluk çağı travmatik yaşantılarının katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini artırdığı belirlenmiştir. Buna karşın cinsel istismar öyküsünün yalnızca stres puanlarını artırdığı saptanmıştır.
7. Katılımcıların üstbilişlerine ilişkin bozulmaların, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.
8. Depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile cinsel yaşam kalitesi arasında ters yönlü bir ilişki bulunmuştur.
9. Katılımcıların "Olumlu İnançlar", "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike", "Bilişsel Güven" ve "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" şeklindeki üstbilişleri ile cinsel yaşam kalitesi arasında ters yönlü bir ilişki saptanmıştır. Buna karşın katılımcıların "Bilişsel Farkındalık" üstbiliş alt boyutunun cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir.
10. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının doğrudan üstbilişler üzerine etki ettiği gösterilse de dolaylı olarak bu yol aracılığı ile cinsel yaşam kalitesi üzerine etki etmediği anlaşılmıştır.

6.2. ÖNERİLER

1. Depresyonun etiyolojisinde yer alan üstbilişsel mekanizmalara ve risk faktörlerinden biri olan çocukluk çağı travmatik yaşantılarına ilişkin daha geniş örneklemli ve cinsiyet farklılığı gözetmeyen çalışmaların yapılması gerekmektedir.
2. Depresif yakınmalarla başvuran bireylerin tanısal değerlendirme ve tedavi planlama sürecinde geçmiş travmatik yaşantıların varlığı ve bu yaşantıların üstbilişsel yapılanma üzerine olan olası etkisi göz önünde bulundurulmalıdır.
3. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ve üstbilişsel yapılanmadaki farklılıkların diğer psikiyatrik belirtiler ve cinsellik dahil tüm yaşam alanları üzerine olan etkilerine ilişkin ileri çalışmaların yapılması önerilir.

7. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Tez çalışmasını yürüten, tez danışmanı olan ve ileride bilimsel makale olarak yazılırken isminin yer alacağı kişiler arasında karar verme sürecini uygunsuz biçimde etkileyebilecek maddi ve manevi çıkar çatışması yoktur. Çalışma uzmanlık tezi kapsamında yürütülmüş olup herhangi bir firmadan destek alınmamıştır.

8. KAYNAKLAR

1. Çelik FH, Hocaoğlu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi 2016;6(1):51-66.
2. Dikici DS, Aşçıbaşı K, Aydemir Ö. DSM-5 depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Derg 2017;18(Ek Sayı.2):51-57.
3. Bülbül F, Çakır Ü, Ülkü C, Üre I, Karabatak O, Alpak G. Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri. Anadolu Psikiyatri Derg 2013;14(2):93-99.
4. Dereboy Ç, Şahin DE, Şakiroğlu M, Şafak ÖC. Çocukluk çağı travmalarının, kimlik gelişimi, duygu düzenleme güçlüğü ve psikopatoloji ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2018;29(4):269-278.
5. Erol A, Ersoy B, Mete L. Majör depresyonda özkıyım girişimi ile çocukluk çağı örselenmeleri arasındaki ilişki. Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24(1):1-6.
6. Kalyon A. Üniversite öğrencilerinde çocukluk dönemi ihmal ve istismar yaşantılarının yaşam doyumunu yordamadaki rolü: cinsiyet ve ruhsal problemlere dayalı karşılaştırmalar. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi 2020;10(3):573-583.
7. Lorenz TA, Meston CM. Associations among childhood sexual abuse, language use, and adult sexual functioning and satisfaction. Child Abuse & Neglect 2012;36(2):190-199.
8. Meston CM, Lorenz TA, Stephenson KR. Effects of expressive writing on sexual dysfunction, depression, and PTSD in women with a history of childhood sexual abuse: Results from a randomized clinical trial. J Sex Med 2013;10(9):2177-2189.
9. Bird ER, Seehuus M, Clifton J, Rellini AH. Dissociation during sex and sexual arousal in women with and without a history of childhood sexual abuse. Arch Sex Behav 2014;43(5):953-964.
10. Selvi Y, Besiroglu L, Aydin A, Gulec M, Atli A, Boysan M, et al. Relations between childhood traumatic experiences, dissociation, and cognitive models in obsessive compulsive disorder. Int J Psychiatry Clin Pract 2012;16(1):53-59.
11. Giuri S, Caselli G, Manfredi C, Rebecchi D, Granata A, Ruggiero GM, et al. Cognitive attentional syndrome and metacognitive beliefs in male sexual dysfunction: an exploratory study. Am J Mens Health 2017;11(3):592-599.

12. Kılıç C, Uluğ ÖŞ. Türkiye'de depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler. In: Devrimci ÖH, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p. 1-7.
13. Kafes AY. Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. Humanistic Perspective 2021;3(1):186-194.
14. Gül GI, Rıfat K. Dünden bugüne depresyon. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):1-6.
15. Bahadır G. Depresyon ve Bilişsel Davranışçı Terapi. In: Bahadır G, Ertekin E, editors. Farklı Tanı Gruplarında Bilişsel Davranışçı Terapiler. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p. 9-14.
16. Dinçer G, Gönül AS. Major depresif bozuklukta genetik çalışmalar. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2016;9(1):44-49.
17. Şengül AC, Herken H. Depresyonun genetiği. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):21-26.
18. Hacımusalar Y, Eşel E. Majör depresif bozukluk için önerilen biyobelirleyiciler. Noro Psikiyatr Ars 2018;55(3):280-290.
19. Cumurcu BE, Gül GI. Depresyonun nörobiyolojisi. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):27-33.
20. Bozkurt A, Bozkurt ÖH, Sönmez İ. Duygudurum bozuklukları ve klinik biyokimya. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2016;9(2):9-14.
21. Balaban ÖD. Depresyonun Nörobiyolojisi. In: Devrimci ÖH, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p. 8-17.
22. Kartalcı Ş. Depresyonun nörobiyolojisinde endokrinin yeri var mı? Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2014;7(3):30-35.
23. Yüksel G, Aydın N. Kadın ruh sağlığı ve hormonlar. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2014;7(3):7-13.
24. Sözeri VG. Major depresif bozuklukta nöroinflamatuvar hipotez. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2014;6(1):1-9.
25. Eser YH. Stres, immünoloji ve inflamasyon. In: VŞ, editor. Stres ve Bedensel Hastalıklar: Günümüzde Psikosomatik Tip. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p. 22-26.

26. Uyar DA, Gönül AS. Depresyonda beyindeki ağların işlevleri ve belirtilerle ilişkisi. In: H DÖ, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p. 18-24.
27. Oğuz TF. Depresyonun psikodinamik teorisi ve terapisi. In: HDÖ, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p. 53-63.
28. Emül M. Depresyon ve psikososyal kuramlar. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):14-20.
29. Yığman F, Özdel K. Depresyonun bilişsel davranışçı teorisi ve terapisi. In: H DÖ, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p. 45-52.
30. Erbay LG, Kartalcı Ş. Depresyonda bilişsel davranışçı terapi. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):97-102.
31. Kılıç F. Sosyal boyutuyla depresyon. In: D KU, editor. Ruh Sağlığının Sosyal Boyutu. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p. 54-58.
32. Yalvaç HD. Depresyonun epidemiyolojisi. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):7-13.
33. Üstündağ MF, Yılmaz ED, Uğur K, Ünal Ö, Herdem A, Aydın O, et al. Major depresif bozukluk tanılı hastaların bireysel farklılıkları üzerine dokuz tip mizaç modeli odaklı bir inceleme. Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23(3):333-342.
34. Birliği AP. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5). 5 ed. Köroğlu E, editor. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013. p. 91-112.
35. Tamam L, Namlı Z, Karaytuğ MO. Depresyon kliniği. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):34-38.
36. Güleç G. Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2016;9(3):21-25.
37. Anber T, Akar T, Altun F. Depresyon ve toplum ruh sağlığı. Turkey Health Literacy Journal 2021;2(2):99-103.
38. Köksal R, Aslan E. Majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarında görülen ağrı semptomunun değerlendirilmesi. Dusunen Adam 2017;30(4):278-286.
39. Mısır E, Hacımusalar Y. DSM-5 Anksiyöz Distres Değerlendirme Ölçeği Türkçe formunun majör depresif bozukluk için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Derg 2020;21(Ek sayı.2):21-28.

40. Özdin S, Güz HÖ. Anksiyete bozukluğu eştanılı depresyonda akılcı tedavi. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2014;7(2):8-16.
41. Karamustafalıoğlu O, Gül GI. Depresyonda akılcı tedavi. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2014;7(2):1-7.
42. Özgüven HD, Kır Y. Depresyonun farmakoterapi ve diğer somatik yöntemlerle tedavisi. In: H DÖ, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p. 25-44
43. Özten E, Karamustafalıoğlu O. Depresyon ve bipolar bozukluğun somatik tedavileri. In: Karamustafalıoğlu O, editor. Bipolar Bozukluk. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p. 55-61.
44. Çalıyurt O, Ceviz H, Tutuğ CK. Depresyonda somatik tedaviler. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):87-96.
45. Şar V. Travmatik stres ve bedensel hastalıklar. In: V Ş, editor. Stres ve Bedensel Hastalıklar: Günümüzde Psikosomatik Tıp. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p. 1-5.
46. Bahşi AB. Travma; Ruhsal Yaralarımız. In: ZD A, editor. Çocukluk Çağı Travmasının Yansımaları: Tüm Renklerini Kaybetmiş Gökkuşağı Hikayeleri. 2 ed. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2021. p. 5-6.
47. Ay R, Kılınçel O. Depresyon tanısı alan hastalarda çocukluk çağı travması varlığı ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2021;11(1):67-75.
48. Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2009;9(1):49-62.
49. Polat O. Tanım. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı - 1 Tanımlar. 3 ed. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2019. p. 21-61.
50. Asil H, Özdemir Ç. Çocuk İstismarına Kapsamlı Bir Bakış. Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2020.
51. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35(2):82-86.
52. Geçkil E. Çocuklarda fiziksel istismar ve hemşirelik yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(1):129-139.

53. Polat O. Tarihçe. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı - 1 Tanımlar. 3 ed. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2019. p. 379-390.

54. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004;47(2):140-151.

55. Polat O. Dünya'da Durum. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı - 1 Tanımlar. 3 ed. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2019. p. 407-422.

56. Öztürk A. Çocuğa kötü muamelenin psikolojik ve gelişimsel sonuçlarını önlemek. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2020;27(1):7-19.

57. Demirtürk SE, Mumcu KH. Çocuk istismarına yol açan ailesel nedenler ve çocuğun korunmasına yönelik önlemler. Sağlık ve Toplum 2020;30(1):30-35.

58. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğullari AK, Aktaş EA. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg 2011;12(2):130-136.

59. Polat O. Duygusal İstismar. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı - 1 Tanımlar. 3 ed. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2019. p. 273-292.

60. Polat O. Cinsel İstismar. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı - 1 Tanımlar. 3 ed. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2019. p. 99-174.

61. Polat O. İhmal. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı - 1 Tanımlar. 3 ed. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2019. p. 293-309.

62. Polat O. Tıbbi İhmal. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı - 1 Tanımlar. 3 ed. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2019. p. 311-319.

63. Jaworska-Andryszewska P, Rybakowski JK. Childhood trauma in mood disorders: neurobiological mechanisms and implications for treatment. Pol J Pharmacol 2019;71(1):112-120.

64. De Bellis MD, Spratt EG, Hooper SR. Neurodevelopmental biology associated with childhood sexual abuse. J Child Sex Abus 2011;20(5):548-587.

65. Deighton S, Neville A, Pusch D, Dobson K. Biomarkers of adverse childhood experiences: A scoping review. Psychiatry Res 2018;269:719-732.

66. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. Biol Psychiatry 2001;49(12):1023-1039.

67. Nemeroff CB. Neurobiological consequences of childhood trauma. J Clin Psychiatry 2004;65(suppl 1):18-28.

68. O'Loughlin JI, Rellini AH, Brotto LA. How does childhood trauma impact women's sexual desire? Role of depression, stress, and cortisol. J Sex Res 2020;57(7):836-847.

69. Van der Kolk BA. The neurobiology of childhood trauma and abuse. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2003;12(2):293-317.

70. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. Dusunen Adam 2006;19(1):24-39.

71. Şenkal İ, Işıklı S. Çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma biçiminin depresyon belirtileri ile ilişkisi: Aleksitiminin aracı rolü. Türk Psikiyatri Dergisi 2015;26(4):261-267.

72. Gül A, Gül H, Özen NE, Battal S. Major depresyon hastalarında çocukluk çağı travmaları ve başa çıkma tutumlarının cinsiyete özgü farklılıkları. Türk Psikiyatri Dergisi 2017;28(4):246-254.

73. Browne C, Winkelman C. The effect of childhood trauma on later psychological adjustment. J Interpers Violence 2007;22(6):684-697.

74. Yenilmez DO, Atagün Mİ, Altun İK, Tunç S, Uzgel M, Altınbaş K, et al. Bipolar bozukluk ve yineleyici depresif bozuklukta çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme güçlükleri ile bilişsel süreçler arasındaki ilişki. Türk Psikiyatri Dergisi 2019;32(1):8-16.

75. Öztop DB. Depresyon ve İstismar. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):46-50.

76. Lalchandani P, Lisha N, Gibson C, Huang AJ. Early life sexual trauma and later life genitourinary dysfunction and functional disability in women. J Gen Intern Med 2020;35(11):3210-3217.

77. Chiu C-D, Lee M-H, Chen W-C, Ho HL, Wu H-C. Childhood trauma perpetrated by close others, psychiatric dysfunction, and urological symptoms in patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome. J Psychosom Res 2017;93:90-95.

78. Roesler TA, McKenzie N. Effects of childhood trauma on psychological functioning in adults sexually abused as children. J Nerv Ment Dis 1994;182(3):145-150.

79. Gündüz A, Yaşar AB, Gündoğmuş İ, Savran C, Konuk E. Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Derg 2018;19(1):68-75.

80. Hovens JG, Giltay EJ, Wiersma JE, Spinhoven P, Penninx BW, 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.

81. Loeb TB, Gaines T, Wyatt GE, Zhang M, Liu H. Associations between child sexual abuse and negative sexual experiences and revictimization among women: Does measuring severity matter? Child Abuse & Neglect 2011;35(11):946-955.

82. Lacelle C, Hébert M, Lavoie F, Vitaro F, Tremblay RE. Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization. J Child Sex Abus 2012;21(5):571-592.

83. Cesur G, Sayraç N, Korkmaz E. Çocukluk çağı örselenme yaşantıları ve sürekli kaygı arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın rolü. Türk Psikoloji Dergisi 2018;33(81):97-109.

84. Güneş M, Selcuk H, Demir S, İbiloğlu AO, Bulut M, Kaya MC, et al. Çocuk evliliği yapan kadınlarda çift uyumu ve çocukluk çağı ruhsal travması. Journal of Mood Disorders 2016;6(2):63-70.

85. Gobout N, Morissette Harvey F, Cyr G, Bélanger C. Cumulative childhood trauma and couple satisfaction: examining the mediating role of mindfulness. Mindfulness 2020;11(7):1723-1733.

86. Bigras N, Daspe M-È, Godbout N, Briere J, Sabourin S. Cumulative childhood trauma and adult sexual satisfaction: Mediation by affect dysregulation and sexual anxiety in men and women. J Sex Marital Ther 2017;43(4):377-396

87. Karakelle S, Saraç S. Üst biliş hakkında bir gözden geçirme: Üstbiliş çalışmaları mı yoksa üst bilişsel yaklaşım mı? Türk Psikoloji Yazıları 2010;13(26):45-60.

88. Akpunar B. Biliş ve üstbiliş (metabiliş) kavramlarının zihin felsefesi açısından analizi. International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic 2011;6(4):353-365.
89. Özsoy G. Üstbiliş. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2008;6(4):713-740.
90. Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif-kompülsif belirtilerle ilişkisi. Turk Psikiyatri Dergisi 2008;19(1):67-80.
91. Böke Ö, Pazvantoğlu O, Babadağı Z, Ünverdi E, Ay R, Çetin E, et al. Panik bozukluğunda üst bilişler. Anadolu Psikiyatri Derg 2015;16(1):1-6.
92. Karakaş GS. Depresyon ve anksiyete belirtileri olan psikiyatri hastalarında üstbilişsel inançların stres ve başa çıkma çerçevesinde incelenmesi. Aydın: T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2020.
93. Dikmen SNT, Şafak Y, Özdel K, Özdemir İ. Vajinismus hastalarında erken dönem uyumsuz şema ve üst bilişlerin değerlendirilmesi. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2019;8(3):131-139.
94. Koç V. Üstbilişsel perspektiften depresyon ve tedavisi üzerine bir derleme: Üstbilişsel Perspektiften Depresyon. Klinik Psikoloji Dergisi 2017;1(1):34-43.
95. Uzuntuna LA, Yılmaz AE. Sigara bağımlılığına üstbilişsel yaklaşım: Güncel duruma ilişkin bir gözden geçirme. Addicta: The Turkish Journal on Addictions 2019;6(4):30-48.
96. Irak M. Üstbiliş ölçeği çocuk ve ergen formunun Türkçe standardizasyonu, kaygı ve obsesif-kompülsif belirtilerle ilişkisi. Turk Psikiyatri Derg 2012;23(1):47-54.
97. Yazıhan N, Yelboğa Z. Travma sonrası stres bozukluğu hastalarında üstbilişlere ilişkin inançlar. Klinik Psikiyatri Dergisi 2019;22(4):445-451.
98. Yılmaz A, Sungur M, Konkan R, Şenormancı Ö. Ruminasyonla ilgili üstbiliş ölçeklerinin klinik ve klinik olmayan Türk örneklemlerindeki psikometrik özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2015;26:268-278.
99. Lashkary A, Karimi-Shahabi R, Hashemi T. The role of metacognitive beliefs in depression: Mediating role of rumination. International Journal of Behavioral Sciences 2016;9(4):227-232.
100. Papageorgiou C, Wells A. A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression. Int J Cogn Ther 2009;2(2):123-131.

101. Wells A. The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. Cognit Ther Res 2005;29(1):107-121.
102. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive–compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. Behav Res Ther 1998;36(9):899-913.
103. Toneatto T. Metacognition and substance use. Addict Behav 1999;24(2):167-174.
104. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. Cognit Ther Res 2003;27(3):261-273.
105. Bacon E, Danion J-M, Kauffmann-Muller F, Bruant A. Consciousness in schizophrenia: a metacognitive approach to semantic memory. Consciousness and Cognition 2001;10(4):473-484.
106. Holeva V, Tarrier N, Wells A. Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. Behav Ther 2001;32(1):65-83.
107. Yılmaz AE. Examination of metacognitive factors in relation to anxiety and depressive symptoms: A cross-cultural study. Ankara: Ortadoğu Teknik Üniversitesi; 2007.
108. Yılmaz S, İzci F, Mermi O, Atmaca M. Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst biliş işlevleri: Kontrollü bir çalışma. Anadolu Psikiyatri Derg 2016;17(6):451-458.
109. Özsoy F, Kuloğlu MM. Major depresif bozukluk ve panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi. Çağdaş Tıp Dergisi 2017;7(1):42-49.
110. Halvorsen M, Hagen R, Hjemdal O, Eriksen MS, Sørli ÅJ, Eisemann M, et al. Metacognitions and thought control strategies in unipolar major depression: a comparison of currently depressed, previously depressed, and never-depressed individuals. Cognit Ther Res 2015;39(1):31-40.
111. Gündüz A, Gündoğmuş İ, Engin BH, İşler A, Sertçelik S, Yaşar BA. Effects of adverse childhood events over metacognitions, rumination, depression and worry in healthy university students. Ann Med Res 2019;26(7):1394-1401.

112. Hosseini Ramaghani NA, Rezaei F, Sepahvandi MA, Gholamrezaei S, Mirderikvand F. The mediating role of the metacognition, time perspectives and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and post-traumatic stress disorder symptoms. Eur J Psychotraumatol 2019;10(1):1648173.
113. Klaassen M, Ter Kuile MM. Development and initial validation of the vaginal penetration cognition questionnaire (VPCQ) in a sample of women with vaginismus and dyspareunia. J Sex Med 2009;6(6):1617-1627.
114. Cherner RA, Reissing ED. A comparative study of sexual function, behavior, and cognitions of women with lifelong vaginismus. Arch Sex Behav 2013;42(8):1605-1614.
115. Ünal GT, Onur ÖŞ, Erten E. Comparison of vaginal penetration cognitions and metacognitions between women with genito-pelvic pain and penetration disorder and healthy controls. J Sex Med 2020;17(5):964-974.
116. Zarbo C, Brugnera A, Compare A, Secomandi R, Candeloro I, Malandrino C, et al. Negative metacognitive beliefs predict sexual distress over and above pain in women with endometriosis. Arch Womens Ment Health 2019;22(5):575-582.
117. Cybulski M, Cybulski L, Krajewska-Kulak E, Orzechowska M, Cwalina U, Jasinski M. Sexual quality of life, sexual knowledge, and attitudes of older adults on the example of inhabitants over 60s of Bialystok, Poland. Front Psychol 2018;9:483
118. Lehmiller JJ. Sexology Research: History, Methods, and Ethics. The Psychology of Human Sexuality. 1 ed. UK: John Wiley & Sons; 2014. p. 29-31.
119. Lehmiller JJ. Theoretical Perspectives on Human Sexuality. The Psychology of Human Sexuality. 1 ed. UK: John Wiley & Sons,; 2014. p. 1-27.
120. Bilgin Z, Kömürcü N. Kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlar. Androloji Bülteni 2016;18(64):48-55.
121. CETAD. Cinsel Yaşam ve Sorunları 2007.
122. Kaplan Serin E, Duman M, Yilmaz S. Sexual life quality and marital adjustment in women with and without diabetes. Sex Disabil 2020;38(4):625-635.
123. Flynn KE, Lin L, Bruner DW, Cyranowski JM, Hahn EA, Jeffery DD, et al. Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of US adults. J Sex Med 2016;13(11):1642-1650.

124. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2. [cited 2022 11/12].
125. Karagüzel EÖ, Aykut DS, Arslan FC, Çakır A, Karahan A, Tiryaki A. Vajinismus tanısı konan kadınlarda obsesif inanışlar ve yaşam kalitesi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23(2):181-187.
126. Group W. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med 1998;28(3):551-558.
127. Emetu RE. Perceptions of physical sexual health among young men who have sex with men with a previous history of childhood sexual abuse. J Child Sex Abus 2018;27(5):554-569.
128. Stephenson KR, Pulverman CS, Meston CM. Assessing the association between childhood sexual abuse and adult sexual experiences in women with sexual difficulties. J Trauma Stress 2014;27(3):274-282.
129. Zollman G, Rellini A, Desrocher D. The mediating effect of daily stress on the sexual arousal function of women with a history of childhood sexual abuse. J Sex Marital Ther 2013;39(2):176-192.
130. Neilson EC, Norris J, Bryan AE, Stappenbeck CA. Sexual assault severity and depressive symptoms as longitudinal predictors of the quality of women's sexual experiences. J Sex Marital Ther 2017;43(5):463-478.
131. Kratzer L, Heinz P, Schennach R, Knefel M, Schiepek G, Biedermann SV, et al. Sexual symptoms in post-traumatic stress disorder following childhood sexual abuse: A network analysis. Psychol Med 2022;52(1):90-101.
132. Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. Behav Res Ther 1999;37(9):809-829
133. Bornefeld-Ettmann P, Steil R, Lieberz KA, Bohus M, Rausch S, Herzog J, et al. Sexual functioning after childhood abuse: The influence of post-traumatic stress disorder and trauma exposure. J Sex Med 2018;15(4):529-538.
134. Atagün MI, Atagün Z, Doğan S, Evren C, Yalçınkaya EY, Öneş K. Fibromiyaljisi olan kadın hastalarda cinsel işlev bozuklukları çocukluk çağı travmalarıyla ilişkilidir. Anadolu Psikiyatri Derg 2013;14(3):200-209.

135. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther 1995;33(3):335-343.
136. Sarıçam H. The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2018;7(1):19-30.
137. Bernstein D, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect': Reply. Am J Psychiatry 1995;152(10):1535-1537.
138. Şar V, Necef I, Mutluer T, Fatih P, Türk-Kurtça T. A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-overcontrol as additional factor. J Trauma Dissociation 2021;22(1):35-51.
139. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behav Res Ther 2004;42(4):385-396.
140. Ak M, Yazıhan NT, Sütçigil L, Hacıömeroğlu B. İntihar girişimi olan majör depresyon hastalarında üstbiliş süreçleri. Noro Psikiyatr Ars 2013;50(2):95-99.
141. Leahy RL, Wupperman P, Edwards E, Shivaji S, Molina N. Metacognition and emotional schemas: Effects on depression and anxiety. Int J Cogn Ther 2019;12(1):25-37.
142. Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. Pers Individ Dif 2008;44(5):1172-1181.
143. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. J Sex Marital Ther 2005;31(5):385-397.
144. Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinsel yaşam kalitesi ölçeği-Kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Medical Journal 2010;32(2):172-180.
145. Tamam L, Karaytuğ MO, Namlı Z. Depresyonun ekonomik maliyeti. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):103-106.
146. Yalvaç HD, Dikilitaş Y, Coşkun A, Yedikardaşlar C, Emül M, Ünal S. Bir devlet hastanesine depresyon nedeniyle başvuran olgularda sosyodemografik özellikler. Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji 2011;1(2):16-20.
147. Duman B. Tıbbi hastalığı olan hastalarda depresyon. In: Devrimci ÖH, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.75-82.

148. Altındağ A, Kılıç OHT Majör Depresif Bozukluk ve Özkıyım. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):39-45.

149. Elbozan Cumurcu B, Göğcegöz Gül I. Depresyonun Nörobiyolojisi. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):27-33.

150. McKay MT, Cannon M, Chambers D, Conroy RM, Coughlan H, Dodd P et al. Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. Acta Psychiatr Scand 2021;143(3):189–205.

151. Humphreys KL, LeMoult J, Wear JG, Piersiak HA, Lee A, Gotlib IH. Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl 2020;102:104361.

152. 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):665–680.

153. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and metaanalysis. PLoS Med 2012;9(11):e1001349.

154. Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. J Affective Disord 2016;190:47–55.

155. Ullman SE, Peter-Hagene LC, Relyea M. Coping, emotion regulation, and self-blame as mediators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault. J Child Sex Abus 2014;23(1):74-93.

156. Cichoń E, Kryciński R, Florkowski M, Szczepanowski R. Metacognition increases the severity of depression through trait anxiety in a nonclinical population. Annals of Psychology 2018;20(4):761-774.

157. Yazar R, Tolan Ö. Investigation of the relationships between metacognitive functions and subjective well-being and depression, anxiety and stress levels in adult individuals. Research on Education and Psychology 2020;4(2):172-193.

158. Mansueto G, Caselli G, Ruggiero GM, Sassaroli S. Metacognitive beliefs and childhood adversities: An overview of the literature. Psychology, Health & Medicine 2019;24(5):542-550.

159. Spasojevic J, Alloy LB. Who becomes a depressive ruminator? Developmental antecedents of ruminative response style. J Cogn Psychother 2002;16(4):405-419.
160. Myers SG, Wells A. Early trauma, negative affect, and anxious attachment: the role of metacognition. Anxiety, Stress & Coping 2015;28(6):634–649.
161. Østefjells T, Lystad JU, Berg AO, Hagen R, Loewy R, Sandvik L. et al. Metacognitive beliefs mediate the effect of emotional abuse on depressive and psychotic symptoms in severe mental disorders. Psychol Med 2017;47(13):2323-2333.
162. Altıntoprak E, Aldemir E. The role of metacognition and childhood traumas in predicting emotion dysregulation in patients with substance-related disorders. Amsterdam, 15th European Congress of Psychology. 2017.
163. Berkol TD, Bulut SD, Alataş E, Görkem D, Çavdar E, Özyıldırım İ. Kadın Majör Depresif Bozukluk ve Panik Bozukluk Hastalarında Cinsel İşlev Bozukluğunun Karşılaştırılması. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2014;3:94-98.
164. Selimoğlu EŞ, Beydağ KD. Doğum sonu dönemde emziren kadınların cinsel yaşam kalitesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;11(1):174-180.
165. Pınar G, Doğan N, Ökdem Ş, Algıer L, Öksüz E. Özel bir üniversitede okuyan öğrencilerin cinsel sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışları. Tıp Araştırmaları Dergisi 2009;7(2):105-113.
166. Hosseini F, Alidousti Shahraki K, Azizzadeh Forouzi M, Ahmadi A, Dehesh T. The effect of cognitive behavioral counseling on sexual knowledge, motivation to avoid risky sexual relationships, and sexual depression in female university students. Trends Psychiatry Psychother 2020;42:122-128.
167. Öztürk CŞ, Arkar H. Vajinismuslu çiftlerde bilişsel davranışçı terapinin cinsel doyum, evlilik uyumu, depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri üzerine etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2017;28(3):172-80.
168. Alacacioglu A, Ulger E, Varol U, Yavuzsen T, Akyol M, Yildiz Y, et al. Sexual satisfaction, anxiety, depression and quality of life in testicular cancer survivors. Med Oncol 2014;31(7):1-6.
169. Lari MA, Faramarzi H, Shams M, Marzban M, Joulaei H. Sexual dysfunction, depression and quality of life in patients with HIV infection. Iran J Psychiatry Behav Sci 2013;7(1):61.

170. Park H, Yoon HG. Menopausal symptoms, sexual function, depression, and quality of life in Korean patients with breast cancer receiving chemotherapy. Supportive Care Cancer 2013;21(9):2499-2507.
171. Shahraki Z, Tanha FD, Ghajarzadeh M. Depression, sexual dysfunction and sexual quality of life in women with infertility. BMC women's health, 2018;18(1):1-4.
172. Duzgun AA, Kok G, Sahin S, Guvenc G. Assessment of depression and sexual quality of life in postmenopausal women. Perspect Psychiatr Care 2022.
173. Velayati A, Jahanian Sadatmahalleh S, Ziaei S, Kazemnejad A. Psychological predictors of sexual quality of life among Iranian women with vaginismus: A cross-sectional study. Int J Sex Health 2022;34(1):81-89.
174. Bal Z, Gökbulut N, Uçar T. Kadınlarda cinsel sıkıntının depresyon, anksiyete ve stres üzerine etkisi. Androloji Bülteni 2022;24(2):103-109.
175. Bodenmann G, Atkins DC, Schär M, Poffet V. The association between daily stress and sexual activity. J Fam Psychol 2010;24(3):271.
176. Lemieux SR, Byers ES. The Sexual Well-Being of Women Who Have Experienced Child Sexual Abuse. Psychol Women Q 2008;32(2):126–144.
177. Lacelle C, Hébert M, Lavoie F, Vitaro F, Tremblay RE. Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization. J Child Sex Abus 2012;21(5):571-592.
178. Aydın O, Kaya A, Cengiz Z, Kesen ES, Ünal-Aydın P, Spada MM. Beliefs About the Need to Control One's Thoughts and Cognitive Self-consciousness Are Associated with Sexual Stigma. Sex Res Social Policy 2022;1-8.

9. EKLER

9.1. EK-1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

20.05.2021

Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 20 MAYIS 2021 PERŞEMBE
TOPLANTI SAATİ : 13:00 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2021/10
PROJE/ KARAR NO : 2021-223 (Değerlendirilme Tarihi: 20.05.2021)

Üniversitemiz Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER'in sorumlu araştırmacı olduğu, Uzm. Dr. Mehmet KOÇER ve Arş. Gör. Dr. Cansu ÜNSAL'ın yardımcı araştırmacı oldukları, 2021/223 kayıt numaralı, **"Major Depresif Bozukluk Tanılı Kadın Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Üst Bilişler ve Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi"** başlıklı uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

S.NO	AD SOYAD VE UZMANLIK ALANI	İMZA
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Anestezi AD Bşk.lığı) Etik Kurul Başkanı	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Göğüs Cerr. AD Bşk.lığı) Etik Kurul Başkanı Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR(Üroloji AD Bşk.lığı)	
4	Prof. Dr. Levent KENAR(KBRN, Enstitü)	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Beyin ve Sinir Cerr. AD.Bşk.lığı)	
6	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN(Genel Cerr. AD Bşk.lığı)	
7	Prof. Dr. Suat DOĞANCI(Kalp Damar Cerr. AD Bşk.lığı)	
8	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI(Göğüs Hast. AD Bşk.lığı)	
9	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi AD.Bşk.lığı	
10	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI(Histoloji AD.Bşk.lığı)	
11	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ(Hemşirelik Fakültesi)	
12	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Hemşirelik Fakültesi) Sekreter	
13	Dr.Öğr.Üyesi Mustafa GÜNEY(Mikrobiyoloji AD Bşk.lığı)	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

9.2. EK-2: OLGU RAPOR FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih: **Örneklem No:** **Görüşmeci:**

1. **Yaşınız:**

2. **Öğrenim sürenizi sene olarak belirtiniz.**
   ……sene

3. **Medeni durumunuz:**
   a. Bekar b. Evli c. Boşanmış d. Dul e. Diğer(……)

4. **Çocuğunuz var mı?**
   a. Yok b. Var (sayısını belirtiniz……)

5. **Son 6 aydır düzenli bir maddi gelir sağlayacak şeklide çalıştığınız bir işiniz var mı?**
   a. Evet b. Hayır

6. **Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı? (örneğin şeker, tansiyon, kalp yetmezliği vb.)**
   a. Yok b. Var (belirtiniz……..……..)

7. **Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı?**
   a. Yok b. Var (belirtiniz……..……..)

8. **Düzenli sigara kullanıyor musunuz?**
   a. Hayır b. Evet (sıklığını belirtiniz……..)

9. **Düzenli alkol kullanıyor musunuz?**
   a. Hayır b. Evet (sıklığını belirtiniz……..)

10. **Düzenli madde kullanıyor musunuz?**
    a. Hayır b. Evet (sıklığını belirtiniz……..……..)

11. **Daha önce hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?**
    a. Hayır b. Bir veya birden fazla kez

12. **Daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?**
    a. Hayır b. Evet (ise belirtiniz……..……)

13. **Daha önce hiç psikiyatrik nedenlerle hastaneye yatışınız oldu mu?**
    a. Evet b. Hayır

14. **Çocukluğunuzda hangi yerleşim biriminde yaşıyordunuz?**
    a. Şehir Merkezi b. İlçe c. Köy /Kasaba

15. Çocukluğunuzda kimlerle yaşıyordunuz?

a. Anne, baba ve kardeşler b. Geniş aile (anne, baba, büyükanne, büyükbaba vs)

c. Anne veya babadan biriyle d. Büyükanne ve/veya büyükbaba ile

e. Diğer (belirtiniz……..)

16. Şu an hangi yerleşim biriminde yaşıyorsunuz?

a. Şehir Merkezi b. İlçe c. Köy /Kasaba

17. Şu anki yaşam şekliniz?

a. Partnerimle aynı evde yaşıyoruz b. Partnerimle farklı evlerde yaşıyoruz

18. Çocuklukta cinsel sağlıkla ilgili bilgileri kimden öğrendiniz?

a. Ailem (anne/baba/kardeş) b. Akrabalar (teyze/dayı/amca/hala vb.)

c. Arkadaşlar d. Öğretmen/Doktor

e. Kendi araştırmalarımla (gazete, dergi, internet vs.)

19. Ailenizin cinsel konulara ilişkin tutumuna yönelik en uygun ifadeyi seçiniz.

a. Cinsel konular hakkında konuşmak yasaktı, bu konuda sert ve katı bir tutum vardı.

b. Cinsel konular pek konuşulmayan bir konuydu, soru sorulduğunda net cevap verilmez, geçiştirilirdi.

c. Cinsel konular açıkça konuşulur, bilgilendirme yapılırdı.

20. Şu anki mastürbasyon sıklığınıza yönelik en yakın seçeneği işaretleyiniz.

a. Haftada 4 ve üzeri b. Haftada 2-3 defa c. Ayda 1-2 defa d. Daha seyrek

21. Şu anki partnerinizle ne kadar süredir berabersiniz?

a. 6-12 ay b. 1-3 yıl c. 3-5 yıl d. 5 yıldan uzun süre

22. Partnerinizde, cinsel ilişkinizi etkileyecek bililnen herhangi bir bedensel hastalık var mı?

a. Yok b. Var (……..)

23. Partnerinizde, cinsel ilişkinizi etkileyecek bililnen herhangi bir ruhsal hastalık var mı?

a. Yok b. Var (……..)

24. Partnerinizin düzenli kullandığı bir ilaç var mı?

a. Yok b. Var (……..)

25. Partnerinizle cinsel ilişki sıklığınıza yönelik en yakın seçeneği işaretleyiniz.

a. Haftada 4 ve üzeri b. Haftada 2-3 defa c. Ayda 1-2 defa d. Daha seyrek

DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES ÖLÇEĞİ (DASSÖ-21/DASS-21)

	Son 1 haftadaki durumunuz için geçerli olduğunu düşündüğünüz puanı işaretleyin.	**Hiçbir zaman**	**Bazen ve ara sıra**	**Oldukça sık**	**Her zaman**
1	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim	0	1	2	3
2	Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim *(kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)*	0	1	2	3
3	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	1	2	3
4	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim	0	1	2	3
5	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
6	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
7	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	1	2	3
8	Hayatın değersiz olduğunu hissettim	0	1	2	3
9	Vücudumda *(örneğin ellerimde)* titremeler oldu.	0	1	2	3
10	Soluk almada zorluk çektim (*örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi)*	0	1	2	3
11	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim	0	1	2	3
12	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
13	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
14	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
15	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
16	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
17	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
19	Alıngan olduğumu hissettim	0	1	2	3
20	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	1	2	3
21	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (ÇÇTÖ-33/CTQ-33)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı sorunun başındaki kutucuğa yazınız.
Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir. Lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.
Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde……	**Hiçbir Zaman**	**Nadiren**	**Kimi zaman**	**Sık olarak**	**Çok sık**
1	Yeterli yemeğim olurdu.					
2	Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.					
3	Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.					
4	Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.					
5	Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı.					
6	Üst baş açısından bakımsızdım.					
7	Sevildiğimi hissediyordum.					
8	Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.					
9	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10	Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.					
11	Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12	Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir biçimde vurularak cezalandırılıyordum.					
13	Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.					
14	Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15	Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.					
16	Çocukluğum mükemmeldi.					
17	Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					

18	Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19	Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
20	Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.					
21	Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri 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	Ailemdekiler bana karşı suçlayıcıydı.					
26	İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27	Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.					
28	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi					
29	Ailemdekiler yaşıtlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.					
30	Ailemdekiler her şeyime karışırdı.					
31	Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.					
32	Ailemdekiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.					
33	Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırırdı.					

ÜST BİLİŞ ÖLÇEĞİ-30 (ÜBÖ-30/MCQ-30)

Bu ölçek kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz. Bu ölçekte doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.		**Kesinlikle katılmıyorum**	**Kısmen katılmıyorum**	**Kısmen katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
1	Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	1	2	3	4
2	Endişelenmem benim için tehlikelidir.	1	2	3	4
3	Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	1	2	3	4
4	Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	1	2	3	4
5	Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayımdır.	1	2	3	4
6	Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	1	2	3	4
7	Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	1	2	3	4
8	Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	1	2	3	4
9	Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	1	2	3	4
10	Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	1	2	3	4
11	Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	1	2	3	4
12	Düşüncelerimi izlerim.	1	2	3	4
13	Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	1	2	3	4
14	Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	1	2	3	4
15	Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	1	2	3	4
16	Endişelerim beni delirtebilir.	1	2	3	4
17	Düşündüğümün her an farkındayımdır.	1	2	3	4
18	Zayıf bir belleğim vardır.	1	2	3	4
19	Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	1	2	3	4
20	Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.	1	2	3	4
21	Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	1	2	3	4
22	Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	1	2	3	4

23	Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	1	2	3	4
24	Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	1	2	3	4
25	Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	1	2	3	4
26	Belleğime güvenmem.	1	2	3	4
27	Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	1	2	3	4
28	İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	1	2	3	4
29	Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	1	2	3	4
30	Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	1	2	3	4

CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

	Hiç Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli /zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum.						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum.						
3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum.						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum.						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum.						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim.						
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum.						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum.						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum.						
10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum.						
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum.						
12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum.						
13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum.						
14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum.						
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum.						
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum.						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum.						
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum.						

9.3. EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Majör Depresif Bozukluk Tanılı Kadın Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının ÜstBilişler ve Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER

Diğer Araştırıcıların Adı: Arş. Gör. Dr. Cansu ÜNSAL

"Majör depresif bozukluk tanılı kadın hastalarda çocukluk çağı travmalarının üstbilişler ve cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi" isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde "Majör Depresif Bozukluk" hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında, Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- Çalışmanın amacı majör depresif bozukluk tanısı alan kadın hastalar ile kontrol grubuna alınan gönüllü kadınları çocukluk çağı travmatik yaşantıları açısından karşılaştırmak ve bireylerin deneyimledikleri travmatik yaşantıların üstbilişler ve cinsel yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmaktır.
- Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 01.06.2021-01.06.2022 tarihleri arasında başvuran ve Majör Depresif Bozukluk tanısı almış 82 kadın hasta ve 82 sağlıklı kadın gönüllü dahil edilecektir.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Çalışmayı kabul etmeniz durumunda muayeneniz sırasında yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33), Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanacaktır.
- Araştırmanın tamamlanma süresi Haziran 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında 12 aydır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

1. Çalışmaya dahil olmanız durumunda sizi herhangi bir risk veya rahatsızlık beklememektedir.
2. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Araştırma sonucunda kişilerin psikolojik rahatsızlıklarının ve cinsel yaşamlarındaki olası hoşnutsuzlukların altında yatan travmatik yaşantılar ve bu yaşantıların üstbilişlere etkisi değerlendirilerek, bireylerin hem mevcut psikopatolojilerini anlama hem de uygun bireysel tedavi planı sağlayabilme açısından literatüre katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Cansu ÜNSAL

GÖREVİ : Araştırma Görevlisi

TELEFON :

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında, Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Cansu ÜNSAL'ı, SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı	**Görüşme tanığı**
Adı, soyadı:	Adı, soyadı:
Adres:	Adres:
Tel:	Tel:
İmza:	İmza:
Tarih:	Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Not: Aydınlatma ve katılımcının beyanı birbirlerinin devamı şeklinde olmalı ve aynı sayfada yer almalıdır.

9.4. EK-4: ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Cansu ÜNSAL

İletişim adresi:

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitim

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi (2012-2018)

III- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

Türk Nöropsikiyatri Derneği

9.5. EK-5: TEZ KONUSU ONAY FORMU

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--35653 25.05.2021
Konu : Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu, 20 Mayıs 2021 tarihinde saat 13:30'da Dekan Yardımcısı Prof.Dr. Sedat YILMAZ başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online olarak katılımı ile toplanmıştır.

Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 60 (altmış) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :*BSL4MM98HC* Pin Kodu :08162 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys
Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618 Evler/Keçiören/ANKARA
Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90
Web:http://sbu.edu.tr
Kep Adresi:sbu@hs01.kep.tr
Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman
Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

31	Dr.Emirhan YILDIZHAN	GTF Anesteziyoloji ve Reaminasyon AD.	Elektrokonvülsif Terapı (Ekt) Yapılan Hastalarda Esmolol- Ketamin Kombinasyonu, Propofol- Ketamin Kombinasyonunun karşılaştırılması	Kabul Edildi: İstatistiksel yöntemin belirtilmesi koşuluyla
32	Dr.Abdulkerim TAŞDEMİR	Ankara Şehir SUAM	Fasiyal Sinir Hasarı Sonrası Melatonin ve Steroidin İyileşme Üzerine Etkisinin Elektrofizyolojik ve Histopatolojik Olarak Karşılaştırılması, Deneysel Hayvan Çalışması	Kabul Edildi:
33	Dr.Emre YILMAZ	Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi SUAM	Küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle yapılan bronşiyal sleeve rezeksiyonların ve pnömonektomilerin karşılaştırmalı analizi	Kabul Edildi:
34	Dr. Muhammed APAYDIN	Ankara Dışkapı SUAM	Tep ve Lichtenstein fıtık onarımlarında femoral ven akım dinamikleri ve koagülasyon parametrelerin karşılaştırılması	Kabul Edildi: Örneklem büyüklüğü ve istatistiksel güç hesaplama yönteminin belirlenmesi şartıyla
35	Dr. Hasan BALIKÇI	Ankara Keçiören SUAM	Covid-19 nedeniyle acil servise kabul edilen yaşlı hastalarda prognostik nutrisyonel indeks (PNI) ile hastane içi mortalite arasındaki kolerasyonun değerlendirilmesi	Kabul Edildi:
36	Dr. Beyza TAŞKENT	Ankara Dışkapı SUAM	Graves hastalarında D Vitamini eksikliğinin ve tedavisinin troid fonkjsiyonları üzerine etkisi	Kabul Edildi:
37	Dr.İrem DOĞAN	Ankara Şehir SUAM	Acil servise başvuran Covid-19 hastalarında pulmoner tromboemboli varlığının araştırılması	Kabul Edildi:
38	Dr.Büşra TŞAKİR	Ankara Şehir SUAM	Yüksek riskli gebelik kliniğinde takipli, gebeliğinde covid 19 hastalığı geçirmiş kadınlarda geçirmemiş kadınların geç postpartum depresyon sıklığının karşılaştırması	Kabul Edildi:
39	Dr. Tuğba KOÇ	Ankara Etlik Zübeyde Hanım SUAM	ileri evre epitelyal over/tuba/periton kanserlerinde maksimal sitoredüksiyon sonrası kemoterapi doz modifikasyonu ve/veya koloni sitimüle edici faktör kullanımının sağkalım üzerine etkisi	Kabul Edildi:
40	Dr.Bahriye Esfa YILMAZOĞLU	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM	Hematolojik malignitesi olan hastalarda çocukluk çağı travma düzeyinin travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası gelişmeyle ilişkisinin incelenmesi	Kabul Edildi:
41	Dr. Onur ERÇELİK	GTF KBB AD.	Nazal mukoza hasarı oluşturulmuş ratlarda adipöz vasküler stramol fraksiyon/gen etkisi	Kabul Edildi:
42	Dr.İlkin KARAARSLAN	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM	Major depresif bozukluk tanılı bireylerde yeme tutumu ve ilişkili faktörler	Kabul Edildi:
43	Dr.Yasemin ARIKOĞLU	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM	Kumar bağımlılığı ve internet bağımlılığının erken dönem uyumsuz şemalar ve baş etme yöntemleri yönünden karşılaştırılması	Kabul Edildi:
44	Dr. Sevda Gökçe GÜRPINAR	Ankara Dışkapı SUAM	Proksimal femoral çivi cerrahilerinde düşük doz spinal anesteziye eklenmiş perikapsüler sinir bloğu ya da intretekal opioidin etkinliğinin karşılaştırılması	Kabul Edildi:
45	Dr.Cansu ÜNSAL	GTF Ruh.Sağ ve Hst AD.	Majör depresif bozukluk tanılı kadın hastalarda çocukluk çağı travmalarının üst bilişler ve cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi	Kabul Edildi: