

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI



İSTANBUL KENT
ÜNİVERSİTESİ

KADINLARDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI İLE ALEKSİTİMİ
VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Deniz KURT

İSTANBUL – 2023

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

KADINLARDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI İLE ALEKSİTİMİ
VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Deniz KURT

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Üyesi Anıl GÜNDÜZ

İSTANBUL – 2023

KABUL VE ONAY

Deniz KURT tarafından hazırlanan “Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları İle Aleksitimi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 22.11.2023 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği ile İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Doç. Dr. Anıl GÜNDÜZ

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Emre KÖROĞLU

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Rukiye KÖROĞLU

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun
tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Doç. Dr. Bülent DEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Deniz KURT

22.11.2023



ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim ve öğrenim hayatım boyunca her ihtiyacım olduğunda desteğini cömertçe sunan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur'a ve Dr. Anıl Gündüz'e sonsuz katkıları ve emekleri için minnettarlığımı belirtmek isterim. Her ne kadar tez sürecimde bulunamamış olsa da lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini her an esirgemedi paylaşan sevgili hocam Psk. Dr. Burcu Sevim'e de çok teşekkürler.

Yüksek lisans sürecim boyunca yanımda olan ve yanımda olmadığım zamanları şefkatle ve anlayışla karşılayan eşim Sena Özkan Kurt'a ve tüm aileme ayrıca teşekkür ederim. Hepiniz iyi ki varsınız ve iyi ki sizleri bir şekilde tanıyabilecek kadar şanslıyım.

Deniz KURT

22.11.2023

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ŞEKİL LİSTESİ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KURAMSAL ÇERÇEVE	5
1.1. Cinsellik.....	5
1.1.1. Kadın Cinselliği.....	5
1.1.2. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları.....	6
1.1.3. Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Yaygınlığı.....	7
1.1.4. Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Etiyolojisi	7
1.1.5. Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Risk Faktörleri.....	9
1.1.6. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflandırması	10
1.1.6.1. Cinsel İlgi ve Uyarılma Bozukluğu	10
1.1.6.2. Orgazm Bozukluğu.....	11
1.1.6.3. Genitopelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu.....	12
1.2. Aleksitimi	13
1.2.1. Aleksitiminin Kavramsal Gelişim Süreci ve Kuramsal Temelleri	13
1.2.2. Aleksitimi Yaygınlığı ve İlişkili Bozukluklar	16
1.2.3. Aleksitimi ve Cinsel İşlev Bozuklukları.....	17
1.3. Yaşam Kalitesi.....	18
1.3.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı.....	18
1.3.2. Yaşam Kalitesi ve Cinsellik	19
1.3.3. Yaşam Kalitesi ve Aleksitimi	20
BÖLÜM 2: YÖNTEM VE GEREÇ	22
2.1. Örneklem	22
2.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	22
2.1.2. Çalışma Dışı Bırakılma Kriterleri	22
2.2. Araştırmanın Etik Yönü	22
2.3. Çalışmaya Dahil Edilecek Gönüllülere Uygulanacak Ölçüm Araçları	23
2.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	23

2.3.2. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20).....	23
2.3.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ)	24
2.3.4. Kadın Cinsel Şikayet Tarama Ölçeği	26
2.3.5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	26
2.4. İşlem	28
2.5. İstatiksel Analiz	28
BÖLÜM 3: BULGULAR	30
3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin ve Uygulanan Ölçeklerin Tanımlanması.	30
3.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin ve Uygulanan Ölçeklerin Aleksitimik ve Non-aleksitimik bireyler arasında karşılaştırılması.	35
3.3. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 ile Arasındaki İlişkinin Gösterilmesi	41
3.4. Katılımcılarda Aleksitimi Varlığını ve Diğer Değişkenlere Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizleri ile Gösterimi.	44
BÖLÜM 4: TARTIŞMA	48
KAYNAKÇA.....	58
EKLER	74
ÖZ GEÇMİŞ	83

KISALTMALAR

CİB	: Cinsel işlev bozukluğu
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KCİBÖ	: Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Ölçeği
TAÖ-20	: Toronto Aleksitimi Ölçeği-20
WHOQOL	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Alt Boyutları ve Puan Hesaplamaları.....	25
Tablo 2: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Çizelgesi	27
Tablo 3: Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri	30
Tablo 4: Katılımcıların çocuk sahibi olmak ile ilgili özellikleri	31
Tablo 5: Katılımcıların eğitim ve çalışma durumu ile ilgili özellikleri	31
Tablo 6: Katılımcıların Cinsel Yönelim İle İlgili Özellikleri	32
Tablo 7: Katılımcıların Sigara Kullanma Durumu İle İlgili Özellikleri	32
Tablo 8: Katılımcıların Toronto Aleksitimi Alt Ölçek ve Toplam Puanları Ortalamaları ve Aleksitimi Kategorizasyonu.....	33
Tablo 9: Katılımcıların Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Alt Ölçek ve Toplam Puanları Ortalamaları	33
Tablo 10: Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamaları.....	34
Tablo 11: Katılımcıların Kadın Cinsel Şikayet Tarama Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamaları	35
Tablo 12: Aleksitimik ve Non-Aleksitimik Bireylerin Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması	35
Tablo 13: Aleksitimik ve Non-Aleksitimik Bireylerin Çocuk Sahibi Olma İle İlgili Verilerinin Karşılaştırılması.....	36
Tablo 14: Aleksitimik ve Non-Aleksitimik Bireylerin Eğitim Ve Çalışma İle İlgili Verilerinin Karşılaştırılması.....	36
Tablo 15: Aleksitimik ve Non-Aleksitimik Bireylerin Eğitim Ve Çalışma İle İlgili Verilerinin Karşılaştırılması.....	37
Tablo 16: Aleksitimik ve Non-Aleksitimik Bireylerin Sigara İçme Durumlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 17: Aleksitimik ve non-aleksitimik Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 Toplam ve Alt Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 18: Aleksitimik ve non-aleksitimik bireylerin Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Toplam ve Alt Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 19: Aleksitimik ve non-aleksitimik bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 20: Aleksitimik ve non-aleksitimik bireylerin Kadın Cinsel Şikayet Tarama Ölçeği alt Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	40

Tablo 21: Aleksitimisi olan ve Olmayan Katılımcıların Kadın Cinsel Şikâyet Tarama ölçeği maddeleri cevaplarının karşılaştırılması.	41
Tablo 22: Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 toplam ve Alt Ölçek Puanları Arasında Korelasyonların Tablo Olarak Gösterimi.....	42
Tablo 23: Kadın Cinsel Şikâyet Tarama alt ölçek skorlarının Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 toplam ve alt ölçek skorları ile ilişkisi	42
Tablo 24: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt skorları ile Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Skorları İle İlişkisi	43
Tablo 25: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği toplam ve Alt Ölçek Skorlarının Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Skorları İle İlişkisi	44
Tablo 26: Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Ölçek Skorlarının Aleksitimi Varlığını Yordamasının Analizi.....	45

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil.1: Toronto Aleksitimi Ölçeği-20, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'ne ilişkin yapısal eşitlik modeli.	46
--	----



ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları ile Aleksitimi ve Yaşam Kalitesi
Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Deniz KURT

Yüksek Lisans Tezi

Psikoloji Anabilim Dalı/ Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Üyesi Anıl GÜNDÜZ

Kasım, 2023 – Sayfa 83

Yaşam kalitesini etkileyen çok sayıda faktör olduğu bilinmektedir. Literatürde aleksitimi ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu gösterilmiş olmasına rağmen bu ilişkiye aracılık eden faktörleri incelen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada yaşam kalitesi, aleksitimi ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca aleksitimi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide cinsel işlev bozukluğunun aracılık etkisinin incelenmesi de amaçlanmaktadır. Kesitsel dizayndaki mevcut çalışmanın örneklemini 18-35 yaş arası sağlıklı 316 kadın oluşturmaktadır. Katılımcılara SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Kadın İşlev Bozukluğu Ölçeği uygulanmıştır. Elde edilen veriler usulüne uygun veri setine kaydedilerek istatistiki işleme tabi tutulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması $21,17 \pm 1,87$ yıldır ve %95,9'u bekardır. Katılımcıların 14.9'u aleksitimik olarak sınıflandırıldı. Aleksitimin yaşam kalitesini doğrudan ve cinsel işlev bozukluğu üzerinden dolaylı olarak etkilediği saptandı. Çalışmanın bulguları, yaşam kalitesinin artırılmasında cinsel işlev bozukluklarının ve aleksitimiye yönelik terapötik müdahalelerin planlanmasının faydalı olabileceği düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aleksitimi, Cinsel işlev bozukluğu, Yaşam kalitesi, Aracılık analizi

ABSTRACT

Istanbul Kent University Postgraduate Education Institute

**Investigation of the Relationship Between Sexual Dysfunctions, Alexithymia
and Quality of Life in Women**

Deniz KURT

Master Thesis

Department of Psychology / Division of Clinical Psychology

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Anıl GÜNDÜZ

November, 2023 – Pages 83

It is known that there are many factors affecting the quality of life. Although it has been shown in the literature that there is a relationship between alexithymia and quality of life, there are a limited number of studies examining the factors mediating this relationship. This study, it was aimed to investigate the relationship between quality of life, alexithymia, and sexual dysfunction. It is also aimed to examine the mediating effect of sexual dysfunction in the relationship between alexithymia and quality of life. The sample of the current study in cross-sectional design consists of 316 healthy women between the ages of 18-35. SF-36 Quality of Life Scale, Toronto Alexithymia Scale and Female Dysfunction Scale were administered to the participants. The obtained data were duly recorded in the data set and subjected to statistical processing. The mean age of the participants was 21.17 ± 1.87 years and 95.9% were single. 14.9 of the participants were classified as alexithymic. It was determined that alexithymia affected the quality of life directly and indirectly through sexual dysfunction. The findings of the study suggest that planning therapeutic interventions for sexual dysfunctions and alexithymia may be beneficial in increasing the quality of life.

Key words: Alexithymia, Sexual dysfunction, Quality of life, Mediation analysis

GİRİŞ

Cinsel işlev bozuklukları, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-5) cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme gibi cinsel yanıt döngüsünde yer alan evrelerdeki güçlük ya da genitopelvik bölgede ağrı/penetrasyon bozukluğu şeklindeki bozulmalar ile bu bozulmaların yol açtığı belirgin düzeyde sıkıntı hali olarak tanımlanmaktadır (Durna, Selva, & Dirik, 2020). Oldukça yaygın olmasına karşın günlük yaşamda dile getirilmesinde zorluk yaşanan cinsel işlev bozukluklarının etiyolojisinde birçok faktörün rol oynadığı bilinmektedir (Keseroğlu, Özgür, Yıldız, & Gülen, 2018). Bununla birlikte kadınlarda cinsel sağlığın sürdürülmesinde etkili olan fiziksel, sosyal, duygusal ve kültürel faktörlerin bir bütün olarak bireylerin yaşam kalitesine de etki ettiği bilinmektedir (Kölükçü, Erdemir, Gülücü, & Yılmaz, 2021).

Aleksitimi duyguları tanıma ve ifade etmede güçlük, hayal gücünün ya da fantezi kurma kabiliyetindeki sınırlılık, insan ilişkilerinde iletişim zorluğu ile karakterize bir kişilik yapılanmasıdır (Şaşıoğlu, Gülol, & Tosun, 2013). Aynı zamanda bu kavramın emosyonel denetimde ve bilişsel işleyişteki yetersizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir (Taylor, Bagby, & Parker, 1999). Genel popülasyonda yaklaşık %10'luk sıklıkla görülen aleksitimik özelliklere dair yapılan çalışmaların son yıllarda artış gösterdiği bilinmektedir. Bununla birlikte aleksitimik özelliklerin depresyon, anksiyete bozukluğu, yeme bozuklukları gibi psikiyatrik ve fibromiyalji, astım, dermatit gibi bedensel hastalıklar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (El Rasheed, 2001; Grabe, Rainermann, Spitzer, Gäsicke, & Freyberger, 2000; Gündoğmuş, Aydın, & Algül, 2021; Harmancı, Akdeniz, & Ahçı, 2021; Şaşıoğlu ve ark., 2013; Yasar & Gundogmus, 2021).

Yaşam kalitesi kişinin kültür ve değerleri dahilinde, beklentileri ile ilişkili biçimde yaşamı algılayış şeklidir (Demir ve ark., 2021). Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde araştırmaların sıklıkla ruhsal ve bedensel hastalıkları olan kişilerdeki aleksitimik özellikler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin ele alındığı görülmüştür (Martino ve ark., 2019; Vieira, Vieira, Gomes, & Gauer, 2013). Bununla birlikte bilindiği kadarıyla aleksitimik özelliklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar bulunmasına rağmen bu ilişkiye cinsel işlev bozukluklarının aracılık etkisini araştıran bir çalışma bulunmamaktadır (Gündoğmuş, Ünsal, Bozdağ, Aydın, & Bolu, 2023; Mattila ve ark., 2009). Bu çalışmada kadınlarda cinsel işlev bozuklukları ile aleksitimi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş olup, aleksitiminin yaşam kalitesi üzerine etkisindeki cinsel işlev

bozukluklarının aracı rolü ve aleksitimi ile ilişkili yordayıcı faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmanın Önemi

Literatürde kadın cinsel işlev bozuklukları ve aleksitimi gibi faktörlerin yaşam kalitesi üzerine etkisine yönelik çeşitli çalışmalar bulunmakla birlikte, temel anlamda duyguları tanıma ve ifade etme güçlüğü anlamına gelen aleksitiminin subjektif iyi oluş hali anlamındaki ve çok boyutlu bir kavram olan yaşam kalitesinin değerlendirilmesindeki aracı role ve aleksitiminin yordayıcılarına ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada kavramlar arasındaki ilişkiye dair elde edilen verilerin literatürde yer alan bilgilere katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca elde edilecek verilerle yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik terapotik müdahalelerin planlanmasında aleksitimi ve cinsel işlev bozuklukları tedavilerinin etkin kullanılmasının yolu açılabilceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Araştırmada klinik olmayan kadın popülasyonda cinsel işlev bozuklukları ile aleksitimi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca aleksitiminin yordayıcılarının belirlenmesi diğer önemli bir amaçtır.

Araştırma Soruları ve Hipotezleri

- 18-35 yaş arası kadınlarda aleksitimik yaygınlığı nasıldır?
- 18-35 yaş arası kadınlarda yaşam kalitesi nasıl derecelendirilmektedir?
- 18-35 yaş arası kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı nasıldır?
- 18-35 yaş arası kadınlarda aleksitimik özellikler cinsel işlev bozuklukları ile ilişkili midir?
- 18-35 yaş arası kadınlarda aleksitimik özellikler ile yaşam kalitesi ilişkili midir?
- 18-35 yaş arası kadınlarda cinsel işlev bozuklukları aleksitimiye yordar mı?
- 18-35 yaş arası kadınlarda yaşam kalitesine ilişkin değerlendirme aleksitimiye yordar mı?
- 18-35 yaş arası kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine doğrudan etkisi var mıdır?
- 18-35 yaş arası kadınlarda aleksitiminin yaşam kalitesi üzerine doğrudan etkisi var mıdır?
- 18-35 yaş arası kadınlarda aleksitiminin yaşam kalitesi üzerine cinsel işlev bozuklukları üzerinden dolaylı yoldan etkisi var mıdır?

- 18-35 yaş arası kadınlarda aleksitimik özellikler cinsel işlev bozuklukları ile ilişkilidir.
- 18-35 yaş arası kadınlarda aleksitimik özellikler ile yaşam kalitesi ilişkilidir.
- 18-35 yaş arası kadınlarda cinsel işlev bozuklukları aleksitimiye yordar.
- 18-35 yaş arası kadınlarda yaşam kalitesine ilişkin değerlendirme aleksitimiye yordar.
- 18-35 yaş arası kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine doğrudan etkisi vardır.
- 18-35 yaş arası kadınlarda aleksitiminin yaşam kalitesi üzerine cinsel işlev bozuklukları üzerinden dolaylı yoldan etkisi vardır.

Araştırmanın Sayıtları

Araştırmada kullanılan demografik bilgi formu ve ölçekler çalışmanın amacına uygun olarak kullanılan ölçüm araçlarıdır.

Çalışmaya katılan 18-35 yaş arası, cinsel açıdan aktif, sağlıklı ve kadın cinsiyetteki bireylerin, ölçüm araçlarında yer alan soruları doğru cevapladığı varsayılmıştır.

Çalışma için seçilen örneklemin evreni temsil etme yeterliliğine sahip olduğu varsayılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma örneklemini Türkiye’deki 18-35 yaş arasında, cinsel açıdan aktif ve sağlıklı olan kadın cinsiyetteki bireylerle sınırlıdır.

Araştırma, kullanılan ölçüm araçları ile sınırlıdır.

Kesitsel bir çalışma dizaynına sahiptir.

Mahremiyet içeren bir konuya sahiptir.

Tanımlar

Cinsel İşlev Bozuklukları: Cinsel yanıt döngüsünün evrelerinde yer alan istek, uyarılma, orgazm ve çözülme şeklinde fizyolojik süreçlerden bir veya birkaçında bozulma olmasıdır. Kadınlarda buna ek olarak genitopelvik bölgedeki ağrı ve penetrasyon bozukluğu da cinsel işlev bozukluğu olarak kabul edilmektedir (Höbek Akarsu & Kızılkaya Beji, 2016).

Aleksitimi: Duygu tanıma, tanımlama ve ifade etmede güçlük yaşama, içsel dünya ile temas kurmada kısıtlılık nedeniyle çevredeki nesne ve durumlara karşı aşırı zihinsel

meşguliyet, hayal kurma ve fantezi yaratmada sınırlılık ve duyguları bedensel duyumlardan ayırmada zorluk yaşama şeklindeki kişilik özellikleridir (Epözdemir, 2012a).

Yaşam Kalitesi: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan yaşadıkları toplumda var olan kültürel özellikleri ve kişisel değerleri ile standartları, beklentileri ve amaçları kapsamında yaşamı algılayış şeklidir (WHOQOL Group, 1998).



BÖLÜM 1: KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Cinsellik

Cinsellik, insan hayatının bir parçası olup insan davranışı ve psikolojisi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. İnsanın doğumundan önce başlayıp yaşamın sonuna kadar süregiden bir kavram olan cinsellik, bireylerin duyguları, düşünceleri, değerleri, tutumları, inanışları, kişilikleri, fiziksel görünüşleri ve bulundukları topluma göre şekillenmektedir (Bozdemir & Özcan, 2011). Başka bir deyişle ise cinsel doyum ve ilişkisel uyumu içeren, sosyal kurallar ile bireysel ve toplumsal değer yargıları tarafından sınırları belirlenen ve psikolojik, fizyolojik ve sosyal boyutları olan yaşantılar bütünü olarak tanımlanabilir (Baykara Yılmaz, 2019). Cinsellik özel anların paylaşıldığı, insanların bir arada olmaya istek duymalarını sağlayan ve yoğun duygusal etkileşimlerin olduğu bir deneyimdir. Bu deneyim yalnızca bedensel zevk sağlaması amacı ile değil aynı zamanda biyopsikososyal açıdan bireysel ve toplumsal varlığı devam ettirmede olumlu etkilere sahiptir (Ogur, Utkuallp, & Aydınoğlu, 2016). Bu bağlamda bireylerin cinselliği deneyimleme biçiminin bedensel, ruhsal ve sosyal faktörlerden etkilendiği söylenebilir (Bozdemir & Özcan, 2011).

1.1.1. Kadın Cinselliği

Cinsellik biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayan karmaşık ve çok yönlü bir kavramdır. Özünde cinsellik, yakınlığın, hazzın ve bireyler arasındaki bağın ifadesi ile ilgilidir. Cinselliğe ilişkin literatür incelendiğinde en bilinen modellerden birinin Masters ve Johnson tarafından oluşturulan dört aşamalı model olduğu görülmektedir. Bu modele göre cinsel yanıt döngüsünün uyarılma, plato, orgazm ve çözülme aşamalarının olduğu öne sürülmüştür. Buna karşın 1970'lerde Kaplan tarafından geliştirilen modelde ise cinsel yanıt döngüsü istek, uyarılma, orgazm ve çözülme evreleri olarak revize edilmiştir (Bekmezci & Meram, 2020). Kadınlarda cinsel istek, uyarılma ve orgazm aşamaları hormonal dalgalanmalar ve genital anatomi dahil olmak üzere çok sayıda fizyolojik süreç tarafından şekillendirilir. Ek olarak psikolojik ve sosyokültürel faktörler, kadınların cinselliğini algılama ve ifade etme biçimlerinde kritik bir rol oynamaktadır (Bancroft, 2002; Morley & Kaiser, 2003).

Kadın cinselliğinin biyolojisi karmaşık ve çok katmanlıdır. Östrojen, progesteron ve testosteron gibi hormonlar cinsel isteğin düzenlenmesinde hayati bir rol oynarken, menstrüasyon döngüsündeki değişiklikler de cinsel uyarılmayı ve tepki vermeyi etkileyebilir

(Davis, Guay, Shifren, & Mazer, 2004). Klitoris, labia majör ve minör ile vajinal duvarların tümü cinsel zevk ve orgazma katkıda bulunduğu için kadın genital anatomisi de cinsel işlevlerin değerlendirilme sürecinde ele alınmalıdır (Herbenick ve ark., 2010).

Tutumlar, inançlar ve duygular gibi psikolojik faktörler kadınların cinselliğini önemli ölçüde etkileyebilir. Örneğin, olumsuz beden imajı, düşük benlik saygısı ve kaygı, cinsel istek ve tatmini etkileyebilir (W. A. Fisher, White, Byrne, & Kelley, 1988). Ayrıca cinsel travma veya taciz gibi geçmiş deneyimler kadının cinsel kimliğini ve davranışını şekillendirebilir (Çoban & Gündoğmuş, 2019; Mimoun & Wylie, 2009).

Kültür, din ve sosyal normlar gibi sosyokültürel faktörler de kadın cinselliğini etkileyebilir. Örneğin, bazı kültürlerde kadınların cinsel ilişki sırasında boyun eğici ve pasif olmaları beklenir, bu da cinsel açıdan zevki ve doyumunu olumsuz etkileyebilir (L. Fisher, 2000). Benzer şekilde cinsel yönelimle ilgili sosyal damgalama ve ayrımcılık da lezbiyen ve biseksüel kadınların cinsel sağlığını ve esenliğini etkileyebilir (Hughes, Szalacha, & McNair, 2010).

Tüm bu bilgilerin ışığında kadın cinselliğinin çeşitli biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenen karmaşık ve çok yönlü bir yapı olduğu söylenebilmektedir. Bu faktörlerin anlaşılması, sağlık hizmeti sunucularının ve ruh sağlığı alanı profesyonellerinin kadınların cinsel sağlığı ve esenliği için uygun bakım ve desteği sağlamaları açısından önemlidir. Bununla birlikte, cinsellik birçok kültürde halen bir tabu olmaya devam etmektedir. Sonuç olarak; cinselliğin, kadınların yaşamlarında fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hallerini etkileyen önemli bir role sahip olduğunu söyleyebilmek mümkündür.

1.1.2. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozukluğu (CİB), bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilen yaygın bir sorundur (İncesu, 2004). CİB, istek, uyarılma, orgazm ve çözülme dahil olmak üzere cinsel yanıt döngüsünün herhangi bir aşamasında yaşanan güçlükleri ifade eder (American Psikiyatri Birliği, 2013). Cinsel işlev bozukluğu hem erkeklerde hem de kadınlarda ortaya çıkabilir ve çeşitli bedensel, psikolojik ve ilişkisel faktörlerden kaynaklanabilir (Tuğut, 2016).

Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı Beşinci Baskısına (DSM-5) göre kadınlarda görülen CİB, önemli düzeyde sıkıntıya veya kişilerarası zorluklara neden olan,

cinsel ilgi veya uyarılma, orgazm veya cinsel ağrı ile ilgili kalıcı veya tekrarlayan sorunlar olarak tanımlanır (American Psikiyatri Birliği, 2013). Kadın CİB, hem fizyolojik hem de psikolojik faktörleri içeren karmaşık bir süreci içermektedir (Bekmezci & Meram, 2020).

1.1.3. Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Yaygınlığı

Kadın CİB yaygınlığı ile ilişkili araştırmaların sonuçları, çalışma popülasyonuna, tanı kriterlerine ve kullanılan değerlendirme yöntemlerine bağlı olarak büyük ölçüde değişmektedir (Gündüz ve ark., 2019; Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Ma, Pan, Lei, Zhang, & Kan, 2014; Shifren, Monz, Russo, Segreti, & Johannes, 2008). Geniş ölçekli bir çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'nde 18-59 yaş arası kadınlarda kadın CİB yaygınlığının %40 civarında olduğu bildirilmiştir (Shifren ve ark., 2008). 18-65 yaş arası 2.187 Çinli kadın üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada %39,3'lük benzer bir yaygınlık oranı bildirilmiştir (Ma ve ark., 2014). Bununla birlikte kadın CİB yaygınlığının daha düşük olduğu çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Avustralya'da 18-74 yaşları arasındaki 1.149 kadın üzerinde yapılan popülasyona dayalı bir çalışma, %16.1'lik bir yaygınlık oranı bildirmiştir (Rissel, Richters, Grulich, De Visser, & Smith, 2003). Norveç'te 18-74 yaşları arasındaki 4.908 kadın üzerinde yapılan bir araştırma, %10,4'lük bir yaygınlık oranı tespit edilmiştir (Fischer & Træen, 2022).

Türkiye'de kadın CİB yaygınlığı üzerine yapılan çalışmalarda da literatürle benzer şekilde değişen oranlar görülmüştür. 518 kadın örnekleminde yapılan bir araştırmaya göre kadın CİB'in genel yaygınlığı %52,2 olarak bulunmuştur (Erbil, 2011). 179 kadın üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise kadın CİB prevalansı %46,8 olarak bildirilmiştir (Çayan ve ark., 2004). 282 kadın üzerinde yapılan toplum tabanlı bir çalışmada kadın CİB yaygınlığı %53,2 olarak belirlenmiştir (Kılıç, 2019). Türkiye'de yapılan 71 çalışmanın dahil edildiği ve toplamda 11 347 kadının verilerinin dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasına göre ise kadın CİB yaygınlık oranının %45,3 olduğu bildirilmiştir (Karakaş Uğurlu, Uğurlu, & Çayköylü, 2020). Bu sonuçlar Türkiye'de kadın CİB yaygınlığının literatür ile benzer olduğunu desteklemektedir.

1.1.4. Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Etiyolojisi

Kadın CİB, cinsel istek, uyarılma, orgazm ve ağrı ile ilgili bir dizi bozukluğu kapsayan çok boyutlu ve karmaşık bir durumdur (American Psikiyatri Birliği, 2013). Kadın CİB'in etiyolojisi, biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin bir kombinasyonunu

içermektedir (M. P. McCabe ve ark., 2016). Etiyolojiyi anlamak ise etkili müdahalelerin ve tedavilerin geliştirilmesi için çok önemlidir (Basson ve ark., 2000).

Biyolojik Faktörler: Biyolojik faktörlerin kadın CİB etiyolojisine katkıda bulunduğuna dair çeşitli kanıtlar bulunmaktadır. Hormonal dengesizlikler, kronik tıbbi durumlar ve ilaç kullanımı, kadınlarda cinsel işlevi etkileyebilecek en yaygın biyolojik faktörler arasındadır (American Psikiyatri Birliği, 2013; Basson ve ark., 2000). Örneğin menopoz sırasında veya doğumdan sonra meydana gelen hormonal dengesizlikler vajinal kayganlığın azalmasına ve cinsel isteğin azalmasına neden olabilir (Modelska & Cummings, 2003; Murtagh, 2010). Diyabet ve kardiyovasküler hastalık gibi kronik tıbbi durumlar da kan akışını ve sinir işlevini etkileyerek cinsel işlevleri etkileyebilir (Imprialos ve ark., 2018). Bu durumları tedavi etmek için kullanılan ilaçların yanı sıra antidepresanlar ve antihipertansifler de kadın CİB'e katkıda bulunan cinsel yan etkilere sahip olabilir (Werneke, Northey, & Bhugra, 2006).

Psikolojik faktörler: Psikolojik faktörler de kadın CİB'in etiyolojisine katkıda bulunan önemli faktörlerdir. Cinsellikle ilgili olumsuz inançlar, zayıf beden imajı ve cinsel travma, kadınlarda cinsel işlevselliği etkileyebilecek en yaygın psikolojik faktörler arasındadır (Brotto ve ark., 2016; Chen ve ark., 2013). Cinsellikle ilgili olumsuz inançlar, cinsel aktivite sırasında kaygı ve çekingenliğe neden olurken, zayıf beden imajı, cinsel aktivite sırasında utanç ve rahatsızlık duygularına yol açabilmektedir (Morton & Gorzalka, 2013; Nobre & Pinto-Gouveia, 2008, 2009). Çocuklukta cinsel istismar ve cinsel saldırı dahil olmak üzere cinsel travma, travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) ve cinsel işlevi etkileyebilecek diğer ruh sağlığı durumlarına yol açabilir (Kul & Gündoğmuş, 2021; O'Driscoll & Flanagan, 2016).

Sosyokültürel Faktörler: Kültürel normlar ve değerler gibi sosyokültürel faktörler de kadın CİB etiyolojisinde rol oynar (Bhavsar & Bhugra, 2013). Örneğin, kadın cinselliği ve toplumsal cinsiyet rolleri hakkındaki kültürel inançlar, kadınlarda cinsel isteği ve cinsel davranışı etkileyebilir (Atallah ve ark., 2016). Bazı kültürlerde kadın cinselliği, cinsel aktiviteyle ilgili suçluluk ve utanç duygularına yol açabilecek şekilde damgalanmıştır (Heinemann, Atallah, & Rosenbaum, 2016; Tehrani, Farahmand, Simbar, & Afzali, 2014). Sosyokültürel faktörler ayrıca strese ve ilişki sorunlarına katkıda bulunarak cinsel işlevleri dolaylı olarak da etkileyebilir (Bhugra & Silva, 1993).

Sonuç olarak, kadın CİB etiolojisinde yer alan biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin arasındaki etkileşimi anlamak, buna yönelik etkili müdahalelerin ve tedavilerin geliştirilmesi için çok önemlidir (Basson ve ark., 2000).

1.1.5. Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Risk Faktörleri

Literatürde kadın CİB yaşama olasılığını artırabilecek çok sayıda risk faktörü bildirilmiştir (Jaafarpour, Khani, Khajavikhan, & Suhrabi, 2013). Bu risk faktörleri genel olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörler olarak kategorize edilebilir.

Fiziksel risk faktörleri, diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık ve nörolojik bozukluklar gibi tıbbi durumları içerir. Menopozla ilişkili olanlar da dahil olmak üzere hormonal dengesizlikler de kadın CİB'e katkıda bulunabilir (Basson ve ark., 2000; Murtagh, 2010). Ek olarak, antidepresanlar ve antihipertansif ajanlar gibi bazı ilaçlar kadın CİB ile ilişkilendirilmiştir (Manolis & Doumas, 2012; Werneke ve ark., 2006).

Psikolojik risk faktörleri ise genel olarak iki kategoriye ayrılabilir: bireysel ve ilişkisel faktörler. Bireysel faktörler, bireye özgü psikolojik özellikleri ve özellikleri ifade ederken, ilişkisel faktörler, iletişim, güven ve duygusal yakınlık gibi yakın ilişkilerin kalitesiyle ilgili faktörleri ifade eder (Althof & Needle, 2013; M. McCabe ve ark., 2010). Depresyon ve anksiyete, kadın CİB ile bağlantılı olan yaygın ruhsal bozukluklardır. Araştırmalar, depresyonu ve kaygısı olan kadınların cinsel istek azalması, uyarılma güçlükleri ve orgazm bozukluğu gibi cinsel sorunlar yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Thomas & Thurston, 2016). Ayrıca beden imajına ilişkin algılar ve benlik saygısı, kadınlarda cinsel işlevi etkileyebilecek önemli psikolojik faktörlerdir. Olumsuz beden imgesi, kişinin kendi bedeniyle ilgili utanç veya mahcubiyet duyguları ve düşük benlik saygısı, cinsel istekte azalma ve cinsel durumlardan kaçınma gibi cinsel sorunlara katkıda bulunabilir (Nobre & Pinto- Gouveia, 2006). Bu faktörler, anksiyete veya depresyona katkıda bulunarak cinsel işlevi dolaylı olarak da etkileyebilir (Laurent & Simons, 2009). Bununla birlikte cinsel travma ve istismar, kadın CİB için iyi bilinen risk faktörlerindendir. Cinsel travma ya da istismar yaşayan kadınlarda istek azalması, cinsel durumlardan kaçınma, uyarılma ve orgazm güçlüğü gibi cinsel sorunlar gelişebilir (Basson ve ark., 2000; O'Driscoll & Flanagan, 2016). Bu kadınlar aynı zamanda anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi cinsel sorunlara daha fazla katkıda bulunabilecek olumsuz ruhsal belirtiler yaşayabilirler (Laurent & Simons, 2009; Yehuda, Lehrner, & Rosenbaum, 2015).

Sosyal risk faktörleri ise cinsellik ve toplumsal cinsiyet rollerine yönelik kültürel ve toplumsal tutumları içerir. Eşleriyle iletişim güçlükleri ve yakınlık eksikliği gibi ilişki sorunları yaşayan kadınlar da kadın CİB için yüksek risk altındadır (Hayes, Bennett, Fairley, & Dennerstein, 2006). Araştırmalar kültürel normlar, dini inançlar ve sosyoekonomik durum gibi sosyal faktörlerin cinsel işlev üzerinde etkili olabileceğini göstermiştir (Meston & Buss, 2007). Sonuç olarak, bu risk faktörlerinin kadın CİB gelişmesine kesin yol açmayacağı ve bu risk faktörlerinden herhangi birine sahip olmayan birçok kadının yine de cinsel sorunlar yaşayabileceğine dikkat etmek gerekir.

1.1.6. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflandırması

Kadın cinsel işlev bozuklukları DSM-5'e göre temel olarak üç ana başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu ve genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğudur (American Psikiyatri Birliği, 2013). Bununla birlikte her iki cinsiyette ortak olarak sınıflandırılan madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğu, diğer tanımlanmış cinsel işlev bozuklukları ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu başlıkları da bu bölümde yer almaktadır. Ek olarak her hastalık tanısı ele alınırken yaşam boyu/edinilmiş, genelleşmiş/durumsal ve ağırlığına göre hafif/orta/şiddetli olma durumu hakkında ayrıntıların yer aldığı alt başlıklar bulunmaktadır (American Psikiyatri Birliği, 2013).

1.1.6.1. Cinsel İlgi ve Uyarılma Bozukluğu

DSM-IV'te yer alan hipoaktif cinsel istek bozukluğu ve cinsel uyarılma bozukluğu tanımlarının birleştirilmesi sonucu DSM-5'te yeni bir kategori haline gelen bu tablonun yaygınlığına ilişkin veriler sınırlıdır (Sungur & Gündüz, 2014). Bununla birlikte DSM-IV tanımına göre 18-44 yaş arası kadınlarda cinsel istek ve uyarılma sorunlarının yaygınlığının bireysel ve kültürel farklılıklar göz önüne alındığında %9 düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Öztürk, 2019). Literatür verileri incelendiğinde cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğunun dünya genelinde kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olduğu öne sürülmektedir (CETAD, 2006). Cinselliğin birey tarafından arzu edilmesini tanımlayan cinsel ilgi ve bu sırada bedende meydana gelen, erkekte ereksiyon, kadında ise vazokonjesyon ve miyotoni gibi bazı fizyolojik değişimlerin yanı sıra her iki cinsiyette erotik içerikli duygu, düşünce ve imajların ortaya çıktığı uyarılma aşamaları ile ilişkili sorunların görüldüğü bu duruma tanı konulabilmesi için cinsel ilginin veya uyarılmanın belirgin olarak daha az olması ya da hiç olmaması gerekmektedir (Öztürk, 2019; Polat, 2019). Bu bozukluğun sıklıkla evlilik içi

anlaşmazlıklar ve eşler arası uyum sorunları nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bununla birlikte ilaç kullanımı, bedensel ve psikiyatrik hastalık varlığı, hormonal değişiklikler ve yaşlanma gibi faktörler de cinsel isteğin azalmasına neden olabilmektedir (Öztürk, 2019). DSM-5'e göre cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu tanısının konulabilmesi için en az altı ay süre ile aşağıdakilerden en az üçünün varlığı gösterilmelidir:

- 1) Cinsel etkinliğe karşı ilgisizlik ya da çok az ilgi gösterme,
- 2) Cinsel içerikli düşüncelerin ya da düşlemlerin olmaması ya da çok az olması,
- 3) Cinsel etkinliği başlatmama ya da çok az başlatma, eşinin başlatma girişimlerine karşılık vermeme,
- 4) Her cinsel karşılaşmada ya da neredeyse her cinsel karşılaşmada (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), cinsel etkinlik sırasında, cinsel coşku/hoşlanma olmaması ya da çok az olması,
- 5) İçten ya da dıştan gelen hiçbir cinsel simgeye (örn., yazılı, sözel ya da görsel) karşı cinsel ilgi/uyarılmanın olmaması ya da çok az olması,
- 6) Her cinsel karşılaşmada ya da neredeyse her cinsel karşılaşmada (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), cinsel etkinlik sırasında, cinsel organlarda ya da cinsel organların dışında bir duyum olmaması ya da çok az olması (American Psikiyatri Birliği, 2013).

1.1.6.2. Orgazm Bozukluğu

Orgazm evresi cinsel ilişkinin en kısa süren fakat en yoğun hazzın yaşandığı dönemidir (Polat, 2019). Orgazm bozukluğu, olağan bir uyarılma evresi sonrasında sürekli ya da yineleyici biçimde orgazmın gecikmesi ya da hiç olmaması olarak tanımlanır. Kadınların %5-10'unun yaşamları boyunca hiçbir zaman orgazm yaşamadığı ve birincil anorgazmi olarak değerlendirilebileceği belirlenmiştir (Yaşar, Özkan, & Tepeler, 2010). Bununla birlikte çeşitli bireysel ve kültürel faktörler ile belirti şiddetine bağlı olarak bu sıklığın %10-42 arasında olabileceği de ileri sürülmüştür (Öztürk, 2019). Bu durumun altında yatan nedenlerin ise sıklıkla bireyin hata yapmaya ilişkin korkuları ve kendisine yönelik aşırı eleştiride bulunması olduğu ileri sürülmüştür (Bekmezci & Meram, 2020). Yılmaz ve arkadaşları tarafından Konya şehir merkezinde yapılan bir çalışmada orgazm olamama oranının %5.3 olduğu belirlenmiştir (Yılmaz ve ark., 2010). DSM-5'e göre orgazm

bozukluğu tanısının konulabilmesi için bireyin en az altı ay süre ile aşağıdakilerden en az birini hemen hemen (yaklaşık %75) tüm ilişkilerinde deneyimlemesi gerekmektedir:

- 1) Orgazmda belirgin bir gecikme, seyreklik olması ya da orgazmın hiç olmaması,
- 2) Orgazm duyumunun belirgin bir şekilde yoğunluğunun azalması (American Psikiyatri Birliği, 2013).

1.1.6.3. Genitopelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu

DSM-IV'te vajinismus ve dispareni şeklinde iki ayrı başlık olarak yer alan bu klinik durumlar DSM-5 ile birlikte genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu adı altında birleştirilmiştir (Höbek Akarsu & Kızılkaya Beji, 2016). Bu nedenle genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğunun yaygınlık oranına ilişkin veriler oldukça sınırlıdır (Öztürk, 2019). Vajinismus vajinanın üçte bir dış kaslarında cinsel birleşmeyi engelleyecek biçimde sürekli ya da aralıklı olarak istemsiz kasılma yaşanması ile cinsel birleşmeye yönelik korku ve kaygı duyma şeklinde tanımlanan ağırlı bir bozukluktur (Karagüzel ve ark., 2020). Literatürde vajinismusun dünya genelindeki yaygınlığının %1-7 arasında olduğu belirtilmiştir (Öztürk, 2019). Özellikle kültürel faktörlerden oldukça etkilenen bu tanıya ilişkin yapılan çalışmalarda vajinismus oranının Türkiye'de %40'lara ulaştığı gösterilmiştir (Öztürk, 2019; Yaşar ve ark., 2010). Dispareniye ilişkin yaygınlık çalışmaları incelendiğinde ise genç kadınlarda %14-34 arasında olduğu belirtilmiştir (Öztürk, 2019). Vajinismus etiolojisinde yer alan psikojenik etmenlerin arasında cinselliğe ilişkin olumsuz tutumlar, anksiyete düzeyi, nevrotik kişilik özellikleri travmatik geçmiş yaşantılar ve ilişki sorunları olduğu ileri sürülmüştür (Karagüzel ve ark., 2020). Bununla birlikte dispareni etiolojisinde ise enfeksiyöz, inflamatuvar, hormonal, nörolojik ve miyofasiyal nedenler gibi biyomedikal hem de bilişsel stil, kişilik özellikleri, travmatik deneyimler ve kişilerarası ilişkiler gibi psikososyal nedenlere ilişkin faktörler dikkatle ele alınmalıdır (Öztürk, 2019). DSM-5'e göre genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu tanısı en az altı ay süre ile aşağıdakilerden en az birini sürekli ya da tekrarlayan biçimde deneyimlenmesi ile konulur:

1. Vajinal ilişki/penetrasyon sırasında belirgin bir zorluk,
2. Vajinal ilişki/penetrasyon sırasında belirgin vulvavajinal ya da pelvik ağrı,
3. Vajinal penetrasyonda vulvavajinal veya pelvik ağrı konusunda belirgin bir korku ya da anksiyete,

4. Vajinal penerasyon teşebbüsü sırasında pelvik kasların belirgin bir şekilde kasılması/gerilmesi (American Psikiyatri Birliği, 2013)

1.2. Aleksitimi

1.2.1. Aleksitiminin Kavramsal Gelişim Süreci ve Kuramsal Temelleri

Dil bakımından Yunanca kökenli bir kelime olan aleksitimi “duygulara ilişkin söz yokluğu” anlamına gelmektedir. Literatürde ilk kez 1970’lerde Sifneos tarafından tanımlanan bu kavram süreç içerisinde kuramsal bir çerçevede ele alınmıştır (Sifneos, 1973). Bu kavrama göre aleksitimik bireyler duygu isimlendirme, ifade etme, ayırıştırma ve düzenleme gibi alanlarda zorluklar yaşamaktadır (Bagby, Parker, & Taylor, 1994; Motan & Gençöz, 2007). Kavramın ortaya çıktığı ilk zamanlarda duygu ifadesindeki güçlükler nedeniyle bu bireylerin şikayetlerini somut bir hale getirip bedensel yakınmalara dönüştürdüğü de düşünülmüştür (Harmanlı ve ark., 2021; Taylor, 2000). Sonrasında yapılan çalışmalarda ise bu durumun sadece psikosomatik tablolar ile ilişkili olmadığı, aleksitiminin klinik tanımlamasında somatizasyon önemli yer tuttuğu ancak araştırmalarda psikosomatik belirtileri olan hastalarda net bir neden-sonuç ilişkisi saptanamadığı ve bu bireylerin temel olarak kendisi ve çevresindekilerin duygularını tanıma ve ifade etmede zorluk yaşayan bir kişilik özelliğine sahip olduğu belirtilmiştir (Harmanlı ve ark., 2021; Koçak, 2002). Bununla birlikte bu bireylerin fantezi üretiminde ve duygu ifadesinde uygun sözcükleri bulamadığı, konuşmalarında tekrar eden ayrıntıların olduğu, nadiren rüya gördüğü ve ilişkilerinde bağımlı ya da mesafeli oldukları öne sürülmüştür (Şaşoğlu ve ark., 2013). Aynı zamanda kısırlaşmış düşlemsel yapı, imgeleme sınırlılığı, işlemsel düşünme, bozulmuş empati, dürtüsellik, duygusal deneyimlere ilişkin olarak farklılaşmamış anlatım şekli ve dış merkezli bilişsel yapılanma da aleksitimik özellikler olarak değerlendirilmektedir (Oktay & Batigün, 2014; Şaşoğlu ve ark., 2013). Bununla birlikte içsel düşünme eğilimi görülen bu kişilerin her ne kadar çevre ile uyum içerisinde olsa da kendi gerçeklikleri ile çok fazla bağlantılı olmadığı bildirilmiştir (Ünal, 2004). Yani aleksitimik bireylerin pragmatik ve mekanik düşünme eğilimleri nedeniyle duygusal açıdan iç dünyaya temas etmektense yüzeysel nedenlerle uğraştıkları söylenmektedir (Epözdemir, 2012a).

Son dönemde geliştirilen bir kurama göre aleksitimi emosyonel denetim ve bilişsel işleyişteki yetersizlikten kaynaklanan bir durum olup, bu kavram nörofizyolojik, bilişsel ve motor sistemler ile ilişkilendirilmektedir. Aleksitiminin etiyolojisinde yer alan faktörler net

olmamakla birlikte beyin gelişimindeki yapısal farklılıklar ve erken dönem yaşanan psikososyal zorlantıların etkili olduğu ileri sürülmektedir (Güleç & Yenel, 2010). Nöroanatomik görüşe göre kortekste yer alan anterior cingulattaki olası nöron kaybının anormal emosyonel yanıtlara ve aleksitimiye neden olduğu düşünülmektedir (Ünal, 2004). Aynı zamanda bu görüşe göre aleksitiminin beyin yarı küreleri arasında oluşan bir kopukluk sonucunda ortaya çıktığı, limbik sistemden kortekse ilerlemesi gereken duysal uyarıların amigdalada takılarak bloke edildiği, bu nedenle bilinçli duygusal yaşantıların gelişmesinde sorun yaşandığı ve duyguların sözel yolla ifade bulamadığı düşünülmektedir (Koçak, 2002; Şaşıoğlu ve ark., 2013). Bu bağlamda aleksitimik bireylerde görülen beyindeki bağlantısal sorunların duygular ile düşüncelerin bağlantılandırılmamasına ve duygular ile ilişkisi olmayan detaylı bir dil kullanarak “duygusal afazi” yaşanmasına neden olduğu ileri sürülmüştür (Şaşıoğlu ve ark., 2013).

Psikodinamik yönelimli kuramcılar, aleksitimi varlığında bedenselleştirme yapan kişilerin bazı gelişim evrelerinde saplandığı, patolojik olan savunma mekanizmalarını kullandığı ve bilinçdışı çatışmalar yaşadığını düşünmüştür (Ünal, 2004). Bu kurama göre aleksitimi acı verici algı veya duyguların inkarı ve sözel ifade güçlüğü nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte literatürde yer alan çalışmalarda aleksitimide yadsıma ve bastırmadan farklı olarak sıklıkla psikotik savunmaların kullanıldığı öne sürülmüştür (Şaşıoğlu ve ark., 2013). Bu durum erken dönem anne-çocuk ilişkisindeki sorunlar nedeniyle çocukta içsel temsillerinin ve kimlik duygusunun eksik oluşması ve imgeleme gücünün gelişmemesi ile açıklanmaktadır (Epözdemir, 2012a). Bunun sonucunda ise hayal kurma ve fantezi yeteneğinden yoksun olan birey psikotik düzeyde kaygı ve çatışma yaşamakta, bununla baş edebilmek için ise savunma mekanizmaları geliştirmektedir (Şaşıoğlu ve ark., 2013). Krystal’a göre ise aleksitimi çocukluk dönemindeki ya da yetişkinlikte karşılaşılan travmatik deneyimler nedeniyle duygusal gelişimin olumsuz yönde etkilenmesi sonucu oluşmaktadır (Epözdemir, 2012a; Krystal, 1978, 1979) Sonuç olarak bu kuramda aleksitiminin benlik bütünlüğünü tehdit eder şekilde karşılaşılan travmatik bir durum sonrası regresyon ve afektif yanıtın bedenselleşmesini içeren bir yanıt olduğu görüşünü benimsenmiştir (Ünal, 2004).

Bilişsel kurama göre ise aleksitimi iç ve dış dünyadan gelen uyarıların işlevsel olmayan bilişsel süreç nedeniyle çarpık şekilde algılanması şeklinde açıklanmaktadır (Şaşıoğlu ve ark., 2013). Aynı zamanda bu görüşte azalmış duygusal farkındalık ve olay odaklı, objektif ve somut düşünme “*pensee operateire*” şeklinde afektif ve bilişsel bileşenler

de ele alınmaktadır (Epözdemir, 2012a; Şaşoğlu ve ark., 2013). Literatürde yer alan çalışmalarda duyguların bilişsel işlenmesinde yetersizlik ve ketlenme hali kişinin duygusal uyarımları bedensel olarak algılamasına neden olduğu belirtilmiştir (Şaşoğlu ve ark., 2013). Piaget'nin bilişsel gelişim kuramı dahilinde öne sürülen bir görüşe göre aleksitimik bireyler gelişimsel düzeyde duygular ile bedensel duyuların ayırtmadığı dönemde kalmışlardır (Lane & Schwartz, 1987). Literatürde yer alan bir çalışmada ise Lazarus'un bilişsel değerlendirme modeli temel alındığında bu bireylerin bilişsel değerlendirmenin sembolik düzeyde ifade edilemediği, bu nedenle psikosomatik hastalıkların ortaya çıktığı ileri sürülmüştür (Martin & Pihl, 1986).

Psikososyal açıdan bakıldığında ise aleksitimi kültürlerarası bir fenomendir. Lesser özellikle doğu toplumlarında bireylerin duyguları ifade etmek yerine bastırarak bedenselleştirdiğini söylemiştir (Lesser, 1985). Stoudmire ise bu kişilerin “hasta rolü” ile ilişkili aleksitimik özellikler gösterdiğini ileri sürmüştür. Bireylerin iletişim becerilerinin aile içerisinde ve toplumda model olarak sosyal öğrenme sonucu geliştiği bilinmektedir (Koçak, 2002). Bu bağlamda bazı araştırmacılar aleksitimi kişilerin yaşadıkları toplumun sosyokültürel yapısı dahilinde öğrendiği bir özellik olarak kabul etmektedir (Şaşoğlu ve ark., 2013). Gelişimsel bir perspektif dahilinde aleksitiminin değerlendirildiği çalışmalarda ise bu kavramın nörofizyolojik ve psikolojik faktörler ile birlikte ele alınması gerektiği ortaya konmuştur. Buna göre aleksitimi bastırma ve inkar gibi savunma mekanizmalarının sonucunda ortaya çıkan, duygu ve fantezilerde ketlenmenin görüldüğü ve serebral yapılarıdaki bağlantısal yolların etkilendiği bir durumdur (Nemiah, 1977).

Aleksitimi kavramının güncel psikiyatrik tanılardan ayrı bir yapı olarak varlığı hakkında kuramsal ve ölçümsel olarak güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır (Şaşoğlu ve ark., 2013). Taylor ve arkadaşları aleksitimi değerlendirmek için farklı ölçekler geliştirilirken duyguların tanınması ve tanımlanmasında zorluk, bedensel duyular ile duyguların ayırımında sorunlar, duyguları başkalarına açıklamada yaşanan, hayal kurma kapasitesinde kısıtlılık hali ile sınırlı imgesel süreçler ve uyaran bağımlı dışsal olaylara odaklanan bilişsel tarz şeklinde alt başlıkları tanımlamıştır (Motan & Gençöz, 2007; Şaşoğlu ve ark., 2013; Taylor ve ark., 1999). Bu bağlamda imge ve düşlemleri duygular ile ilişkilendiremeyen kişiler duygusal uyarımın bedensel bileşenine odaklanarak zihinsel olarak bazı boşluk ve tutarsızlıklar yaşamaktadır (Şaşoğlu ve ark., 2013). Buna ek olarak aleksitimik kişilerin her ne kadar çevreyle uyum içinde olduğu gözlenirse de gerçekte içsel gerçeklikleri ile ilişkisinin zayıf olduğu, dışsal nesne ve durumlara karşı yoğun zihinsel

meşguliyet göstermekle birlikte kendisi ve başkalarının duygularını anlama ve ilişki kurma becerisindeki bilişsel ve duygusal problemler nedeniyle sosyal açıdan kısıtlı oldukları ileri sürülmektedir (Epözdemir, 2012a; Şaşoğlu ve ark., 2013).

1.2.2. Aleksitimi Yaygınlığı ve İlişkili Bozukluklar

Her ne kadar literatürde psikopatolojiler ile yakın ilişkili olduğuna yönelik çalışmalar mevcut olsa da duyguların bilişsel değerlendirmesindeki sorun hali olarak nitelendirilen aleksitimi artık günümüzde bir kişilik özelliği olarak kabul edilmektedir (Lesser, 1981; Şaşoğlu ve ark., 2013). Aynı zamanda aleksitimi erkek cinsiyet, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyoekonomik düzey ile de ilişkilendirilmektedir (Kojima, 2012; Şaşoğlu ve ark., 2013). Buna zıt olarak Cooper ve Halmstrom tarafından yapılan bir araştırmada ise kadınlardaki aleksitimik özelliklerin erkeklere oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Cooper & Holmstrom, 1984). Aslan ve arkadaşları tarafından konsülte edilen hastalarda yapılan çalışmada ise aleksitimi ile sosyoekonomik düzey arasında ilişki bulunmazken, kadınlarda ve düşük eğitim seviyesinde aleksitiminin daha fazla olduğu saptanmıştır (H. Aslan, 1996). Aleksitiminin sağlıklı popülasyonda görülme oranına ilişkin yapılan bir çalışmada yaygınlık oranının %5-17 arasında olduğu gösterilmiştir (Mattila ve ark., 2009). Amerika’da üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada kadınların %1.8’inin ve erkeklerin %8.2’sinin aleksitimik özellikler gösterdiği belirlenmiştir (Blanchard, Arena, & Pallmeyer, 1981). Bir grup üniversite öğrencisi ile Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise aleksitimik özellikler gösteren kişilerin oranı %55.5 olarak saptanmıştır (Ünal, 2004). Yakın tarihli bir başka çalışmada ise %13.1 aleksitimi prevalansı bulunmuştur (Gündoğmuş ve ark., 2023). Bu kadar farklı yaygınlık oranlarının bulunma sebebi çalışma dizaynları ve çalışma popülasyonları olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte yine Türkiye’de aleksitiminin psikiyatrik hastalık tanısı olan, psikosomatik hastalık tanısı olan ve hasta olmayan bireylerde görülme sıklığının karşılaştırıldığı bir çalışmada aleksitiminin %67.9’luk oranla en sık psikiyatrik hastalık tablosu olan kişilerde görüldüğü sonrasında ise sıklığın sırasıyla psikosomatik hastalar (%57.7) ve normal popülasyonda (%38.5) gözlemlendiği bildirilmiştir (Epözdemir, 2012a; Şaşoğlu ve ark., 2013).

Yaşam boyunca insan hayatında önemli bir yer kaplayan duyguların ifade edilmesinde güçlük yaşanmasının hem fiziksel hem de ruhsal sağlık üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir (Oktay & Batigün, 2014). Aleksitimi ile ilişkili araştırmalar önceleri psikosomatik hastalıklardaki belirtiler üzerine yoğunlaşsa da güncel çalışmalar

aleksitiminin madde kullanım bozukluğu, bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar, depresyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozukluğu, uyku bozukluğu, madde bağımlılığı, akıllı telefon bağımlılığı, disosiyasyon ve obsesif kompulsif bozukluk gibi birçok farklı psikopatoloji ile birlikte görülebileceğini göstermiştir (El Rasheed, 2001; Grabe ve ark., 2000; Gündoğmuş ve ark., 2021; Harmancı ve ark., 2021; Şaşıoğlu ve ark., 2013; Yasar & Gundogmus, 2021). Depresyon ve aleksitimi ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda depresyonun çoğunlukla aleksitiminin duyguları tanıma ve tanımlamada güçlük alt boyutuyla ilişkili olduğu, buna karşın veriler arasında tam bir tutarlılık elde edilemediği bildirilmiştir. Aynı zamanda özellikle panik bozukluk olmak üzere anksiyete bozuklukları ile yapılan çalışmalarda aleksitiminin şiddetli duygulardan kaçınma amacıyla kullanılan bir savunma mekanizması görevinde olabileceği öne sürülmüştür (Motan & Gençöz, 2007). Bununla birlikte aleksitiminin özellikle sosyal anlamda içe dönük, nevrotik yapıda, duygusal anlamda baskılanmış hissedilen ve özgüven eksikliği yaşayan kişilerde sık görüldüğü gözlenmiştir. Buna ek olarak aleksitiminin özellikle şizotipal, bağımlı ve çekingen kişilik bozuklukları ile ilişkili olduğu da gösterilmiştir (Ünal, 2004). Kendi başına bir psikiyatrik hastalık tanısı olarak kabul edilmeyen aleksitimi ruhsal hastalıkların oluşumunu kolaylaştırmakta ve belirti şiddeti ile tedavi yanıtını etkilemektedir (Harmancı ve ark., 2021). Aleksitiminin aynı zamanda bedensel hastalıklardan olan inflamatuvar barsak hastalığı, hipertansiyon, migren ve diyabet gibi çeşitli klinik tablo ile de ilişkili olduğu bilinmektedir (Mattila ve ark., 2009). Aleksitiminin kalıcı bir kişilik özelliği olduğu fikrine karşın stres düzeylerinden etkilenen ve psikopatoloji varlığı gibi geçici durumlar nedeniyle ortaya çıktığını öne süren görüşler de bulunmaktadır (Martino ve ark., 2019). Literatürde psikolojik sıkıntıların tedavisi sonrasında aleksitimi skorlarında düşüş olduğunu gösteren bazı çalışmalar bu görüşü destekler niteliktedir (Şaşıoğlu ve ark., 2013).

1.2.3. Aleksitimi ve Cinsel İşlev Bozuklukları

Fantezi kurabilme, duyguları deneyimleme ve ifade edebilme yeteneği cinsel yaşam için en önemli faktörlerdendir. Literatürde yer alan çalışmalarda aleksitiminin farklı birçok cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Scimeca ve ark., 2013). Madioni ve Mammana tarafından yapılan bir çalışmada hipoaktif cinsel istek bozukluğu olan kişilerde ve erektil disfonksiyon tanılı erkeklerde aleksitiminin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Madioni & Mammana, 2001). Bununla birlikte aleksitiminin uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu ve cinsel ağrı bozukluğu ile de ilişkili olduğu belirtilmiştir (Wise, Osborne, Strand, Fagan, & Jr, 2002).

Aleksitimide en sık görülen örüntülerden biri de kişilerarası ilişkilerde güçlüttür. Bu kişiler her ne kadar çevreleri ile uyumlu olmak için aşırı bir çaba gösterse de empatiden uzak ve yüzeysel olarak kurdukları ilişkiler sağlıklı ve doyurucu olmaktan çok uzaktır (Epözdemir, 2012a). Aynı zamanda aleksitimik kişilerin kişilerarası ilişkilerde soğuk, kaçınan ve mesafeli özellikler gösterdiği de bilinmektedir (Scimeca ve ark., 2013). Aleksitiminin bağlanma stilleri ile ilişkisi incelendiğinde ise duyguları aktarabilme ve dengeleyebilme gibi aleksitimik özelliklerin özellikle güvensiz veya kaygılı bağlanma gibi patolojik bağlanma stilleri olan bireylerde daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Batigün & Büyüksahin, 2008). Bu bağlamda literatürde yer alan bir çalışmada aleksitimi ile cinsel doyumun da değerlendirildiği romantik ilişki memnuniyeti ve evlilik uyumu arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Epözdemir, 2012b; Humphreys, Wood, & Parker, 2009). Benzer şekilde Ramezani ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da savunma mekanizmaları ve aleksitiminin evlilik çatışmaları ve cinsel işlev bozuklukları üzerinde direkt olarak etkili olduğu belirlenmiştir (Ramezani ve ark., 2022).

1.3. Yaşam Kalitesi

1.3.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam kalitesi, bireysel ve toplumsal kültür ve değerler kapsamında kişilerin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olma halini kapsayan çok katmanlı bir yapıyı ifade eden bir kavramdır. Bu kavram 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” şeklinde ifade edilmektedir (Demir ve ark., 2021; WHOQOL Group, 1998) . Yaşam kalitesi "yaşam şartları içerisinde elde edilebilecek kişisel doyumun seviyesini etkileyen, hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavram" olarak da tanımlanabilmektedir. Bununla birlikte kantitatif veriler gibi ölçülebilir belirteçlerin kullanımıyla ifade edilemeyen ve kompleks yapısı nedeniyle objektif değerlendirilmesi güç olan bu kavramın değerlendirme aşaması için objektif göstergeler ve sübjektif algıların bir bütün olarak ele alındığı operasyonel bir değerlendirmeye ihtiyaç duyulmaktadır (Top, Özden, & Sevim, 2003). Özellikle hastalıkların yaşam kalitesine etkilerini değerlendiren çalışmaların giderek artması nedeniyle bu alana ilişkin ölçüm araçlarının geliştirilmesi de söz konusu olmuştur. Bu bağlamda sağlık alanında sık kullanılan bu ölçün araçlarının bireylerin fiziksel ve mesleki işlevsellikleri, psikolojik ve sosyoekonomik

durumlarını uygun şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir (Ataoğlu, Ankaralı, & Ankaralı, 2017).

1.3.2. Yaşam Kalitesi ve Cinsellik

Cinsellik her ne kadar yaşamsal işlevleri devam ettirmede zorunlu bir süreç olmasa da yaşam kalitesi üzerine etki eden en önemli alanlardan biridir. Bununla birlikte cinselliğe ilişkin yakınmalar ve cinsel işlev bozukluklarının yaşam boyu yaygın olarak görüldüğü bilinmektedir (Robinson & Molzahn, 2007). Dünya genelinde özellikle kadınlar bilişsel ve duygusal yapılanma gibi bireysel ve kültürel özellikler gibi toplumsal bazı kısıtlayıcı faktörler nedeniyle cinsellik ile ilişkili yaşadıkları sorunların çözümüne yönelik adım atmada zorluk yaşayabilmektedir. Bu durum hem cinsel sorunlara ilişkin etkin müdahalelerin gecikmesine hem de sağlıklı cinsel yaşam ile yakın ve güçlü bir ilişkisi olan genel yaşam kalitesinin bozulmasına sebep olmaktadır (Turhan & Akcan, 2022). Literatürde cinsel işlev bozuklukları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye yönelik çalışmaların oldukça az sayıda olduğu görülmektedir (Karagüzel ve ark., 2020). Yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde yapılan araştırmaların genellikle ek tıbbi veya psikiyatrik bir hastalığı olan, bu hastalık sebebiyle medikal tedavi kullanan ya da operasyon geçirmiş olan ve cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerdeki yaşam kalitesi ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu araştırmalarda cinsel işlev bozukluğunun bu bireylerin yaşam kaliteleri üzerine negatif yönde etki ettiği gösterilmiştir (Carbone & Hodges, 2003; Olfson, Uttaro, Carson, & Tafesse, 2005). Aynı zamanda kadın cinsel işlev bozuklukları ile kötü yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin iki yönlü olduğu ve bu iki durumun birbiriyle olası bir neden - sonuç ilişkisi içerisinde değerlendirilebileceği ileri sürülmektedir (Karagüzel ve ark., 2020; Nappi ve ark., 2016). Bununla birlikte bu ilişkinin yaşam tarzı, kültür ve gelenekler gibi sosyal faktörlerden etkilenebileceği de bilinmektedir (Hisasue ve ark., 2005). Toplumsal özellikler ve bireysel farklılıklar nedeniyle cinsel yaşam kalitesi ve cinsel işlevsellik genellikle psikiyatri kliniklerinde rutin olarak sorgulanmayan başlıklardır. Bununla birlikte cinsel işlev bozuklukları ile psikiyatrik hastalıkların arasındaki çift yönlü ilişki nedeniyle tanı ve tedavi sürecinde oluşabilecek aksaklıklar bu bireylerin yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkileneceğini ve düşündürmektedir (Polat, 2019). Bu nedenle cinsel yaşam ve cinsel işlevlere dair oluşacak sağlıklı toplumsal bilinç hem uygun ve etkin müdahalelerin yapılmasını sağlayacak hem de uzun vadede psikopatolojilerin ortaya çıkmasını önleyecektir.

1.3.3. Yaşam Kalitesi ve Aleksitimi

Günümüzde biyopsikososyal iyilik hali üzerine etkileri olduğu bilinen aleksitiminin bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal özellikleri ve toplumsal faktörlere ilişkin değişkenler ile yakın ilişkisinin olduğu bilinmektedir (Nardelli ve ark., 2013; Şaşıoğlu ve ark., 2013). Literatürde yer alan çalışmalarda duyguların deneyimlenmesi ve söze dökülmesinde güçlük ile sınırlı düzeyde sembolik düşünme kapasitesi olarak nitelendirilen aleksitiminin özellikle duygusal uyarılarla karşılaşıldığında bu uyarıların otonomik aktivasyon aracılığıyla somatize edilmesine neden olduğu ileri sürülmüştür (Mattila ve ark., 2009). Bununla birlikte aleksitiminin beraber görüldüğü hastalıkların klinik görünümü ve hastalık seyri ve uyum becerisi üzerine negatif yönde etkilerinin olduğu gösterilmiştir (Martino ve ark., 2019). Aynı zamanda çalışmalarda aleksitiminin hem genel popülasyonda hem de diyabet, koroner arter hastalığı, beyin hasarı, migren, inflamatuvar bağırsak hastalığı gibi bedensel ve depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunları olan popülasyonda yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerinin olduğu gösterilmiştir (E. A. Aslan & Batmaz, 2022; Gündoğmuş ve ark., 2023; Henry, Phillips, Crawford, Theodorou, & Summers, 2006; Martino ve ark., 2019; Mattila ve ark., 2009; Valkamo ve ark., 2001; Verissimo, Mota-Cardoso, & Taylor, 1998; Vieira ve ark., 2013). Buna ek olarak bir çalışmada aleksitimi ile düşük yaşam kalitesi arasında depresyon, somatik hastalıklar, fonksiyonel kapasite ve demografik değişkenler kontrol edildiğinde bile gözlenen bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Mattila ve ark., 2009). Mattila ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada aleksitimi ile sağlık ilişkili yaşam kalitesinin tüm alt grupları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Aynı zamanda aleksitimik özellikler gösteren ve göstermeyen iki grubun arasındaki en büyük farkın ruhsal ve sosyal yaşam kalitesinde olduğu saptanmıştır (Mattila ve ark., 2010). Bununla birlikte literatürde yer alan bir çalışmada aleksitimi ve yaşam doyumu arasındaki zıt yönlü ilişki ergen yaş grubu için de doğrulanmıştır (Atasayar, 2011). Bu bağlamda duyguları tanıma ve ifade etmede güçlük ile dışa dönük düşünme yapısı şeklindeki aleksitimik özellikler gösteren bireylerin yaşam kalitesinin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tüm alanlarda yaş, cinsiyet, bedensel hastalık ya da ruhsal sıkıntı gibi değişkenlerin etkileri de göz önüne alınarak olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir (Gündoğmuş ve ark., 2023; Nardelli ve ark., 2013; Şaşıoğlu ve ark., 2013).

Tüm bu bilgilerin ışığında özellikle duyguların tanınması ve ifade edilebilmesinde güçlük yaşayan kadınların, bireysel farklılıklar ve kültürel normlar sonucu sağlık hizmetine ulaşma konusunda zorluk yaşanan alanlardan biri olan cinsel işlev bozuklukları nedeniyle

daha fazla sıkıntı yaşayacağı ve bu kişilerin yaşam kalitesinin önemli ölçüde etkileneceği ileri sürülebilir.

Bununla birlikte literatür incelendiğinde cinsel işlev bozuklukları ve yaşam kalitesi ile ilişkili çalışmalar görülmekle birlikte bu ilişkinin aleksitimi ile birlikte ele aldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle mevcut çalışmada kadın cinsel işlev bozuklukları ile aleksitimi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin saptanması ile sağlık hizmetinin geliştirilmesi, uygun ve etkin müdahale yöntemlerinin oluşturulmasına yönelik olarak bilimsel literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.



BÖLÜM 2: YÖNTEM VE GEREÇ

2.1. Örneklem

Kesitsel olarak tasarlanmış olan bu çalışmanın örneklemini Ekim – Kasım 2023 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan ve çalışmaya dahil olmayı kabul eden cinsel aktif genç erişkin kadın gönüllüler oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil edilmesi gereken katılımcı sayısı yapılan güç analizi ile minimum 198 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya 586 kişi davet edilmiş olup, çalışmaya dahil olmak için gönüllü olmayan 144 kişi, çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılamayan 94 kişi ve çalışmanın gerekliliklerini yerine getirmeyen 34 kişi çalışma dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak araştırma 316 gönüllü ile gerçekleştirilmiştir.

2.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-35 yaş arasında olmak
- Kadın olmak
- Cinsel aktif olmak
- Cinsel açıdan sağlıklı olmak
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
- Türkçe okuma-yazma biliyor olmak
- Çalışmanın gerekliliklerini yerine getirebilecek bilişsel kapasiteye sahip olmak

2.1.2. Çalışma Dışı Bırakılma Kriterleri

- Zekâ geriliği tanısı almış olmak
- Kafa travması geçirmiş olmak
- Bilinen ve/veya tanı almış psikiyatrik bozukluğu bulunmak (cinsel işlev bozuklukları hariç)
- Cinsel işlevleri etkileyebilecek ilaç tedavisi kullanıyor olmak
- Cinsel işlevleri etkileyebilecek düzeyde alkol/madde kullanıyor olmak
- Cinsel işlevleri etkileyebilecek bilinen bedensel hastalığa sahip olmak
- Çalışmaya dahil olmak için gönüllü olmamak.

2.2. Araştırmanın Etik Yönü

Katılımcılar, çalışmaya başlamadan önce çalışmanın kapsamı hakkında bilgilendirilmiş, çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair bilgilendirilmiş onam formu

alınmıştır. Bu form ile araştırmaya katılmanın tamamen gönüllülük esasına dayandığı, araştırmadan istedikleri aşamada ayrılacakları, araştırmadan dolayı herhangi bir zarara uğramayacakları, araştırmada toplanılan kişisel verilerinin başka amaçlarla kullanılmayacağı ve bilgilerinin gizli kalacağı konusunda katılımcılar bilgilendirilmiştir. Bu çalışma, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'nda ve Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen prensiplere uygun olarak yapılmıştır. (Ertin & Temel, 2016; Mellin-Olsen, Staender, Whitaker, & Smith, 2010) Çalışmamız, konusu itibariyle kişilerin mahrem bilgilerini içeren bir çalışma olduğu için, yukarıda belirtilen çerçeve kapsamında katılımcıların kişisel ve mahrem bilgilerinin gizli tutulması konusuna özellikle hassasiyet gösterilmiştir.

2.3. Çalışmaya Dahil Edilecek Gönüllülere Uygulanacak Ölçüm Araçları

2.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından, çalışmanın özellikleri ve amaçları göz önüne alınarak, literatür verilerine uygun olarak, gönüllülerin sosyo-demografik-klinik özelliklerini ve alışkanlıkları hakkında bilgi sahibi olmak amacıyla hazırlanan bir formdur. Formun hazırlanması katılımcıların zamanını harcamamak ve araştırmanın konusu gereği mahremiyet kurallarına sadık kalmak esaslarına uygun şekilde mümkün olan en kısa versiyon şeklinde olmuştur. Bu formda, yaş, eğitim durumu, meslek, ilişki durumu, cinsel yönelimi, sigara kullanma, psikiyatrik hastalık durumu, ilaç kullanımı, bedensel hastalık durumu gibi bilgiler sorgulanmıştır.

2.3.2. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Çalışmamızda katılımcıların aleksitimik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) kullanılmıştır. Bireylerin aleksitimi seviyelerini belirlemek amacıyla Taylor ve arkadaşları tarafından 1985 yılında ölçeğin 26 madde ve dört alt boyutlu ilk versiyonu geliştirilmiştir. (Taylor, Ryan, & Bagby, 1985) Ölçeğin çalışmamızda kullanılan 20 madde ve üç alt boyuttan oluşan versiyonu, Bagby ve arkadaşları tarafından 1994 yılında, ilk versiyon üzerinde yapılan değişiklikler ile düzenlenmiştir. (Bagby ve ark., 1994) Orijinal versiyonunda Cronbach alfa değeri 0.81 saptanan ölçek, 5'li likert tipi bir ölçektir. Aleksitimi düzeyini belirlemek için ölçekte yer alan her bir madde “(1) Hiçbir zaman, (2) Nadiren, (3) Bazen, (4) Sık sık, (5) Her zaman” şeklinde işaretlenir ve her bir maddeden 1 ile 5 arasında bir puan alınır. Dolayısıyla ölçekten alınabilecek toplam puan en düşük 20 ve en yüksek 100 olabilecektir. Alınacak puanın yükselmesi aleksitimi

düzeyindeki yüksekliği işaret etmektedir. TAÖ-20 ölçeğinin üç alt boyutu ve ilgili maddeleri şu şekildedir. İlk boyut “duyguları tanımada zorluk” 7 madde ile (1, 3, 6, 7, 9, 13 ve 14. maddeler); ikinci boyut “duyguları ifadede zorluk”, 5 madde ile (2, 4, 11, 12 ve 17. maddeler) ve üçüncü boyut “dışa dönük düşünme” 8 madde ile (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 ve 20. maddeler) değerlendirilir. Her bir alt boyut ve toplam skor ilgili maddelerin toplanması ile belirlenir fakat 4, 5, 10, 18 ve 19. maddeler ters şekilde puanlanır. (Güleç ve ark., 2009)

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Türkçe versiyonunda Cronbach alfa değeri 0.78 olarak saptanmıştır. (Güleç ve ark., 2009) Ayrıca Güleç ve Yenel tarafından 2010 yılında Türk popülasyonunda yapılan çalışma ile 51 puan ve altı skorlarını aleksitimik olmayan, 59 puan ve üstünün ise aleksitimik olan grup olarak kabul edilebileceğini önermiştir. 52-58 puan arası borderline grup olarak kabul edilebilir. (Güleç & Yenel, 2010)

2.3.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ)

Ölçeğin orijinal adı “The Female Sexual Function Index (FSFI)” olup, Rosen ve arkadaşları tarafından ABD’de 2000 yılında kadınların cinsel işlevlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. (Rosen, 2000) Ölçekte, kadınların son dört hafta içindeki cinsel fonksiyonları ile ilgili toplam 19 soru bulunmaktadır. Rosen ve arkadaşları hazırladıkları ölçek formunu, 128 kadın cinsel uyarılma bozukluğu olgusu ve 131 sağlıklı kontrol üzerinde uygulamış, ölçeğin geçerliliği, güvenilirliği ve iç tutarlılığı üzerinde yaptıkları çalışmalarla ölçeğin 19 maddelik son halini şekillendirmişlerdir. Ölçek için yapılan analizlerde Cronbach Alfa değeri 0.82 ve üstü olarak hesaplanmış, ölçeğin yüksek derecede iç tutarlılığının olduğu gösterilmiştir. Yine ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayıları her iki grupta da yüksek ($r = 0.79-0.86$) bulunmuştur.

Ölçek toplam 19 soru ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin ilk iki sorusu “istek” boyutu ile ilgili sorular olup, cinsel istek/ilgi sıklığı ve düzeyi sorulmaktadır. 3-6. sorular “uyarılma” boyutu ile ilgili olup, uyarılma sıklığı, düzeyi, uyarılacağından emin olma durumu ve uyarılmadan memnun olma sıklığı sorulmaktadır. 7-10. sorular ise “lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık)” boyutu ile ilgili olup bu sorularda lubrikasyonun sıklığı, zorluğu, lubrikasyonu cinsel ilişki esnasında sürdürebilme sıklığı ve zorluğu araştırılmıştır. 11-13. sorular “orgazm” boyutu ile ilgili, orgazmın sıklığı, ulaşmanın zorluğu ve tatmin ediciliğini araştıran sorulardır. 14-16. sorular “doyum” boyutu ile ilgili olup, cinsel ilişkideki duygusallık düzeyi, cinsel ilişkiden ve cinsel yaşamdan memnuniyet düzeyi

sorgulanmaktadır. 17-19. sorularda ise “ağrı” boyutu ile ilgili, vajinal birleşme esnasında ve sonrasında ağrı/rahatsızlık varlığı, sıklığı ve düzeyi hakkında sorular bulunmaktadır.

Ölçek likert tipi bir öz bildirim ölçeği olup, 1, 2, 15 ve 16. sorular 1-5 puan, diğer sorular 0-5 puan arasında puanlanmaktadır. Buna göre ölçekte tüm sorular cevaplandığında alınabilecek en yüksek ham puan 95, en düşük ham puan ise 4 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin tüm bu alt boyutları, soru numaraları ve puan hesaplamaları ile ilgili bilgiler Tablo.1’de gösterilmiştir.

Tablo 1

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği’nin Alt Boyutları ve Puan Hesaplamaları

KCİÖ Alt Boyutları	Soru Numaraları	Puan Aralıkları	Faktör Yüğü	Toplam Puan (Minimum)	Toplam Puan (Maksimum)
İstek	1,2	1-5	0.6	1.2	6.0
Uyarılma	3,4,5,6	0-5	0.3	0	6.0
Lubrikasyon	7,8,9,10	0-5	0.3	0	6.0
Orgazm	11,12,13	0-5	0.4	0	6.0
Doyum	14,15,16	0/1-5*	0.4	0.8	6.0
Ağrı	17,18,19	0-5	0.4	0	6.0
TOPLAM				2.0	36.0

*14. soru için puan aralığı 0-5, 15. ve 16. sorular için ise 1-5 şeklindedir.

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği’nin Türkçe uyarlamasının geçerlilik güvenilirlik çalışması, Aygün ve Aslan tarafından 2005 yılında yapılmıştır (Aygün & Aslan, 2005). Bu çalışma, yaşları 30 ila 70 arasında değişen, meme kanseri tanısı ile takip ve tedavileri olan 190 kişilik Türk kadını örnekleminde yürütülmüştür. Ölçeğin test-tekrar test korelasyon katsayısı: 0.75, iç tutarlılık analizinde tüm ölçek için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısı 0.98 olarak bulunmuş, alt boyutlar için ise Cronbach Alfa katsayısının 0.89-0.98 arasında değiştiği hesaplanmıştır. Bu veriler, ölçeğin Türk kadınları örnekleminde cinsel fonksiyonların değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. Bu ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlilik güvenilirliği ile ilgili bir diğer çalışma da Öksüz ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır. (Öksüz, Ertorer, Akbaba, Gokcel, & Ozsahin, 2011) Bu çalışmada ölçek, “Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi” adıyla Türkçeye çevrilmiştir. Ölçeğin Türk kadınları örnekleminde geçerli ve güvenilir olduğu bu çalışma ile de gösterilmiştir. Ölçekten alınan toplam puanın artması, cinsel işlevler açısından daha olumlu bir tabloya işaret eder.

2.3.4. Kadın Cinsel Şikayet Tarama Ölçeği

Orijinal adı “The Sexual Complaints Screener for Women (SCS-W)” olan bu ölçek, Uluslararası Cinsel Tıp Derneği Standartlar Komitesi (The Standards Committee of the International Society of Sexual Medicine) tarafından, kadınlarda cinsel işlev bozukluklarını taramak amacıyla geliştirilmiştir. (Hatzichristou ve ark., 2010) Ölçek, kadınların son altı ayda yaşadıkları cinsel deneyimler ile ilgili toplam 10 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Bu ölçek kısa ancak aynı zamanda kapsayıcı bir ölçek olarak tasarlanmış olup; cinsel istek, lubrikasyon (ıslanma), cinsel uyarılma, orgazm, ağrılı cinsel ilişki, vajinismus, istem dışı cinsel uyarılma ve cinsel yaşam memnuniyeti olmak üzere kadın cinsel fonksiyonlarının temel yönlerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Ölçekteki 10 sorudan ilk yedisi “a” ve “b” olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. “a” kısmında ilgili cinsel sorunun varlığı ve sıklığı sorulurken, “b” kısmında ise bu durumun oluşturduğu sorunun algılanan şiddeti/önemi sorgulanmaktadır. Bu ilk yedi soru beşli Likert tip (0-4) şeklinde, sekizinci soru ise altılı Likert tip (0-5) şeklinde hazırlanmıştır. 2, 3, 4, 5 ve 7. soruların “a” kısımlarına ayrıca “0” = “Cinsel aktivitede bulunmadım” seçeneği eklenmiştir. Dokuzuncu soru ise katılımcıların cinsel yaşamları ile ilgili açık uçlu bir soru olarak kurgulanmıştır. Onuncu soruda, katılımcının cinsel işlev sorunları ile ilgili doktoru/danışmanı ile daha detaylı bir görüşme yapmak isteyip istemediği sorulmaktadır.

Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gündüz ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmıştır. (Gündüz ve ark., 2018) Online olarak yürütülen çalışmada, 18-25 yaş arasında 352 kadın gönüllüden; Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ)’nin Türkçe uyarlaması ve sosyodemografik veri formundan oluşan anket setini doldurmaları istenmiş ve 316 katılımcının verileri analize tabi tutulmuştur. Yapılan analizlerde ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.895 olarak bulunmuş ve ölçeğin maddelerinin çoğu için korelasyon katsayısının 0.50’den yüksek olduğu hesaplanmıştır. SCS-W ile KCIÖ arasındaki korelasyon analizi toplam puan ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sonuç olarak, ölçeğin Türkçe uyarlamasının Türk kadınlarında cinsel işlev bozukluklarının taranması konusunda geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

2.3.5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Katılımcıların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla, Rand Corporation tarafından 1987 yılında geliştirilmiş olan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. (Hays,

Sherbourne, & Mazel, 1993) yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla sıklıkla kullanılan bir ölçektir. 36 maddeden oluşan öz-bildirim türü olan ölçek, yaşam kalitesinin sekiz alt parametresini değerlendirmektedir. Bunlar;

- Fiziksel Fonksiyon; sağlık problemlerine bağlı fiziksel aktivite kısıtlanmasını,
- Fiziksel Rol; sağlık sorunları nedeniyle günlük aktivitelerden kısıtlanma,
- Emosyonel rol; emosyonel problemlere bağlı rollerde kısıtlanma,
- Enerji; yorgunluk, enerji seviyesinin değerlendirilmesi,
- Ruhsal Sağlık; mental sağlık durumunun değerlendirilmesi,
- Sosyal İşlev; sosyal aktivitelerden kısıtlanma düzeyi,
- Bedensel Ağrı; vücut ağrısı ve günlük yaşama etkilerinin belirlenmesi,
- Genel Sağlık; Kişinin genel sağlık durumunu değerlendirmesi.

Tablo 2
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Çizelgesi

Bileşen	Bileşenler için maddeler
Fiziksel Fonksiyon	$(3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g +3h+3i+3j)/10$
Fiziksel Rol	$(4a+4b+4c+4d)/4$
Enerji	$(9a+9e+9g+9i)/4$
Emosyonel Rol	$(5a+5b+5c)/3$
Ruhsal Sağlık	$(9b+9c+9d+9f+9h)/5$
Sosyal İşlev	$(6+10)/2$
Bedensel Ağrı	$(7+8)/2$
Genel Sağlık	$(1+11a+11b+11c+11d)/2$

Ölçeğin puanlandırılmasında her bir alt bileşen için ayrı bir puan hesaplanır ve toplam puan hesaplanmaz. 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters çevrilerek hesaplanır. Her bir bileşen için hesaplama çizelgesi Tablo 2’de ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

Ölçekte her bir alt ölçek için alınabilecek puan aralığı 0-100 arası değişmektedir. Alınan puan yükseldikçe yaşam kalitesinin iyiliğine işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır. (Koçyiğit, Aydemir, Ölmez, & Memiş, 1999)

2.4. İşlem

Araştırma için gerekli çalışma dizaynı oluşturulduktan sonra gerekli güç analizi yapılmıştır. Katılımcı adaylarına çalışma hakkında gerekli bilgiler verildikten sonra çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülerden öncelikle Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu onaylamaları istenmiştir. Sonra sosyodemografik veri formu verilmiş olup, bu forma göre çalışmadan dışlanma kriterlerine sahip olan gönüllüler çalışmadan dışlanmış olup, dahil olma kriterlerini sağlayan gönüllülere, KCIÖ, TAÖ-20 ve SF-36 ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Katılımcılardan formları yönergesine uygun şekilde yanıtlamayanlar çalışma dışı bırakılırken, yönergeye uygun doldurulan tüm ölçüm araçlarının tamamlanmasından sonra ölçeklerin yönergelerine göre puanlandırılmışlardır. Sonrasında tanımlayıcı analizler yapılmış olup, araştırmanın amacına ve literatüre uygun olarak TAÖ-20 toplam skoruna göre katılımcıların aleksitimi durumları saptanmıştır. İkili karşılaştırmalar aleksitimik ve non-aleksitimik grup olmak üzere iki grup için yapılmıştır.

2.5. İstatiksel Analiz

Çalışmanın tüm verilerin istatistiksel analizleri SPSS 20.0 ve AMOS 22.0 programı ile yapılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri kategorik veriler ise frekans olarak ve sayısal değerler için ortalama±standart sapma olarak yapılmıştır. Sayısal verilerin karşılaştırılmadan önce verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık-basıklık ve Kolmogrow-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Aleksitimik ve non-aleksitimik grup arasındaki karşılaştırmalarda normal dağılıma uygun olmayan veriler ise Mann-Whitney U testi ile normal dağılıma uygun olan veriler Student T testi ile analiz edilmiştir. İki den fazla sayısal değişkenin karşılaştırılmasında normal dağılıma uygunsa One-way ANOVA ve normal dağılıma uygun değilse Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. İki grup arasında kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi kullanılmıştır. Analizlerde iki sayısal verinin arasında ki ilişkinin incelenmesinde ise, parametrik varsayımları karşılayan verilerde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı testi kullanılmıştır. Aleksitimi varlığının yordanmasında çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Temel istatistik analizlerin göz önüne alınarak, klinik görüşler dikkate alınarak, KCIÖ ve TAÖ-20 ölçeklerin SF-36 üzerine etkisi yol analizi ile test edilmiştir. Model uyum kriterleri olarak p değeri, Ki-kare, serbestlik derecesi, Ki kare / serbestlik derecesi, (CMIN/DF) GFI, CFI ve RMSEA değerleri kullanılmıştır. Çalışmamızda yapısal eşitlik

modelinin kullanılmasının nedeni, bağımsız değişkenin (aleksitimi) bağımlı değişkenler (yaşam kalitesi bileşenleri) üzerindeki etkisinin, bir gizli değişken (Cinsel işlev bozukları) üzerinde eş zamanlı analiz yapılmasına olanak sağlamasıdır. Dolayısıyla bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkisini doğrudan değerlendirmek mümkündür.

Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık sınırı olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.



BÖLÜM 3: BULGULAR

3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin ve Uygulanan Ölçeklerin

Tanımlanması.

Araştırmaya dahil olan gönüllüler arasında verileri analize tabi tutulan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler tablolar halinde sunulmuştur. Tanımlayıcı verilerden sürekli olanlar ortalama $\pm$ standart sapma ve kategorik (kesikli) olanlar sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Buna göre çalışmaya dahil edilen 316 katılımcının yaş ortalaması $21,17 \pm 1,87$ yıl olarak saptandı. Ayrıca 303 katılımcının (%95,9) bekar, 11 katılımcının (%3,5) evli ve 2 katılımcının ise (%0,6) boşanmış olduğu belirlendi (Tablo 3).

Tablo 3
Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri

Değişken	Toplam Katılımcı (n=316) Ortalama $\pm$ SS/ n (%)
Katılımcının Yaşı (yıl)	21.17 $\pm$ 1.87
Medeni Durum	
Bekâr	303 (%95,9)
Evli	11 (%3,5)
Boşanmış	2 (%0,6)
Şu anki ilişki	
İlişki Yok	163 (%51,6)
Partnerimle Aynı Evde Yaşıyorum	28 (%8,9)
Partnerimle Ayrı Evde Yaşıyorum	125 (%39,6)

Katılımcıların şu anki ilişki durumu sorgulandığında yüzde 51,6'sının (n=163) ilişkisinin olmadığı saptandı. Bununla birlikte katılımcıların yüzde 8,9'unun (n=28) partneri ile aynı evde yaşadığı ve yüzde 39,6'sının (n=125) partneri ile farklı evlerde yaşadığı belirlendi.

Tablo 4**Katılımcıların çocuk sahibi olmak ile ilgili özellikleri**

Değişken	Toplam Katılımcı (n=316) n (%)
Çocuk Sahibi Olmak İster misiniz?	
Hayır	105 (%33,2)
Evet	211 (%66,8)
Çocuk Sahibi misiniz?	
Hayır	303 (%95,9)
Evet	13 (%4,1)

Gönüllülerin yüzde 33,2'sinin (n=105) çocuk sahibi olmak istemediği saptanırken, yüzde 66,8'si (n=211) çocuk sahibi istemediği belirlendi. Ayrıca halen çocuk sahibi olup olmadıkları sorgulandığında yalnızca 13 katılımcının (%4,1) çocuk sahibi olduğu, 303 katılımcının (%95,9) ise çocuk sahibi olmadığı saptandı (Tablo 4).

Tablo 5**Katılımcıların eğitim ve çalışma durumu ile ilgili özellikleri.**

Değişken	Toplam Katılımcı (n=316) n (%)
Eğitim Durumu	
İlköğretim Mezunu	6 (%1,9)
Ortaöğretim Mezunu	308 (%97,5)
Yükseköğretim Mezunu	2 (%0,6)
Çalışma Durumu	
Çalışıyor	249 (%78,8)
Çalışmıyor	49 (%15,5)
Öğrenci	18 (%5,7)

Katılımcıların %1,9'u (n=6) ilköğretim mezunu, % 97,5'u (n=308) ortaöğretim mezunu ve %0,6'sı (n=2) yüksekokul mezunu olduğu belirlendi. Bununla birlikte %78,8'inin (n=249) çalıştığı, %15,5'i (n=49) çalışmadığı ve %5,7'sinin (n=18) öğrenci olduğu saptandı (Tablo 5).

Tablo 6
Katılımcıların Cinsel Yönelim İle İlgili Özellikleri

Değişken	Toplam Katılımcı (n=316) n (%)
Sadece Heteroseksüel	201 (%78,5)
Genellikle heteroseksüel ve zaman zaman homoseksüel fantezi ve davranış	42 (%16,4)
Genellikle heteroseksüel ve sıkça homoseksüel fantezi ve davranış	2 (%0,8)
Eşit derece heteroseksüel ve homoseksüel	6 (%2,3)
Genellikle homoseksüel ve sıkça heteroseksüel fantezi ve davranış	2 (%0,8)
Genellikle homoseksüel ve zaman zaman heteroseksüel fantezi ve davranış	1 (%0,4)
Sadece Homoseksüel	2 (%0,8)

Araştırmanın konusu gereği katılımcıların cinsel yönelimleri sorgulanmış olup Tablo 6’da sunulmuştur. Buna göre katılımcıların büyük bölümünün heteroseksüel cinsel eğilimine sahip olduğu (%78,5) belirlendi. Diğer cinsel eğilimlere ilişkin veriler tabloda gösterilmiştir.

Tablo 7
Katılımcıların Sigara Kullanma Durumu İle İlgili Özellikleri

Değişken	Toplam Katılımcı (n=316) n (%)
Sigara Kullanım Durumu	
Hiç Kullanmamış	183 (%57,9)
1-5 adet/gün	44 (%13,9)
6-15 adet/gün	42 (%13,3)
15’ten fazla	21 (%6,6)
Geçmişte Kullanmamış	26 (%8,2)

Çalışmaya katılan gönüllülerin yüzde 57,9’u (n=183) hiç sigara kullanmamışken, yüzde 13,9’unun (n=44) günlük 1-5 adet, 13,3’ünün (n=44) günlük 6-15 adet ve yüzde 6,6’sının (n=21) günlük 15 adetten fazla sigara içtiği saptandı. Bununla birlikte geçmişte sigara kullanıp sonrasında sigara kullanmayı bırakan katılımcı sayısının yüzde 8,2 (n=26) olduğu belirlendi (Tablo 7).

Tablo 8

Katılımcıların Toronto Aleksitimi Alt Ölçek ve Toplam Puanları Ortalamaları ve Aleksitimi Kategorizasyonu

Değişken		Toplam Katılımcı (n=316)	
		Ortalama±SS / n (%)	Basıklık-çarpıklık değeri
Toronto Aleksitimi Ölçeği-20	Duygu Tanımada Zorluk	15,54±5,73	0,951-1,093
	Duygu İfade Zorluk	12,40±3,95	0,420 - -0,273
	Dışa Dönük Düşünme	20,36±4,22	-0,147 – 0,085
	Toplam	48,30±10,76	0,596 – 0,654
Non-aleksitimik	(20-51 puan)	209 (%66,1)	
Borderline	(52-58 puan)	60 (%19,0)	
Aleksitimik	(59-100 puan)	47 (%14,9)	

Katılımcıların Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 ölçeği toplan puanları 48,30±10,76 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte, duygu tanımada zorluk alt ölçek skoru 15,54±5,73, duygu ifadede zorluk alt ölçek skoru 12,40±3,95 ve dışa dönük düşünme alt ölçek skoru ise 20,36±4,22 olarak bulunmuştur. Literatür verilerine dayanarak aleksitimi skorlarına göre katılımcıların ayrılması ile non-aleksitimik grup (TAÖ toplam 20-51 puan) yüzde 66,1 (n=209), borderline grup (TAÖ toplam 52-58 puan) yüzde 19,0 (n=60) ve aleksitimik grup (TAÖ toplam 59-100 puan) yüzde 14,9 (n=47) olarak bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 9

Katılımcıların Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Alt Ölçek ve Toplam Puanları Ortalamaları

Değişken		Toplam Katılımcı (n=316)	
		Ortalama±SS	Basıklık-çarpıklık değeri
Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu	İstek	3,84±1,34	0,009- -0,913
	Uyarılma	3,64±3,03	-0,092 - -1,739
	Lubrikasyon	1,39±1,32	0,023 - -1,842
	Orgazm	2,00±2,14	0,472 - -1,364
	Memnuniyet	3,02±1,90	0,093 - -1,339
	Ağrı	2,35±2,52	0,333- -1,358
	Toplam	16,25±9,17	0,078 - -1,305

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların KCIÖ toplam ve alt ölçek puanlarının ortalamaları Tablo 9’da sunulmuştur. Buna göre istek alt ölçek skoru ortalaması $3,84 \pm 1,34$, uyarılma alt ölçek skoru ortalaması $3,64 \pm 3,03$, lubrikasyon $1,39 \pm 1,32$, orgazm alt ölçek skoru ortalaması $2,00 \pm 2,14$, memnuniyet alt ölçek skoru ortalaması $3,02 \pm 1,90$, ağrı alt ölçek skoru ortalaması $2,35 \pm 2,52$ ve KCIÖ toplam puan ortalaması ise $16,25 \pm 9,17$ olarak bulunmuştur.

Tablo 10

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Değişken		Toplam Katılımcı (n=316)	
		Ortalama $\pm$ SS	Basıklık-çarpıklık değeri
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel Fonksiyon	80,03 $\pm$ 22,60	-1,322 - - 0,990
	Fiziksel Rol	69,46 $\pm$ 37,12	-0,786 - -0,899
	Emosyonel Rol	43,77 $\pm$ 41,82	0,273 - -1,378
	Enerji	48,18 $\pm$ 18,79	0,009 - -0,501
	Ruhsal Sağlık	60,93 $\pm$ 18,11	-0,232 - -0,329
	Sosyal İşlev	64,39 $\pm$ 24,48	-0,265 - -0,500
	Bedensel Ağrı	74,86 $\pm$ 20,92	-0,837 - 0,417
	Genel Sağlık	60,80 $\pm$ 18,88	-0,247 - -0,012

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin alt ölçek skor ortalamaları Tablo 10’da gösterilmiştir. Fiziksel fonksiyon puan ortalaması $80,03 \pm 22,60$, fiziksel rol puan ortalaması $69,46 \pm 37,12$, emosyonel rol puan ortalaması $43,77 \pm 41,82$, enerji puan ortalaması $48,18 \pm 18,79$, ruhsal sağlık puan ortalaması $60,93 \pm 18,11$, sosyal işlev puan ortalaması $64,39 \pm 24,48$, bedensel ağrı puan ortalaması $74,86 \pm 20,92$ ve genel sağlık puan ortalaması $60,80 \pm 18,88$ olarak bulunmuştur.

Kadın Cinsel Şikayet Tarama Ölçeği alt ölçek skorlarının ortalamaları şu şekilde bulunmuştur; istek alt ölçek ortalaması $1,31 \pm 1,95$, uyarılma alt ölçek ortalaması $1,05 \pm 1,55$, lubrikasyon alt ölçek ortalaması $1,39 \pm 1,98$, orgazm alt ölçek ortalaması $2,11 \pm 2,53$, ağrı alt ölçek ortalaması $1,31 \pm 1,95$, vajinismus alt ölçek ortalaması $0,98 \pm 1,88$, persitan uyarılma alt ölçek ortalaması $0,84 \pm 1,37$ ve memnuniyet alt ölçek ortalaması $2,16 \pm 1,79$ olarak bulunmuştur. (Tablo 9)

Tablo 11

Katılımcıların Kadın Cinsel Şikâyet Tarama Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Değişken		Toplam Katılımcı (n=316)	
		Ortalama±SS	Basıklık-çarpıklık değeri
Kadın Cinsel Şikâyet Tarama Ölçeği	İstek	1,48±1,61	1,381 – 1,284
	Uyarılma	1,05±1,55	1,266 – 1,180
	Lubrikasyon	1,39±1,98	1,291 – 0,756
	Orgazm	2,11±2,53	0,870 - -0,565
	Ağrı	1,31±1,95	0,687 - -1,302
	Vajinismus	0,98±1,88	1,033 – 1,448
	Persistan Uyarılma	0,84±1,37	1,158 – 1,378
	Memnuniyet	2,16±1,79	0,006 - -1,205

3.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin ve Uygulanan Ölçeklerin

Aleksitimik ve Non-aleksitimik bireyler arasında karşılaştırılması.

Katılımcıların aleksitimik ve non-aleksitimik olanlar arasında sosyodemografik verileri ve uygulanan ölçeklerin karşılaştırılması tablolar halinde sunulmuştur. Buna göre iki grup arasında sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 11’de bulunmaktadır. Aleksitimik ve non-aleksitimik grup arasında yaş ($t=088$, $p=0,277$), medeni durum ($X^2=2,098$, $p=0,350$) ve şu anki ilişki durumu ($X^2=3,764$, $p=0,152$) arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır.

Tablo 12

Aleksitimik ve Non-Aleksitimik Bireylerin Sosyodemografik Verilerinin

Karşılaştırılması

Değişken	Non-Aleksitimik (n=209) Ort.±SS/ n (%)	Aleksitimik (n=47) Ort.±SS/ n (%)	t/ X^2 değeri	p değeri
Yaş (yıl)	21,22±1,93	20,89±1,61	1,088 ^a	0,277
Medeni Durum				
Bekâr	200 (%95,7)	47 (%100)		
Evli	8 (%3,8)	0 (%0)	2,098 ^b	0,350
Boşanmış	1 (%0,5)	0 (%0)		
Şu anki ilişki				
İlişki Yok	102 (%48,8)	30 (%63,8)		
Partnerimle Aynı	19 (%9,1)	2(%4,3)		
Evde Yaşıyorum			3,764 ^b	0,152
Partnerimle Ayrı	88 (%42,1)	15 (%31,9)		
Evde Yaşıyorum				

^a: Student’s t testi, ^b:Ki-kare testi, Ort.±SS: ortalama±standart sapma

Tablo 12’de iki grup arasında çocuk sahibi olma ve mevcut çocuk sahibi olanların karşılaştırılması sunulmuştur. Buna göre iki grup arasında çocuk sahibi olmak isteme arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır ($X^2=0,007$, $p=0,935$). Diğer taraftan mevcut çocuk sahibi olmanın iki grup arasında karşılaştırılmasında ise istatistiksel olarak fark bulunmaktadır ($X^2=6,951$, $p=0,008$). Non-aleksitimik bireylerin yüzde 2,4’ü ($n=5$) çocuk sahibi iken, aleksitimik bireylerin yüzde 10,6’sının ($n=5$) çocuk sahibi olduğu görülmektedir.

Tablo 13

Aleksitimik ve Non-Aleksitimik Bireylerin Çocuk Sahibi Olma İle İlgili Verilerinin Karşılaştırılması

Değişken	Non-Aleksitimik (n=209) Ort.±SS/ n (%)	Aleksitimik (n=47) Ort.±SS/ n (%)	t değeri	p değeri
Çocuk sahibi olmak ister misiniz?				
Hayır	68 (%32,5)	15 (%31,9)	0,007 ^a	0,935
Evet	141 (%67,5)	32 (%68,1)		
Çocuk sahibi misiniz?				
Hayır	204 (%97,6)	42 (%89,4)	6,951 ^a	0.008**
Evet	5 (%2,4)	5 (%10,6)		

^a: Ki-kare testi, *: p değeri $\leq 0,01$, Ort.±SS: ortalama±standart sapma

Tablo 14

Aleksitimik ve Non-Aleksitimik Bireylerin Eğitim Ve Çalışma İle İlgili Verilerinin Karşılaştırılması

Değişken	Non-Aleksitimik (n=209) Ort.±SS/ n (%)	Aleksitimik (n=47) Ort.±SS/ n (%)	t değeri	p değeri
Eğitim Durumu				
İlköğretim Mezunu	3 (%1,4)	0 (%0)	0,914 ^a	0,633
Ortaöğretim Mezunu	205 (%98,1)	47 (%100)		
Yükseköğretim Mezunu	1 (%0,5)	0 (%0)		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	164 (%78,5)	37 (%78,7)	0,090 ^a	0,956
Çalışmıyor	34 (%16,3)	8 (%17)		
Öğrenci	11 (%5,3)	2 (%4,3)		

^a: Ki-kare testi, *: p değeri $\leq 0,01$, Ort.±SS: ortalama±standart sapma.

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların eğitim durumları ($X^2=0,914$, $p=0,633$) ve çalışma durumları ($X^2=0,090$, $p=0,956$) arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Tablo 15

Aleksitimik ve Non-Aleksitimik Bireylerin Eğitim Ve Çalışma İle İlgili Verilerinin Karşılaştırılması

Değişken	Non-Aleksitimik (n=209) Ort.±SS/ n (%)	Aleksitimik (n=47) Ort.±SS/ n (%)	X^2 değeri	p değeri
Sadece Heteroseksüel	164 (%78,4)	37 (%78,7)		
Genellikle heteroseksüel ve zaman zaman homoseksüel fantezi ve davranış	35 (%16,7)	7 (%14,9)		
Genellikle heteroseksüel ve sıkça homoseksüel fantezi ve davranış	2 (%1,0)	0		
Eşit derece heteroseksüel ve homoseksüel	6 (%2,9)	0	3,764 ^a	0,152
Genellikle homoseksüel ve sıkça heteroseksüel fantezi ve davranış	0	2 (%4,3)		
Genellikle homoseksüel ve zaman zaman heteroseksüel fantezi ve davranış	0	1 (%2,1)		
Sadece Homoseksüel	2 (%1,0)	0		

^a: Ki-kare testi, Ort.±SS: ortalama±standart sapma.

Tablo 15’de aleksitimisi olan ve olmayan katılımcıların cinsel yönelimleri gösterilmiştir. Buna göre iki grup arasında cinsel yönelimler açısından istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($X^2=3,764$, $p=0,152$).

Tablo 16

Aleksitimik ve Non-Aleksitimik Bireylerin Sigara İçme Durumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Non-Aleksitimik (n=209) Ort.±SS/ n (%)	Aleksitimik (n=47) Ort.±SS/ n (%)	X^2 değeri	p değeri
Sigara Kullanımı				
Hiç Kullanmamış	125 (%59,8)	26 (%55,3)		
1-5 adet/gün	29 (%13,9)	4 (%8,5)		
6-15 adet/gün	24 (%11,5)	9 (%19,1)	4,035 ^a	0.401
Günde 15’ten fazla	13 (%6,2)	5 (%10,6)		
Geçmişte Kullanmamış	18 (%8,6)	3 (%6,4)		

^a: Ki-kare testi, Ort.±SS: ortalama±standart sapma

İki grubun sigara içme durumunun karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır ($X^2=4,035$, $p=0,401$). Sigara kullanımına ilişkin veriler Tablo 16’da sunulmuştur.

Aleksitimisi olan ve olmayan iki grubun TAÖ-20 toplam ve alt ölçek skorlarının karşılaştırılmasında; duygu tanımada zorluk ($t=-15,929$, $p<0,001$), duygu ifadede zorluk ($t=-17,250$, $p<0,001$), dışa dönük düşünme ($t=-7,583$, $p<0,001$) ve toplam ($t=-24,101$, $p<0,001$) skorlarında istatistiksel olarak fark bulunmaktadır.

İki grup arasında KCİB ölçeğinin alt ölçek ve toplam skorlarının karşılaştırılması Tablo 4.15’te sunulmuştur. Yapılan analize göre iki grup arasında uyarılma alt ölçek skorları ($t=2,867$, $p=0,005$), lubrikasyon alt ölçek skorları ($t=2,607$, $p=0,011$), orgazm alt ölçek skorları ($t=4,099$, $p<0,001$), memnuniyet alt ölçek skorları ($t=3,498$, $p=0,001$), ağrı alt ölçek skorları ($t=2,391$, $p=0,019$) ve toplam ($t=3,881$, $p<0,001$) ölçek skorları istatistiksel olarak fark vardır. Fakat istek alt ölçek skorunda istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. ($t=1,095$, $p=0,277$)

Tablo 17
Aleksitimik ve non-aleksitimik Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 Toplam ve Alt Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Değişken		Non-Aleksitimik (n=209)	Aleksitimik (n=47)	t değeri	p değeri
		Ort.±SS	Ort.±SS		
Toronto Aleksitimi Ölçeği-20	Duygu Tanımada Zorluk	12,76±3,46	24,93±4,97	-15,929 ^a	<0,001 ^{**}
	Duygu İfadede Zorluk	10,50±2,79	18,27±2,77	-17,250 ^a	<0,001 ^{**}
	Dışa Dönük Düşünme	19,10±3,89	23,85±3,81	-7,583 ^a	<0,001 ^{**}
	Toplam	42,36±6,25	67,06±6,73	-24,101 ^a	<0,001 ^{**}

^a: Student’s t testi, ^{**}: p değeri ≤0,05, Ort.±SS: ortalama±standart sapma.

Tablo 18

Aleksitimik ve non-aleksitimik bireylerin Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Toplam ve Alt Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Değişken		Non-Aleksitimik (n=209)	Aleksitimik (n=47)	t değeri	p değeri
		Ort.±SS	Ort.±SS		
Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu	İstek	3,92±1,33	3,67±1,39	1,095 ^a	0,277
	Uyarılma	3,88±3,09	2,56±2,78	2,867 ^a	0,005**
	Lubrikasyon	1,49±1,34	0,96±1,23	2,607 ^a	0,011**
	Orgazm	2,24±2,25	1,08±1,61	4,099 ^a	<0,001**
	Memnuniyet	3,13±1,95	2,18±1,61	3,498 ^a	0,001**
	Ağrı	2,47±2,57	1,56±2,29	2,391 ^a	0,019**
	Toplam	17,15±9,39	12,04±7,84	3,881 ^a	<0,001**

^a: Student's t testi, *: p değeri ≤0,05, **: p değeri ≤0,01, Ort.±SS: ortalama±standart sapma

Tablo 19

Aleksitimik ve non-aleksitimik bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Değişken		Non-Aleksitimik (n=209)	Aleksitimik (n=47)	t değeri	p değeri
		Ort.±SS	Ort.±SS		
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel Fonksiyon	80,26±23,35	79,68±23,29	0,155 ^a	0,877
	Fiziksel Rol	72,00±35,94	60,10±42,56	1,780 ^a	0,080
	Emosyonel Rol	47,52±41,54	39,71±44,30	1,151 ^a	0,251
	Enerji	51,24±18,67	43,08±19,26	2,690 ^a	0,008**
	Ruhsal Sağlık	64,88±17,84	50,55±16,05	5,060 ^a	<0,001**
	Sosyal İşlev	67,76±24,46	56,91±27,68	2,679 ^a	0,008**
	Bedensel Ağrı	75,76±19,89	74,30±23,24	0,439 ^a	0,661
	Genel Sağlık	63,99±18,52	50,31±18,89	4,556 ^a	<0,001**

^a: Student's t testi, *: p değeri ≤0,05, **: p değeri ≤0,01, Ort.±SS: ortalama±standart sapma

Çalışmaya dahil edilen katılımcılardan aleksitimik olanlar ile non-aleksitimik olanların SF-36 skorlarının karşılaştırılması Tablo 4.16'da gösterilmiştir. Bulgulara göre iki grup arasında SF-36 alt ölçeklerinden enerji alt ölçeği (t=2,690, p=0,008), ruhsal sağlık alt ölçeği (t=5,060, p<0,001), sosyal işlev alt ölçeği (t=2,679, p=0,008) ve genel sağlık alt

ölçeğinde ($t=4,556$, $p<0,001$) istatistiksel olarak fark bulunmaktadır. Buna karşın fiziksel fonksiyon ($t=0,155$, $p=0,877$), fiziksel rol ($t=1,780$, $p=0,080$), emosyonel rol ($t=1,151$, $p=0,251$) ve bedensel ağrı ($t=0,439$, $p=0,661$) alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Tablo 20

Aleksitimik ve non-aleksitimik bireylerin Kadın Cinsel Şikayet Tarama Ölçeği alt Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Değişken		Non-Aleksitimik (n=209)	Aleksitimik (n=47)	t/z değeri	p değeri
		Ort.±SS	Ort.±SS		
Kadın Cinsel Şikayet Tarama Ölçeği	İstek	1,45±1,60	1,63±1,66	-0,706 ^a	0,481
	Uyarılma	0,87±1,40	1,02±1,64	-0,098 ^a	0,922
	Lubrikasyon	1,19±1,81	1,68±2,28	-1,374 ^b	0,174
	Orgazm	1,98±2,44	2,08±2,74	-0,246 ^b	0,806
	Ağrı	1,15±1,80	1,29±2,13	-0,248 ^a	0,804
	Vajinismus	0,88±1,73	1,04±2,21	-0,578 ^a	0,563
	Persistan Uyarılma	0,77±1,26	0,74±1,40	-0,855 ^a	0,393
	Memnuniyet	2,25±1,82	1,78±1,75	1,611 ^b	0,108

^a: Mann-Withney U testi, ^b: Student's t testi, *: p değeri ≤0,05, **: p değeri ≤0,01, Ort.±SS: ortalama±standart sapma.

Aleksitimik ve non-aleksitimik katılımcıların KCŞTÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması Tablo 4.17'de sunulmuştur. Bulgularımıza göre, KCŞTÖ alt ölçeklerinden istek ($t=-0,706$, $p=0,481$), uyarılma ($t=-0,098$, $p=0,922$), lubrikasyon ($z=-1,374$, $p=0,174$), orgazm ($z=-0,246$, $p=0,806$), ağrı ($t=-0,248$, $p=0,804$), vajinismus ($t=-0,578$, $p=0,563$), persistan uyarılma ($t=-0,855$, $p=0,393$) ve memnuniyet ($z=1,611$, $p=0,108$) alt ölçek skorları arasında iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Tablo 21

Aleksitimisi olan ve Olmayan Katılımcıların Kadın Cinsel Şikâyet Tarama ölçeği

Cinsel Şikâyet Tarama Ölçek Madde		Aleksitimik (n=47) Ort.±SS	Non-Aleksitimik (n=209) Ort.±SS	t değeri	p değeri
İstek	A	0,95±0,90	0,88±0,94	-0,508 ^a	0,612
	B	0,68±0,93	0,57±0,95	-0,696 ^a	0,487
Uyarılma	A	0,48±0,85	0,39±0,74	-0,570 ^b	0,568
	B	0,53±1,03	0,48±0,88	-0,330 ^a	0,742
Lubrikasyon	A	0,76±1,12	0,47±0,83	-1,519 ^b	0,129
	B	0,91±1,31	0,71±1,14	-1,062 ^a	0,289
Orgazm	A	1,10±1,54	0,97±1,28	-0,556 ^a	0,580
	B	0,97±1,37	1,01±1,32	0,165 ^a	0,869
Ağrı	A	0,61±1,13	0,58±0,97	-0,176 ^a	0,860
	B	0,68±1,12	0,56±0,98	-0,681 ^a	0,497
Vajinismus	A	0,53±1,21	0,34±0,83	-0,135 ^b	0,893
	B	0,51±1,17	0,53±1,04	-0,889 ^b	0,374
Persistan Uyarılma	A	0,42±0,87	0,48±0,79	0,443 ^a	0,658
	B	0,31±0,72	0,29±0,68	-0,196 ^b	0,845
Genel memnuniyet		1,78±1,75	2,25±1,82	1,611 ^a	0,108
Yardım isteği		0,85±0,72	0,79±0,83	0,490 ^a	0,626

maddeleri cevaplarının karşılaştırılması.

^a:Student T Test, ^b:Mann-Withney U test, A: değerlendirme, B: şikâyet, Ort.±SS: ortalama±standart sapma.

İki grup arasında KCŞTÖ maddelerinin karşılaştırılması Tablo 21’de gösterilmiştir. Sonuçlara göre tüm maddeler için iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p>0,05).

3.3. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 ile Arasındaki İlişkinin Gösterilmesi

Katılımcılara uygulanan KCŞTÖ, KCİBÖ ve SF-36 alt ölçekleri ile TAÖ-20 arasındaki ilişkinin gösterilmesi amacıyla yapılan korelasyon analizi uygulanmıştır. TAÖ-20 alt ölçekleri ve toplam skor arası korelasyonlar Tablo 4.19’da gösterilmiştir. TAÖ-20 tüm alt ölçekleri ve toplam skorları arasında güçlü ve pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. (p≤0,01)

Tablo 22
Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 toplam ve Alt Ölçek Puanları Arasında
Korelasyonların Tablo Olarak Gösterimi

			Toronto Aleksitimi Ölçeği-20			
			Duygu Tanımada Zorluk	Duygu İfadede Zorluk	Dışa Dönük Düşünme	Toplam Aleksitimi Puan
Toronto Aleksitimi Ölçeği-20	Duygu Tanımada Zorluk	r	1			
	Duygu İfadede Zorluk	r	0,699**	1		
	Dışa Dönük Düşünme	r	0,179**	0,275**	1	
	Toplam Aleksitimi Puan	r	0,859**	0,848**	0,588**	1

** : p≤0,01.

Tablo 23
Kadın Cinsel Şikayet Tarama alt ölçek skorlarının Toronto Aleksitimi Ölçeği-20
toplam ve alt ölçek skorları ile ilişkisi

			Toronto Aleksitimi Ölçeği-20			
			Duygu Tanımada Zorluk	Duygu İfadede Zorluk	Dışa Dönük Düşünme	Toplam Aleksitimi Puan
Kadın Cinsel Şikayet Tarama	İstek	r	0,122*	-0,004	-0,049	0,044
	Uyarılma	r	0,167**	0,073	0,005	0,118*
	Lubrikasyon	r	0,196**	0,000	-0,018	0,097
	Orgazm	r	0,145**	-0,033	-0,188**	-0,009
	Ağrı	r	0,129*	0,091	-0,084	0,069
	Vajinismus	r	0,107	0,036	0,005	0,072
	Persistan Uyarılma	r	0,048	0,015	-0,045	0,013
	Memnuniyet	r	-0,096	-0,165**	-0,249**	-0,209**
	Toplam	r	0,158**	-0,001	-0,126*	0,034

* : p≤0,05, ** : p≤0,01.

TAÖ-20 duygu tanımada zorluk alt ölçeği ile KCŞTÖ istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, ağrı ve toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. Duygu ifadede zorluk ile memnuniyet arasında ve dışa dönük düşünme ile orgazm, memnuniyet ve toplam arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. TAÖ-20 toplam skoru ile uyarılma ve memnuniyet skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmuştur.

Tablo 24

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt skorları ile Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Skorları İle İlişkisi

			Toronto Aleksitimi Ölçeği-20			
			Duygu Tanımada Zorluk	Duygu İfadede Zorluk	Dışa Dönük Düşünme	Toplam Aleksitimi Puan
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel Fonksiyon	r	0,004	-0,034	-0,268**	-0,116*
	Fiziksel Rol	r	-0,119*	-0,104	-0,106	-0,143*
	Emosyonel Rol	r	-0,147**	-0,121*	0,068	-0,096
	Enerji	r	-0,238**	-0,219**	-0,143**	-0,263**
	Ruhsal Sağlık	r	-0,312**	-0,324**	-0,290**	-0,399**
	Sosyal İşlev	r	-0,216**	-0,215**	-0,105	-0,235**
	Bedensel Ağrı	r	-0,056	-0,033	-0,064	-0,067
	Genel Sağlık	r	-0,302**	-0,260**	-0,212**	-0,340**

*: $p \leq 0,05$, **: $p \leq 0,01$.

SF-36 alt ölçekleri ile TAÖ-20 alt ölçek ve toplam skorları arasındaki ilişki Tablo 24'de gösterilmiştir.

Tablo 25

**Kadın Cinsel İşlev Ölçeği toplam ve Alt Ölçek Skorlarının Toronto Aleksitimi Ölçeği
Toplam ve Alt Ölçek Skorları İle İlişkisi**

			Toronto Aleksitimi Ölçeği-20			
			Duygu Tanımada Zorluk	Duygu İfadede Zorluk	Dışa Dönük Düşünme	Toplam Aleksitimi Puan
Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu	İstek	r	-0,074	-0,146**	-0,227**	-0,182**
	Uyarılma	r	-0,089	-0,202**	-0,253**	-0,221**
	Lubrikasyon	r	-0,073	-0,175**	-0,251**	-0,202**
	Orgazm	r	-0,156**	-0,210**	-0,244**	-0,256**
	Memnuniyet	r	-0,107	-0,215**	-0,210**	-0,218**
	Toplam	r	-0,135**	-0,226**	-0,265**	-0,258**

*: $p \leq 0,05$, **: $p \leq 0,01$.

TAÖ-20 alt ölçek ve toplam skorları ile KCİBÖ arasındaki ilişki Tablo 25’de sunulmuştur. KCİBÖ alt ölçek ve toplam skorları ile özellikle TAÖ-20 toplam, duygu dışa dönük düşünme ve duygu ifadede zorluk skorlar arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu saptanmıştır.

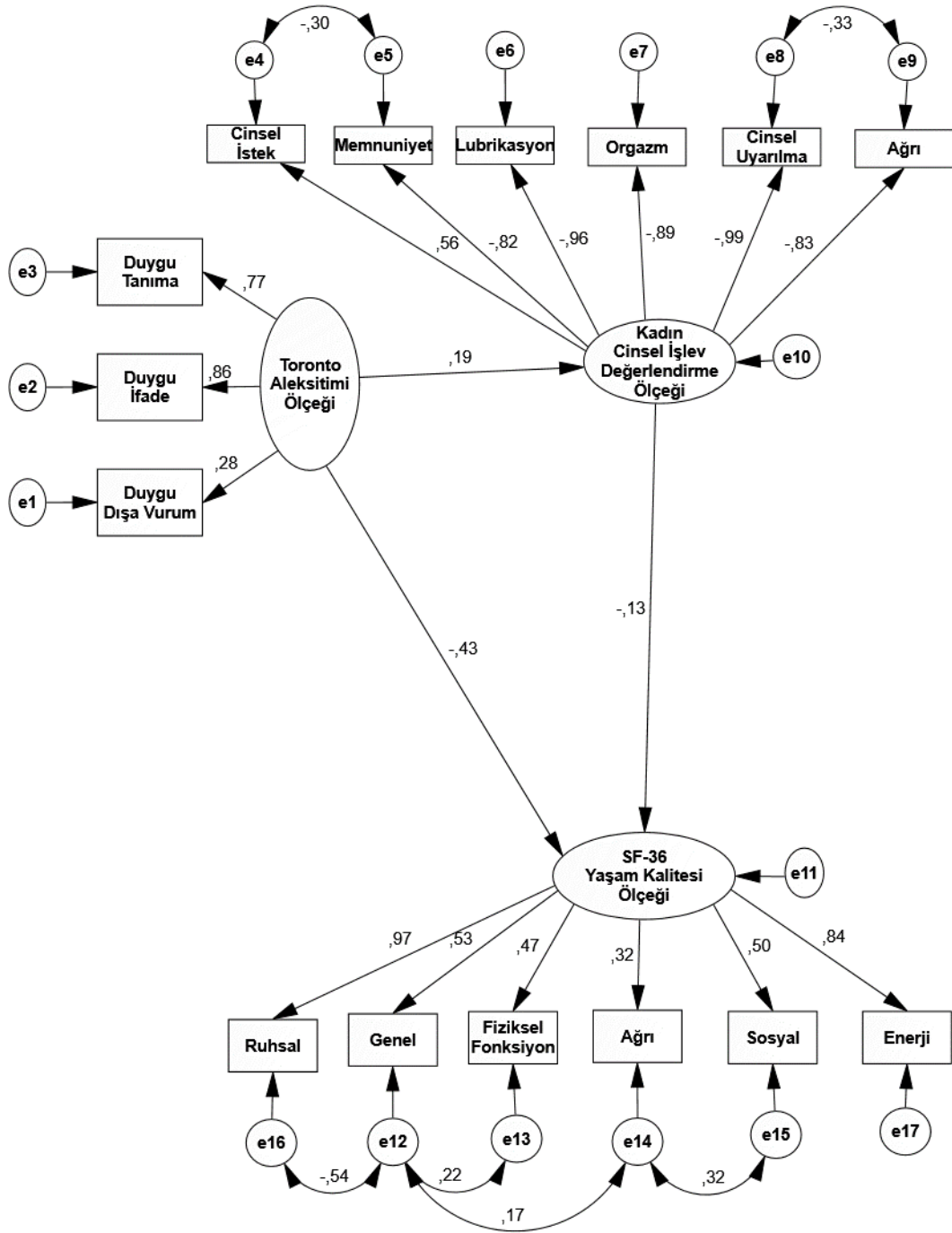
3.4 Katılımcılarda Aleksitimi Varlığını ve Diğer Değişkenlere Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizleri ile Gösterimi.

Katılımcılarda aleksitimi varlığının prediktörlerinin saptanması amacıyla KCİBÖ ve SF-36 alt ölçekleri ile oluşturulan model ile test edilmiştir. Buna göre Tablo 4.23’te katılımcıların KCİBÖ ve SF-36 alt ölçekleri skorlarının aleksitimi varlığını yordama durumuna dair regresyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Oluşturulan modelin anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Katılımcıların, SF-36 alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon, ruhsal sağlık ve genel sağlık puanlarının aleksitimi varlığını anlamlı düzeyde yordadığı ($p < 0,05$), buna karşın SF-36 fiziksel rol, emasyon, enerji ve sosyal işlev puanlarının ve KCİBÖ alt ölçeklerinin ise yordamadığı tespit edilmiştir.

Tablo 26

Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Ölçek Skorlarının
Aleksitimi Varlığını Yordamasının Analizi

		B	P değeri	Odds Oranı	95% Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu	İstek	-0,038	0,742	0,962	0,766	1,209
	Uyarılma	0,092	0,673	1,096	0,717	1,676
	Lubrikasyon	0,295	0,548	1,343	0,513	3,514
	Orgazm	-0,388	0,062	0,679	0,451	1,020
	Memnuniyet	-0,344	0,068	0,709	0,490	1,026
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel Fonksiyon	0,036	0,001**	1,037	1,015	1,060
	Fiziksel Rol	-0,009	0,141	0,991	0,978	1,003
	Emosyonel Rol	-0,002	0,698	0,998	0,988	1,008
	Enerji	0,038	0,052	1,039	1,000	1,080
	Ruhsal Sağlık	-0,082	0,000**	0,922	0,883	0,961
	Sosyal İşlev	-0,005	0,659	0,995	0,976	1,016
	Bedensel Ağrı	0,017	0,141	1,017	0,994	1,040
	Genel Sağlık	-0,039	0,004**	0,962	0,937	0,987



CMIN/DF	P	CMIN	DF	CFI	GFI	RMSEA
2,350	0,000	190,318	81	0,961	0,916	0,069

Şekil 1

Toronto Aleksitimi Ölçeği-20, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'ne ilişkin yapısal eşitlik modeli.

Şekil 1 çalışma sırasında uygulanan korelasyon analizleri ve teorik zemin doğrultusunda oluşturulan modele aittir. TAÖ-20'nin SF-36 üzerine ters yönde anlamlı ve orta büyüklükte bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde TAÖ-20'nin KCİBÖ üzerine pozitif yönde anlamlı ve orta büyüklükte bir etkiye sahipken KCİBÖ'nin SF-36 üzerine negatif yönde anlamlı etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Klinik parametreler arasındaki etkileşimler istatistik olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) ve bu etkileşimler için standardize regresyon katsayıları şu şekildedir; TAÖ-20 ile SF-36 = -0,43; TAÖ-20 ile KCİBÖ = 0,19; SF-36 ile KCİBÖ = -0,13. Sonuç olarak çalışmaya dahil edilen katılımcılarda TAÖ-20'nin SF-36'yı doğrudan ve KCİBÖ üzerinden dolaylı olarak etkilediği saptanmıştır.



BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Kadınlarda cinsel işlev bozuklukları ile aleksitimi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan mevcut çalışmanın en önemli bulgularından biri aleksitiminin cinsel işlev bozukluklarına doğrudan ve yaşam kalitesi üzerine hem doğrudan hem de cinsel işlev bozuklukları aracılığıyla dolaylı olarak etki ettiği belirlenmiştir. Ayrıca yaşam kalitesinin bileşenleri olan fiziksel fonksiyon, ruhsal sağlık ve genel sağlık değişkenlerinin aleksitimi varlığını anlamlı yordadığı bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarının yaşam kalitesiyle aleksitimi arasındaki ilişkinin anlaşılmasına ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik planlanacak uygulamaların geliştirilmesine fayda sağlayacağı düşünülebilir.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde verilerin çoğunlukla genç, bekar, ortaöğretim mezunu, halen çalışan ve çocuk sahibi olma düşüncesi olan bir gruptan elde edildiği belirlenmiştir. Bununla birlikte grubun %51.6'sının halen devam eden bir ilişkisi olmadığı belirlenmiştir. Cinsel yönelimle ilişkili olarak yanıtlanan soru sonucunda literatürdeki çalışmalara benzer şekilde katılımcıların büyük çoğunluğunun (%78.5) kendisini “sadece heteroseksüel” olarak tanımlayan bireyler tarafından oluştuğu saptanmıştır (Marques Cerentini ve ark., 2023; Starc, Jukić, Poljšak, & Dahmane, 2018; Starc, Poljšak, Gošnak Dahmane, Levec, & Perat, 2019). Bu bağlamda her ne kadar heteroseksüellik dışı cinsel yönelimin toplum genelinde rölatif olarak az olduğu bilinse de katılımcıların çalışma sırasında cinsel yönelime ilişkin soruların cevaplanmasında önyargılar nedeniyle çekince yaşayabileceği ve bu nedenle elde edilen sonuçların tüm cinsiyet ve cinsel yönelimler için genellenemeyeceği söylenebilir.

Duygusal verilerin bilişsel işlenmesindeki problem ve öz denetim güçlüğü olarak nitelendirilen, kelime anlamı olarak “duygular için söz yokluğu” anlamına gelen aleksitimi duygu tanımada zorluk, duygu ifadesinde zorluk ve içsel duygusal deneyimler yerine dışa odaklanma yanlılığı anlamına gelen dışa dönük düşünme ile karakterizedir (Martino ve ark., 2019; Zakeri & Rezaei, 2022). Literatürde yer alan verilere göre aleksitiminin aktif çalışan yaş grubunda yer alan kadınlardaki oranının için %5-10 arasında olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte yaşla beraber bu oranın arttığı belirtilmiştir. Aynı zamanda aleksitiminin düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, bekar olmak ve sağlık imkanlarına erişimin kısıtlı olması ile ilişkili olduğu da saptanmıştır (Mattila ve ark., 2009). Çalışmamızda aleksitimik özellikler gösteren kişilerin oranının %14.9 olduğu belirlenmiştir.

Literatür verilerine göre daha yüksek olan bu oranın bahsi geçen ve aleksitimi gelişiminde etkili olan diğer faktörler ile ilişkili olarak çalışmaya dahil edilen popülasyonun özelliklerinden kaynaklandığı ileri sürülebilir. Bununla birlikte Türkiye’de üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise aleksitimi %13.1 oranında bulunmuş olup çalışmanın mevcut sonuçları ile benzer olduğu söylenebilir (Gündoğmuş ve ark., 2023). Ayrıca literatürdeki çalışmalar arasındaki yaygınlık farkının aleksitimin belirlenmesinde kullanılan yöntem ve çalışma popülasyonu ile ilişkili olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Buna ek olarak aleksitimik özelliklere ilişkin yapılan değerlendirmede katılımcıların dışa dönük düşünme alt grubundan en yüksek puanı aldığı, bunu sırasıyla duygu tanımada zorluk ve duygu ifadesinde zorluk alt başlıkları puanlarının izlediği gösterilmiştir. Daha önceki çalışmalarda dışa dönük düşünme alt grubunun bilişsel defisitler ve otomatik duygusal işleme ile; duygu tanımada güçlük ve duygu ifadesindeki güçlük alt gruplarının ise duygusal aşırı cevap, olumsuz duygudurum ve halen mevcut olan ruhsal sağlık durumundaki varyasyonlar ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (Kekkonen ve ark., 2023). Somatoform bozukluk hastaları ile yapılan başka bir araştırmada ise dışa dönük düşünme alt grubundaki yüksek puanların stres kaynağını gözlemlemedeki güçlük ve problem çözme konusunda güvensizlik nedeniyle tedavi sürecindeki yüzleşmede yetersizlikle ilişkilendirilmiştir (Tominaga, Choi, Nagoshi, Wada, & Fukui, 2013). Bu bağlamda çalışmamızın sonuçları tekrar değerlendirildiğinde, araştırmaya dahil edilen popülasyonun bireysel özellikleri ve içinde yaşadığımız toplumun duygusal belirtilerini daha çok bedensel yolla ifade eden doğu kültürü özelliklerine sahip olmasının ve stres ile baş etme becerilerinin zayıf olmasının duyguları anlama, ifade etme ve işlemede güçlüğüne sebep olduğu ve içsel deneyimlere odaklanmaktan ziyade dışsal uyaranlara yöneldiği öne sürülebilir.

Cinsel işlev bozukluklarına ilişkin tanılama sürecinde değerlendirmenin uygun ortam ve şartlarda, bireylerin kendilerini güvende hissedebilecekleri bir biçimde uygun ölçüm araçları ile yapılması gerekmektedir (Polat, 2019). Bu ölçüm araçları bireylerin yaşam kalitesinin ve cinsel işlevlerinin değerlendirilmesi ile tedavi planlamasını sağlamada önemlidir. Bunun için en sık kullanılan ölçekler cinsel işlev bozukluklarını cinsel yanıt döngüsündeki evrelere göre sınıflandırarak değerlendirmektedir (Yaşar ve ark., 2010). Rosen ve arkadaşları tarafından geliştirilen KCIÖ’nin orijinal versiyonunda toplam ölçek puan ortalaması cinsel uyarılma bozukluğu olan kadınlar için $19,2 \pm 6,63$ ve kontrol grubu için ise $30,5 \pm 5,29$ olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda ölçeğin kontrol grubundaki alt grup puanları arasında karşılaştırma yapıldığında en yüksek puanın $18,6 \pm 3,17$ ile lubrikasyon alt

grubunda alındığı belirlenmiştir. Sonrasında ise sırasıyla uyarılma ($16,8\pm3,62$), ağrı ($13,9\pm2,79$), doyum ($12,8\pm3,03$), orgazm ($12,7\pm3,16$) ve istek ($6,9\pm1,89$) alt grup puanları gelmektedir (Rosen, 2000). Aygün ve Aslan tarafından yapılan KCIÖ'nin Türkçeye uyarlanmasında ise 190 metastaz yapmamış meme kanseri tanısı olan ve cinsel partneri bulunan kadın katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri analiz edildiğinde bu grubun toplam cinsel işlev puanlarının ortalama $43,85\pm30,01$ olduğu belirlenmiştir. Alt gruplara dair karşılaştırma sonuçlarında ise en yüksek puanın benzer şekilde lubrikasyon alt grubunda ($9,04\pm7,31$) olduğu belirlenmiştir. Bunu sırasıyla yine orijinal çalışmaya benzer şekilde uyarılma ($8,29\pm5,52$), ağrı ($7,98\pm6,61$), doyum ($7,48\pm4,71$), orgazm ($6,59\pm5,44$) ve istek ($4,47\pm2,17$) alt grupları izlemektedir (Aygün & Aslan, 2005). Çalışmamızda katılımcıların cinsel işlevlerine dair KCIÖ ile yapılan değerlendirmenin sonucunda en yüksek puanın “istek” alt grubundan elde edildiği saptanmıştır. Bunu sırasıyla “uyarılma”, “memnuniyet”, “ağrı”, “orgazm” ve “lubrikasyon” alt grupları izlemektedir. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği kullanılarak elde edilen toplam puanın ise ortalama $16,25\pm9,17$ olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin orijinal versiyonu ve Türkçe uyarlaması ile çelişen bu sayısal farkın çalışmamıza dahil edilen ve tanı konulmuş bir cinsel işlev bozukluğu olmayan örneklemenin medeni durum ile ilişkili bireysel ve kültürel özelliklerinden kaynaklandığı ileri sürülebilir. Bu bağlamda bu farkın Türkiye gibi cinsellik yönünden görece daha kapalı toplumlarda evlilik dışı cinsel ilişki sıklığının daha az olması ve bu nedenle cinsel ilişki sırasında bedende oluşabilecek fizyolojik yanıtların natürünün henüz tanınmamış olması, yaş ve mevcut ilişki durumu nedeniyle cinselliğe yönelik isteğin cinsel partneri olanlardan daha yüksek olması ya da kişilerin cinsel yaşantılarına dair bilgi vermekten çekinmesi nedeniyle oluştuğu söylenebilir.

Literatürdeki klinik olmayan kadın popülasyon ile yapılan çalışmalar incelendiğinde aleksitiminin azalmış cinsel istek, daha fazla cinsel hoşnutsuzluk ve daha az vajinal birleşme sıklığı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Sünbül ve ark., 2021). Costa ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada partneri olmayan kadınlarda bedensel ve duygusal farkındalığın yüksek olması gibi aleksitimi ilişkili durumların cinsel istek ile pozitif korelasyon gösterdiği belirlenmiştir (Costa, Oliveira, Pestana, Costa, & Oliveira, 2019). Scimeca ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise araştırmaya dahil edilen kadın popülasyonda benzer şekilde aleksitimi skorları ile cinsel tatmin arasında zıt yönlü bir ilişki belirlenmiş olup, bu ilişki cinsel istek ile aleksitimi arasında saptanmamıştır (Scimeca ve ark., 2013). Benzer şekilde Berenguer ve arkadaşlarının klinik olmayan popülasyonda yaptığı çalışmada da aleksitimi

daha az uyarılma ve lubrikasyon, daha fazla orgazm zorluğu, tatminsizlik, ağrı ve seksüel distres ile ilişkilendirilmiş olup, bu ilişki cinsel istek ile arasında saptanmamıştır (Berenguer, Rebôlo, & Costa, 2019). Bizim çalışmamızda da aleksitimik özellikler gösteren ve göstermeyen iki grubun cinsel işlevler yönünden karşılaştırılmasında “istek” puanları hariç “uyarılma”, “memnuniyet”, “ağrı”, “orgazm” ve “lubrikasyon” gibi diğer tüm alt gruplarda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda literatür verileri ile mevcut sonuçlar birlikte ele alındığında cinsel işlev bozuklukları ile aleksitimi ilişkisine dair farklı bulgular olduğu görülmektedir. Genel anlamda kişilerarası ilişkilerde yakınlık kurma sorunlarına neden olan aleksitiminin cinsel fonksiyonlar üzerinde de olumsuz etkilerinin olduğu söylenebilmektedir. Bu durumun açıklamaya faydalı olabilecek nedenler üzerinde durulabilir. Öncelikle aleksitimik bireylerin kendi duygularını tanımlama ve ifade etmekte yaşamış oldukları sorunların bireylerde içselleştirilmiş psikik çatışmalara neden oluyor olması ve bu sorunları dile getiremiyor olmanın vermiş olduğu distres durumu cinsel fonksiyon bozukluklarına neden oluyor olabilir (Hyppä, Lindholm, Kronholm, & Lehtinen, 1990). Bununla birlikte aleksitimik bireylerde artmış beyin aktivitelerinin cinsellik ile arasında bir karmaşa durumuna neden oluyor olabilir (Nofzinger ve ark., 2004). Ayrıca aleksitimik bireylerde görülen uyku bozuklukları, kabus görme ve uyur gezerlik gibi uyku ile ilişkili süreçler cinsel fonksiyon bozukluklarına neden oluyor olabilir (Bauermann, Parker, & Taylor, 2008; Gündoğmuş ve ark., 2023). Diğer yandan çok sayıda ruhsal ve fiziksel durumun hem cinsel fonksiyonlar hem de aleksitimi ile ilişkili olması çalışmamızda bu sonuçla karşılamamıza neden olmuş olabilir. Bununla birlikte tanı koyulmamış aleksitimik bireylerde daha fazla olabileceği düşünülen teknolojik bağımlılıkları ve alkol/madde bağımlılıkları gibi bağımlılıkların aynı zamanda cinsel fonksiyon bozuklukları üzerine etkilerinin olabileceği üzerinde düşünülmesi gereken en önemli konu başlıklarından bir tanesidir (Gündoğmuş ve ark., 2021; Hamidi, Rostami, Farhoodi, & Abdolmanafi, 2010). Ayrıca bu iki kavramın arasındaki ilişkinin açıklanmasına ve aracılık edebilecek faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Yaşam kalitesi düzeyinin belirlenmesi için kullanılan SF-36 ölçeği ile yapılan değerlendirmede çalışmaya dahil edilen tüm katılımcıların en yüksek yaşam kalitesi puanını “fiziksel fonksiyon” ($80,03 \pm 22,60$) alt grubunda aldığı saptanmıştır. Bunu sırasıyla “bedensel ağrı” ($74,86 \pm 20,92$), “fiziksel rol” ($69,46 \pm 37,12$), “sosyal işlev” ($64,39 \pm 24,48$), “ruhsal sağlık” ($60,93 \pm 18,11$), “genel sağlık” ($60,80 \pm 18,88$), “enerji” ($48,18 \pm 18,79$) ve “emosyonel rol” ($43,77 \pm 41,82$) alt grup puanları izlemiştir. Bununla birlikte yaşam kalitesi

hakkında aleksitimik özellik gösteren ve göstermeyen iki grubun karşılaştırmasında aleksitimik özellikler gösteren grupta “enerji”, “ruhsal sağlık”, “sosyal işlev” ve “genel sağlık” puanların anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. SF-36 yaşam kalitesi değerlendirme ölçeğinde fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, bedensel ağrı ve genel sağlık alt grupları ölçeğin fiziksel bileşeni olarak ele alınırken; enerji, sosyal işlev, emosyonel rol ve ruhsal sağlık da ruhsal bileşen olarak değerlendirilmektedir (Tesio ve ark., 2018). Literatürde klinik olmayan popülasyonla yapılan çalışmalar olduğu gibi kadınların doğal yaşam döngüsündeki menopoza, gebelik gibi bazı süreçlerle veya çeşitli hastalık tablolarıyla ilişkili olarak yapılan araştırmalar da bulunmaktadır. Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada dispareni kliniğinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada elde edilen veriler sonucu dispareni olan ve olmayan katılımcıların yaşam kalitesi değerlendirildiğinde en yüksek puanı benzer şekilde “fiziksel fonksiyon” alt grubundan aldığı belirlenmiştir. Bununla birlikte iki grup arasında “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol” ve “emosyonel rol” alt grup puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte dispareni şikayeti olanların “bedensel ağrı”, “genel sağlık”, “enerji” ve “sosyal işlev” alt gruplarında anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı saptanmıştır (Özdemir, Özerdoğan, & Ünsal, 2013). Yurdakul ve arkadaşları tarafından bir devlet hastanesi jinekoloji bölümüne herhangi bir yakınma ile başvuran 83 kadının yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada en yüksek puanların “fiziksel fonksiyon” ve “emosyonel rol” alt gruplarında, en düşük puanın ise “sosyal işlev” alt grubunda alındığı gösterilmiştir. Aynı zamanda yaşam kalitesi ile ev içi rol, eğitim düzeyi ve gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Yurdakul, Eker, & Kaya, 2007). Ertem tarafından klimakterik dönemdeki 300 kadın katılımcının yaşam kalitelerini belirlemek üzere yapılan başka bir çalışmada da benzer şekilde en yüksek puanın “fiziksel fonksiyon” alt grubunda alındığı belirlenmiştir. En düşük puanlar ise “fiziksel rol”, “emosyonel rol”, “sosyal işlev” ve “bedensel ağrı” gruplarından elde edilmiştir. Bununla birlikte önceki çalışmalara benzer şekilde yaş, öğrenim düzeyi ve çalışma durumu gibi faktörlerin yaşam kalitesi alt gruplarında anlamlı düzeyde değişikliğe neden olabildiği bildirilmiştir (Ertem, 2010). Yaşam kalitesi ile ilgili bir başka çalışmada ise kadınları fizyolojik ve ruhsal açıdan değişikliklere yol açan bir dönem olan gebeliğin genel anlamda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Özhüner & Çelik, 2019). Yaşam kalitesi subjektif olarak değerlendirilen, fizyolojik etkenlerin yanı sıra geçmiş dönem yaşantıları, olayları algılama şekli, bilişsel ve duygusal süreçler gibi psikolojik faktörlerden etkilenebilen bireysel olarak iyilik halinin değerlendirilmesi durumudur (Yurdakul ve ark., 2007). Bu kavramın fiziksel çevre, toplumsal yapılanma, sosyoekonomik

durum, kültür ve değerler sistemi gibi birçok dış etmen ile de ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Özdemir ve ark., 2013). Çalışmamızın sonuçları ile literatürde yer alan önceki çalışmaların sonuçları karşılaştırıldığında her ne kadar benzer sonuçlar elde edildiği görülse de yaşam kalitesinin birçok faktörden etkilendiği unutulmamalıdır. Bu bağlamda aleksitimik özellikler gibi psikolojik yönden normal popülasyona göre farklılıklar gösteren bireylerin ruhsal sağlık, enerji düzeyi ve sosyal işlev değerlendirmelerinin daha kötü olması, duygusal anlamda etkileşim kurma güçlükleri nedeniyle kişilerarası ilişkilerde ve sosyal ortamlarda sorunlar yaşamaları, bu alanlardaki sorunlara yönelik kurduğu başarısız başa çıkma stratejileri nedeni ile daha fazla çaba göstermek zorunda kalmaları ve bunun sonucunda ruhsal açıdan olumsuz etkilenmeleri ile açıklanabilir. Bununla birlikte bu kişilerde genel sağlık değerlendirmesinin de daha kötü olduğunun belirlenmesi yaşam kalitesinin bir komponenti olan ruhsal bileşenin, fiziksel bileşen ile birlikte bir bütün olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir. Aynı zamanda aleksitimik özellikler gösteren ve göstermeyen katılımcılar arasında emosyonel role ilişkin puanların istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemesinin altında yatan nedenin bahsedilen psikolojik özellik nedeniyle kendi duygularını tanıma ve ifade etmede güçlük yaşayan bu bireylerin emosyonel rolleri nedeniyle yaşadıkları kısıtlanmaların farkına varmaması ve bu nedenle yaşam kalitesine ilişkin objektif değerlendirme yapamaması olduğu ileri sürülebilir.

Aleksitiminin sağlık ilişkili yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Salminen ve arkadaşlarının 1285 sağlıklı kişiden oluşan örneklemle yaptığı bir çalışmada aleksitiminin SF-36'nın fiziksel, ruhsal ve sosyal alt grupları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Salminen, Saarijärvi, & Toikka, 2002). Modestin ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada ise aleksitiminin yalnızca SF-36'nın ruhsal ve sosyal alt grupları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Modestin, Furrer, & Malti, 2004). Çalışmamızda TAÖ-20 alt grupları ile SF-36 alt gruplarının karşılaştırılması sonucunda özellikle duygu tanıma alt grubunun yaşam kalitesini ölçen fiziksel rol, emosyonel rol, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlev ve genel sağlık şeklindeki tüm alt gruplar ile anlamlı düzeyde zıt yönlü bir ilişkisinin olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte benzer ilişki TAÖ-20'nin duygu ifadesinde zorluk alt grubu ile emosyonel rol, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlev ve genel sağlık alanlarında, dışa dönük düşünme alt grubu ile fiziksel fonksiyon, enerji, ruhsal ve genel sağlık alanlarında saptanmıştır. Bu bulgular genel anlamda literatür verileri ile uyumlu olup aleksitiminin duygu tanımada zorluk, duygu ifadesinde zorluk ve dışa dönük düşünme şeklindeki özelliklerinin kişilerde bilişsel ve duygusal yanıt farklılıkları oluşturması nedeniyle fiziksel,

ruhsal ve sosyal açıdan yaşam kalitesi ile ilişkili tüm alt gruplar üzerine etkilerine dair yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Ciocca ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada DSM-IV'e göre vajinismus tanısı konmuş hastaların sağlıklı kontrollere göre aleksitimik özellikler gösterme olasılığının 3.8 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada aynı zamanda duygu tanımada güçlük, duygu ifadesinde güçlük ve dışa dönük düşünme alt grupları skorlarının vajinismus hastalarında daha fazla olduğu belirlenmiştir (Ciocca ve ark., 2013) Benzer şekilde Özdemir ve arkadaşlarının DSM-5'e göre genitopelvik ağrı/penetrasyon güçlüğü tanısı olan kişilerde yaptığı bir çalışmada hasta grubu ile kontrol grubu arasında aleksitiminin duyguları tanımada güçlük, duyguları ifade etmede güçlük alt grupları skorları ve toplam skor açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (Ozdemir, Ergelen, Ozen, Akgul, & Bestepe, 2022). Madioni ve Mammana tarafından yapılan bir çalışmada hipoaktif cinsel istek bozukluğu olan her iki cinsiyetteki bireylerin duygu tanımada zorluk, duygu ifadesinde zorluk ve dışa dönük düşünme şeklindeki aleksitimi alt grup skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Madioni & Mammana, 2001). Ribeiro ve Pereira tarafından yapılan başka bir çalışmada ise hipoaktif cinsel istek bozukluğu ve cinsel uyarılma bozukluğu tanısı olan bireylerin aleksitimi skorlarının kontrollere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Riberiro & Pereira, 2023). Çalışmamızda cinsel işlev bozuklukları ve aleksitimi ilişkisine ilişkin yapılan değerlendirme sonucunda cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon ve memnuniyet ile duygu ifadesinde zorluk, dışa dönük düşünme ve toplam aleksitimi puanları arasında anlamlı düzeyde zıt yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde orgazm ve toplam cinsel işlev bozukluğu skorları ile duygu tanımada güçlük, duygu ifadesinde güçlük, dışa dönük düşünme ve toplam aleksitimi skorları arasında aynı ilişki saptanmıştır. Çalışmamızın sonucunda elde ettiğimiz veriler literatür ile benzer olup bu bağlamda birçok faktörden etkilendiği bilinen cinsel işlev bozukluklarının duygu regülasyonunda güçlük yaşayan bireylerde görülen somatizasyon bozukluklarının bir varyantı olarak değerlendirilebileceği söylenebilir. Aynı zamanda bu sonuçlar değerlendirildiğinde cinsel işlev bozuklukları arasında yalnızca orgazmın duygu tanıma güçlüğü ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bu durumun, duyguları tanımlamada güçlük yaşadığı ve bedensel duyumları ile duyguları arasındaki farkları algılayamadığı bilinen bireylerin cinsel ilişki sırasında bedensel duyumların en yüksek düzeyde yaşandığı orgazm evresi ile eş zamanlı olarak hissedilen duygusal yoğunluğun arasındaki farkı değerlendirememesinden kaynaklanabileceği ileri sürülebilir.

Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde araştırmaların çoğunlukla yaşam kalitesini yordama üzerine olduğu görülmektedir. Nardelli ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise depresyon skorları kontrol edildiğinde bile aleksitiminin daha kötü yaşam kalitesini öngördüğü saptanmıştır (Nardelli ve ark., 2013). Benzer şekilde Nekouei ve arkadaşları da kalp hastalarında aleksitiminin hem daha ciddi depresif belirtileri hem de kötü yaşam kalitesini yordadığını bulmuştur (Nekouei, Doost, Yousefy, Manshaee, & Sadeghei, 2014). Tesio ve arkadaşlarının 205 kadın ile yaptığı bir çalışmada ise aleksitiminin direkt ve depresif belirtiler aracılığıyla dolaylı yoldan ruhsal sağlık ilişkili yaşam kalitesine olumsuz etkilerinin olduğu bildirilmiştir (Tesio ve ark., 2018). Sonuç olarak aleksitiminin fiziksel ve ruhsal sıkıntılara ek olarak yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerinin olduğu anlaşılmaktadır. Literatür incelendiğinde aleksitiminin yaşam kalitesi üzerine yordayıcılığı hakkında çeşitli çalışmaların olduğu görülmekle birlikte aleksitimi yordayan faktörler için oldukça az verinin olduğu anlaşılmıştır. Bununla ilişkili olarak yapılan bir çalışmada hipoaktif cinsel istek bozukluğu ve erektil disfonksiyon gibi klinik tablolarda somatizasyon belirtilerinin diğer psikopatolojilerden bağımsız olarak aleksitimi yordadığı bilinmektedir (Madioni & Mammana, 2001). Bu çalışmada yaşam kalitesi ve cinsel işlev bozukluklarının aleksitimi yordayıcılığına ilişkin elde ettiğimiz verilerin sonucunda cinsel işlev bozukluklarının aleksitimi yordamadığını; bununla birlikte fiziksel fonksiyon, ruhsal ve genel sağlık şeklindeki yaşam kalitesi alanlarının aleksitimi için yordayıcı olduğu gösterilmiştir. Bu bağlamda fiziksel fonksiyonları ve genel sağlıklarını daha kötü olarak değerlendiren, ruhsal alandaki işlevselliklerine yönelik olumsuz yönde kanaat oluşturan bireylerin duyguları tanıma ve ifade etmede güçlük şeklinde aleksitimik özellikler gösterebileceği söylenebilir. Bu durum aleksitimik bireylerin duygular ile bedensel duyular arasındaki farkı anlamada güçlük yaşadığı görüşünü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda uygulanan yapısal eşitlik modeli sonucu incelenen aracılık analizi verileri doğrultusunda çalışmamıza dahil edilen katılımcılardaki aleksitimik özelliklerin cinsel işlev bozukluklarına doğrudan, orta düzeyde ve pozitif yönde, yaşam kalitesine ise doğrudan, orta düzeyde ve negatif yönde etki ettiği belirlenmiştir. Bununla birlikte cinsel işlev bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin doğrudan, anlamlı ve negatif yönde olduğu saptanmıştır. Son olarak aleksitimik özelliklerin, cinsel işlev bozukluklarının aracılık etkisi ile dolaylı olarak yaşam kalitesi üzerine negatif yönde etki ettiği gösterilmiştir. Çalışmamızda yapısal eşitlik modeli kullanılmasının sebebi, bağımsız değişkenin (aleksitimi) bağımlı değişkenler (yaşam kalitesi bileşenleri ve cinsel işlev bozukluğu

bileşenleri) üzerindeki etkisinin gizli bir değişken (yaşam kalitesi bileşenleri) üzerinde eşzamanlı analizine izin vermesidir. Dolayısıyla bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkisinin doğrudan ve dolaylı olarak karşılaştırılması mümkündür. Bu modele göre cinsel işlev bozukluklarının, aleksitimi ile ilişkili olarak ortaya çıkan duygusal zorluklar nedeniyle yaşam kalitesi üzerinde daha fazla olumsuz etkisinin olacağı söylenebilir. Bununla birlikte aleksitiminin duygusal ifade ve iletişimi olumsuz yönde etkilemesinin de kişilerarası ilişkideki tatmini azaltarak çeşitli problemlere neden olabileceği ileri sürülebilir. Buna ek olarak cinsel işlev bozukluklarının sonucunda ortaya çıkan duygusal anlamda strese yol açarak aleksitimik davranışları artırabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Elde edilen tüm bu verilerin ışığında aleksitiminin cinsel işlev bozuklukları ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu belirlense de bahsedilen tüm kavramların birbiri ile ilişkisi haricinde birçok biyolojik, psikolojik ve sosyal faktöre bağlı olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca aleksitimi ve algı arasındaki ilişkiler ve düşük algı doğruluğuna etkisi olabileceğinin farkında olunması, aleksitiminin cinsel işlevler üzerinde negatif bir etki üzerinden yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceğinin farkında olunmalıdır. Ayrıca nedenselliğin yönü halen belirsizliğini korumaktadır. Kötü yaşam kalitesi ve cinsel işlev bozukluğunun daha fazla psikiyatrik bozukluk riskine neden olması veya algıları etkileyerek aleksitimi riskinde artışa neden olması muhtemeldir. Halen aleksitimi, yaşam kalitesi ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkinin mekanizması belirsizliğini koruyor olup ileri araştırmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Çalışmanın sonunda elde edilen veriler bazı kısıtlılıklar dahilinde ele alınmalıdır. Bunlardan ilki çalışmanın kesitsel tasarıma sahip olmasıdır. Bu kesitsel tasarım neden-sonuç ilişkisinin ortaya koyulmasında kısıtlı veriler sunduğu akılda tutulmalıdır. İkinci kısıtlılık ise çalışmada kullanılan ölçeklerin öz bildirim yolu ile uygulanmış olmasıdır. Bu durum katılımcıların bireysel ve toplumsal açıdan sahip olduğu farklılıklar nedeniyle formlarda yer alan bazı sorulara yanlı cevap vermesine neden olmuş olabilir. Bu bağlamda ileride yapılacak çalışmalarda elde edilen verilerin objektif bir şekilde değerlendirilebilmesi için ek değerlendirme araçları kullanılmalıdır. Ayrıca ölçeklerin içerisinde halen mahremiyet bağlamında değerlendirilmekte olan cinsel işlevlerle ilgili ölçeklerin bulunuyor olması bir diğer kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte katılımcıların yalnızca kadın cinsiyetten oluşması da çalışmanın kısıtlılıklarından biridir. Bu durum elde edilen verilerin genelleştirilmesinin önünde bir engel oluşturmaktadır. Aynı zamanda çok etkenli bir yapı olan cinsel işlevlerin kısıtlı sayıda maddeli bir ölçek ile değerlendirilmiş olması diğer biyolojik, ekonomik ve sosyal boyutlar gibi boyutların etkilerinin gözden kaçmasına neden

olmuş olabilir. Bununla birlikte örneklemin çoğunluğunun heteroseksüel yönelimi olan kişilerden oluşması sonucun tüm cinsel yönelimlere ilişkin genellenmesine engel olacaktır. Son olarak katılımcı sayısının sınırlı ve tek bir şehir kaynaklı olması nedeniyle sonuçların genelleştirilemeyecek olması da çalışmanın kısıtlılıklarından biridir.

Sonuç olarak çalışmamızda bir kadın örnekleminde aleksitiminin cinsel işlevler üzerinde olaylı olarak ve direkt olarak yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu ortaya koyulmuş oldu. Günlük yaşamın önemli bir parçası olan cinsellik ve yaşam kalitesi ile ilgili en önemli faktörlerden biri olan cinsel işlevler ile ilişkili bozuklukların, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda işlevselliğinin bozulmasına ve uzun vadede yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerin ortaya çıkmasına neden olabileceği bilinmektedir. Yaşam kalitesi ve cinsel işlev bozukluğunun tedavisinde geliştirilecek terapötik yaklaşımların planlanmasında aleksitimik özelliklerin göz önünde bulundurulması gerektiği açıktır. Bu nedenle bu klinik tablonun altında yatan ve bireylerin duygusal yapılanmaları ile ilişkili olan aleksitimi gibi faktörlerin tanınması ve uygun tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine yönelik ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

- Althof, Stanley E, ve Needle, Rachel B. (2013). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction in women: An update. *Arab journal of urology*, 11(3), 299-304.
- American Psikiyatri Birliği, DSM-5. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th: Arlington, VA (access date: February 2015 2013).
- Aslan, Esma Akpınar, ve Batmaz, Sedat. (2022). Quality of life in alexithymia: the role of clinical characteristics, psychopathology, and self-regulation. *Archives of Clinical Psychiatry*, 49(1).
- Aslan, H. (1996). Psikiyatrik, psikosomatik hastalarda aleksitimi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 33(1), 13-18.
- Atallah, Sandrine, Johnson-Agbakwu, Crista, Rosenbaum, Talli, Abdo, Carmita, Byers, E Sandra, Graham, Cynthia, . . . Brotto, Lori. (2016). Ethical and sociocultural aspects of sexual function and dysfunction in both sexes. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 591-606.
- Ataoğlu, Safinaz, Ankaralı, Handan, ve Ankaralı, Seyit. (2017). Fibromiyalji hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçeklerin karşılaştırılması. *Anadolu Klinięi Tıp Bilimleri Dergisi*, 22(2), 85-94.
- Atasayar, M. (2011). Ergenlerin aleksitimik özelliklerinin psikolojik belirtileri ve yaşam doyumları ile ilişkisi [The alexithymia characteristics of adolescent the relationship with psychological symptoms and life satisfaction]. *Unpublished Master's Thesis*.
- Aygın, D, ve Aslan, FE. (2005). Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Türkiye Klinikleri J Medical Sciences*, 25(3), 393-399.
- Bagby, R Michael, Parker, James DA, ve Taylor, Graeme J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.
- Bancroft, John. (2002). Biological factors in human sexuality. *Journal of sex Research*, 39(1), 15-21.

- Basson, Rosemary, Berman, Jennifer, Burnett, Arthur, Derogatis, Leonard, Ferguson, David, Fourcroy, Jean, . . . Laan, Ellen. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of urology*, 163(3), 888-893.
- Batigün, Ayşegül Durak, ve Büyükşahin, Ayda. (2008). Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3).
- Bauermann, Tonya M, Parker, James DA, ve Taylor, Graeme J. (2008). Sleep problems and sleep hygiene in young adults with alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 45(4), 318-322.
- Baykara Yilmaz, Bahar. (2019). *Cinsel mitler ile cinsel işlev bozukluklarının yaşam doyumunu yordama düzeyinin incelenmesi*. Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Bekmezci, Ebru, ve Meram, Halime Esra. (2020). Kadın cinsel işlev bozukluğu yönetiminde güncel yaklaşımlar ve kanıt temelli uygulamalar. *Androloji Bülteni*, 22(4), 233-237.
- Berenguer, Cláudia, Rebôlo, Catarina, ve Costa, Rui Miguel. (2019). Interoceptive awareness, alexithymia, and sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 45(8), 729-738.
- Bhavsar, Vishal, ve Bhugra, Dinesh. (2013). Cultural factors and sexual dysfunction in clinical practice. *Advances in psychiatric treatment*, 19(2), 144-152.
- Bhugra, Dinesh, ve Silva, Padmal De. (1993). Sexual dysfunction across cultures. *International Review of Psychiatry*, 5(2-3), 243-252.
- Blanchard, Edward B, Arena, John G, ve Pallmeyer, Thomas P. (1981). Psychometric properties of a scale to measure alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 35(1), 64-71.
- Bozdemir, Nafiz, ve Özcan, Sevgi. (2011). Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish journal of family medicine and primary care*, 5(4).
- Brotto, Lori, Atallah, Sandrine, Johnson-Agbakwu, Crista, Rosenbaum, Talli, Abdo, Carmita, Byers, E Sandra, . . . Wylie, Kevan. (2016). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 13(4), 538-571.

- Carbone, DJ, ve Hodges, S. (2003). Medical therapy for benign prostatic hyperplasia: sexual dysfunction and impact on quality of life. *International journal of impotence research*, 15(4), 299-306.
- CETAD. (2006). CETAD Bilgilendirme dosyası 5. “Kadın Cinselliği”. Ed: Yüksel Ş, Cindoğlu D, Şimşek F, Seyisoğlu H. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2006.
- Chen, Ching-Hui, Lin, Yen-Chin, Chiu, Li-Hsuan, Chu, Yuan-Hsiang, Ruan, Fang-Fu, Liu, Wei-Min, ve Wang, Peng-Hui. (2013). Female sexual dysfunction: Definition, classification, and debates. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 52(1), 3-7.
- Ciocca, G, Limoncin, E, Di Tommaso, S, Gravina, GL, Di Sante, S, Carosa, E, . . . Jannini, EA. (2013). Alexithymia and vaginismus: a preliminary correlation perspective. *International Journal of Impotence Research*, 25(3), 113-116.
- Cooper, David E, ve Holmstrom, Robert W. (1984). Relationship between alexithymia and somatic complaints in a normal sample. *Psychotherapy and psychosomatics*, 41(1), 20-24.
- Costa, Rui Miguel, Oliveira, Gonçalo, Pestana, José, Costa, David, ve Oliveira, Rui F. (2019). Do psychosocial factors moderate the relation between testosterone and female sexual desire? The role of interoception, alexithymia, defense mechanisms, and relationship status. *Adaptive Human Behavior and Physiology*, 5, 13-30.
- Çayan, Selahittin, Akbay, Erdem, Bozlu, Murat, Canpolat, Bülent, Acar, Deniz, ve Ulusoy, Ercüment. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia internationalis*, 72(1), 52-57.
- Çoban, Deniz Adnan, ve Gündoğmuş, İbrahim. (2019). Travma sonrası stres bozukluğu belirti profilinin cinsel ve cinsel olmayan travma tiplerine göre karşılaştırılması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(5).
- Davis, Susan R, Guay, André T, Shifren, Jan L, ve Mazer, Norman A. (2004). Endocrine aspects of female sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 1(1), 82-86.

- Demir, Ramazan, Tanhan, Ahmet, Çiçek, İlhan, Yerlikaya, İbrahim, Kurt, Sevilay Çırak, ve Ünverdi, Büşra. (2021). Yaşam kalitesinin yordayıcıları olarak psikolojik iyi oluş ve yaşam doyumu. *Yaşadıkça Eğitim*, 35(1), 192-206.
- Durna, Gülşah, Selva, Ülbe, ve Dirik, Gülay. (2020). Kadında cinsel işlev bozukluğunun tedavisinde bilinçli farkındalık temelli müdahaleler: sistematik bir derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 72-90.
- El Rasheed, Amany Haroun. (2001). Alexithymia in Egyptian substance abusers. *Substance abuse*, 22, 11-21.
- Epözdemir, Hejan. (2012a). Aleksitimi: Psikolojik Bir Semptom Mu, Yoksa Bir Kisilik Özelliği Mi? *Türk Psikoloji Yazıları*, 15(30), 25.
- Epözdemir, Hejan. (2012b). The effect of alexithymic characteristics of married couples on their marital adjustment. *Journal of Family Psychotherapy*, 23(2), 116-130.
- Erbil, Nülüfer. (2011). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Turkish women attending a maternity and gynecology outpatient clinic. *Sexuality and Disability*, 29, 377-386.
- Ertem, Gül. (2010). Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 469-483.
- Ertin, Hakan, ve Temel, M Kemal. (2016). İnsan üzerindeki deneyler ve ilgili etik–yasal metinler. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 21(3), 223-234.
- Fischer, Nantje, ve Træen, Bente. (2022). Prevalence of sexual difficulties and related distress and their association with sexual avoidance in Norway. *International Journal of Sexual Health*, 34(1), 27-40.
- Fisher, Linda. (2000). *Phenomenology and feminism: Perspectives on their relation*: Springer.
- Fisher, William A, White, Leonard A, Byrne, Donn, & Kelley, Kathryn. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25(1), 123-151.

- Grabe, H-J, Rainermann, S, Spitzer, C, Gänssicke, M, ve Freyberger, HJ. (2000). The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(3), 128-131.
- Güleç, Hüseyin, Köse, Samet, Güleç, Medine Y, Çitak, Serhat, Evren, Cüneyt, Borckardt, Jeffrey, ve Sayar, Kemal. (2009). Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 19(3), 214.
- Güleç, Hüseyin, ve Yenel, Aynil. (2010). 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Noktalarına Göre Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 108-112.
- Gündoğmuş, İbrahim, Aydın, Mehmet Sinan, ve Algül, Ayhan. (2021). The relationship of smartphone addiction and alexithymia. *Psychiatry Investigation*, 18(9), 841.
- Gündoğmuş, İbrahim, Ünsal, Cansu, Bozdağ, Barış, Aydın, Mikail Burak, ve Bolu, Abdullah. (2023). The Impact of Alexithymia on Quality of Life in a Sample of Healthy University Students: A Structural Equation Modeling Approach. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 12(1), 19-19.
- Gündüz, Anıl, Kumru Bayazit, Rayka, Gündoğmuş, İbrahim, Sertçelik, Sencan, Gönül, Hatice, Yaşar, Alişan Burak, . . . Sungur, Mehmet Zihni. (2018). Turkish validity and reliability of the Sexual Complaints Screener for Women. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 1-8.
- Gündüz, Anıl, Kumru Bayazit, Rayka, Gündoğmuş, İbrahim, Sertçelik, Sencan, Gönül, Hatice, Yaşar, Alişan Burak, . . . Sungur, Mehmet Zihni. (2019). Turkish validity and reliability of the Sexual Complaints Screener for Women. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 632-639.
- Hamidi, Shabnam, Rostami, Reza, Farhoodi, Farzad, ve Abdolmanafi, Atefeh. (2010). A study and comparison of Alexithymia among patients with substance use disorder and normal people. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1367-1370.
- Harmancı, Hatice, Akdeniz, Seher, ve Ahçı, Zeynep Gültekin. (2021). Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı: Aleksitimi ve Ruhsal Yakınmalarla İlişkisi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 3(1), 30-36.

- Hatzichristou, Dimitrios, Rosen, Raymond C, Derogatis, Leonard R, Low, Wah Yun, Meuleman, Eric JH, Sadovsky, Richard, ve Symonds, Tara. (2010). Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 7(1pt2), 337-348.
- Hayes, Richard D, Bennett, Catherine M, Fairley, Christopher K, ve Dennerstein, Lorraine. (2006). What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *The journal of sexual medicine*, 3(4), 589-595.
- Hays, Ron D, Sherbourne, Cathy Donald, ve Mazel, Rebecca M. (1993). The rand 36-item health survey 1.0. *Health economics*, 2(3), 217-227.
- Heinemann, Joseph, Atallah, Sandrine, ve Rosenbaum, Talli. (2016). The impact of culture and ethnicity on sexuality and sexual function. *Current Sexual Health Reports*, 8, 144-150.
- Henry, Julie D, Phillips, Louise H, Crawford, John R, Theodorou, Georgia, ve Summers, Fiona. (2006). Cognitive and psychosocial correlates of alexithymia following traumatic brain injury. *Neuropsychologia*, 44(1), 62-72.
- Herbenick, Debby, Reece, Michael, Schick, Vanessa, Sanders, Stephanie A, Dodge, Brian, ve Fortenberry, J Dennis. (2010). An event-level analysis of the sexual characteristics and composition among adults ages 18 to 59: Results from a national probability sample in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(Supplement_5), 346-361.
- Hisasue, Shin-ichi, Kumamoto, Yoshiaki, Sato, Yoshikazu, Masumori, Naoya, Horita, Hiroki, Kato, Ryuichi, . . . Itoh, Naoki. (2005). Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology*, 65(1), 143-148.
- Höbek Akarsu, Rukiye, ve Kızılkaya Beji, Nezihe. (2016). Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler.
- Hughes, Tonda, Szalacha, Laura A, ve McNair, Ruth. (2010). Substance abuse and mental health disparities: Comparisons across sexual identity groups in a national sample of young Australian women. *Social science & medicine*, 71(4), 824-831.

- Humphreys, Terry P, Wood, Laura M, ve Parker, James DA. (2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personality and Individual Differences*, 46(1), 43-47.
- Hyypä, Markku T, Lindholm, Tomi, Kronholm, Erkki, ve Lehtinen, Ville. (1990). Functional insomnia in relation to alexithymic features and cortisol hypersecretion in a community sample. *Stress Medicine*, 6(4), 277-283.
- Imprialos, Konstantinos P, Stavropoulos, Konstantinos, Doulas, Michael, Tziomalos, Konstantinos, Karagiannis, Asterios, ve Athyros, Vasilios G. (2018). Sexual dysfunction, cardiovascular risk and effects of pharmacotherapy. *Current Vascular Pharmacology*, 16(2), 130-142.
- İncesu, Cem. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(Suppl 3), 3-13.
- Jaafarpour, Molouk, Khani, Ali, Khajavikhan, Javaher, ve Suhrabi, Zeinab. (2013). Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 7(12), 2877.
- Karagüzel, Evrim Özkorumak, Aykut, Demet Sağlam, Arslan, Filiz Civil, Çakır, Ayşe, Karahan, Aykut, ve Tiryaki, Ahmet. (2020). Vajinismus tanısı konan kadınlarda obsesif inanışlar ve yaşam kalitesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(2).
- Karakaş Uğurlu, Görkem, Uğurlu, Mustafa, ve Çayköylü, Ali. (2020). Prevalence of female sexual dysfunction and associated demographic factors in Turkey: a meta-analysis and meta-regression study. *International Journal of Sexual Health*, 32(4), 365-382.
- Kekkonen, Virve, Kraav, Siiri-Liisi, Hintikka, Jukka, Kivimäki, Petri, Kaarre, Outi, ve Tolmunen, Tommi. (2023). Externally oriented thinking style increases primary health care use in adolescence. *European Journal of Public Health*, ckad041.
- Keseroğlu, Buğra Bilge, Özgür, Berat Cem, Yıldız, Ali Kaan, ve Gülen, Esra. (2018). Kadın Cinsel İşlev Ölçeğine Etki Eden Faktörler. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(3), 269-273.
- Kılıç, Meral. (2019). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in healthy women in Turkey. *African health sciences*, 19(3), 2623-2633.

- Koçak, Recep. (2002). Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)*, 35(1), 183-212.
- Koçyiğit, H, Aydemir, Ö, Ölmez, N, ve Memiş, A. (1999). SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin Türk popülasyonunda geçerlik ve güvenirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12, 102-106.
- Kojima, Masayo. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies. *BioPsychoSocial medicine*, 6(1), 1-9.
- Kölükçü, Engin, Erdemir, Fikret, Gülücü, Selim, ve Yılmaz, Mehmet. (2021). Kadın cinsel işlev bozukluğu ile polikistik over sendromunun ilişkisi. *Androloji Bülteni*, 23(2), 87-96.
- Krystal, Henry. (1978). Trauma and affects. *The psychoanalytic study of the child*, 33(1), 81-116.
- Krystal, Henry. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 33(1), 17-31.
- Kul, Ayşegül Taşdelen, ve Gündoğmuş, İbrahim. (2021). The effect of trauma type on the severity of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 47, 135-139.
- Lane, Richard D, ve Schwartz, Gary E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American journal of psychiatry*.
- Laumann, Edward O, Paik, Anthony, ve Rosen, Raymond C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 281(6), 537-544.
- Laurent, Sean M, ve Simons, Anne D. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clinical psychology review*, 29(7), 573-585.
- Lesser, Ira M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic medicine*, 43(6), 531-543.
- Lesser, Ira M. (1985). Alexithymia. *New England Journal of Medicine*, 312(11), 690-692.

- Ma, Jiehua, Pan, Lianjun, Lei, Yu, Zhang, Aixia, ve Kan, Yanjing. (2014). Prevalence of female sexual dysfunction in urban chinese women based on cutoff scores of the Chinese version of the female sexual function index: a preliminary study. *The journal of sexual medicine*, 11(4), 909-919.
- Madioni, Franca, ve Mammana, Laurent A. (2001). Toronto Alexithymia Scale in outpatients with sexual disorders. *Psychopathology*, 34(2), 95-98.
- Manolis, Athanasios, ve Doulas, Michael. (2012). Antihypertensive treatment and sexual dysfunction. *Current hypertension reports*, 14, 285-292.
- Marques Cerentini, Taís, La Rosa, Valentina Lucia, Goulart, Cassia da Luz, Latorre, Gustavo Fernando Sutter, Caruso, Salvatore, ve Sudbrack, Ana Cristina. (2023). Female sexual dysfunctions: prevalence and related factors in a sample of young university women—a cross-sectional study. *Sexual and Relationship Therapy*, 38(1), 106-117.
- Martin, John B, ve Pihl, RO. (1986). Influence of alexithymic characteristics on physiological and subjective stress responses in normal individuals. *Psychotherapy and psychosomatics*, 45(2), 66-77.
- Martino, Gabriella, Bellone, Federica, Langher, Viviana, Caputo, Andrea, Catalano, Antonino, Quattropiani, Maria Catena, ve Morabito, Nunziata. (2019). Alexithymia and psychological distress affect perceived quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 7(3).
- Mattila, Aino K, Saarni, Samuli I, Alanen, Erkki, Salminen, Jouko K, Kronholm, Erkki, Jula, Antti, . . . Joukamaa, Matti. (2010). Health-related quality-of-life profiles in nonalexithymic and alexithymic subjects from general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(3), 279-283.
- Mattila, Aino K, Saarni, Samuli I, Salminen, Jouko K, Huhtala, Heini, Sintonen, Harri, ve Joukamaa, Matti. (2009). Alexithymia and health-related quality of life in a general population. *Psychosomatics*, 50(1), 59-68.
- McCabe, Marita, Althof, Stanley E, Assalian, Pierre, Chevret-Measson, Marie, Leiblum, Sandra R, Simonelli, Chiara, ve Wylie, Kevan. (2010). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 7(1_Part_2), 327-336.

- McCabe, Marita P, Sharlip, Ira D, Lewis, Ron, Atalla, Elham, Balon, Richard, Fisher, Alessandra D, . . . Segraves, Robert T. (2016). Risk factors for sexual dysfunction among women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, 13(2), 153-167.
- Mellin-Olsen, Jannicke, Staender, Sven, Whitaker, David K, ve Smith, Andrew F. (2010). The Helsinki declaration on patient safety in anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*, 27(7), 592-597.
- Meston, Cindy M, ve Buss, David M. (2007). Why humans have sex. *Archives of sexual behavior*, 36, 477-507.
- Mimoun, Sylvain, ve Wylie, Kevan. (2009). Female sexual dysfunctions: definitions and classification. *Maturitas*, 63(2), 116-118.
- Modelska, Katharina, ve Cummings, Steven. (2003). Female sexual dysfunction in postmenopausal women: systematic review of placebo-controlled trials. *American journal of obstetrics and gynecology*, 188(1), 286-293.
- Modestin, Jiri, Furrer, Roman, ve Malti, T. (2004). Study on alexithymia in adult non-patients. *Journal of psychosomatic research*, 56(6), 707-709.
- Morley, John E, ve Kaiser, Fran E. (2003). Female sexuality. *Medical Clinics*, 87(5), 1077-1090.
- Morton, Heather, ve Gorzalka, Boris B. (2013). Cognitive aspects of sexual functioning: Differences between East Asian-Canadian and Euro-Canadian women. *Archives of sexual behavior*, 42, 1615-1625.
- Motan, İrem, ve Gençöz, Tülin. (2007). Aleksitimi Boyutlarının Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ile İlişkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4).
- Murtagh, Jessica. (2010). Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: implications for practice. *Journal of midwifery & women's health*, 55(5), 438-446.
- Nappi, Rossella E, Cucinella, Laura, Martella, Silvia, Rossi, Margherita, Tiranini, Lara, ve Martini, Ellis. (2016). Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*, 94, 87-91.

- Nardelli, Silvia, Pentassuglio, Ilaria, Pasquale, Chiara, Ridola, Lorenzo, Moscucci, Federica, Merli, Manuela, . . . Izzo, Chiara. (2013). Depression, anxiety and alexithymia symptoms are major determinants of health related quality of life (HRQoL) in cirrhotic patients. *Metabolic brain disease*, 28, 239-243.
- Nekouei, Zohreh Khayyam, Doost, Hamid Taher Neshat, Yousefy, Alireza, Manshaee, Gholamreza, ve Sadeghei, Masoumeh. (2014). The relationship of Alexithymia with anxiety-depression-stress, quality of life, and social support in Coronary Heart Disease (A psychological model). *Journal of education and health promotion*, 3.
- Nemiah, John C. (1977). Alexithymia: theoretical considerations. *Psychotherapy and psychosomatics*, 28(1/4), 199-206.
- Nobre, Pedro J, ve Pinto-Gouveia, José. (2008). Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: Preliminary findings. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 325-342.
- Nobre, Pedro J, ve Pinto-Gouveia, José. (2009). Cognitive schemas associated with negative sexual events: A comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 842-851.
- Nobre, Pedro J, ve Pinto-Gouveia, José. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of sex research*, 43(1), 68-75.
- Nofzinger, Eric A, Buysse, Daniel J, Germain, Anne, Price, Julie C, Miewald, Jean M, ve Kupfer, David J. (2004). Functional neuroimaging evidence for hyperarousal in insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2126-2128.
- O'Driscoll, Ciarán, ve Flanagan, Esther. (2016). Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: A meta-analytic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(3), 351-367.
- Ogur, Pakize, Utkualp, Nevin, ve Aydınoğlu, Nejla. (2016). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin cinsellikle ilgili inanışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(1), 13-21.
- Oksuz, Ergun, Ertorer, Melek Eda, Akbaba, M, Gokcel, Adnan, ve Ozsahin, AK. (2011). Reliability and validity of the Female Sexual Function Index in Turkish population. *Rheumatology International*, 31(6), 823-826.

- Oktay, Burcu, ve Batigün, Aysegül Durak. (2014). Aleksitimi: Baglanma, Benlik Algisi, Kisilerarasi Iliski Tarzlari ve Öfke. *Turk Psikoloji Yazilari*, 17(33), 31.
- Olfson, Mark, Uttaro, Thomas, Carson, William H, ve Tafesse, Eskinder. (2005). Male sexual dysfunction and quality of life in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(3), 331-338.
- Ozdemir, Y Ozay, Ergelen, Mine, Ozen, Beliz, Akgul, I Fuat, ve Bestepe, E Emrem. (2022). Alexithymia and Parental Bonding in Women with Genitopelvic Pain/Penetration Disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 3023-3033.
- Özdemir, Kevser, Özerdoğan, Nebahat, ve Ünsal, Alaettin. (2013). Türkiye'nin batı bölgesindeki evli kadınlar arasında disparoni ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 23(1), 27-35.
- Özhüner, Yasemin, ve Çelik, Neşe. (2019). Gebelerde uyku kalitesi ve yaşam kalitesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 25-33.
- Öztürk, Cennet Şafak. (2019). *Cinsel İşlev Bozukluklarına Yönelik Psikolojik Müdahaleler*. Paper presented at the Yeni Symposium.
- Polat, Ceyda. (2019). Cinsel işlev bozuklukları ve depresyon. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 3(6), 223-228.
- Ramezani, Esmail, Bougar, Mojtaba Rahimian, Alavi, Pantea Sadat, Khodarahimi, Siamak, Mazraeh, Nasrollah, ve Alimehdi, Mansour. (2022). The effect of defense mechanisms and alexithymia on marital conflict and female sexual dysfunction. *Current Psychology*, 1-10.
- Riberiro, Celina, ve Pereira, Henrique. (2023). The Impacts of Alexithymia and Sexual Distress on Sexual Functioning Among Portuguese Women. *European Journal of Mental Health*, 18(e0002), 1-13.
- Rissel, Chris E, Richters, Juliet, Grulich, Andrew E, De Visser, Richard O, ve Smith, Anthony MA. (2003). Sex in Australia: selected characteristics of regular sexual relationships. *Australian and New Zealand journal of public health*, 27(2), 124-130.
- Robinson, Janice G, ve Molzahn, Anita E. (2007). Sexuality and quality of life. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(3), 19-29.

- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191-208.
- Salminen, JK, Saarijärvi, S, ve Toikka, T. (2002). *Alexithymia and health-related quality of life*. Paper presented at the Journal of psychosomatic research.
- Scimeca, Giuseppe, Bruno, Antonio, Pandolfo, Gianluca, Micò, Umberto, Romeo, Vincenzo M, Abenavoli, Elisabetta, . . . Muscatello, Maria RA. (2013). Alexithymia, negative emotions, and sexual behavior in heterosexual university students from Italy. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 117-127.
- Shifren, Jan L, Monz, Brigitta U, Russo, Patricia A, Segreti, Anthony, ve Johannes, Catherine B. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics & gynecology*, 112(5), 970-978.
- Sifneos, Peter E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
- Starc, Andrej, Jukić, Tomislav, Poljšak, Borut, ve Dahmane, Raja. (2018). Female sexual function and dysfunction: a cross-national prevalence study in Slovenia. *Acta Clinica Croatica*, 57(1), 52.
- Starc, Andrej, Poljšak, Borut, Gošnak Dahmane, Raja, Levec, Tina, ve Perat, Mitja. (2019). Female sexual function as a predictor of well-being. *Journal of applied health sciences*, 5(2), 217-223.
- Sungur, Mehmet Z, ve Gündüz, Anil. (2014). A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: Critiques and challenges. *The journal of sexual medicine*, 11(2), 364-373.
- Sünbül, Esra Aydın, Gökçeimam, Pınar Şen, Üstündağ, Mehmet, Taştekin, Nihal, Domaç, Füsun Mayda, ve Güleç, Hüseyin. (2021). Evaluation of Alexithymia, Anger and Temperament Features in Insomnia Patients with Sexual Dysfunction. *Duzce Medical Journal*, 23(2), 211-217.
- Şaşıoğlu, Miray, Gülol, Çağla, ve Tosun, Ahmet. (2013). Aleksitimi kavramı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 507-527.

- Taylor, Graeme J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.
- Taylor, Graeme J, Bagby, R Michael, ve Parker, James DA. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*: Cambridge University Press.
- Taylor, Graeme J, Ryan, David, ve Bagby, Michael. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and psychosomatics*, 44(4), 191-199.
- Tehrani, Fahimeh Ramezani, Farahmand, Maryam, Simbar, Masoumeh, ve Afzali, Hosein Malek. (2014). Factors associated with sexual dysfunction; a population based study in Iranian reproductive age women. *Archives of Iranian medicine*, 17(10), 0-0.
- Tesio, Valentina, Di Tella, Marialaura, Ghiggia, Ada, Romeo, Annunziata, Colonna, Fabrizio, Fusaro, Enrico, . . . Castelli, Lorys. (2018). Alexithymia and depression affect quality of life in patients with chronic pain: A study on 205 patients with fibromyalgia. *Frontiers in psychology*, 9, 442.
- Thomas, Holly N, ve Thurston, Rebecca C. (2016). A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*, 87, 49-60.
- Tominaga, Toshiyuki, Choi, Hyungin, Nagoshi, Yasuhide, Wada, Yoshihisa, ve Fukui, Kenji. (2013). Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 55-62.
- Top, Mehmet Şerif, Özden, Salih Yaşar, ve Sevim, Meltem Efe. (2003). Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam Dergisi*, 16(1), 18-23.
- Tuğut, Nilüfer. (2016). Cinsel işlev bozukluğu ve güncel yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2(1), 70-75.
- Turhan, İpek, ve Akcan, Kübra. (2022). Kadın Cinsel İşlev Bozukluğuna İlişkin Güncel Tanı ve Tedaviler. *GEVHER NESİBE JOURNAL OF MEDICAL AND HEALTH SCIENCES*, 7(17), 57-63.
- Ünal, Gülseren. (2004). Bir grup üniversiteli gençte çekingenlik, aleksitimi ve benlik saygısının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 7(4), 215-222.

- Valkamo, Mari, Hintikka, Jukka, Honkalampi, Kirsi, Niskanen, Leo, Koivumaa-Honkanen, Heli, ve Viinamäki, Heimo. (2001). Alexithymia in patients with coronary heart disease. *Journal of psychosomatic research*, 50(3), 125-130.
- Verissimo, Ramiro, Mota-Cardoso, Rui, ve Taylor, Graeme. (1998). Relationships between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and psychosomatics*, 67(2), 75-80.
- Vieira, Rebeca Veras de Andrade, Vieira, Daniel Chaves, Gomes, William Barbosa, ve Gauer, Gustavo. (2013). Alexithymia and its impact on quality of life in a group of Brazilian women with migraine without aura. *The journal of headache and pain*, 14(1), 1-10.
- Werneke, U, Northey, S, ve Bhugra, D. (2006). Antidepressants and sexual dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(6), 384-397.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- Wise, Thomas N, Osborne, Cynthia, Strand, Julia, Fagan, Peter J, ve Jr, Chester W Schmidt. (2002). Alexithymia in patients attending a sexual disorders clinic. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(5), 445-450.
- Yasar, Alisan Burak, ve Gundogmus, Ibrahim. (2021). Relationship between Alexithymia and Sleep Quality in University Students/Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimi ve Uyku Kalitesi İlişkisi. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar/Current Approaches to Psychiatry*, 13(S1), 122-134.
- Yaşar, Hikmet, Özkan, Levend, ve Tepeler, Abdulkadir. (2010). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 1(3), 235-240.
- Yehuda, Rachel, Lehrner, AMY, ve Rosenbaum, Talli Y. (2015). PTSD and sexual dysfunction in men and women. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(5), 1107-1119.
- Yilmaz, Ertan, Zeytİncİ, İsmet Esra, Sari, Serap, Karababa, Ibrahim Fatih, Çİllİ, Ali Savaş, ve Kucur, Rahim. (2010). Investigation of Sexual Problems in Married People Living in the Center of Konya. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 21(2).

- Yurdakul, Mine, Eker, Aslı, ve Kaya, Derya. (2007). Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5), 187-193.
- Zakeri, Fatemeh, ve Rezaei, Malihe. (2022). The Role of Alexithymia and Dysfunctional Reactions in Predicting Marital Intimacy. *Practice in Clinical Psychology*, 10(4), 329-342.



EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Medeni Durumunuz:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar
- ☐ Boşanmış
- ☐ Birlikte yaşıyor

3. Şu anki ilişki durumunuz:

- ☐ İlişki Yok
- ☐ Partnerimle Aynı Evde Yaşıyorum
- ☐ Partnerimle Ayrı Evde Yaşıyorum

4. Eğitim Seviyeniz:

- ☐ Okuryazar
- ☐ İlköğretim
- ☐ Lise
- ☐ Lisans
- ☐ Yüksek Lisans ve üstü

5. Çalışma Durumunuz:

- ☐ Çalışıyor
- ☐ Çalışmıyor

6. Aylık Geliriniz:

- ☐ Gelir giderden fazla
- ☐ Gelir gider denk
- ☐ Gelir giderden az

7. Geçmişte herhangi bir psikolojik rahatsızlık geçirdiniz mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır

8. Şu anda herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

9. Herhangi bir psikolojik tedavi görüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

10. Çocuk Sahibi Olmak İster misiniz?

☐ Hayır ☐ Evet

11. Çocuk Sahibi misiniz?

☐ Hayır ☐ Evet

12. Cinsel yöneliminizi nasıl tanımlarsınız:

☐ Sadece Heteroseksüel

☐ Genellikle heteroseksüel ve zaman zaman homoseksüel fantezi ve davranış

☐ Genellikle heteroseksüel ve sıkça homoseksüel fantezi ve davranış

☐ Eşit derece heteroseksüel ve homoseksüel

☐ Genellikle homoseksüel ve sıkça heteroseksüel fantezi ve davranış

☐ Genellikle homoseksüel ve zaman zaman heteroseksüel fantezi ve davranış

☐ Sadece Homoseksüel

13. Sigara Kullanım Durumu

☐ Hiç Kullanmamış

☐ 1-5 adet/gün

☐ 6-15 adet/gün

☐ 15'ten fazla

☐ Geçmişte Kullanmamış

Ek 2: Kadın Cinsel Şikayet Taraması (SCS-W)

Kadın Cinsel Şikayet Taraması

Bu anket sizin son 6 ay içindeki cinsel deneyimlerinize ilgili sorulardan oluşmaktadır. Her soruyu sizin deneyiminizi en iyi şekilde ifade eden şıkla işaretleyerek cevaplayınız. *Cinsellik; cinsel doyum ve hazi amaçlayan herhangi bir aktivitedir. Cinsellik kavramının muhakkak cinsel birleşmeyi (vajinal veya anal) içermesi gerekli değildir.

- | | |
|--|---|
| 1a) Bazen kadınlarda cinsel ilgi/istek azalır veya yok olabilir. Cinsel ilgi/isteğinizle ilgili olarak son 6 ay içinde böyle bir durum yaşadınız mı? * | 1b) Bu durum sizin için sorun oluşturdu mu? |
| 0. Hiç bir zaman / neredeyse hiç bir zaman | 0. Kesinlikle sorun oluşturmadı |
| 1. Nadiren | 1. Küçük bir sorun oluşturdu |
| 2. Ara sıra | 2. Orta düzeyde bir sorun oluşturdu |
| 3. Sıklıkla | 3. Önemli bir sorun oluşturdu |
| 4. Neredeyse her zaman / her zaman | 4. Çok büyük bir sorun oluşturdu |
| 2a) Bazen kadınlar cinsel ilişki sırasında ya da cinsel bir uyarı ile fiziksel olarak cinsel bir heyecan (Örn: cinsel bölgede büyüme, vajinal ıslanma) yaşamamaktadır. Son 6 ay içinde hiç böyle bir durum yaşadınız mı? * | 2b) Bu durum sizin için sorun oluşturdu mu? |
| 0. Cinsel aktivitede bulunmadım | 0. Kesinlikle sorun oluşturmadı |
| 0. Hiç bir zaman / neredeyse hiç bir zaman | 1. Küçük bir sorun oluşturdu |
| 1. Nadiren | 2. Orta düzeyde bir sorun oluşturdu |
| 2. Ara sıra | 3. Önemli bir sorun oluşturdu |
| 3. Sıklıkla | 4. Çok büyük bir sorun oluşturdu |
| 4. Neredeyse her zaman / Her zaman | |
| 3a) Bazen kadınlar cinsellik sırasında tahrik olmazlar veya zevk hissetmezler. Son 6 ay içinde böyle bir durum yaşadınız mı? * | 3b) Bu durum sizin için sorun oluşturdu mu? |
| 0. Cinsel aktivitede bulunmadım | 0. Kesinlikle sorun oluşturmadı |
| 0. Hiç bir zaman / neredeyse hiç bir zaman | 1. Küçük bir sorun oluşturdu |
| 1. Nadiren | 2. Orta düzeyde bir sorun oluşturdu |
| 2. Ara sıra | 3. Önemli bir sorun oluşturdu |
| 3. Sıklıkla | 4. Çok büyük bir sorun oluşturdu |
| 4. Neredeyse her zaman / Her zaman | |
| 4a) Bazen kadınlar cinsellik sırasında cinsel heyecanlanma hissetmelerine rağmen orgazm olmakta zorluk çekerler. Son 6 ay içinde böyle bir durum yaşadınız mı? * | 4b) Bu durum sizin için sorun oluşturdu mu? |
| 0. Cinsel aktivitede bulunmadım | 0. Kesinlikle sorun oluşturmadı |
| 0. Hiç bir zaman / Neredeyse hiç bir zaman | 1. Küçük bir sorun oluşturdu |
| 1. Nadiren | 2. Orta düzeyde bir sorun oluşturdu |
| 2. Ara sıra | 3. Önemli bir sorun oluşturdu |
| 3. Sıklıkla | 4. Çok büyük bir sorun oluşturdu |
| 4. Neredeyse her zaman / Her zaman | |
| 5a) Bazen kadınlar cinsellik sırasında ya da hemen sonrasında cinsel bölgelerinde ağrı hisseder. Son 6 ay içinde böyle bir durum yaşadınız mı? * | 5b) Bu durum sizin için sorun oluşturdu mu? |
| 0. Cinsel aktivitede bulunmadım | 0. Kesinlikle sorun oluşturmadı |
| 0. Hiç bir zaman / Neredeyse hiç bir zaman | 1. Küçük bir sorun oluşturdu |
| 1. Nadiren | 2. Orta düzeyde bir sorun oluşturdu |
| 2. Ara sıra | 3. Önemli bir sorun oluşturdu |
| 3. Sıklıkla | 4. Çok büyük bir sorun oluşturdu |
| 4. Neredeyse her zaman / Her zaman | |
| 6a) Bazen kadınlar istemelerine rağmen vajinal birleşmeyi sağlamakta zorlanırlar. Son 6 ay içinde böyle bir durum yaşadınız mı? * | 6b) Bu durum sizin için sorun oluşturdu mu? |
| 0. Hiç bir zaman / Neredeyse hiç bir zaman | 0. Kesinlikle sorun oluşturmadı |
| 1. Nadiren | 1. Küçük bir sorun oluşturdu |
| 2. Ara sıra | 2. Orta düzeyde bir sorun oluşturdu |
| 3. Sıklıkla | 3. Önemli bir sorun oluşturdu |
| 4. Neredeyse her zaman / Her zaman | 4. Çok büyük bir sorun oluşturdu |
| 7a) Bazen kadınlar herhangi bir cinsel ilgi ve istekleri olmadığı halde, istekleri dışında sürekli olarak cinsel bölgelerinde cinsel uyanılma hissederler (Örn: zonklama, karıncalanma, atım). Son 6 ay içinde böyle bir durum yaşadınız mı? * | 7b) Bu durum sizin için sorun oluşturdu mu? |
| 0. Cinsel aktivitede bulunmadım | 0. Kesinlikle sorun oluşturmadı |
| 0. Hiç bir zaman / Neredeyse hiç bir zaman | 1. Küçük bir sorun oluşturdu |
| 1. Nadiren | 2. Orta düzeyde bir sorun oluşturdu |
| 2. Ara sıra | 3. Önemli bir sorun oluşturdu |
| 3. Sıklıkla | 4. Çok büyük bir sorun oluşturdu |
| 4. Neredeyse her zaman / Her zaman | |
| 8) Son 6 ay içinde cinsel hayatım: * | |
| 0. Hiç tatmin edici olmadı | |
| 1. Tatmin edici olmadı | |
| 2. Pek tatmin edici olmadı | |
| 3. Kısmen tatmin edici oldu | |
| 4. Tatmin edici oldu | |
| 5. Çok tatmin edici oldu | |
| 9) Cinsel hayatınızla ilgili olarak paylaşmak istediğiniz başka bir şey var mı? Son 6 ay içinde cinsel aktivitede bulunmadıysanız lütfen nedeni açıklayınız. | |
| 10) Doktorunuzun (danışmanınızın) başka cinsel güçlükler ya da sorunlarla ilgili olarak sizinle daha detaylı bir görüşme yapmasını ister miydiniz? * | 0. Hayır
1. Şuanda değil
2. Evet |

Ek 3: Toronto Aleksitimi Ölçeği

TAÖ-20 (Toronto Aleksitimi Ölçeği)

	Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını Hiçbir zaman (1).....Her zaman (5) olacak şekilde işaretleyiniz.	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
1	Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem	1	2	3	4	5
2	Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur	1	2	3	4	5
3	Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor	1	2	3	4	5
4	Duygularımı kolayca tarif edebilirim	1	2	3	4	5
5	Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim	1	2	3	4	5
6	Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem	1	2	3	4	5
7	Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır	1	2	3	4	5
8	Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9	Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var	1	2	3	4	5
10	İnsanların duygularını tanıması gerekir	1	2	3	4	5
11	İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor	1	2	3	4	5
12	İnsanlar <u>duygularımı kolayca</u> tarif etmemi isterler	1	2	3	4	5
13	İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum	1	2	3	4	5
14	Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem	1	2	3	4	5
15	İnsanlarla, duygularından çok <u>günlük uğraşları</u> hakkında konuşmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
16	Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim	1	2	3	4	5
17	İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir	1	2	3	4	5
18	Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim	1	2	3	4	5
19	Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum	1	2	3	4	5
20	Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır	1	2	3	4	5

Ek 4: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)

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

Teşekkür ederiz.

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

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ek 5: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10 uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Mükemmel ☐

Çok iyi ☐

İyi ☐

Orta (fena değil) ☐

Kötü ☐

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi ☐

Bir yıl öncesinden biraz iyi ☐

Hemen hemen aynı ☐

Bir yıl öncesinden biraz daha kötü ☐

Bir yıl öncesinden çok daha kötü ☐

SAĞLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3-Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

a)Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
b)Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb	☐	☐	☐
c)Ağır kaldırma ve yük taşıma	☐	☐	☐
d)Çok sayıda merdiven basamağını çıkma	☐	☐	☐
e)Tek bir merdiven basamağını çıkma	☐	☐	☐
f)Öne eğime, çömelme veya diz çökme	☐	☐	☐
g)İki kilometreden çok yürüme	☐	☐	☐
h)Bir kilometre yürüme	☐	☐	☐
i)100 metre yürüme	☐	☐	☐
j)Kendi başına banyo yapma ve giyinme	☐	☐	☐

4-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐	☐
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	☐	☐
c)Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐	☐
d)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)	☐	☐

5-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐	☐
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	☐	☐
c)Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?	☐	☐

6-Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç etkilemedi ☐
- Çok az ☐
- Orta derecede ☐
- Epeyce ☐
- Çok fazla ☐

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç olmadı ☐
Çok az ☐
Az ☐
Orta derecede ☐
Çok ☐
Pek çok ☐

8-Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak)?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç etkilemedi ☐
Biraz etkiledi ☐
Orta derecede etkiledi ☐
Epey etkiledi ☐
Çok etkiledi ☐

GENEL SAĞLIK

9-Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz.

Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunluk la doğru	Emin değilim	Çoğunluk la yanlış	Kesinlikle yanlış
a) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	☐	☐	☐	☐	☐
b) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım	☐	☐	☐	☐	☐
c) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum	☐	☐	☐	☐	☐
d) Sağlığım mükemmel	☐	☐	☐	☐	☐

DUYGULARINIZ

10-Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin.

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
a) Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Çok sinirli biri mi oldunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltmeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e) Çok enerjik oldunuz mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g) Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h) Mutlu bir insan oldunuz mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i) Yorgunluk hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j) Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ÖZ GEÇMİŞ

Deniz KURT liseyi öğrenimini Ataköy Anadolu Lisesinde tamamlamıştır. 2009 yılında Orta Doğu Teknik Üniversitesi Kuzey Kıbrıs Kampüsü Psikoloji bölümünde lisans eğitimine başlamış 2015 yılında mezun olmuştur. Lisans eğitimi sürecinde Psikoloji topluluğu ve birçok öğrenci topluluklarının uzun dönem başkanlık görevini yerine getirmiş ve yönetim kurullarında aktif görev almıştır. Lisans eğitimi stajını Pendik Araştırma Hastanesi Psikiyatri bölümünde gerçekleştirmiştir. Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur'un stajer öğrencisi olarak eğitim hayatına devam etmiş ve halen kendisinin mentörlüğünde terapist olma ve terapist kalma yolculuğunu devam ettirmektedir. 2018 yılında Kognitif ve Davranış Terapileri birliğinin akredite ettiği Kognitif ve Davranış Terapileri uygulayabilirlik yetkinliğini sertifikaya etmiş olup halen klinik pratiğine devam etmektedir. 2019 yılında Kognitif ve Davranış Terapileri Birliğinin yönetim kurulu üyesi olarak görev yapmış ve halen aktif olarak birlikte görev almaktadır.