

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL BAKIRKÖY
PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**VAJİNİSMUS TANISI İLE İZLENEN KADINLARDA
PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUK SIKLIĞININ
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Hatice KIZILKALE

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Tez Danışmanları: Uz. Dr. Münevver HACIOĞLU YILDIRIM
Uz. Dr. Özlem Zekiye ÇETİNKAYA**

İSTANBUL - 2017

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL BAKIRKÖY
PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**VAJİNİSMUS TANISI İLE İZLENEN KADINLARDA
PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUK SIKLIĞININ
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Hatice KIZILKALE

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Tez Danışmanları: Uz. Dr. Münevver HACIOĞLU YILDIRIM
Uz. Dr. Özlem Zekiye ÇETİNKAYA**

İSTANBUL - 2017

I. ÖNSÖZ

Sağladığı çalışma ortamı nedeniyle hastanemiz başhekimliğine,

Uzmanlık eğitimim sürecinde birlikte çalıştığım, kliniğimde ve rotasyonlarımda her birinin bilgi ve tecrübelerinden faydalanıp, iyi ki bu hastanenin bir parçasıyım dedirten hocalarım, başta klinik şefim Doç. Dr. Murat ERKIRAN olmak üzere, Doç. Dr. Ayşe Fulya MANER'e, Uz. Dr. Nihat ALPAY'a, Uz. Dr. Nesrin TOMRUK'a, Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN'a, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ'ye, Doç. Dr. Cüneyt EVREN'e, Doç. Dr. Erhan KURT'a, Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ'a, Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'e,

Tezimin her aşamasında bana yardımcı olan, yol gösteren ve sınırsız destek veren Uz. Dr. Münevver Hacıoğlu YILDIRIM ve Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM'a,

4. Psikiyatri kliniğinde birlikte çalışma imkanı bulduğum servis uzmanlarım ve tezime katkılarından dolayı Uz. Dr. Özlem Zekiye ÇETİNKAYA'ya, birlikte zevkle çalıştığım tüm Asistan Doktor arkadaşlarıma, başta Sorumlu Hemşiremiz Bakiye Kaya olmak üzere tüm servis hemşireleri ve sağlık memurlarına,

Hasta alım sürecimde bana gönülden yardımcı olan, güler yüzlerinden ve dostluklarından keyif aldığım, başta BPETM Sorumlu Hemşiresi Durdu ÖREL'e, birim sekterleri Hayat BAYIR ve Elif TEMİZ'e, personelimiz Meliha YAMAN'a,

Tezime katkılarından dolayı, asistanlık sürecimde bir çok rotasyonda yoldaşlık ettiğim arkadaşım Dr. Elif ÇARPAR'a,

3 yıldır tanıdığım fakat ömürlük bir dostluk kurduğum, en sıkıntılı günümde bile yanımda olup yüzümü güldüren, asistanlık eğitimime renk ve eğlence katan sevgili dostum Dr. Büşra EMİRCAN'a,

Beni yetiştiren ve her daim destek olan canım annem ve babama, ablaları olduğum için mutluluk duyduğum biricik kardeşlerime, evlenerek ikinci bir aileye sahip olduğum Hacer annem ve kardeşleri olmaktan zevk aldığım ablalarım ve abime,

Geçmiş anılarımın ve gelecek hayallerimin baş mimarı, dinginliğiyle beni rahatlatan, olgunluğuyla yıllar içinde büyümemi sağlayan, her koşulda yanımda olan hayat arkadaşım, sevgili eşim Dr. Güven KIZILKALE'ye,

Bana duyguların en eşsizini yaşatan, anne olma mutluluğunu tattıran, yaşam kaynağım küçük kızım Ayşeme,

Teşekkürler...

Dr. Hatice KIZILKALE

İstanbul, 2017

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. ÖNSÖZ	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET	IV
IV. ABSTRACT	V
V. KISALTMALAR	VI
VI. TABLO LİSTESİ	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Premenstrüel Disforik Bozukluk	3
2.1.1. Tanımlama.....	3
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Epidemiyoloji	6
2.1.4. Etiyoloji.....	8
2.1.4.1. Gonadal hormonlar ve nörosteroidler	8
2.1.4.2. Santral sinir sistemi nörotransmitterleri.....	9
2.1.4.3. Hipotalamo-pituiter-adrenal (HPA) eksen aktivitesi.....	10
2.1.4.4. Genetik.....	11
2.1.4.5. Tiroid fonksiyonları.....	11
2.1.4.6. Prostaglandin metabolizması	11
2.1.4.7. Sıvı retansiyonu.....	11
2.1.4.8. Vitamin ve mineral eksiklikleri.....	12
2.1.4.9. Hipoglisemi	12
2.1.4.10. Psikososyal ve sosyokültürel faktörler.....	12
2.1.5. Risk Faktörleri	13
2.1.5.1. Yaş	13
2.1.5.2. Medeni durum	13
2.1.5.3. Gebelik.....	14
2.1.5.4. Sosyoekonomik durum	14
2.1.5.5. Stres	14
2.1.5.6. Menstrüasyon ile ilişkili faktörler	14
2.1.6. Semptomlar ve Tanı.....	14
2.1.6.1. Semptomlar	14
2.1.6.2. Tanı.....	15
2.1.6.3. Ayırıcı tanı	18
2.1.7. Tedavi	19
2.1.7.1. Nonfarmakolojik tedavi	19
2.1.7.2. Farmakolojik tedavi.....	20

2.2. Vajinismus	21
2.2.1. Tanımlama.....	21
2.2.2. Tarihçe	22
2.2.3. Epidemiyoloji	22
2.2.4. Etiyoloji.....	23
2.2.5. Tanı ve ayırıcı tanı	26
2.2.5.1. Tanı.....	26
2.2.5.2. Ayırıcı Tanı	29
2.2.6. Tedavi	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırma Deseni ve Örneklem	31
3.2. Yöntem	32
3.3. Değerlendirme gereçleri	33
3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Görüşme Formları	33
3.3.1.1. Cinsel İşlev Bozukluğu Polikliniği Olgu Değerlendirme Formu.....	33
3.3.1.2. Premenstrüel Disforik Bozukluk Değerlendirme Formu.....	33
3.3.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)	33
3.3.3. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ).....	33
3.3.4. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)	34
3.3.5. Kadın Cinsel İşlev İndeksi (KCİİ).....	34
3.3.6. Premenstrüel Semptom Günlüğü.....	34
3.4. İstatistiksel Değerlendirme	35
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
7. KAYNAKLAR	64
8. EKLER	75
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI.....	75
EK 2 - BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	76
EK 3 - PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUK DEĞERLENDİRME FORMU... ..	77
EK 4 - KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)	79
EK 5 – GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ.....	81
EK 6 – PREMENSTRÜEL SENDROM ÖLÇEĞİ.....	83
EK 7 – PREMENSTRÜEL SEMPTOM GÜNLÜĞÜ.....	85

III. ÖZET

VAJİNİZMUS TANISI İLE İZLENEN KADINLARDA PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUK SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI

Dr. Hatice KIZILKALE

AMAÇ: Vajinismus ve premenstrüel disforik bozukluk ülkemizde kadınlarda sık görülen ve psikososyal açıdan benzer, cinsel organlar ile ilişkili bozukluklardır. Bununla birlikte vajinismus ve premenstrüel disforik bozukluk ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada vajinismus tanılı kadınlarda premenstrüel disforik bozukluk belirti şiddeti ve sıklığının vajinismus olmayan sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Araştırmaya Bakırköy Cinsel İşlev Bozuklukları polikliniğine Mart-Ağustos 2016 tarihleri arasında başvuran, DSM-IV-TR ölçütlerine göre vajinismus tanısı alan ve içerme ölçütlerini karşılayan ardışık 50 kadın ile herhangi bir cinsel işlev bozukluğu tariflemeyen 50 sağlıklı kadın alınmıştır. Gruplara cinsel işlev bozukluğu polikliniği olgu değerlendirme formu, premenstrüel disforik bozukluk değerlendirme formu, DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu, Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri, Kadın Cinsel İşlev İndeksi, Premenstrüel Sendrom Ölçeği uygulandı. DSM-5 tanı ölçütlerine göre premenstrüel disforik bozukluk tanısı alan kadınlar izleme alınarak Premenstrüel Semptom Günlüğünü iki ay boyunca doldurmaları istendi.

BULGULAR: Vajinismus tanılı kadınlarda sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında premenstrüel disforik bozukluk sıklığının arttığı görüldü. Yapılan korelasyon analizlerinde; Kadın Cinsel İşlev İndeksinde vajinismus lehine yorumlanan ağrı alt ölçek puanı ve Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeğinde vajinismus alt ölçek puanı ile Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin alt ölçeklerinin tamamı arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı. En sık premenstrüel şikayetler; depresif duygudurum, sinirlilik, şişkinlik hissi, yorgunluk olarak bulundu.

SONUÇ: Vajinismus tanısı alan kadınlarda premenstrüel disforik bozukluk tanısı ve belirtileri normal kontrollere göre daha sıktır. Bu durum vajinismuslu kadınlarda tedavi sürecini etkileyebileceğinden premenstrüel şikayetlerin sorgulanarak premenstrüel disforik bozukluk tanısı alan kadınlara gerekli müdahalelerin yapılmasında fayda olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Vajinismus, Premenstrüel Disforik Bozukluk, Sıklık

İletişim Adresi: hot.ice.dr@yahoo.com

IV. ABSTRACT

FREQUENCY ASSESSMENT OF PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER IN WOMEN DIAGNOSED WITH VAGINISMUS

Dr. Hatice KIZILKALE

OBJECTIVE: Vaginismus and premenstrual dysphoric disorder are similar psychosocial situations both related to genital organs and are commonly seen in women in our country. However, the relationship between these two disorders has not yet been sufficiently investigated in the sexual medicine literature. In this study, it was aimed to assess the severity and frequency of premenstrual dysphoric disorder symptoms in women diagnosed with vaginismus and to compare these with healthy control subjects.

METHOD: 50 women who were diagnosed with vaginismus according to DSM-IV-TR criteria with subsequent admissions to Sexual Dysfunctions Unit of Bakirkoy between March - August 2016 were recruited to study. The control group consisted of 50 healthy women who did not report any sexual complaints. The participants were evaluated with Sexual Dysfunctions Clinical Case Evaluation Form, Premenstrual Dysphoric Disorder Evaluation Form, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction, Female Sexual Function Index and Premenstrual Syndrome Scale. Women who were diagnosed with premenstrual dysphoric disorder according to DSM-5 diagnostic criteria were followed up prospectively throughout the study period, and were asked to write a Premenstrual Symptom Diary for two months.

RESULTS: The prevalence of premenstrual dysphoric disorder was found to be higher in women with vaginismus than in healthy controls. The most frequently reported premenstrual complaints were depressive mood, irritability, bloating and fatigue. The correlation analyses revealed a significant correlation between the pain subscale of Female Sexual Function Index which is interpreted in favor of vaginismus and vaginismus subscale of Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction, with all subscales of Premenstrual Syndrome Scale.

CONCLUSIONS: Premenstrual dysphoric disorder is encountered more frequently in women diagnosed with vaginismus when compared to matched control subjects. Accompanying premenstrual dysphoric disorder symptoms may give rise to complications in the treatment process in vaginismus, we therefore recommend the premenstrual dysphoric disorder symptoms to be addressed and embraced in detail in order to make essential interventions in the context of an adequate treatment programme.

Key Words: Vaginismus, Premenstrual Dysphoric Disorder, Prevalence

Contact Adress: hot.ice.dr@yahoo.com

V. KISALTMALAR

ACOG	: Amerika Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
CİB	: Cinsel İşlev Bozukluğu
DSM-III	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
GABA	: Gama Amino Butirik Asit
GnRH	: Gonadotropin Salgılatıcı Hormon
GRCDÖ	: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği
HPA	: Hipotalamo-Pituiter-Adrenal
ICD-10	: Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması
KCİİ	: Kadın Cinsel İşlev İndeksi
PMDB	: Premenstrüel Disforik Bozukluk
PMS	: Premenstrüel Sendrom
PMSÖ	: Premenstrüel Sendrom Ölçeği
PMTS	: Premenstrüel Gerginlik Sendromu
SCID-I	: DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu
SSRI	: Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

VI. TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: PMS/PMDB Tanı Kriterleri.....	4
Tablo 2: PMS/PMDB Tedavisinde Kullanılan İlaçlar	20
Tablo 3: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması	36
Tablo 4: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının Cinsel Yaşantılarına Dair Özelliklerin Karşılaştırılması	37
Tablo 5: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının Cinsel Yaşantılarına Dair Yaş Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	38
Tablo 6: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının Evliliğe Dair Özelliklerinin Karşılaştırılması	38
Tablo 7: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının Evliliğe Dair Özelliklerinin Karşılaştırılması	39
Tablo 8: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının Menstrüasyon Özelliklerinin Karşılaştırılması	40
Tablo 9: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının Premenstrüel Dönem Özelliklerinin Karşılaştırılması	41
Tablo 10: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının DSM5'e Göre Tanı Ölçütleri Açısından Karşılaştırılması	42
Tablo 11: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının DSM5'e Göre Tanı Açısından Karşılaştırılması	43
Tablo 12: Kontrol ve Vajinismus Gruplarının Günlük İzlem Ölçeği Özelliklerinin Karşılaştırılması	43
Tablo 13: Kontrol ve Vajinismus Grupların Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) Puanlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 14: Katılımcıların Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) Puanlarının Dağılımı.....	45
Tablo 15: Kontrol ve Vajinismus Grupların Kadın Cinsel İşlev İndeksi (KCIİ)Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 16: Kontrol ve Vajinismus Gruplarında Kullanılan Ölçeklerin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 17: Çalışmada Kullanılan Ölçekler ile Klinik ve Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki.....	48
Tablo 18: Çalışmada Kullanılan GRCDÖ ile PMSÖ Ölçekleri Arasındaki İlişki	49
Tablo 19: Çalışmada Kullanılan KCIİ ve PMSÖ Ölçekleri Arasındaki İlişki	50

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Premenstrüel sendrom (PMS)/ Premenstrüel disforik bozukluk (PMDB), menarş ve menopozal dönem arasındaki kadınlarda, döngülerin çoğunda görülen, menstrüel siklusun geç luteal fazında oluşan, günlük yaşamı veya iş performansını etkileyecek şiddetteki somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal değişiklikleri içeren bir semptomlar bütünüdür (1,2,3,4). Menstrüel siklusların çoğunda oluşan ciddi anlamda fiziksel ve psikolojik belirtiler sonrasında iş, okul, toplumsal etkinlik alanları ve kişisel ilişkilerde bozulma meydana gelmesi nedeniyle PMDB, PMS'nin daha şiddetli görüldüğü bir tablodur (5,6,7). PMS/PMDB'de en sık görülen psikolojik belirtiler mizaçta dalgalanmalar, depresif duygudurum, iritabilite iken fiziksel belirtiler memelerde şişkinlik, mastalji, myalji, baş ağrısı, halsizlik, iştah ve kilo artışıdır (1,2).

PMS/PMDB gençlik döneminde başlayan, yaşla birlikte artan, menopoza yaklaştıkça da azalan bir bozukluktur, ancak gençlerde belirtiler tedavi gerektirecek kadar şiddetli değildir (8). Alan araştırmaları incelendiğinde kullanılan tanı ölçütlerinin ve tanımlamaların farklılığından dolayı herhangi bir premenstrüel bozukluk (PMS veya PMDB) %6,5 ile %95 arasında bir skalada sonuçlar görülmektedir (9,10). DSM-IV'te açıklanan PMDB'nin prevalansı %3 ile %8 arasında değişmektedir (7).

PMDB multifaktoriyeldir ve biyopsikososyal olarak tanımlanabilir. Fizyolojik-biyolojik temelli durumlar olup psikososyal etkenlerin bu durum üzerine kısıtlı bir etkisi vardır (11). Premenstrüel belirtilerle ilişkili olarak yapılan çalışmalarda psikososyal etkenler, psikolojik zorlanma ve stresler, menstrüasyon görmeye ilişkin korku ve olumsuz tutumlar, yaşam olayları, evlilik sorunları, evlilik ve cinsellikteki doyumsuzluklarla PMS şiddetinin arttığı görülmüştür (12). Toplumda kadınlığa ilk adım olarak algılanan menstrüel döngünün başlamasıyla ilgili değerler PMS oluşumunda bir diğer faktördür. Menstrüel dönem hakkında bilgi yetersizliği olan kadınlara PMDB sıklığı ve biyolojik temeli hakkında bilgi verildiğinde kontrol duygusunun arttığı ve premenstrüel şikayetlerin azaldığı görülmüştür (13). Premenstrüel

dönemde major depresif bozukluk, panik bozukluk, şizofreni, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklarda ve intihar riskinde artış olabilir (14).

Vajinismus ülkemizde kadın cinsel işlev bozuklukları arasında tedavi arayışı en fazla olan ve Cinsel İşlev Bozukluğu (CİB) polikliniklerine en sık başvuru alan cinsel sorundur (15,16). Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) tarafından yapılan Türkiye örneklemleri çalışmada, katılan kadınların %17'si yaşamlarında bir kerelik, %9.2'si yaşamlarında bir dönem devam eden birleşme sorunu tarif etmişlerdir (17). Vajinismus ile ilgili yapılan komorbidite çalışmalarında CİB'e sıklıkla ikinci bir psikopatolojinin eşlik ettiği görülmektedir. Yapılan bir araştırmada, depresyon ve kendini aşağılama /küçümseme boyutlarında alınan puanların en yüksek olduğu grupların dispareni ve vajinismus olduğu saptanmıştır (18). Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasında ise vajinismus tanılı kadınlarda %64.8 major depresyon, %88,6 anksiyete bozuklukları komorbiditesi saptanmıştır (19). Kişide cinsellikle ilgili bilgi eksikliği, cinsel yanlış ve abartılı inançlar, cinsellikle ilgili gerçekçi olmayan beklentiler mevcut olduğunda vajinismus ortaya çıkabilmektedir (20).

Kadınlarda menstrüel siklusun başlangıcı olan menarş aynı zamanda toplumda kadınlığa ilk adım olarak algılanmakta, üremenin, doğurganlığın ve cinselliğin başlangıcı olarak görülmektedir. PMDB kadınlarda kişilerarası ilişkilerde, sosyal yaşantıda, üretkenlikte ve performansta bozulmalara sebep olmakla birlikte majör depresyon, intihar riskinde artış, varolan psikiyatrik hastalıkların alevlenmesine neden olabileceğinden tanı konulup tedavisin yapılması önemlidir. Literatürde vajinismus ve PMDB ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Türkiye gibi cinsellikle ilgili tutucu, baskıcı toplumlarda, menstrüel dönem ile ilgili kadınlara yeterli bilgi verilmemesi, bu dönemde oluşan kötü tecrübeler, çevre kaynaklı edinilen olumsuz duygu ve düşünceler, kadınlıkla ve kadın olmakla ilgili olumsuz değerlendirme ve yaşantılar PMDB görülme sıklığında artışa neden olabilir. Vajinismuslu kadınların cinsel organları ve cinsel bölgelerine yönelik kaygıları yüksek olduğundan premenstrüel şikayetler ve PMDB sıklığı artabilir.

Bu bilgiler ışığında çalışmamızın amacı; psikososyal açıdan benzer özelliklere sahip vajinismus ve PMDB ilişkisini incelemek, vajinismus tanılı kadınlarda PMDB belirti şiddeti ve sıklığını vajinismus olmayan sağlıklı kontrollerle karşılaştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUK

2.1.1. Tanımlama

Premenstrüel sendrom (PMS)/ Premenstrüel disforik bozukluk (PMDB), menarş ve menopozal dönem arasındaki kadınlarda, döngülerin çoğunda görülen, menstrüel siklusun geç luteal fazında oluşan, günlük yaşamı veya iş performansını etkileyecek şiddetteki somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal değişiklikleri içeren bir semptomlar bütünüdür (1,2,3,4). PMS/PMDB’de en sık görülen ruhsal belirtiler mizaçta dalgalanmalar, depresif duygudurum, iritabilite iken fiziksel belirtiler memelerde şişkinlik, mastalji, myalji, baş ağrısı, halsizlik, iştah ve kilo artışıdır (1,2).

Semptomların çok sayıda olması ve farklı derecelerde ortaya çıkması PMS ve PMDB ayrımını güçleştirse de menstrüel siklusların çoğunda varolan ciddi anlamda fiziksel ve ruhsal belirtiler sonrasında oluşan iş, okul, toplumsal etkinlik alanları ve kişisel ilişkilerde bozulma meydana gelmesi nedeniyle Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) PMDB’nin daha şiddetli bir tablo olmasıyla PMS den ayrılması gerektiğini söylemektedir (5,6,7).

Premenstrüel belirtileri tanımlamak için kullanılan terminolojide hala belirsizlikler bulunmaktadır. Günümüzde Amerikan Psikiyatri Birliği’nin (APA) yayınladığı Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) tanı kitabında tanımlanan PMDB, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, ICD-10) da tanımlanan Premenstrüel gerginlik sendromu (Premenstrual Tension Syndrome, PMTS), Amerika Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği’nin (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) tanımlamış olduğu PMS şeklinde birbirine benzer 3 farklı terminolojik tanımlama ve yaklaşım vardır (7). Premenstrüel dönemde görülen tüm

semptomları kapsamlı bir şekilde ele aldığından dolayı bugün en yaygın olarak kullanılan referans DSM-5'te yer alan kriterlerdir.

Tablo 1: PMS/PMDB Tanı Kriterleri (3,21,22)

	Tanı şekli	Kategori	Zaman ve genel özellikler
WHO ICD-10	PMTS	Kadın Doğum	Premenstrüel olarak görülür. Menstrüasyonu takiben yatıştır.
ACOG	PMS	Kadın Doğum	Menstrüasyondan 5 gün önce görülür. Menstrüasyonun başlamasından 4 gün içinde yatıştır. Siklusun en az 13. gününe kadar tekrarlamaz.
APA DSM-5	PMDB	Psikiyatri	Menstrüasyondan önceki hafta başlar, folikuler fazın başlangıcından sonra birkaç gün içinde azalır ya da yok olur, En az 5 semptom; bunlardan biri duygusal değişkenlik, kolay kızma /öfkelenme yada kişilerarası çatışma, çökkün duygudurum, anksiyete/gerginlik, olmak üzere diğer belirtiler ilgide azalma, konsantrasyon güçlüğü, halsizlik, uyku değişiklikleri, kontrol kaybı, iştah değişiklikleri, memelerde hassasiyet, şişkinlik, baş ağrısı gibi fiziksel semptomlar mevcuttur. Çalışma hayatı, ilişkiler ve sosyal aktivitelerin etkilenir. Bir önceki yılda menstrüel siklusların çoğunda görülür. En az ardışık iki siklusta gözlenir. Başka bir hastalığın alevlenmesi olmamalıdır. Alkol, madde ve ilaç kullanımı veya sağlık durumunun etkilerine bağlı olmamalıdır.

2.1.2. Tarihçe

Premenstrüel hastalıkları tanımlama, semptomlarına açıklık kazandırma, her bir semptom sıklığını ve genel olarak premenstrüel hastalık sıklığını bulmak, etyopatojenezini anlamak ve tedavi geliştirme açısından yıllar içinde büyük gelişmeler olmuştur.

Menstrüasyonla ilgili mitolojik, dini ve tarihi birçok yazı bulunmasına rağmen Hipokrat'tan önce premenstrüel semptomların tanımlanmasına ilişkin kesin bir bilgi bulunmamaktadır. Premenstrüel semptomlardan ilk bahseden dini yazılar Tevrat'ta geçmektedir. Mitolojide menstrüasyon ve davranış değişiklikleriyle ilgili metinler olmakla birlikte bunların menstrüel döngünün aşamalarıyla direkt ilişkilendirilmesi zordur.

Hipokrat'ın çalışmalarında 1800'lü yıllardan önce "Histeri" terimi, siklik menstrüel disfonksiyonu tanımlamaktaydı ve bu sorunun nedeninin uterusun, vücut içinde dolaşıp bir yere yerleşmesi olduğu düşünülüyordu (2). 11. Yüzyılda İtalyan akademisyen Trotulo of Salerno aynı nedenden dolayı ızdırıp çeken, kanaması olduğunda rahatlayan kadınlar olarak PMS den söz etmiş, 16. YY. da Giovanni da Padua menstrüasyon ile depresyon arasındaki ilişkiyi gözlemlemiştir (23).

1931 yılında Robert T. Frank problemin kadın seks hormonlarının yetersiz salgılanmasıyla ilgili olduğunu düşünmüş ve menstrüasyondan 7-10 gün önce görülen şiddetli gerginlik, kilo artışı, baş ağrısı ve ödem ile karakterli tabloyu "Premenstrüel Gerginlik" olarak tanımlamıştır (2,7). Aynı yıllarda S. Leon Israel, progesteron yetersizliği ve rölatif hiperestrojenizme bağlı luteinizasyon bozukluğundan bahsetmiştir (24). 1953'de Dalton ilk kez "Premenstrüel Sendrom" terimini 84 vakalı bir çalışmada kullanmıştır (23). 1982'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından ICD tanı kodu verilmiştir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 1987'de yayınladığı DSM-III-R'de "Geç Lüteal Faz Disforik Bozukluğu" ismiyle ek-A kısmında yer bulan PMDB, 1994'te yayınlanan DSM-IV'de Ek bölüm B kısmında "Daha İleri Çalışma İçin Verilen Tanı Ölçütleri Setleri ve Eksenleri" başlığı altında incelenmekteydi (25,26,27). Bu bozuklukla ilgili yetersiz veri olması DSM-IV'te tanısal kategori içinde değil araştırılması gereken tanı ölçütleri içinde yer almasına neden oldu. Klinik olarak tanı ölçütlerini karşılayanlara DSM-IV'e göre "Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk" tanısı konuluyordu. DSM-IV'ten sonra etiyojisi, tanı yöntemleri ve tedavisini netleştirmek amacıyla çok sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir (27). Bu konuda yapılan araştırmalar neticesinde son yayınlanan DSM-5'te "Depresyon Bozuklukları" kategorisinde "Premenstrüel Disfori Bozukluğu" olarak yer almaktadır (3).

2.1.3. Epidemiyoloji

Yapılan araştırmalarda PMS/PMDB belirtilerinin ortalama başlangıç yaşı 26 olarak bildirilmiştir. PMS/PMDB gençlik döneminde başlayan, yaşla birlikte artan, menopoza yaklařtıķça da azalan bir bozukluktur, ancak gençlerde belirtiler tedavi gerektirecek kadar şiddetli değildir (8).

Nesnel bir ölçüt olmadığı için PMDB tanısı belirti, bulgular ve öyküye dayalı olarak konulmaktadır. Bundan dolayı yapılan prevalans çalışmalarında çok farklı sonuçlar çıkabilmektedir. Alan araştırmaları incelendiğinde kullanılan tanı ölçütlerinin ve tanımlamaların farklılığından dolayı herhangi bir premenstrüel bozukluk (PMS, PMDB ya da PMTS) %6,5 ile %95 arasında bir skalada sonuçlar görölmektedir (9,10). Premenopozal kadınlarda premenstrüel semptom oranlarının yüksek olduğu fakat şiddetli form olan günlük hayatı ve işlevselliği belirgin derecede etkileyen PMDB sıklığının düşük olduğu bilinmektedir. DSM-IV'te açıklanan PMDB'nin prevalansı %3 ile %8 arasında değişmektedir (7).

Yapılan bazı çalışmalarda geriye dönük premenstrüel duygusal, davranışsal ve fiziksel semptomlar sorgulanmış veya PMS'den dolayı oluşan sıkıntılar sorgulanarak, evet veya hayır şeklinde cevaplanması beklenmiştir. Bazı çalışmalarda da geriye dönük anket formu kullanılmıştır. Bu konuda yapılmış prospektif çalışma sayısı oldukça azdır ve çoğu toplum kökenli araştırma Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmıştır.

ACOG tarafından, PMS görölme sıklığı % 65.5 ve tedavi gereksinimi de % 8.75 olarak bildirilmiştir (22). PMS görölme sıklığı Asya ölkelerinde % 60 - % 80 arasında değişir; yapılan çalışmalarda PMS prevalansı Türkiye'de % 66.6, Çin'de 76% ve Japonya'da %74'tür (28,29,30). Bir meta-analiz çalışmasında PMS prevalansının en düşük %12 (Fransa), en yüksek %98 (İran) olduğu görölmektedir (31).

Amerikalı 20'li yaşların sonları, otuzlu yaşların başlarındaki kadınlarda PMS prevalansı %19 ile %30 arasında saptanmıştır (32). İsviçre'de yaşları 18-46 arasında olan ve toplum temelli seçilmiş kadınlarda yapılan bir çalışmada PMS'nin genel yaygınlığı %92, orta şiddette belirtileri taşıyan grup %31, ağır etkilenme ise % 3 olarak bulunmuştur (10).

Farklı ırklar arasında PMS prevalansı ve semptom şiddetini değerlendirmek için yapılan çalışmalarda net bir sonuç bulunmamaktadır. Irklar ve kültürler arasında farklılıklar olduğunu destekleyen çalışmalar kadar desteklemeyen çalışmalar da mevcuttur. Avustralya’da göçmenlerde yapılan bir çalışmada premenstrüel semptomlar karşılaştırılmış Yunan ve Avustralyalı kadınlarda premenstrüel semptomlar %80 iken, Vietnamlı kadınlarda bu oran %42 civarında saptanmıştır (33). 2008’de yayınlanan Japon ve Kanadalı kadınları karşılaştıran bir çalışmada ise Kanadalı kadınlarda şiddetli premenstrüel semptom oranı %21 ve PMDB oranı %5, Japon kadınlarda ılımlıdan şiddetliye semptom oranı %5, PMDB oranı ise %1 olarak bulunmuştur (9).

Türkiye’de PMS konusunda ilk çalışmalardan biri olan ve 18-25 yaş arasındaki 230 kız öğrenciyle yapılan Müderris ve ark.’nın çalışmasında PMS prevalansı %36, PMDB prevalansı %8 olarak saptanmıştır (34). 15-49 yaş grubu 541 kadının katıldığı Manisa ilinde yapılan bir epidemiyolojik çalışmada şiddetli PMS belirtileri %6.1 bulunmuş, bunların da yaklaşık %72’sinin PMDB ölçütleriyle örtüştüğü belirtilmiştir. Bu çalışmada en sık görülen belirtiler; sinirlilik veya huzursuzluk (%72), sıkıntılı hissi (%67.3), karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme, çabuk yorulma (%66.6)’dır (8). 2006 yılında yayınlanan, çalışan kadınlarda PMS sıklığını araştıran sağlık personellerinin katıldığı bir çalışmada, PMS prevalansı %20.1 olarak belirlenmiş olup, kadınların %70.3’ü bu dönemde iş verimliliklerinin azaldığını ifade etmiştir (35). 2008’de hastane çalışanlarında yapılan bir başka çalışmada ise premenstrüel belirti görülme oranı %87,4, Orta/ şiddetli PMS sıklığı %30, PMDB sıklığı %10,9 saptanmıştır. PMS olmayanlar en sık fiziksel belirtilerden şikayetçi iken, PMDB olanlarda kızgınlık/asabiyet en sık görülen belirtilerdir (33). Erbil ve ark.’nın 310 üniversite öğrencisi ile yürüttüğü çalışmasında PMS %49.7 oranında saptanmış, en sık görülen belirtiler ise iştahta değişiklik, sinirlilik, şişkinlik, yorgunluk, ağrı, depresif duygudurum ve uyku değişikliği olarak tespit edilmiştir (36). Alpaslan ve arkadaşlarının 2014’de yayınlanan çalışmasında PMS görülme sıklığı Türkiye’de % 66.6 olarak saptanmıştır (28).

2.1.4. Etiyoloji

PMS Hipokrat'tan bu yana bilinmesine ve etiyojisine yönelik birçok çalışma yapılmasına rağmen etyopatogenezi hala netlik kazanmamıştır. Bu konuda birçok hipotez öne sürülmüş ve bu doğrultuda çalışmalar yapılarak tedaviler planlanmıştır. Etiyolojisiye ilgili genel bir görüş multifaktoriyel bir şekilde biyopsikososyal olarak tanımlanabileceği, fizyolojik-biyolojik temelli durumlar olup psikososyal etkenlerin bu durum üzerine etkisi olduğu biçimindedir (11).

Etiyolojide rol oynadığı düşünülen ve üzerinde araştırma yapılan faktörler şu şekildedir:

- 1- Gonadal hormonlar ve nörosteroidler
- 2- Santral sinir sistemi nörotransmitterleri
 - a-Serotonin
 - b- Endojen opiat sistemi
 - c- Gama amino butirik asit (GABA) sistemi
 - d- Noradrenerjik sistem
 - e- Prolaktin
- 3- Hipotalamo-pituiter-adrenal (HPA) eksen aktivitesi
- 4- Genetik
- 5- Tiroid fonksiyonları
- 6- Prostaglandin metabolizması
- 7- Sıvı retansiyonu
- 8- Vitamin ve mineral eksiklikleri: Pridoksin (vitamin B6), kalsiyum, magnezyum ve çinko eksikliği
- 9- Hipoglisemi
- 10- Psikososyal ve sosyokültürel faktörler

2.1.4.1. Gonadal hormonlar ve nörosteroidler

PMS/PMDB sadece overian siklusun olduğu üreme çağındaki kadınlarda olmakta ve premenstrüel yakınmaların cerrahi overiektomi ve ovulasyonun ilaçla baskılanması sonucunda azalması gibi bulgular bunu desteklemektedir.

PMS/PMDB'nin siklik karakteri ve luteal fazda görülmesi, araştırmacıları seks steroid hormon düzeylerini incelemeye yöneltmiştir.

Çalışmalarda PMS'li kadınlarla kontroller arasında östradiol, progesteron ve gonadotropin seviyeleri bakımından farklılık olmadığı, bunların salınımındaki küçük dalgalanmaların ve santral sinir sisteminde artmış bir duyarlılığın semptomlara neden olabileceği düşünölmektedir (14).

Allopregnanolonun PMS'de önemli rolü olduğu düşüncesiyle bu konuda araştırmalar yapılmaktadır. Allopregnanolon GABA reseptör sistemi ile ilişkiye girerek anksiyolitik etki gösteren bir progesteron metabolitidir. PMS'li kadınlarda allopregnanolon seviyeleri kontrol grubuna göre belirgin olarak düşük bulunmuştur.(37)

2.1.4.2. Santral sinir sistemi nörotransmitterleri

A-Serotonin

Serotonin PMS'li kadınlarda en çok üzerinde durulup araştırma yapılan nörotransmitterdir (38). PMS'deki azalmış dürtü kontrolü, depresif duygudurum, irritabilite ve artmış karbonhidrat isteğinin beyinde azalmış serotonin nörotransmisyonu ile ilişkili olduğu düşünölmektedir (14,39). Gonadal hormon ve serotonin sistem değişimlerinin siklusun luteal fazında olup aynı döneme uyması, PMS etiyopatogenezinde bu iki sistemin ortak etkisinin olabileceğini düşündürmektedir (38, 40,41). PMS'li bireyler ile sağlıklı kontrol grubunda yapılan serotonin araştırmalarında PMS'li kadınlarda, geç luteal faz sırasında, trombositlerde serotonin geriliminde belirgin bir azalma saptanmıştır (38). Kan serotonin seviyeleri orta ve geç luteal fazda kontrol grubundan düşük seviyede bulunmuştur (40).

B- Endojen opiat sistemi

Hipotalamus-hipofiz-gonadal eksen endojen opioid aktivitenin en yoğun olduğu bölgedir. Endojen opioidler, arcuat nükleustaki GnRH salınımından sorumlu nöronları doğrudan inhibe ederek pulsatil gonadotropin salgılanmasının regölasyonunda rol oynarlar (42). PMS'li kadınlarda luteal fazda endojen opioidlerin akut olarak çekilmesiyle irritabilite, artmış iştah, azalmış uyarı kontrolü, agresyon ve anksiyete meydana geldiği ileri sürölmektedir (14).

C- Gama amino butirik asit (GABA) sistemi

Beyinde ana inhibitör transmitter olan GABA anksiyolitik özelliktedir. GABA'nın düşük aktivitesi, bipolar bozukluklar, depresyon ve anksiyete ile ilişkilendirilmiştir (43). Kadınlarda midfoliküler fazdan luteal faz sonuna kadar serum GABA seviyesinde artış olması gerekirken PMS'li olgularda bu dönemde GABA seviyesinde yükselme gözlenmemiştir (44).

D- Noradrenerjik sistem

PMS'de beta 2-adrenerjik reseptör regülasyonunda bozulma olduğu düşünülmektedir (45). Yapılan çalışmalarda adrenalin ve noradrenalin seviyelerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bu durumun semptomatik luteal faz boyunca devam ettiği saptanmıştır (46).

E- Prolaktin

Prolaktinin sodyum, potasyum ve sıvı retansiyonu üzerine olan etkileri yanında duygu durumu ve stres arasındaki ilişkisi premenstrüel şikayetler ile olası ilişkisinin incelenmesine neden olmuştur. Bazı çalışmalarda menstrüel siklus sırasında bifazik patern göstermesi gereken prolaktinin PMS'li kadınlarda siklus boyunca yüksek olduğu gösterilmiştir (47). Fakat PMS'de prolaktin düzeyleri konusunda kesin bir anormallik ortaya konamamıştır (48).

2.1.4.3. Hipotalamo-pituiter-adrenal (HPA) eksen aktivitesi

Beyin tabanında yer alan hipotalamustan salgılatıcı (releasing) ve inhibe edici hormonlar sentezlenir. Gonadotropinlerin regülasyonundan sorumlu olan hormon hipotalamustan salgılanan Gonadotropin Salgılatıcı Hormon (GnRH)'dur. GnRH'nun sabit ve düzenli salınımı reproduktif siklusun kontrolünü sağlar. Atipik ve mevsimsel depresyonla düşük GnRH düzeyleri arasında ilişkili saptanmış ve PMS'de kadınlardaki depresif semptomatolojiyi açıklamada yardımcı olmuştur (48).

PMS'de araştırılan başka bir konu HPA stres ilişkisidir. HPA eksen strese cevap sisteminde önemli bir yere sahiptir. Beyindeki bir dizi reaksiyon sonrası adrenokortikotropik hormon sentezlenerek sistemik dolaşıma geçer ve adrenal korteksten strese cevabın bir parçası olan kortizol salınımını sağlar. PMS'de menstrüel siklusun midluteal fazında, HPA eksenin geri bildirim düzenlenmesinin azaldığı,

bundan dolayı iritabilite ve disfori gibi premenstrüel semptomların ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir (49). HPA eksenle ilgili çalışmaların sonuçları PMS’de bu sistemde bir düzensizlik olduğunu ortaya koymasına rağmen mekanizması tam olarak bilinmemektedir.

2.1.4.4. Genetik

Yapılan çalışmalarda genetik faktörlerin PMS ile ilişkisinin olduğu gösterilmiştir (13,14). Annesinde PMDB olan kadınlarda PMDB gelişme oranı %70 iken olmayanlarda bu oran %37 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada %93 monozigot ikizlerde, %44 dizigotik ikizlerde ve %31 kardeşlerde eş hastalanma oranı bildirilmiştir (48). Virginia ikiz kayıtlarının incelenmesiyle yapılan bir çalışmada premenstrüel semptomların %56 olarak kalıtım gösterdiği saptanmıştır (27). PMS’nin etyolojisinde serotonin nörotransmitter eksikliğinin semptomlarla ilişkisinin olduğu düşünülerek serotonin transporter gen mutasyonunun saptanması amacıyla yapılan çalışmalarda bunu destekleyen ve desteklemeyen çalışmalar mevcuttur (39,40,50).

2.1.4.5. Tiroid fonksiyonları

PMS’de tiroid fonksiyonlarının rolü olduğu düşünülerek yapılan çalışmalarda tiroid işlevleriyle ilgili bilgiler tutarsızdır (51). PMS etyopatogenezinde tiroid fonksiyon bozukluğuna dair kesin bir bilgi mevcut değildir.

2.1.4.6. Prostaglandin metabolizması

Prostaglandinler termoregülasyonu etkilemekte, baş ağrısı, sedasyon, konsantrasyon güçlüğü, iritabilite, kapiller permeabilite artışı gibi belirtilere sebep olabilmektedir. PMS’deki belirtilerin prostaglandin yetersizliğine bağlı olduğunu ve bunun tam tersi prostaglandin inhibitörü kullanılarak tedavi edilebileceğini öne süren iki zıt görüş üzerinde çalışmalar vardır (52,53). Bu konuda bilgiler çelişkilidir, bir görüş birliği yoktur.

2.1.4.7. Sıvı retansiyonu

Renin-Anjiyotensin-Aldosteron sistemi, vücut sıvı elektrolit dengesinin ayarlanmasından sorumludur. Östrojen karaciğer enzimlerini uyararak adrenal bezden aldosteron salınımını sağlarken, progesteron tam tersine aldosteron ile reseptör düzeyinde yarışarak antimineralokortikoid aktivite gösterir (54). Premenstrüel

dönemdeki şişkinlik ve sıvı retansiyonu şikayetleri hiperaldosteronizme bağlanmış, ancak PMS’li kadınlar ve kontrolleri arasında aldosteron seviyesi arasında fark gösterilememiştir (55).

2.1.4.8. Vitamin ve mineral eksiklikleri

PMS’nin patofizyolojisinde vitamin ve mineral eksiklikleri araştırılmış, Çinko, vitamin A, vitamin E, tiamin, magnezyum ve piridoksin sorumlu tutulmuş ancak patofizyolojide nutrisyonel bir eksiklik olduğu kanıtlanamamıştır (56). Kalsiyum metabolizmasındaki değişiklikler depresyon ve anksiyete ile ilişkili bulunduğundan PMS’de kalsiyum eksikliğinin rolü olabileceğini düşündürmüştür ve bu konuda araştırma yapılmasına neden olmuştur (56).

2.1.4.9. Hipoglisemi

PMS ve hipoglisemide oluşan ortak semptomlar nedeniyle etiyolojide glukoz metabolizması araştırılmış fakat bir bozukluk saptanmamıştır (48).

2.1.4.10. Psikososyal ve sosyokültürel faktörler

Premenstrüel belirtilerle ilişkili olarak yapılan çalışmalarda psikososyal etkenler, psikolojik zorlanma ve stresler, menstrüasyon görmeye ilişkin korku ve olumsuz tutumlar, yaşam olayları, evlilik sorunları, evlilik ve cinsellikteki doyumsuzluklarla PMS şiddetinin arttığı görülmüştür (12).

Bilişsel kuram ve sosyal öğrenme kuramları, PMS de olumsuz duygu durumun menstrüel döngüye atfedilmesi, başa çıkma stratejilerinde, inançlardaki bireysel farklılıklar ve kişilik özelliklerinin de etki göstererek bazı kadınların premenstrüel değişikliklere daha hassas hale geldiğini öne sürmüştür ve bununla ilgili etiyolojideki rolünü araştırmıştır (57).

Olumsuz yaşam koşullarından kaynaklanan emosyonel problemler varlığında belirtilerin daha şiddetli olduğu ve PMS’li kadınların iç çatışmalardan doğan stres ve çevresel stresle başa çıkma yeteneklerinde azalma olduğu görülmüştür (58).

Premenstrüel dönemde olduğunu bilen kadınlarda, bilmeyenlere göre belirtilerin çok daha fazla olduğu ve PMS belirtilerini bilip döngülerini takip eden kadınların premenstrüel belirtileri daha çok yaşadıklarını saptanmıştır (59).

PMS'de ailesel çevre faktörlerinin etkilerini inceleyen araştırmalar da vardır. Toplumun kadın ve kadınlığa ilk adım olarak algılanan menstrüel döngünün başlamasıyla ilgili değerleri PMS oluşumunda bir diğer faktördür. Menstrüel dönem hakkındaki bilgiler, tecrübeler, bu dönemle ilgili duygu ve düşünceler olumsuz ve ürkütücü ise PMS şiddeti daha fazla olabilir. İsrail'de yapılan bir araştırmada premenstrüel belirtileri fazla olan kişilerin, ailelerinde PMS olan ve geleneksel aile yapısına sahip, menstrüasyon dönemini rahatsızlık verici ve engelleyici bir olay olarak gören kadınlar olduğu gözlemlenmiştir (60). Demir ve arkadaşlarının çalışmasında da menstrüasyon görmekten hoşlanmayan, nefret eden kadınlarda bu dönemi doğal olarak karşılayanlara göre PMS anlamlı oranda daha fazla saptanmıştır (35).

Psikanalitik görüş premenstrüel fiziksel değişikliklerin kadına hamile olmadığını ve böylece geleneksel kadınlık rolünü yerine getiremediğini hatırlattığını ve kadının kadınlık ve annelik rolüne ilişkin bilinçdışı çatışmalarının bu sorunun kaynağı olduğunu öne sürer (57).

2.1.5. Risk Faktörleri

2.1.5.1. Yaş

PMS ve yaş ilişkisini değerlendiren çalışmalarda farklı sonuçlar çıkmıştır. Yapılan çalışmalarda PMS'nin adolesan dönemde başlayabildiği, yaşla birlikte arttığı, over aktivitesinin azalmasıyla azalmaya başladığı ve menopoza birlikte sonlandığı görülmektedir (61). Yapılan prevalans çalışmalarında en yüksek prevalans 20'li yaşların sonları ile 30'lu yaşların başlarında, ortalama 26 yaş civarında görülmektedir (57, 62).

2.1.5.2. Medeni durum

Evli, bekar, eşinden ayrı veya boşanmış kadınlarla ilgili yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar vardır. Evlenmemiş veya boşanmış kadınlarda evli veya hayatında partneri olan kadınlara göre PMS sıklığında ve premenstrüel semptomlarda artış olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (63). Yine bir çalışmada bekarlarda PMS sıklığının fazla olduğu gösterilmiştir (8). Bunun yanında medeni durumla PMS sıklığı ve şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olmadığını söyleyen çalışmalar da mevcuttur (35).

2.1.5.3. Gebelik

Parite ve PMS ilişkisi değerlendirildiğinde gebelik sayısı az olan kadınlarda PMS'nin fazla görüldüğü bildiren çalışmalar yanında çocuk sayısı ile PMS arasında anlamlı ilişki olmadığını söyleyen araştırmalar da mevcuttur (35,64).

2.1.5.4. Sosyoekonomik durum

Yapılan araştırmaların bir kısmında, premenstrüel semptomların eğitilmiş ve yüksek gelirli kadınlarda daha az görüldüğü bildirilmektedir (63). Bazı çalışmalar da gelir durumu ve PMS arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir (65).

2.1.5.5. Stres

Stres düzeyindeki artış, PMS için risk etmenidir ve yapılan çalışmalarda travmatik olaylarla birlikte stresin PMS görülme oranını artırdığı görülmüştür (66).

2.1.5.6. Menstrüasyon ile ilişkili faktörler

PMS ve menstrüasyon ile ilgili faktörler arasındaki ilişki incelendiğinde dismenoreesi olan kadınlarda premenstrüel belirti oranlarında anlamlı yükseklik görülmüştür (35,36). Menarş yaşı ile ilgili yapılan çalışmalarda menarş yaşının küçük olmasının PMS sıklığını artırdığına dair sonuçlar varken, bazı çalışmalarda ise anlamlı bir ilişki olmadığı yönünde veriler mevcuttur (35,36).

2.1.6. Semptomlar ve Tanı

2.1.6.1. Semptomlar

PMS farklı sistemler üzerinde etkisi olan bir semptomlar bütünüdür. PMS de fizyolojik ve psikolojik sistemleri ilgilendiren 300 den fazla semptom tanımlanmıştır (67,68). Semptomlar 5 ana başlıkta toplanabilir (2,13).

1. Afektif semptomlar: Duygudurumda labilite, irritabilite, ajitasyon, endişe, gerginlik, huzursuzluk, depresif duygudurum, disfori, kontrolünü kaybedecekmiş hissi, ağlamalar

2. Fiziksel semptomlar: Ödem, meme hassasiyeti, abdominal distansiyon-ağrı, ağırlık artışı, myalji, baş ağrısı, baş dönmesi, mide bulantısı, GIS değişiklikleri, sıcak basmaları, akne

3. Kognitif semptomlar: Konsantrasyon bozukluğu, kararsızlık, unutkanlık, motivasyon kaybı

4. Nörovejetatif semptomlar: Uyku değişiklikleri, iştah değişiklikleri, cinsel istekte değişiklikler, enerjide azalma, letarji

5. Davranışsal semptomlar: Sosyal geri çekilme, özgüvende azalma, iş verimliliğinde azalma, kişilerle ilişkilerinde bozulma

Bu semptomlar arasında, irritabilite, depresif duygu durumu, anksiyete, karın bölgesinde şişkinlik, baş ağrısı, meme hassasiyeti en sık karşılaşılan semptomlardandır (67,68). Her kadında semptom içeriği ve şiddeti değişiklik gösterse de döngünün son 6 gününde şikayetlerde şiddetlenme görülür ve son 2 günde pik yapar (27). Semptomların ekspresyonu tutarlı olma eğilimindedir, aydan aya farklılık göstermez (69).

2.1.6.2. Tanı

PMS'de birbirine benzer 3 farklı tanısal yaklaşım vardır. APA tarafından yayınlanan DSM-5 de PMDB, WHO tarafından yayınlanan ICD-10 da PMTS, ACOG tarafından belirlenen kriterlerde PMS adı altında tanı kriterleri yer almaktadır (7).

PMDB tanısı koyarken dikkat edilmesi gerekenler şöyle sıralanabilir (3, 27,61).

- Mevcut semptomlar organik bir nedene veya hormon, madde kullanımına bağlı olmamalıdır.
- Overyen aktiviteye bağlı olduğundan ovulasyon olmadığı sikluslarda ve prepubertal, postmenopozal ve gebelik döneminde görülmez.
- Histerektomili kadınlarda da görülebilir, overlerin korunması yeterlidir.
- Semptomlar asemptomatik geçen foliküler fazı takiben menstrüel siklusun luteal fazında görülür.
- Menstrüasyonun başlamasıyla birlikte semptomlar birkaç gün içinde azalabilir veya tamamen geçebilir.
- Semptomlar kişinin günlük yaşantısını ve iş performansını etkilemelidir.
- Semptomlar son 1 yıl içindeki siklusların çoğunda olmalı, en az 2 siklus ileri dönük günlük çizelgeyle takip edilmelidir.

APA'nın yayınladığı DSM-5'te "Depresyon Bozuklukları" kategorisinde yer almıştır ve burada "Premenstrüel Disfori Bozukluğu" (PMDB) olarak adlandırılmıştır.

DSM-5 Premenstrüel Disfori Bozukluğu tanı kriterleri (3).

A. Aybaşı (menstrüasyon, adet) döngülerinin büyük bir çoğunluğunda, aybaşlarının başlamasından önceki son hafta, en az beş belirti bulunmalıdır, bu belirtiler aybaşlarının başlamasından sonraki birkaç gün içinde iyileşmeye başlar ve aybaşlarından sonraki hafta çok azalır ya da yok olur.

B. Aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) bulunmalıdır:

1. Belirgin duygusal değişkenlik(örn: duygudurum dalgalanmaları; birden kendini üzüntülü ya da ağlamaklı hissetme ya da kabul görmemeye karşı artmış duyarlılık).
2. Belirgin bir biçimde kolay kızma, öfkelenme ya da kişilerarası çatışmalar-da artma.
3. Belirgin bir çökkün duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da kendini küçümseyen düşünceler.
4. Belirgin bir bunaltı, gerginlik ve /ya da diken üzerinde ya da sinirli olma.

C. B tanı ölçütündeki belirtilerle birleştirilince toplam beş belirtiye çıkmak üzere, ayrıca, aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) daha bulunmalıdır:

1. Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma(örn: iş, okul, arkadaşlar, eğlence uğraşları).
2. Odaklanmakta öznel güçlük çekme.
3. Uyuşukluk, kolay yorulma ya da içsel güçte belirgin bir düşüklük.
4. Belirgin bir yeme isteği değişikliği; aşırı yemek yeme ya da özel bir takım yiyecekleri yemek için aşırı istek duyma.
5. Aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk çekme.
6. Bunalmışlık ya da denetimini yitirmişlik duyumu.
7. Göğüslerde duyarlılık ya da şişme, eklem ya da kas ağrısı, "davul gibi şişme" duyumu ya da kilo alma gibi fiziksel belirtiler.

Not: A-C tanı ölçülerindeki belirtiler bir önceki yılın aybaşı döngülerinin çoğunluğunda bulunmuş olmalıdır.

D. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıyla ya da işte, okulda, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde bozulmayla (örn: toplumsal etkinliklerden kaçınma; işte, okulda ya da evde üretkenlikte ve verimlilikte azalma) gider.

E. Bu bozukluk, yalnızca, yeğin depresyon bozukluğu, panik bozukluğu, süre giden depresyon bozukluğu (distimi) ya da bir kişilik bozukluğu (bu bozukluklardan herhangi biri ile eşzamanlı ortaya çıkabilirse de) gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.

F. A tanı ölçütü, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır. (Not: böyle bir doğrulamadan önce tanı geçici olarak konabilir.)

G. Bu belirtiler, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Hipertiroidizm) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Belirtiler, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmamışsa, tanının adından sonra “geçici tanı” diye yazılmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan ICD-10 da Premenstrüel gerginlik sendromu tanı kriterleri genitoüriner sistem hastalıkları içinde sınıflandırılmıştır ve ICD-10 tanı kodu N94.3'tür.(21)

PMS tanısı koyabilmek için ICD-10'a göre şunlar gereklidir ;

A. Belirtiler sadece menstrüel döngünün premenstrüel evresinde ortaya çıkar, menstrüel dönemden kısa süre önce zirveye ulaşır ve menstrüasyon dönemiyle birlikte veya kısa bir süre içinde kaybolur.

B. Aşağıdaki belirtilerden bir tanesi yeterlidir:

- Hafif ruhsal huzursuzluk
- Şişkinlik hissi ve kilo alma
- Memelerde hassasiyet
- El ve ayaklarda şişme
- Çeşitli ağrılar

- Konsantrasyonda azalma
- Uyku bozukluğu
- İştah değişikliği (WHO 1996)

ICD-10 a göre tanı konulabilmesi için ileriye dönük izlem ve sosyal hayatta kayıp olması gerekmez (64).

PMS için Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Koleji (ACOG) tanı kriterleri (22):

1. Önceki üç menstrüel siklusta, menstrüasyondan önce en az beş gün boyunca, aşağıdaki somatik ve affektif semptomlardan en az birinin varlığı:
Affektif: Depresyon, öfke patlaması, irritabilite, anksiyete, konfüzyon, sosyal çekilme
Somatik: Meme hassasiyeti, karın şişliği, baş ağrısı, ekstremitelerde ödem, halsizlik
2. Menstrüasyon başlangıcından itibaren 4 gün içinde rahatlama, siklusun 12.gününe kadar tekrarlamama
3. Farmakolojik tedavi, hormon alımı, madde ya da alkol kullanımı olmaksızın görülmesi
4. Sosyal veya ekonomik performansta gözlemlenebilir fonksiyon kaybına yol açması
5. İki siklus boyunca prospektif olarak tutulan kayıtlarda tekrarladığının gözlemlenmesi

PMS'de şiddet tanımlaması subjektif olarak yapıldığı için, şiddetin değerlendirilmesi konusunda bir ortak görüş yoktur (4,70).

PMS için kesin tanı konulabilmesi için PMS şüphesi olan kadınlarda en az 2 siklus boyunca premenstrüel semptom günlüğü tutulması istenerek siklustan siklusa olan değişiklikler gözlemlenmelidir (3,13).

2.1.6.3. Ayırıcı tanı

PMS ve PMDB tanısı koymadan önce diğer psikiyatrik ve fiziksel hastalıkları dışlamak gerekir. Yapılan çalışmalarda premenstrüel semptomlar ve yaşam boyu major depresif bozukluk arasında bir ilişki olduğu, PMDB'nin major depresyon riskini artırdığı ve PMDB tanısı konulan hastaların yarıdan fazlasında yaşamlarının bir döneminde anksiyete ve duygudurum bozukluklarının görüldüğü saptanmıştır (14).

Premenstrüel dönemde major depresif bozukluk, panik bozukluk, şizofreni, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklarda ve intihar riskinde artış olabilir veya migren, astım, epilepsi, multipl skleroz gibi fiziksel hastalıklarda alevlenme görülebilir ve bu semptomlar tüm siklus devam edebilir (14,71,72).

Özellikle sık görülen fiziksel hastalıklardan anemi ve hipotiroidi letarji ile hipertiroidi ise irritabilite ve anksiyete nedeni ile premenstrüel semptomlardan ayırt edilmelidir. Premenstrüel olarak oluşan meme şişliği ve mastalji şikayetleri varlığında meme kanseri riskinin elenmesi açısından değerlendirilmelidir.

2.1.7. Tedavi

PMS tedavisinde semptomları iyileştirmek, ortadan kaldırmak, semptomların kişilerarası ilişkiler üzerine veya günlük aktiviteler üzerine etkilerini azaltmak amacıyla farmakolojik olmayan psikososyal, nutrisyonel ve farmakolojik yaklaşımlar kullanılır (13,71).

2.1.7.1. Nonfarmakolojik tedavi

Hasta eğitimi: Hastalığın prevalansı ve biyolojik temeli hakkında bilgi verilen kadınların kontrol duygusunun arttığı ve şikayetlerinin azaldığı saptanmıştır (13). Psikoeğitimde amaç kadınlara semptomlarının özellikleri, nedenleri, bunlardan korunma ve şikayetlerin azaltılması konularında destek verilmesidir (57).

Destekleyici tedavi: PMS tedavisinde uygun psikolojik görüşme, rahatlama ve bilişsel davranışçı terapinin faydalı olduğunu gösteren araştırmalar vardır (13,73). Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımda psikoeğitim sonrasında semptomlara ilişkin bilişsel davranışçıl formülasyonun yapılması, olumsuz duygusal tepkiler ve impulsif davranışlara ilişkin bilişsel davranışçı müdahaleler ve sorun çözme yöntemlerinin öğretilmesi gerekir (57).

Davranış değişikliği: Davranışsal tedbirler semptom günlüğü tutma, yeterli dinlenme, egzersiz ve diyet değişikliğini içermektedir (13). Günlük tutulması kadınların şikayetlerinin zamanlamasını anlayarak davranışsal değişiklikleri uygulamalarına ve bu durum üzerinde kontrol sahibi olmalarına fırsat verir (57). Egzersiz, öfke ve çökkün duygu durumu gibi premenstrüel şikayetlere iyi gelmekle birlikte meme hassasiyeti ve

abdominal distansiyon gibi somatik şikayetlerde de gerileme sağlamaktadır (71). Bu hastalara premenstrüel dönemde daha fazla uykuya zaman ayırmaları, tuz, sigara, kafein, alkol kullanımını azaltmaları önerilmektedir (57).

Diyet desteği: PMS tedavisinde günlük olarak kullanılan çinko, magnezyum ve B1, B6, E vitamini gibi vitaminlerin psikosomatik hastalıklarla ilişkisi saptanmasına rağmen bu faktörlerin sınırlı sayıda çalışma dışında plasebodan etkin olduğu gösterilememiştir (74). PMS tedavisiyle ilgili yapılan çalışmalar sonucunda kalsiyum semptomların çoğuna iyi gelmesi nedeniyle önerilebilmektedir (13,56). Premenstrüel semptomların tedavisi için kullanılan ve bir bitki ekstresi olan hayıt bitkisinin (vites agnuscatus) randomize kontrollü bir çalışmada sinirlilik, irritabilite, baş ağrısı ve meme dolgunluğunu gidermede plaseboya göre anlamlı olarak üstün olduğu görülmüştür (75).

2.1.7.2. Farmakolojik tedavi

Tablo 2: PMS/PMDB Tedavisinde Kullanılan İlaçlar

SSRI	GnRH agonistleri	Androjenler	NSAİİ	Diüretikler
Fluoksetin 10-20 mg/gün	Löprolid 3.75 mg/ay- 11.25 mg/3ay IM	Danazol 100-400 mg/gün	Naproxen sodyum 275-550 mg/gün	Spirolakton 25-100 mg/gün luteal fazda
Sertralin 50-100 mg/gün	Goserelin 3.6 mg/ay – 10.8 mg/3ay SC			
Paroksetin 10-30 mg/gün	Nafarelin 200-400 mg günde 2 kez itranasal			
Fluvoksamin 25-50 mg/gün	Histrelin Kiloya 10 mcg/günde 2 kez			
Sitalopram 20-40 mg/gün				

PMS/PMDB tedavisinde önerilen ilaçlardan bazıları tablo 2.'de özetlenmiştir (13).

Serotonerjik Antidepresanlar

PMS tedavisinde Selektif Serotonin Geri-alım İnhibitörleri (Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors –SSRI) en sık kullanılan ilaçlardır (57). Fluoksetin (10-20 mg/gün), sertralin (50-100 mg/gün) ve paroksetin (10-30 mg/gün) Food and Drug Administration (FDA) tarafından tedavide önerilmektedir (13,76). SSRI'lar daha çok

ruhsal yakınmaları ön planda olan ciddi PMS ve PMDB olgularında önerilmektedir (71). SSRI'ların altı ay boyunca hergün ve ovulasyonda başlanıp menstrüasyonun başlamasından 1-2 gün sonra kesilmesi şeklinde aralıklı olarak iki farklı kullanım yöntemi vardır (57). Luteal faz sınırlı SSRI tedavisinin günlük uygulama kadar etkili olduğu görülmüştür (27).

Ovulasyon supresyonu

Premenstrüel semptomlar ovulatuvar sikluslerde görüldüğü için ovulasyon inhibisyonu PMS tedavisinde kullanılmaktadır. Ovulasyon supresyonu için GnRH analogları, danazol, kombine tip oral kontraseptifler (OKS) kullanılabilir. GnRH agonistleri plazma hormon düzeylerini menopozal dönem seviyelerine getirirler ve “medikal oofektomi” oluşturarak PMS tedavisinde kullanılırlar (77,78). Danazol antigonadotropik etkisinden dolayı ovulasyonu baskılamasına rağmen androjenik yan etkileri kullanımını kısıtlamaktadır (79). Kombine tip OKS'ler PMS tedavisinde diğer bir seçenektir ve içeriğindeki progesteronun antimineralkortikoid, antiandrojenik niteliği PMS tedavisinde klinik yanıtta önemlidir (80).

Diğer tedavi seçenekleri

PMS'de midfoliküler fazdan luteal faz sonuna kadar olması gereken GABA seviyesi yükselmesi olmadığı düşüncesinden yola çıkarak tedavide GABA-erjik bir ilaç olan alprozolam denenmiştir (44). Bu ilaçla belli hasta grupları dışında yeterli klinik yanıt alınmadığı görülmüştür (81). PMS de semptomatik tedavinin de yeri vardır. Bu amaçla mastalji şikayeti olanlarda bromokriptin, sıvı retansiyonundan dolayı şişkinlik olanlarda spiranolakton kullanılabilir (74).

2.2. VAJİNİSMUS

2.2.1. Tanımlama

WHO cinsel sağlığı “ Sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil; duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır (82).

Cinsel işlev bozukluğu (CİB) insandaki cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki fizyolojik süreçlerden birinde oluşan aksamalardan kaynaklanan ya da cinsel ilişkiye bağlı ağrıyla belirgin olan bozukluklar olarak

tanımlanabilir (26,83,84). Vajinismus ülkemizde kadın cinsel işlev bozuklukları arasında tedavi arayışı en fazla olan ve CİB polikliniklerine en sık başvuru olan cinsel sorundur (15,16). Vajinismus kişinin cinsel birleşme isteği olduğunu ifade etmesine rağmen birleşme denendiğinde vajinanın dış üçte bir kaslarında cinsel birleşmeyi engelleyecek bir biçimde, yineleyici ya da sürekli olarak istem dışı kasılma olmasıdır (26). Eş, cinsel birleşme girişiminde bulunduğu anda itme, korku ve panik duyguları ortaya çıkabilir (17). Hastalarda cinsel birleşme düşüncesi veya parmak, tampon, spekulum kullanımıyla da ortaya çıkabilir (20).

2.2.2. Tarihçe

Tarihsel dokümanlar incelendiğinde ilk olarak Eski Mısır'da 3500 yıl öncesine ait Ramesseum papirüsünde cinsel birleşmeyle oluşan ağrıdan bahsedilmektedir (85). Kadın bir hekim olan Salerno'lu Trotula onbirinci yüzyılda vulvadaki kasılmayı tanımlamıştır (86). Vajinismus terimi ilk olarak jinekolog J. Marion Sims tarafından 1862 de kullanılmış ve "vajinal penetrasyon girişimlerinde vajinayı çevreleyen kas sisteminde refleks benzeri kasılma" şeklinde tanımlanmıştır (87).

Vajinismusun 20. yüzyılın ortalarında cinsel bir problem olarak tanımlanmaya başlamasında Freud'un insan cinselliği ile ilgili fikirlerinin büyük rolü vardır (88). Zaman içinde vajinismus tanımlanmasında çok fazla değişiklik olmasa da modern tedavide çift terapisi ve davranışsal tekniklerin gelişmesine ön ayak olan Masters ve Johnson ile Helen Singer Kaplan, günümüzde psikoterapistler tarafından yaygın olarak kullanılan tedavi şekillerinin öncüleridir (89,90).

2.2.3. Epidemiyoloji

Batıda kadınlar daha çok uyarılma ve istek sorunları için yardım arayışında iken ülkemizde kadın başvurularının en sık nedeni vajinismustur ve vajinismus sıklığı batılı ülkelere göre daha fazladır (17). Vajinismus cinsel birleşmenin gerçekleşmesini engelleyen durumlar içinde sık görülmesine rağmen toplum içindeki yaygınlığına dair veriler kısıtlıdır.

Batıda yapılan bir çalışmada genel toplum içindeki oranının %3-13, kliniğe başvuran cinsel işlev bozuklukları arasında ise %21-48 arasında olduğu bildirilmektedir (91). İsveç'te yapılan bir çalışmada ise yıllık prevalans %1 olarak saptanmıştır (92).

Ülkemizde toplum temelli çalışmalar sınırlı ve yetersiz sayıda olmakla birlikte Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) tarafından yapılan Türkiye örneklemleri çalışmada, katılan kadınların %17'si yaşamlarında bir kerelik, %9,2'si yaşamlarında bir dönem devam eden birleşme sorunu tarif etmişlerdir (17). Konya da Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı toplum temelli çalışmada ise %15.3 oranında vajinismus bildirilmiştir (93). Tuğrul ve Kabakçı tarafından yapılan çalışmada cinsel sorunlarla psikiyatri kliniğine başvuran kadın hastalarda %73 oranında vajinismus olduğu görülmüştür (94). Yıldırım ve arkadaşlarının 2011 de yaptığı klinik örneklem çalışmasında CİB kliniğine başvuran kadınların % 41'inin vajinismus tanısı aldığı saptanmıştır(15).

İlgili literatür tarandığında vajinismus ile ilgili yapılan komorbidite çalışmalarının da sınırlı sayıda olduğu ve CİB'e sıklıkla ikinci bir psikopatolojinin eşlik ettiği görülmektedir. Yapılan bir çalışmada, depresyon ve kendini aşağılama /küçümseme boyutlarında alınan puanların en yüksek olduğu grupların disparoni ve vajinismus olduğu saptanmıştır (18). Ernst ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada genç erişkinlikteki cinsel sorunların kadınlarda anksiyete, depresyon, yeme bozukluğu ve sosyal fobi ile ilişkili olduğunu bulmuştur (95). Türkiye'de yapılan bir çalışmada vajinismus en sık hafif-orta derecede depresyon, distimi ve uyum bozukluğunun eşlik ettiği görülmüştür (96). Vajinismus ile depresyon ve anksiyete ilişkisini inceleyen 2015 de yayınlanmış bir çalışmada ise majör depresif bozukluk hastaların %45.8'inde ve anksiyete bozukluk hastalarının %31.1'inde vajinismus öyküsü alınmış ve cinsel işlev bozukluklarında hastaların yaşam boyu depresyon ve anksiyete oranlarının arttığı saptanmıştır (97).

2.2.4. Etiyoloji

Vajinismusun etyolojisinde farklı yaklaşımlar olduğundan çoklu bakış açısı ile değerlendirme yapılması faydalı olacaktır. Vajinismus heterojen, multisistemik ve multifaktöryel bir hastalıktır(3).

1) Dinamik yaklaşım

Dinamik yaklaşıma göre vajinismus konversif ya da histerik bir semptomdur ve çözümlenmemiş bilinçdışı çatışmanın sembolik dışavurumudur. Vajinismus olan kadınlarda fallik döneme özgü penis haseti çözümlenmemiş, bu durum erkeğin cinsel

arzusunu ketlemenin ve belki de bunun ötesinde kendi kastre edilmişliğinin intikamını erkekten almanın fiziksel dışavurumu olarak yorumlanmaktadır (89).

Fenichel'e göre vajinismus cinsel ilişkiyi olanaksız kılan pozitif bir konversiyon semptomudur. Cinselliği engelleme eğilimini dışavurmanın yanında, penisi kesip atma ve tutma ile ilgili çarpıtılmış bilinçdışı arzu olduğunu söylemiştir (98).

2) Bilişsel ve davranışsal yaklaşım

Bilişsel yaklaşımda vajinismus gelişmesinde anlamlandırma, yorumlama ve algılama süreçlerinde bozukluk vardır. Kişide cinsellikle ilgili bilgi eksikliği, cinsel yanlış ve abartılı inançlar, cinsellikle ilgili gerçekçi olmayan beklentiler gibi yanlış yorumlamalar ve otomatik düşünceler mevcuttur (20).

Vajinismusun davranışsal modelinde vajinada ve perinede oluşan ağrılı kasılma vajina penetrasyon denemesi sırasında oluşan koşullu anksiyetenin bir sonucudur. Koşullanma tek seferde veya tekrarlayan deneyimlerle oluşabilir. Vajinismusta ağrılı cinsel birleşmeye sekonder olarak penis aversif uyaran özelliği kazanır ve yaklaştığında kaçınma davranışı ile perine kaslarında ağrılı kasılma meydana gelir (99).

Masters ve Johnson katı dini kurullarla yetiştirilmek kadınlarda cinselliğin pis, tehlikeli ve iğrenç olduğu, bekaretin korunması gerektiği gibi güçlü tabulara neden olarak cinsellik korkusuyla beraber vajinismusu ortaya çıkarabileceğini ifade etmektedir(100).

Kaplan'a göre vajinismus belirtileri oluşuktan sonra bu durum fobik bir kaçınmaya dönüşür ve vajinal girişe karşı koşullu bir tepki olur. Bu tanıyı alan kadınlarda yetersizlik duyguları ve cinsel ilişkidenden kaçınma davranışları mevcuttur. Kaplan penetrasyonun hayal edilmesiyle dahi korku ve ağrının eşlik ettiği koşullanmış bir yanıt oluştuğunu söylemiştir (89).

3) Biyolojik yaklaşım

Barnes ve arkadaşları tarafından vajinismusta, vajinal kasların tonusunun ayarlanmasında ve bu kasların kasılmış ile istirahat hallerini ayırt edilmesinde zorluk olduğu ileri sürülmüştür (101).

Van der Velde ve arkadaşları vajinistik reaksiyonların koşullanma sonucu oluşan, varolan tehdite karşı genel bir savunma olduğunu öne sürmüşler ve yaptıkları

çalışmalar sonucunda vajinismusu olan kadınların pelvik taban kas kontrolünün yeterli olduğunu bildirmişlerdir (102,103).

Frasson ve arkadaşları 2009 da yayımladıkları çalışmalarında bunun aksini iddia etmişler ve vajinismus olgularında levator ani ve external anal kaslarda, kontrol grubuna göre uzamış spontan kas hiperaktivitesi ve istemli kasılma inhibisyonunda yetersizlik saptadıklarından bu durumun fokal bir distoniye benzer şekilde sürekli kasılmaya neden olarak vajinal ağrıya ve cinsel birleşmede zorlanmaya yol açabileceğini öne sürmüşlerdir (104).

4) Etiyolojide önemli diğer faktörler

Sosyal/kültürel etkenler

Tarihsel ve toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan her türlü değer ya da değerler sistemi ve sonraki nesillere iletmede kullanılan araçların bütünü o toplumda yaşayan insanları belli düzeylerde etkiler (105). Cinsel davranış ve inançlar da sosyal ve kültürel etkenlerle şekillendiğinden vajinismus oluşumunda toplumda baskın olan kültürel yapı önemlidir.

Bazı araştırmacılara göre, Batı ve Doğu kültürlerinde kadın cinselliğinin bastırılarak penis ya da diğer yabancı cisimlere kapalı tutulması manasına gelen ve yüceltilen “bekaret” kavramı, vajinal alıcılığa karşı bir tepki olarak doğan vajinismusun temelini oluşturan kültürel nedenlerdendir (106).

Batı toplumunda evlilik öncesi bekarete verilen önemin azalması ve çocuk yetiştirmede “aşırı müdahaleci ve bağımlı anne” modelinden uzaklaşılması vajinismusun doğu toplumuna göre azalmasının nedeni olabileceği düşünülmektedir(107).

Ülkemizdeki gibi toplumsal baskıların varlığı, cinselliğin günah, ayıp olarak görülüp geleneksel yetişme tarzının hakim olduğu topluluklarda cinsel işlev bozuklukları görülebilir (108).

Türkiye’de hakim olan İslam kültüründe erkek genitallerinin ve cinselliğinin kadınlara göre daha rahat ifade edilmesi, kadın cinselliğinin evliliğe kadar tabu olarak kalması, bekarete atfedilen yüceleştirilmiş anlam batı toplumuna göre vajinismus sıklığının artmasına neden olan kültürel faktörler olabilir (94).

Cinsel istismar

Cinsel istismar öyküsünün varlığı vajinismus etiyojisi açısından tartışma konusu olan ve araştırılan konulardan birisidir. Sekonder cinsel ağrı bozukluklarında cinsel istismar etken olarak kabul edilmektedir (89). Primer vajinismus ve cinsel istismar ilişkisini araştıran sınırlı sayıda çalışmada çelişkili sonuçlar mevcuttur. Reissing ve arkadaşlarının çalışmasında vajinismusta kontrol grubuna göre 2 kat fazla cinsel istismar görülürken, Doğan'ın çalışmasında %1 oranında görülmüş, İran da yapılan bir çalışmada ise cinsel travma saptanmamıştır (109,110,111).

Yanlış inanışlar ve eğitim eksikliği

Cinselliği merak etmenin ahlaksızlık, suç, günah sayıldığı, kadınların kendi cinsel organlarını bile tanımadıkları toplumlarda, bireylerde uygun ve doğru bilgiye ulaşma imkanı olmadığında yanlış bilgilenmeler ve cinsel bilgi yetersizliği olabilmektedir (17). Yanlış cinsel bilgiler ve inanışlar, cinsel tabular ve cinsel eğitim eksikliği gibi etkenler cinsel sorunların ortaya çıkmasına, sürmesine neden olmaktadır(112).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, vajinismus grubundaki kadınlar, kontrol grubuna göre hem kendilerinin hem de partnerlerinin cinsel bilgi düzeylerini yetersiz bulduklarını söylemişlerdir.(113)

Cinsel bilgisizlik veya yanlış bilgilenme sonucu oluşan önyargılar, cinselliğe ilişkin aşırı kaygı, suçluluk duyguları, gerçekçi olmayan beklentiler veya başaramama korkusuna ve bundan dolayı cinsel işlev bozukluklarına neden olabilir (114).

Kadınlarda vajinismusa eşlik eden; vajinanın dar olduğu, penisin giremeyecek kadar büyük olması, vajina girişinde duvar varlığı, cinsel organının anormal veya çirkin olduğu, kızlık zarının parçalanacağı ve çok kanama olacağı yönünde yanlış cinsel inanışların varlığından CETAD bilgilendirme dosyasında bahsedilmektedir (17).

2.2.5. Tanı ve ayırıcı tanı

2.2.5.1. Tanı

APA tarafından yayımlanan DSM-5'de vajinismus tanısı "Cinsel İşlev Bozuklukları" bölümünün "Cinsel Organlarda - Pelviste Ağrı/ İçe Girme Bozukluğu"

başlığı adı altında disparoni ile ortak bir bozukluk kategorisi içerisinde yer almaktadır. Vajinismus, daha önceki sınıflandırmadan daha geniş bir açıyla ele alınmıştır.

DSM-5 Cinsel Organlarda - Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu tanı ölçütleri(3):

- A. Aşağıdakilerden birinde ya da daha çoğunda sürekli ya da yineleyici güçlük çekme;
1. Birleşme sırasında vajinaya girme
 2. Vajinaya girme ya da girme girişimleri sırasında vulvavajinada ya da pelviste belirgin ağrı duyma
 3. Vajinaya girme eylemi gerçekleşeceği beklenirken ya da vajinaya girme sırasında ya da girilmesinden ötürü vulvavajinada ya da pelviste ağrı duymayla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma,
 4. Vajinaya girme sırasında pelvis taban kaslarını çok germe ya da sıkma
- B. A tanı ölçütündeki belirtiler en az altı aydır sürmektedir.
- C. A tanı ölçütündeki belirtiler kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olmaktadır.
- D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan (örneğin: eşin kaba güç kullanması) ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanmaz.

Bu bozukluk kişi cinsel etkin olduğundan beri varsa yaşam boyu, oldukça olağan bir cinsel işlevsellik evresinden sonra başlamışsa edinilmiş olarak tanımlanır. A tanı ölçütündeki belirtilerin oluşturduğu sıkıntının derecesine göre de ağır olmayan, orta derecede, ağır şekilde şiddet belirtilmelidir.

DSM-5 den önce APA tarafından 1994 yılında yayımlanan DSM-IV-TR'de vajinismus, "Cinsel Bozukluklar ve Cinsel Kimlik Bozuklukları" bölümünün, "Cinsel Ağrı Bozuklukları" başlığı altında tanımlanmaktaydı. Disparoni ve vajinismus iki farklı tanı olarak yer almaktaydı.

DSM-IV Vajinismus tanı ölçütleri (26):

- A. Vajinanın dış üçte birindeki kaslarda koitusu engelleyecek biçimde, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması.
- B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.
- C. Bu bozukluk, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (örn. Somatizasyon Bozukluğu) ve sadece genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Başlangıcına göre, yaşam boyu veya edinilmiş, koşuluna göre yaygın ya da durumsal, etiyolojik etkenlere göre psikolojik etkenlere bağlı ya da bileşik etmenlere bağlı olarak alt tipleri belirtilebilir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan ICD-10'da vajinismus, "Mental ve Davranışsal Bozukluklar" bölümünün , "F52-Cinsel fonksiyon bozukluğu, organik bozukluk veya hastalığın sebep olmadığı" alt başlığında "F52.5 organik olmayan vajinismus" olarak tanımlanmıştır.

ICD-10'a göre tanı ölçütleri (21):

- A. Cinsel işlev bozukluğu tanı ölçütlerini (F52) karşılamalı.
- B. Penil girişi engelleyecek ya da penil girişte zorluk yaratacak şekilde perivajinal kaslarda kasılma vardır. İşlev bozukluğu aşağıdakilerden biri şeklinde görülebilir:
 - 1) Normal bir yanıt yaşanmamıştır.
 - 2) Vajinismus, görece normal yanıtın olduğu bir dönem sonrasında gelişmiştir.
 - a) Vajinal girişe yönelinmediğinde normal bir cinsel yanıt ortaya çıkabilir.
 - b) Cinsel yakınlaşma açısından herhangi bir girişim yaygın bir korku duyulmasına ve vajinal girişi engellemeye yönelik çabalar göstermeye neden olur.

2003 yılında Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kurumu (American Foundation of Urologic Disease/Urology Association Foundation: AFUD/AUAF) vajinismus; kadının istemesine rağmen, penis, parmak ya da objenin vajinal girişine sürekli ya da

tekrarlayıcı biçimde izin vermede zorluk olarak tariflemiş ve sıklıkla fobik kaçınma, korku ya da ağrı deneyimi beklentisinin olabileceğini vurgulamıştır. Yapısal veya diğer fiziksel anormallikler dışlanması gerektiğini belirtmiştir (115).

2.2.5.2. Ayırıcı Tanı

DSM-IV’de Cinsel ağrı bozuklukları tanı başlığı altında vajinismus ve disparoni iki farklı tanı olarak yer aldığından ayırıcı tanıda ilk değerlendirilmesi gereken tanı disparoniydi. DSM-IV ve ICD-10 disparoni tanısı için vajinismus tanısının dışlanmasını önermekte ve öncelikli tanı vajinismus olarak kabul edilmekteydi. Yapılan çalışmalarda yüzyüze görüşme, ölçek doldurtma ve fizik muayene bulgularının dahi bu iki tanıyı ayırmada yeterli olmadığı saptanmıştır (116,19). DSM-5’de Cinsel Organlarda - Pelviste Ağrı/ İçerme Bozukluğu tanısı altında vajinismus ve disparoni aynı başlık altında yer almaktadır ve ayırıcı tanı yapılması gerekmemektedir.

Vajinismus ayırıcı tanısındaki diğer bir klinik durum ise vulvar vestibülit ve ilişkili durumlardır. Vulvar vestibülit “herhangi bir deri hastalığı veya enfeksiyonu olmadan yanma, irritasyon, batma, acıma yakınmalarıyla karakterize kronik vulvar rahatsızlık” olarak tanımlanabilir (117). Vestibuler ağrı ile vajinismus ayırıcı tanısının yapılması oldukça zordur (116). Liken skleroz, endometriyozis, pelvik inflamatuvar hastalık, vulvovajinal atrofi vajinismus ile birlikte görülebilen ve ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer tıbbi durumlardır (3).

2.2.6. Tedavi

Vajinismus tedavisi hakkında yeterli kontrollü çalışma olmasa da, vajinismus tedavisinin temellerini atan Master ve Johnson’un kendi pratiklerinde tedavi başarısını %100 olarak bildirmeleri ve Kaplan’ın yine tedavi yöntemi için “inanılmaz basit” yorumunu yapması vajinismusun tedaviye iyi yanıt verdiği düşüncesini oluşturmaktadır (88). Temel vajinismus tedavi stratejisi Kaplan tarafından şöyle özetlenmiştir;

- 1) Vajinal genişletme ve/veya vajinal egzersizler yoluyla kadını vajinal penetrasyona karşı duyarsızlaştırmak, vajinal kaslarda istemli kontrol geliştirmek ve böylelikle spazmı önlemek,
- 2) Cinselliğin doğal, normal bir aktivite olduğuna yönelik bilgi ve inanışları arttırmak amacıyla kadını eğitmek,

- 3) Fobik unsurlar, olumsuz koşullanma, suçluluk duygusu, ağrı korkusu gibi bağlantılı psikolojik sorunları psiko-terapötik ya da cinsel terapi müdahaleleri yoluyla gidermek (89).

Vajinismusun bilişsel terapisinde, bilişsel yeniden yapılandırma, eğitim, cinsel terapi ve ev ödevleri yer alır (118). Kaplan'ın önerdiği tedavi ufak değişiklikler haricinde günümüzde uygulanmaktadır. Vajinismusun standart tedavisi; çiftin cinsel eğitimi ve bilgilendirilmesi, cinsellik/birleşmeyle ilgili olumsuz affekte karşı duygusal duyarsızlaştırma ve alıştırma çalışmaları, ilerleyici vajinal dilatasyon egzersizlerinden oluşur (88).

Vajinismus tedavisinde; hymenektomi, genel anestezi altında cinsel birleşme , tek seanslık çözüm vaatleri, uyuşturucu pomatlar, alkol alımı, antidepresan ilaç kullanımı, sıcak su banyosu, hipnoterapi, vajinal botulinum uygulaması tedavide uygun olmayan yöntemlerdir (17).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA DESENİ VE ÖRNEKLEM

Tez çalışmasında vajinismus grubu olarak Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bakırköy Psikoterapi Eğitim ve Terapi Merkezi (BPETM) CİB Polikliniği'ne 2016 Mart - Ağustos tarihleri arasında ilk kez başvuran, son 4 hafta içinde primer vajinismus tanısı konularak tedavisi devam etmekte olan, bilgilendirme metni okutulmuş ve 03.05.2016 tarih ile 531 karar no'lu bilgilendirilmiş onayı alınmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden olgular ardışık olarak alındı. Bu olgulardan işleme-dışlama kriterlerine uyan 50 kadın çalışmamıza dahil edildi.

Kontrol grubu olarak sosyodemografik özellikleri vajinismus grubu ile benzer, geçmişte vajinismus ve benzeri cinsel sorun belirtmeyen, işleme-dışlama kriterlerine uyan bilgilendirilmiş onayı alınmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden 50 sağlıklı gönüllü kadına, araştırma grubuna uygulanan testler uygulandı.

Araştırmaya alınma ölçütleri:

1. Son 6 aydır düzenli menstrüasyon görüyor olmak.
2. 18-49 yaş arasında olmak.
3. Araştırma ölçeklerini dolduracak düzeyde okur yazar olmak.
4. DSM-IV TR ölçütlerine göre yapılan değerlendirmede vajinismus tanısı almış olmak.
5. Son 4 hafta içinde CİB polikliniğine başvurmuş olmak.

Araştırmadan dışlanma ölçütleri:

1. 18 yaş altı, 50 ve üzeri olanlar,
2. Okur -yazar olmayanlar,
3. İleri derecede görme bozukluğu olanlar,
4. Klinik olarak saptanmış mental retardasyonu olanlar,

5. SCID-I ile değerlendirme sonrasında CİB dışında ruhsal bir bozukluk tanısı alanlar,
6. Son 1 yıl içinde SSRI grubu antidepresan veya hormon replasman tedavisi veya oral kontraseptif kullananlar,
7. Kronik bir hastalığı olanlar (kanama diatezi, diyabet, hipertansiyon, hipotroidi, hipertroidi, epilepsi vb.)
8. Menstrüasyon düzensizliği ve geçmiş 3 siklus boyunca menstrüasyon görmeyi engelleyecek herhangi bir durum varlığı (TAH+BSO, gebelik, lohusalık gibi)
9. Son bir yıldır psikoaktif madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı tanısı almaması.

3.2. YÖNTEM

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikoterapi Eğitim ve Tedavi Merkezi cinsel işlev bozuklukları polikliniğine vajinusmus yakınmasıyla başvuran ve 2 hekim değerlendirmesi sonucunda DSM-IV-TR tanı kriterlerinde göre primer vajinusmus tanısı konulan hastalar ardışık olarak görüşmeye alındı. Kontrol grubu olarak psikiyatrik başvurusu olmayan ve psikiyatrik açıdan şikayeti olmayan 50 sağlıklı gönüllü alındı. Her iki grup sosyodemografik özellikler bakımından homojendi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan ve kontrol grubundan yazılı onam formu alındı. Her iki gruba da yüzyüze görüşmeyle Cinsel İşlev Bozukluğu Polikliniği Olgu Değerlendirme Formu, Premenstrüel Disforik Bozukluk Değerlendirme Formu ve DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I) uygulandı. Araştırmaya alınma ölçütlerini ve araştırmadan dışlama ölçütlerini karşılayan 50 hastanın Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIİ), Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) gözlemci eşliğinde doldurtuldu. PMSÖ’de şiddetli PMS tanısı alan hastalar DSM-5 tanı kriterlerine göre değerlendirilip PMDB tanısı alan hastalar klinik takibe alındı. Bu hastalardan Premenstrüel Semptom Günlüğünü 2 ay boyunca doldurmaları istendi.

3.3. DEĞERLENDİRME GEREÇLERİ

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Görüşme Formları

Çalışmamızda iki ayrı veri formu kullanıldı.

3.3.1.1. Cinsel İşlev Bozukluğu Polikliniği Olgu Değerlendirme Formu

Halen CİB polikliniğinde kullanılan form, Doç.Dr. Ejder Akgün Yıldırım tarafından hazırlanmıştır.

Hastaların klinik durum, cinsel sorun ile ilişkili sosyodemografik özellikler, cinsel gelişimi, cinsel eşe ait bilgileri, muayene bilgilerini, klinik tanı sürecini değerlendiren ve vajinismus tanısı ile ilgili belirti değerlendirmesi yapan ayrıntılı görüşme formudur.

3.3.1.2. Premenstrüel Disforik Bozukluk Değerlendirme Formu

Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların PMDB ile ilişkili olabilecek hastalık ile ilgili veriler (hastalık başlangıç yaşı, çalışmaya alındığı sırada kullandığı ilaç ve menstrüasyon düzeni bilgileri (menarş yaşı, menstrüasyon düzeni, daha önceki gebelikleri, düşükleri ve doğumları,son 6 aydır uyguladığı doğum kontrol şekli)) ve içerme ölçütlerini sorgulayan bu araştırma için oluşturulmuş formdur.

3.3.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)

1983 yılında Spitzer ve arkadaşları tarafından yapılandırılmış bir klinik tanı koyma aracı olarak geliştirilen SCID-I, karşılıklı görüşme ile DSM tanı ölçütlerine göre herhangi bir birinci eksen tanısının geçmişte ve/veya son 1 ay içinde olup olmadığının araştırılmasını sağlar. Çalışmada, formun First ve arkadaşları tarafından DSM-IV'e uyarlanmış, 1997 yılında yayınlanan versiyonunun, Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan, 1999 yılında yayınlanan Türkçe formu kullanılmıştır(119).

3.3.3. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)

PMSÖ 1982 yılında Halbreich ve Endicott tarafından geliştirilen, Dereboy ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak Türkçeye çevrilen Premenstrüel Assessment Form (PAF) temel alınarak Gençdoğan tarafından hazırlanmış

ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yine Gençdoğan tarafından yapılmış bir ölçektir (120). PMSÖ 44 maddeli beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi bir ölçektir. Depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah, uyku, şişkinlik olmak üzere 9 alt ölçekten oluşur.

3.3.4. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)

Rust ve Golombok tarafından 1986 yılında geliştirilmiştir. Cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmeye yönelik bir ölçme aracıdır. Her biri 28 sorudan oluşan, kadın ve erkek için 2 ayrı formu vardır. Kadın formunda sıklık, iletişim, kaçınma, doyum, dokunma, vajinismus, anorgazmi alt ölçekleri bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde hem toplum hem de alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir. Yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Elde edilen ham puanlar daha sonra 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülebilmekte, kadın ve erkekler için ayrı ayrı yada çiftler için ortak profil çizilebilmektedir. Beş ve üzerindeki puanlar ,o alt boyutta problem olduğuna işaret etmektedir. Tuğrul ve arkadaşları Golombok –Rust Cinsel Doyum ölçeğinin ülkemizde de geçerli ve güvenilir olduğunu bildirmişlerdir (121).

3.3.5. Kadın Cinsel İşlev İndeksi (KCİİ)

Rosen ve arkadaşları (2000) tarafından ABD’nde 2000 yılında, kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla, altı bölümden 19 maddeden oluşan çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, kayganlaşma (lubrikasyon, yağlanma, ıslanma), orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36.0. en düşük puan ise 2.0’dır (122). Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizi Öksüz ve Malhan (2005) tarafından yapılmıştır(123).

3.3.6. Premenstrüel Semptom Günlüğü

Bir menstrüel siklusu 29 gün boyunca derecelendirme esasına dayalı, premenstrüel semptomları afektif, vejetatif, fiziksel olarak 3 farklı bölümde, 20 farklı soruyla inceleyen, semptom derecelendirmesini 1:semptom yok, 2: şiddeti az, 3:şiddeti orta, 4:şiddeti çok şeklinde gösteren likert tipi bir ölçektir. En az ardışık üç siklus boyunca tutulan günlüklerin incelenerek ardışık en az iki siklуста luteal faz

semptomlarının varlığı, foliküler fazda semptomların azlığı ve diğer hastalıkların yokluğunun gözlenmesi PMDB'yi kuvvetle düşündürür. Premenstrüel semptomların zamanlamasını, şiddetini ve günlük işlevsellik üzerindeki etkisini belirlemeye yarayan bir kendini değerlendirme formudur. Premenstrüel son 5 günün ve postmenstrüel 5. gün ile 10. gün arası puanlar toplamı hesaplanarak premenstrüel ve postmenstrüel skor değerleri elde edilir.

3.4. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

İstatistiksel açıdan verilerin değerlendirilmesinde bilgisayar ortamında SPSS for Windows 18.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmaya ait sayısal veriler ortalama ve standart sapma, kategorik veriler ise yüzde (%) olarak tanımlanmıştır. İstatistiksel değerlendirilmelerde değişkenler arasında ilişkileri değerlendirmek ve temel hipotezleri test etmek için veri tipine uygun olarak; ki-kare testi ve iki gruba ait sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için t testi ve diğer testler kullanılmıştır. Tüm sonuçların değerlendirilmesinde ise $P < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamız alınan 50 vajinismus ve 50 kontrol grubu ile tamamlanmıştır. Çalışmaya katılan vajinismus olan kadınların yaş ortalaması 25.90±3.57, kontrol grubu kadınların yaş ortalaması 27.18±3.26 olarak saptanmıştır. Vajinismus olan kadınlar ile kontrol grubu kadınlar arasında yaş değişkeni açısından anlamlı derecede fark saptanmamıştır. (p> 0.05)

Tablo 3: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

		Kontrol (n=50)	Vajinismus (n=50)	χ^2	P
N=100		N(%)	N(%)		
Medeni Durum	Evli	49(49)	49(49)	0.000	1.000
	Boşanmış	1(1)	1(1)		
Yaşadığı Kişiler	Çekirdek aile	44(88)	42(84)	0.332	0.564
	Diğer	6(12)	8(16)		
Ebeveyn Kaybı	Var	2(4.0)	2(4.0)	0.000	1.000
	Yok	48(96.0)	48(96.0)		
İş Durumu	Çalışmıyor	2(4.0)	31(62.0)	38.037	0.001**
	Çalışıyor	48(96.0)	19(38.0)		
Doğum yeri	Köy	5(10.0)	2(8.0)	4.912	0.178
	İlçe	1(2.0)	7(14.0)		
	Kent	26(52.0)	23(46.0)		
	Metropol	18(36.0)	16(32.0)		
Halen Yaşadığı Yer	İlçe	0(0.0)	4(8.0)	4.990	0.086
	Kent	3(6.0)	5(10.0)		
	Metropol	47(94.0)	41(82.0)		
Öğrenim düzeyi	İlkokul	2(4.0)	2(4.0)	0.069	1.000
	Ortaokul	11(22.0)	12(24.0)		
	Lise	20(40.0)	19(38.0)		
	Yüksekokul	7(14.0)	7(14.0)		
	Üniversite	8(16.0)	8(16.0)		
	Yüksek Lisans	2(4.0)	2(4.0)		
Eşinin öğrenim düzeyi(n:98)	İlkokul	8(16.0)	10(20.0)	3.955	0.556
	Ortaokul	5(10.0)	8(16.0)		
	Lise	13(26.0)	13(26.0)		
	Yüksekokul	7(14.0)	5(10.0)		
	Üniversite	12(24.0)	13(26.0)		

Ki Kare **p<0.01

Vajinismus grubunda çalışmayanların oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Diğer değişkenler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). (Tablo 3)

Tablo 4: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının Cinsel Yaşantılarına Dair Özelliklerin Karşılaştırılması

		Kontrol (n=50)	Vajinismus (n=50)		
N=100		N(%)	N(%)	χ^2	p
Ailenin Cinsellik Tutumu	Yasak	1(2)	4(8)	8.670	0.013*
	Açıkça Konuşuluyor	13(26)	3(6)		
	Konuşulmuyor	36(72)	43(86)		
Cinsel Bilgi Kaynağı	Yok	0(0)	3(6)	6.940	0.139
	Aile	5(10)	4(8)		
	Arkadaşları	38(76)	40(80)		
	Kitap/Diğer	7(14)	3(6)		
Mastürbasyon Sıklığı	Yok	43(86.0)	27(52.0)	13.324	0.004**
	Günde ≥ 1	0(0.0)	4(8.0)		
	Haftada ≥ 1	5(10.0)	15(30.0)		
	Ayda 1	2(4.0)	4(8.0)		
Mastürbasyona Karşı Tutumu	Zararlı	0(0.0)	4(8.0)	5.576	0.134
	Doğal	30(60.0)	26(52.0)		
	Gereksiz	17(34.0)	14(28.0)		
	Günah	3(6.0)	6(12.0)		
Evlilik Öncesi Cinsel İlişki Düzeyi	Yok	1(2.0)	8(16.0)	17.137	0.002**
	Cinsel Birleşme	8(16.0)	0(0.0)		
	Çıplak Sevişme	3(6.0)	8(16.0)		
	Yarı Çıplak Sevişme	7(14.0)	10(20.0)		
	El tutma/Öpüşme	31(62.0)	24(48.0)		
İlk Cinsel Birleşme/ Denemesinde Partneri	Eşi	45(90.0)	50(100)	5.263	0.056
	Erkek Arkadaşı	5(10.0)	0(0.0)		

*Fischer Exact test, Ki kare test, ** $p<0.01$

Kontrol ve Vajinismus gruplarının cinselliğe ilişkin bilgi ve tutumlarına dair özellikler karşılaştırılmıştır. Kontrol grubunda ailenin cinselliğe ilişkin tutumunda açıkça konuşanların oranı vajinismus grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Benzer şekilde, kontrol grubunda mastürbasyon yapmayanların oranı ve karşı cinsle evlilik öncesi cinsel ilişki düzeyi cinsel birleşme olanların oranı vajinismus grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). (Tablo 4)

Tablo 5: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının Cinsel Yaşantılarına Dair Yaş Özelliklerinin Karşılaştırılması

N=100	Kontrol (n=50)	Vajinismus (n=50)	z	p
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Cinsel Bilgilenme Yaşı	15.42±3.47 (15)	16.24±3.44 (16)	-1.330	0.183
İlk Mastürbasyon Yaşı	18.65±3.89 (17)	16.60±4.89 (18)	-0.588	0.557
^z İlk Cinsel Aktivite Yaşı	19.46±4.70 (19)	19.12±5.06 (20)	-0.334	0.738
^z İlk Cinsel Birleşme/ Birleşme Denemesi Yaşı	24.10±3.13 (24)	24.64±3.25 (24)	-0.718	0.473

^zMann-Whitney U test, Ki kare test, **p<0.01

Çalışmaya katılanların cinsel bilgilenme yaşları 10-29 arasında değişmekte olup ortalama 15.83±3.46'dır. Katılımcıların karşı cinsle ilk cinsel aktivite yaşları 13-33 arasında değişmekte olup ortalama yaşları 19.29±4.86'dır. İlk mastürbasyon yaşı, ilk cinsel aktivite yaşı ve cinsel birleşme veya birleşme denemesi yaşı açısından vajinismus ve kontrol grupları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05).(Tablo 5)

Tablo 6: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının Evliliğe Dair Özelliklerinin Karşılaştırılması

N=100	Kontrol (n=50)	Vajinismus (n=50)	t/z	p
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
^z Evlilik Süresi	27.43±27.46 (12)	13.76±13.07 (8)	-2.898	0.001**
^t Evlendiğinde Yaşı	24.86±2.91 (25)	24.63±3.23 (24)	0.237	0.813
^t Evlendiğinde Eşinin Yaşı	28.04±4.12 (27)	28.20±3.83 (28)	-0.143	0.887
^z Evlilik Sayısı	1.04±0.20 (1)	1.04±0.10 (1)	0.00	1.000
^z Eşinin Evlilik Sayısı	1.02±0.14(1)	1.00±0.00(1)	-0.572	0.568

^tStudent t Test, ^zMann-Whitney U test, **p<0.01

Vajinismus ve kontrol gruplarının evliliklerine dair özellikleri karşılaştırılmıştır. Çalışmaya katılanların evlilik süresi 6-120 ay arasında değişmekte olup ortalama evlilik süresi 20.18±22.49 aydır. Kontrol grubunun evlilik süresi vajinismus grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede uzundur (p<0.01). Evliliğe dair diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05). (Tablo 6)

Tablo 7: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının Evliliğe Dair Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Kontrol (n=50)	Vajinismus (n=50)		
N=100		N(%)	N(%)	χ^2	p
+Çocuğu	Yok	49(98)	49(98)	0.000	1.000
	Var	1(2)	1(2)		
Evlilik Şekli	Evli değil	1(2)	1(2)	2.844	0.416
	Anlaşarak	47(94)	43(86)		
	Görücü usulü	2(4)	4(8)		
	Kaçarak	0(0.0)	2(4.0)		
Eşiyle Akrabalık	Eşi yok	1(2.0)	1(2.0)	0.211	0.976
	Hayır	44(88.0)	45(90.0)		
	Evet	3(6.0)	2(4.0)		
	Tanıdık	2(4.0)	2(4.0)		
Kaçıncı Evliliği	0	1(2.0)	1(2.0)	0.000	1.000
	1	47(94.0)	47(94.0)		
	2	2(4.0)	2(4.0)		
Evlilik Öncesi Cinsel İlişki Sıklığı	Hiç Yok	23(46.0)	28(56.0)	6.766	0.149
	Haftada 3-4	2(4.0)	0(0.0)		
	Haftada 2	4(8.0)	3(6.0)		
	Haftada 1	8(16.0)	2(4.0)		
	2Haftada>=1	13(26.0)	14(28.0)		
Evlilikte Cinsel İlişki Sıklığı (n:98)	Her gün	6(12.2)	2(4.1)	12.270	0.013*
	Haftada 3-4	19(38.8)	9(18.4)		
	Haftada 2	13(26.5)	17(34.7)		
	Haftada 1	11(22.4)	15(30.6)		
	Ayda 1	0(0.0)	6(12.2)		
Doğum kontrol Yöntemi	Yok	27(54)	50(100)	29.870	0.001**
	Prezervatif	14(28)	0(0)		
	Dışarı Boşalma	9(18)	0(0)		

†Student t Test, Ki kare test, **p<0.01, *p<0.05

Evlilikte cinsel birleşme sıklığı değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Kontrol grubunun evlilikte cinsel birleşme sıklığının vajinismus grubundan yüksek olduğu görülmektedir. Vajinismus grubunda doğum kontrol yöntemi kullanmayanların oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Evliliğe dair diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). (Tablo 7)

Tablo 8: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının Menstrüasyon Özelliklerinin Karşılaştırılması

N=100	Kontrol (n=50)	Vajinismus (n=50)	t/z	p
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Menstrüasyon Yaşı	13.44±1.35 (13)	13.08±1.36 (13)	1.321	0.190
Menstrüel Siklus Süresi	28.38±1.48 (28)	28.36±1.46 (28)	0.068	0.946
Menstrüasyon Süresi	5.78±1.52 (6)	5.96±1.39 (6)	-0.614	0.541
Sonraki Menstrüasyona Kalan Süre	14.86±7.71 (16)	11.34±8.37 (11)	2.186	0.031*
² Premenstrüel Şikayetlerinin Geçme Süresi	1.22±1.13 (1)	1.94±1.43 (2)	-2.618	0.009**
² Premenstrüel Şikayetlerinin Süresi(Yıl)	5.18±5.08 (4)	5.96±5.54 (5)	-0.919	0.358

¹Student t Test, ²Mann-Whitney U test, **p<0.01, *p<0.05

Kontrol ve Vajinismus gruplarının menstrüasyon özellikleri karşılaştırılmıştır. Vajinismus grubunda menarş yaşı 13.08±1.36, kontrol grubunda 13.44±1.35 bulunmuştur. Her iki gruptaki kadınlarda iki menstrüel dönem arasındaki süre benzerdir ve 28.38±1.48'dir. Vajinismus grubunda menstrüasyon görme süresi 5.96±1.39, kontrol grubunda ise benzer olarak 5.78±1.52 olarak saptanmıştır. Kontrol grubunun bir sonraki menstrüasyona kalan gün sayısı vajinismus grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede uzundur (p<0.05). Premenstrüel şikayetlerinin düzelme süresi vajinismus grubunda 1.94±1.43, kontrol grubunda 1.22±1.13 olarak saptanmıştır ve vajinismus grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede uzundur (p<0.01). Premenstrüel şikayetlerin mevcut olduğu süre açısından iki grup arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. (Tablo 8)

Tablo 9: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının Premenstrüel Dönem Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Kontrol (n=50)	Vajinismus (n=50)		
N=100		N(%)	N(%)	χ^2	p
Menstrüasyon Görme Tutumu	Doğal	49(98)	48(96)	0.344	0.500
	Doğal Değil	1(2)	2(4)		
Menstrüasyon Ağrısı	Her Zaman	24(48)	28(56)	7.253	0.027*
	Bazen	15(30)	20(40)		
	Yok	11(22)	2(4)		
Menstrüasyon Ağrısı Şiddeti	Yok	11(22)	2(4)	8.399	0.038*
	Hafif	4(8)	7(14)		
	Orta	15(30)	22(44)		
	Ağır	20(40)	19(38)		
Premenstrüel Hafta Değerlendirmesi	Daha İyi	0(0)	1(2)	4.545	0.208
	Aynı	2(40)	12(24)		
	Daha Kötü	30(60)	36(72)		
	Bilmiyorum	0(0)	1(2)		
Premenstrüel Şikayetler Şimdi Var mı?	Var	4(8)	11(22)	3.843	0.050
	Yok	46(92)	39.(78)		
Yaşla Birlikte Değişim	Yok	30(60)	28(56)	2.069	0.355
	Arttı	20(40)	20(40)		
	Azaldı	0(0)	2(4)		
Günlük Hayatı Etkileme	Etkiliyor	6(12)	25(50)	16.877	0.001**
	Etkilemiyor	44(88)	25(50)		
Başkalarıyla İlişkiyi Etkileme	Etkiliyor	13(26)	26(52)	7.104	0.008**
	Etkilemiyor	37(74)	24(48)		
Yaşam Kalitesini Etkileme Şiddeti	Hiç	33(66)	18(36)	10.551	0.005**
	Az	15(30)	23(46)		
	Çok	2(4)	9(18)		
Annende/Kızkardeşte Var mı?	Evet	17(34)	15(30)	5.993	0.050
	Hayır	32(64)	27(54)		
	Bilmiyorum	1(2)	8(16)		

Ki kare test, **p<0.01, *p<0.05

Vajinismus grubunda dismenoresi olan kadınların sayısı kontrol grubundan anlamlı olarak fazladır. Ayrıca dismenore ağrı şiddetinin de vajinismus grubunda kontrol grubuna oranla anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Yine vajinismus grubunda menstrüasyonun günlük hayatı, başkalarıyla ilişkiyi, yaşam kalitesini etkilediği kişilerin oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p<0.01). (Tablo 9)

Tablo 10: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının DSM5'e Göre Tanı Ölçütleri Açısından Karşılaştırılması

		Kontrol (n=50)	Vajinismus (n=50)		
N=100		N(%)	N(%)	χ^2	p
A Kriteri	Yok	45(90.0)	29(58.0)	13.306	0.001**
	Var	5(10.0)	21(42.0)		
B1 Kriteri	Yok	44(88.0)	44(88.0)	0.000	1.000
	Var	6(12.0)	6(12.0)		
B2 Kriteri	Yok	33(66.0)	24(48.0)	3.305	0.069
	Var	17(34.0)	26(52.0)		
B3 Kriteri	Yok	45(90.0)	35(70.0)	6.250	0.012*
	Var	5(10.0)	15(30.0)		
B4 Kriteri	Yok	49(98.0)	45(90.0)	2.837	0.092
	Var	1(2.0)	5(10.0)		
C1 Kriteri	Yok	46(92.0)	30(60.0)	14.035	0.001**
	Var	4(8.0)	20(40.0)		
C2 Kriteri	Yok	45(90.0)	38(76.0)	3.473	0.062
	Var	5(10.0)	12(24.0)		
C3 Kriteri	Yok	38(76.0)	21(42.0)	11.947	0.001**
	Var	12(24.0)	29(58.0)		
C4 Kriteri	Yok	35(70.0)	18(36.0)	11.602	0.001**
	Var	15(30.0)	32(64.0)		
C5 Kriteri	Yok	41(82.0)	27(54.0)	9.007	0.003**
	Var	9(18.0)	23(46.0)		
C6 Kriteri	Yok	50(100.0)	47(94)	3.093	0.079
	Var	0(0.0)	3(6.0)		
C7 Kriteri	Yok	26(52.0)	12(24.0)	8.319	0.004**
	Var	24(48.0)	38(76.0)		
D Kriteri	Yok	37(74.0)	24(48.0)	7.104	0.008**
	Var	13(26.0)	26(52.0)		
E Kriteri	Yok	50(100.0)	50(100.0)	-	-
	Var	-	-		
F Kriteri	Yok	46(92.0)	32(64.0)	11.422	0.001**
	Var	4(8.0)	18(36.0)		
G Kriteri	Yok	50(100.0)	50(100.0)	-	-
	Var	-	-		

DSM-5'e göre PMDB tanı kriterleri değerlendirildiğinde, çökkün duygudurum, umutsuzluk duyguları (B3) ($p<0.05$), premenstrüel dönemde en az 5 belirtinin varlığı

(A), günlük etkinliklere karşı ilgide azalma (C1), kolay yorulma (C3), yeme isteği değişikliği (C4), aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk (C5), tüm vücutta ve memelerde şişkinlik hissi (C7), iş, okul ve sosyal ilişkilerde bozulma (D), günlük derecelendirme ile 2 döngüde onaylanma ($p<0.01$) kriterlerini karşılayanların oranı da kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. (Tablo 10)

Tablo 11: Vajinismus ve Kontrol Gruplarının DSM5'e Göre Tanı Açısından Karşılaştırılması

		Kontrol (n=50)	Vajinismus (n=50)		
N=100		N(%)	N(%)	χ^2	p
PMDB Tanısı	Yok	46(92.0)	32(64)	11.422	0.001**
	Var	4(8.0)	18(36.0)		

Ki kare test, ** $p<0.01$

Vajinismus grubunda DSM5 tanı kriterlerine göre PMDB tanısını karşılayanların oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). (Tablo 11)

Tablo 12: Kontrol ve Vajinismus Gruplarının Günlük İzlem Ölçeği Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Kontrol (n=50)	Vajinismus (n=50)		
N=100		N(%)	N(%)	χ^2	p
1.Ay PMDB	Yok	46(92)	32(64)	11.422	0.001**
	Var	4(8)	18(36)		
2.Ay PMDB	Yok	46(92)	32(64)	11.422	0.001**
	Var	4(8)	18(36)		

Ki kare test, ** $p<0.01$

Vajinismus grubunda günlük ölçek kriterlerine göre 1. ve 2. ayda PMDB özellikleri gösterenlerin oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). (Tablo 12)

Tablo 13: Kontrol ve Vajinismus Grupların Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

N=100	Kontrol (n=50)	Vajinismus (n=50)	V ^(s)	F	p	Kısmi η^2
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)				
PMSÖ						
Depresif Duygulanım	12.96±5.34(12)	18.20±7.36(19)		16.586	0.001	0.145
Anksiyete	9.74±4.41(8.5)	13.20±6.97(11)		8.788	0.004	0.082
Yorgunluk	13.84±5.76(13)	17.32±6.73(18)		7.699	0.007	0.073
Sinirlilik	11.06±4.67(10)	13.46±6.20(14)		4.772	0.031	0.046
Depresif Düşünceler	10.46±5.11(8)	13.80±7.02(12)	0.214	7.378	0.008	0.070
Ağrı	6.80±2.96(6.5)	8.88±3.83(9)		9.207	0.003	0.086
İştah	6.98±2.85(6)	9.12±4.17(9)		8.946	0.004	0.084
Uyku	5.48±2.42(5)	7.24±3.82(6.5)		7.547	0.007	0.072
Şişkinlik	8.54±3.39(8)	10.20±4.16(11)		4.773	0.031	0.046
Toplam	85.86±27.92(79)	111.42±39.82(110)				

Tek Yönlü MANOVA

Vajinismus grubunun ve kontrol grubunun PMSÖ puanları tek yönlü MANOVA ile değerlendirilmiştir. Toplam puan multicollineraty sebebiyle bu analize dahil edilmemiş olmakla birlikte tabloda verilmiştir. Kovaryans matrislerinin eşitliğini denetleyen Box's M değeri istatistiksel olarak anlamlıdır (Box's M=91.835 $F_{(45, 31550)}=1.842$, $p=0.001$). Bu nedenle MANOVA'nın kovaryansların eşitliği varsayımı ihlal edildiğinden, bu tip bir ihlalde kullanılması uygun multivariate test olarak Pillai's Trace kullanılmıştır. Gruplar arasında uygulanan ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($V^{(s)}=0.214$, $F_{(9, 90)}=2.725$, $p=0.007$, kısmi $\eta^2=0.214$). Bu bulgu ölçek puanlarından en az biri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu işaret etmektedir. Hangi puanlar açısından fark olduğunun tespiti için univariate test sonuçları incelenmiştir.

Vajinismus grubunun tüm PMSÖ puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Vajinismus ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; depresif duygulanım ($p=0.001$), anksiyete ($p=0.004$), yorgunluk ($p=0.007$), sinirlilik

(p=0.031), depresif düşünceler (p=0.008), ağrı(p=0.003), iştah(p=0.004), uyku(p=0.007), şişkinlik(p=0.031) açısından anlamlı farklılıklar mevcuttur.(Tablo 13)

Tablo 14: Katılımcıların Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) Puanlarının Dağılımı

N=100	Kontrol (n=50)	Vajinismus (n=50)	V ^(s)	F	p	Kısmi η ²
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)				
GRCDÖ						
Sıklık	2.74±1.73(3)	4.24±2.30(4)		13.487	0.001	0.121
İletişim	2.70±1.94(3)	3.64±2.29(4)		4.898	0.029	0.048
Doyum	3.24±2.13(3)	6.48±3.82(6)	0.863	27.314	0.001	0.218
Kaçınma	2.08±2.38(1)	4.54±3.66(4)		15.872	0.001	0.139
Dokunma	2.64±2.22(2)	4.42±3.18(4)		10.523	0.002	0.097
Vajinismus	3.46±2.12(4)	13.90±2.23(14)		574.366	0.001	0.854
Anorgazmi	4.54±2.68(4)	9.80±2.96(10)		86.415	0.001	0.469
Toplam	21.40±10.47(20)	47.02±13.24(47)				

Tek Yönlü MANOVA

Vajinismus grubunun ve kontrol grubunun GRCDÖ puanları tek yönlü MANOVA ile değerlendirilmiştir. Toplam puan multicollineraty sebebiyle bu analize dahil edilmemiş olmakla birlikte tabloda verilmiştir. Kovaryans matrislerinin eşitliğini denetleyen Box's M değeri istatistiksel olarak anlamlıdır (Box's M=77,088 F_(28, 33465)=2.544, p<0.001). Bu nedenle MANOVA'nın kovaryansların eşitliği varsayımı ihlal edildiğinden, bu tip bir ihlalde kullanılması uygun multivariate test olarak Pillai's Trace kullanılmıştır. Gruplar arasında uygulanan ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (V^(s)=0.863, F_(7, 92)=82.622, p<0.001, kısmi η²=0.86). Bu bulgu GRCDÖ ölçek puanlarından en az biri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu işaret etmektedir. Hangi puanlar açısından fark olduğunun tespiti için univariate test sonuçları incelenmiştir.

Vajinismus grubunun tüm GRCDÖ puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p<0.05). Vajinismus grubu ile kontrol grubu ham puan karşılaştırmasında; Sıklık (p=0.001), iletişim (p=0.029), doyum (p=0.001), kaçınma (p=0.001), dokunma (p=0.002), vajinismus, (p=0.001) anorgazmi (p=0.001), toplam (p=0.001) açısından anlamlı derecede farklılaşmaktadır. (Tablo 14)

Tablo 15: Kontrol ve Vajinismus Grupların Kadın Cinsel İşlev İndeksi (KCIİ)Puanlarının Karşılaştırılması

N=100	Kontrol (n=50)	Vajinismus (n=50)	V ^(s)	F	p	Kısmi η^2
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)				
KCIİ						
İstek	4.29±0.96(4.2)	3.58±1.14(3.6)		11.159	0.001	0.102
Uyarılma	4.71±0.99(4.8)	3.47±1.57(3.5)		22.098	<0.001	0.041
Lubrikasyon	5.01±0.78(5.1)	3.82±1.51(3.9)	0.936	24.630	<0.001	0.027
Orgazm	4.89±1.06(4.8)	3.55±1.75(4.0)		21.501	<0.001	0.007
Doyum	5.48±0.69(5.6)	3.28±1.67(3.2)		73.203	<0.001	0.140
Ağrı	5.62±0.49(6.0)	0.70±0.80(0.2)		1363.023	<0.001	0.933
Toplam	30.02±3.78(30.7)	18.42±6.26 (18.8)				

Tek Yönlü MANOVA

Vajinismus grubunun ve kontrol grubunun KCIİ puanları tek yönlü MANOVA ile değerlendirilmiştir. Toplam puan multicollineraty sebebiyle bu analize dahil edilmemiş olmakla birlikte tabloda verilmiştir. Kovaryans matrislerinin eşitliğini denetleyen Box's M değeri istatistiksel olarak anlamlıdır (Box's M=180.826 $F_{(21, 35323)}=8.047$, $p<0.001$). Bu nedenle MANOVA'nın kovaryansların eşitliği varsayımı ihlal edildiğinden, bu tip bir ihlalde kullanılması uygun multivariate test olarak Pillai's Trace kullanılmıştır. Gruplar arasında uygulanan ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($V^{(s)}=0.936$, $F_{(6, 93)}=228.53$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.94$). Bu bulgu ölçek puanlarından en az biri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu işaret etmektedir. Hangi puanlar açısından fark olduğunun tespiti için univariate test sonuçları incelenmiştir.

Vajinismus grubunun tüm KCIİ puanları (itekle, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum, ağrı) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.01$).

Bununla birlikte vajinismus grubunun ağrı puanları ile kontrol grubunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşma mevcuttur ($p<0.01$). (Tablo 15)

Tablo 16: Kontrol ve Vajinismus Gruplarında Kullanılan Ölçeklerin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

N=100	Kontrol	Vajinismus	V ^(s)	F	p	Kısmi η^2
	(n=50)	(n=50)				
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)				
GRCDÖ Toplam	21.40±10.47(20)	47.02±13.24 (47)	0.614	115.040	0.001	0.540
KCİİ Toplam	30.02±3.78 (30.7)	18.42±6.26 (18.8)		125.789	0.001	0.562
PMSÖ Toplam	85.86±27.92(79)	111.42±39.82 (110)		13.808	0.001	0.124

Tek Yönlü MANOVA

Kullanılan ölçeklerin toplam puanları, alt ölçeklerle yüksek korelasyon gösterdiğinden multicollineraty sorununa neden olmaktadır. Bu nedenle kullanılan ölçeklerin toplam puanları ayrı olarak değerlendirilmiştir. Vajinismus grubunun ve kontrol grubunun uygulanan ölçeklerin toplam puanları tek yönlü MANOVA ile değerlendirilmiştir. Kovaryans matrislerinin eşitliğini denetleyen Box's M değeri istatistiksel olarak anlamlıdır (Box's M=32.455 $F_{(6, 69583)}=75.228$ $p<0.001$). Bu nedenle MANOVA'nın kovaryansların eşitliği varsayımı ihlal edildiğinden, bu tip bir ihlalde kullanılması uygun multivariate test olarak Pillai's Trace kullanılmıştır. Gruplar arasında uygulanan ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($V^{(s)}=0.614$, $F_{(3, 96)}=50.988$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.61$). Bu bulgu ölçek toplam puanlarından en az biri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu işaret etmektedir. Hangi puanlar açısından fark olduğunun tespiti için univariate test sonuçları incelenmiştir.

Vajinismus grubunun GRCDÖ toplam puanı 47.02±13.24, kontrol grubunun 21.40±10.47 toplam puanına göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0.01$). KCİİ toplam puanları değerlendirildiğinde vajinismus grubunun 18.42±6.26, kontrol grubunun 30.02±3.78 olarak bulunmuştur. Vajinismus grubunun puanını istatistiksel olarak anlamlı düşüktür ($p<0.01$). PMSÖ toplam puanları vajinismus grubunda 111.42±39.82, kontrol grubunda 85.86±27.92 saptandığından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). (Tablo 16)

Tablo 17: Çalışmada Kullanılan Ölçekler ile Klinik ve Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki

N=100	Vajinismus	PMDB Tanı	Yaş	+Öğrenim	+Menarş Yaşı	+İlk Cinsellik Yaşı	+Ağrı Şiddeti
GRCDÖSıklık	0.348**	0.103	-0.001	0.064	0.011	0.050	0.110
GRCDÖİletişim	0.218*	0.059	0.025	-0.075	-0.050	0.071	0.008
GRCDÖDoyum	0.467**	0.258**	-0.090	-0.065	-0.129	0.049	0.021
GRCDÖKaçınma	0.373**	0.353**	-0.090	0.102	0.058	0.041	0.091
GRCDÖDokunma	0.311**	0.189	0.027	0.048	-0.009	0.153	0.073
GRCDÖVajinismus	0.924**	0.295**	-0.194	0.011	-0.057	0.091	0.094
GRCDÖAnorgazmi	0.685**	0.284**	-0.105	0.033	-0.024	0.111	0.066
GRCDÖToplam	0.735**	0.327**	-0.114	0.024	-0.045	0.111	0.093
KCİİ İstek	-0.320**	-0.229*	0.06	-0.024	-0.147	-0.071	0.006
KCİİ Uyarılma	-0.429**	-0.292**	0.046	-0.021	-0.076	-0.103	-0.066
KCİİ Lubriksayon	-0.448**	-0.327**	0.063	-0.054	-0.095	0.018	0.053
KCİİ Orgazm	-0.424**	-0.203*	0.031	-0.153	-0.073	-0.217*	-0.074
KCİİ Doyum	-0.654**	-0.225*	0.081	-0.046	0.024	-0.128	0.029
KCİİ Ağrı	-0.966**	-0.0284**	0.194	0.046	0.089	-0.079	-0.054
KCİİ Toplam	-0.750**	-0.328**	0.116	-0.049	0.004	-0.119	-0.029
PMSÖ Depresif Duygu	0.380**	0.653**	-0.142	0.150	0.022	-0.084	0.070
PMSÖ Anksiyete	0.287**	0.547**	-0.185	0.005	0.058	-0.108	0.063
PMSÖ Yorgunluk	0.270**	0.690**	-0.046	0.061	0.095	-0.027	0.101
PMSÖ Sinirlilik	0.215*	0.634**	-0.153	0.181	0.009	-0.136	0.040
PMSÖ Depresif Düşünce	0.265**	0.666**	-0.211*	0.052	0.010	-0.160	0.033
PMSÖ Ağrı	0.293**	0.521**	0.099	0.040	0.101	0.050	0.191
PMSÖ İştah	0.289**	0.404**	0.072	-0.021	-0.140	0.110	-0.067
PMSÖ Uyku	0.267**	0.580**	-0.176	0.069	0.013	-0.065	0.157
PMSÖ Şişkinlik	0.216*	0.432**	-0.057	0.207*	0.114	-0.010	0.116
PMSÖ Toplam	0.351**	0.739**	-0.131	0.107	0.043	-0.078	0.092

Pearson korelasyon, ⁺Spearman's rho Korelasyon *p<0.05, **p<0.01

Vajinismus durumu ve PMDB tanısı değişkenleri (0= Yok 1= var) dichotomus bir değişken olup bu tip bir değişkenin sürekli değişkenlerle olan ilişkisinin SPSS ile incelenmesinde Pearson korelasyonların kullanılabilceği, elde edilen katsayının point biserial korelasyon katsayısına eşit olduğu bildirilmektedir (DeCoster, 2009).

Vajinismus, GRCDÖ toplam ve alt ölçek puanlarıyla, PMSÖ toplam ve tüm alt ölçekleriyle, pozitif yönde ($p<0.01$, $p<0.05$), KCIİ alt ölçek ve toplam puanlarıyla negatif yönde ($p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

PMDB tanı durumu GRCDÖ doyum, kaçınma, anorgazmi, vajinismus, toplam ve PMSÖ toplam ve tüm alt ölçekleri ile ($p<0.01$) pozitif yönde, KCIİ alt ölçekleri ve toplam puan ile negatif yönde ($p<0.01$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

Yaş ile PMSÖ Depresif düşünce arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). Öğrenim durumu ile PMSÖ şişkinlik arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). İlk Cinsellik Yaşı ile KCIİ Orgazm arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). (Tablo 17)

Tablo 18: Çalışmada Kullanılan GRCDÖ ile PMSÖ Ölçekleri Arasındaki İlişki

N=100	GRCDÖ							
	Sıklık	İletişim	Doyum	Kaçınma	Dokunma	Vajinismus	Anorgazmi	Toplam
PMSÖ Depresif Duygu	0.094	-0.076	0.175	0.341**	0.156	0.366**	0.324**	0.317**
PMSÖAnksiyete	0.024	-0.047	0.097	0.333**	0.071	0.319**	0.213*	0.241*
PMSÖ Yorgunluk	0.075	-0.084	0.167	0.254*	0.139	0.269**	0.188	0.231*
PMSÖ Sinirlilik	0.011	-0.111	0.058	0.133	0.074	0.221*	0.107	0.132
PMSÖ Depresif Düşünce	0.109	0.021	0.167	0.332**	0.136	0.278**	0.252*	0.280**
PMSÖ Ağrı	0.095	-0.066	0.021	0.214*	0.192	0.273**	0.166	0.205*
PMSÖ İştah	-0.095	-0.124	0.071	0.012	0.010	0.235*	0.082	0.085
PMSÖ Uyku	-0.021	0.021	-0.002	0.113	0.091	0.270**	0.145	0.156
PMSÖ Şişkinlik	-0.118	-0.152	-0.048	0.074	0.068	0.220*	0.161	0.089
PMSÖ Toplam	0.041	-0.084	0.121	0.283**	0.136	0.350**	0.245*	0.262**

Pearson korelasyon, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Çalışmaya katılanların GRCDÖ kaçınma puanları PMSÖ depresif duygulanım, anksiyete, depresif düşünce, toplam ($p<0.01$), yorgunluk ve ağrı ($p<0.05$) puanları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

GRCDÖ vajinismus puanları PMSÖ depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, depresif düşünce, ağrı, uyku toplam ($p<0.01$), sinirlilik, iştah ve şişkinlik ($p<0.05$) puanları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

GRCDÖ anorgazmi puanları PMSÖ depresif duygulanım ($p<0.01$), anksiyete, depresif düşünce ve toplam ($p<0.05$) puanları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

GRCDÖ toplam puanları PMSÖ depresif duygulanım, depresif düşünce, toplam ($p<0.01$), anksiyete ve yorgunluk ($p<0.05$) puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. (Tablo 18)

Tablo 19: Çalışmada Kullanılan KCIİ ve PMSÖ Ölçekleri Arasındaki İlişki

N=100	KCIİ						
	İstek	Uyarılma	Lubr.	Orgazm	Doyum	Ağrı	Toplam
PMSÖ Depresif Duygu	-.198*	-.284**	-.299**	-.236*	-.229*	-.332**	-.341**
PMSÖ Anksiyete	-0.146	-.199*	-0.128	-0.087	-0.192	-.268**	-.228*
PMSÖ Yorgunluk	-0.182	-.267**	-.282**	-.228*	-.225*	-.205*	-.288**
PMSÖ Sinirlilik	-0.041	-0.118	-0.128	-0.084	-0.042	-0.156	-0.128
PMSÖ Depresif Düşünce	-.201*	-.264**	-.236*	-0.162	-0.19	-.217*	-.265**
PMSÖ Ağrı	-0.182	-0.193	-.273**	-0.131	-0.103	-.243*	-.238*
PMSÖ İştah	0.063	0.009	-0.052	-0.079	-0.142	-.263**	-0.131
PMSÖ Uyku	-0.118	-.202*	-.227*	-0.103	-0.106	-.219*	-.210*
PMSÖ Şişkinlik	-0.006	-0.058	-0.124	-0.125	-0.047	-0.195	-0.133
PMSÖ Toplam	-0.158	-.241*	-.254*	-0.184	-0.194	-.296**	-.288**

Pearson korelasyon, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Çalışmaya katılanların KCIİ İstek puanları PMSÖ depresif duygulanım ve depresif düşünce puanları ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$).

KCIİ uyarılma puanları PMSÖ depresif duygulanım, yorgunluk, depresif düşünce ($p<0.01$) anksiyete, uyku ve toplam ($p<0.05$) puanları ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

KCIİ lubrikasyon puanları PMSÖ depresif duygulanım, yorgunluk, ağrı ($p<0.01$) depresif düşünce, uyku ve toplam ($p<0.05$) puanları ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

KCIİ orgazm puanları PMSÖ depresif duygulanım ve yorgunluk, puanları ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir($p<0.05$).

KCIİ doyum puanları PMSÖ depresif duygulanım ve yorgunluk, puanları ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir($p<0.05$).

KCIİ Ağrı puanları PMSÖ depresif duygulanım, anksiyete, iştah, toplam ($p<0.01$) yorgunluk, depresif düşünce, ağrı ve uyku ($p<0.05$) puanları ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

KCIİ toplam puanları PMSÖ depresif duygulanım, yorgunluk, depresif düşünce, toplam ($p<0.01$) anksiyete, ağrı ve uyku ($p<0.05$) puanları ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. (Tablo 19)

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda vajinismus ve cinsel işlev bozukluğu tariflemeyen sağlıklı kontrol grubunda PMDB ve premenstrüel belirti şiddeti açısından fark olup olmadığı araştırılmıştır. Çalışmamızda 50 vajinismus tanılı ve 50 sağlıklı kontrol grubu kadına uygulanan ölçek bulgularına göre, vajinismus olan kadınlar vajinismus olmayan sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında ek tanı olarak PMDB görülme oranı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda vajinismus tanılı kadınlardan 18 (%36)'i, vajinismus grubu ile aynı sosyodemografik özellikleri taşıyan kontrol grubundaki kadınlardan ise 4 (%8)'ünün PMDB tanısı aldığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Vajinismus ve kontrol grubu PMDB tanısı açısından DSM-5 tanı kriterlerine göre değerlendirildi. Bu değerlendirme sonrasında kadınlardan, vajinismus grubunda 21 kişi (%42), kontrol grubunda ise 5 (%10) kişi geçici PMDB tanısı aldı. Kadınlar iki aylık süreç boyunca günlük izlem ölçeği ile takip edildiğinde, iki ayın sonunda vajinismus grubunda ki kadınlardan üç tanesinin, kontrol grubundaki kadınlardan ise bir tanesinin DSM-5 tanı kriterlerini karşılamadığı görüldü. Literatürde vajinismus ve PMDB ilişkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. PMDB'nin görülme sıklığı açısından bakıldığında kontrol grubundaki oranlar daha önceki çalışmalar ile uyumludur.

DSM-IV'te PMDB prevalansı %3 ile %8, ACOG ise PMS görülme sıklığını %65.5 ve tedavi gereksinimi de % 8.75 olarak bildirmiştir (7,22). Türkiye'de PMS konusunda ilk çalışmalardan biri olan ve 18-25 yaş arasındaki 230 öğrenciyle yapılan Müderris ve arkadaşlarının çalışmasında PMS prevalansı %36, PMDB prevalansı %8 olarak saptanmıştır (34). Adıgüzel ve ark. Manisa ilinde yaptıkları epidemiyolojik çalışmada şiddetli PMS belirtilerini %6.1 görülmüş ve bunların da yaklaşık %72'sinin PMDB ölçütleriyle örtüştüğünü bildirmişlerdir (8). Bizim çalışmamızda kontrol grubunun sonuçları PMDB'nin genel toplumda yaygınlığını araştıran çalışmalardaki

oranlarla ve DSM-4, ACOG verileriyle uyumludur (7,8,22,33,34). Vajinismus grubunun sonuçları ise öngördüğümüz gibi toplumdaki PMDB prevalansından anlamlı derecede yüksektir.

PMDB tanısı DSM-5 ile birlikte “Depresyon Bozuklukları” ana başlığı altında yer almaktadır. Vajinismus ile PMDB ilişkisini doğrudan inceleyen bir çalışma olmadığından ve PMDB tanı kategorisi olarak “Depresyon Bozuklukları” ana başlığı altında yer almasından dolayı vajinismus ve depresif bozukluklar ilişkisini inceleyen çalışmaların gözden geçirilmesi PMDB ve vajinismus ilişkisini anlamak açısından faydalı olabilir. Vajinismus ile ilgili yapılan komorbidite çalışmalarının sınırlı sayıda olduğu ve cinsel işlev bozukluğuna sıklıkla ikinci bir psikopatolojinin eşlik ettiği görülmektedir. 2007’de yayınlanan ve Hartmann tarafından yapılan cinsel işlev bozuklukları ve depresyon ilişkisini inceleyen araştırmada, depresyon ve kendini aşağılama /küçümseme boyutlarında alınan puanların en yüksek olduğu grupların dispareni ve vajinismus olduğu saptanmıştır (18). Ernst ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise genç erişkinlikteki cinsel sorunların kadınlarda anksiyete, depresyon, yeme bozukluğu ve sosyal fobi ile ilişkili olduğu görülmüştür (95). Türkiye’de yapılan bir çalışmada vajinismus en sık hafif-orta derecede depresyon, distimi ve uyum bozukluğunun eşlik ettiği bildirilmiştir (96). Vajinismus ile depresyon ve anksiyete ilişkisini inceleyen 2015’de yayınlanmış bir çalışmada cinsel işlev bozukluklarında hastaların yaşam boyu depresyon ve anksiyete oranlarının arttığı görülmüştür (97). Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasında ise vajinismus tanılı kadınların %64.8’inde major depresyon, %88,6’ında ise en az bir anksiyete bozukluğu ya da komorbiditesi saptanmıştır (19). Bu sonuçla bize vajinismus ve depresyon arasındaki ilişkiyi göstermektedir. PMDB depresif bozukluklar kategorisinde yer aldığı ve depresyona benzer etyolojik faktörlere sahip olduğundan vajinismuslu kadınlarda PMDB komorbiditesi de artabilir.

Çalışmamızda DSM-5 kriterlerine göre iki grup karşılaştırıldığında vajinismus olan kadınların kontrol grubuna kıyasla premenstrüel şikayetlerinin tüm alanlarda daha fazla olduğu görüldü. İki grupta da en sık bildirilen ruhsal şikayet olan kolay kızma ve öfkelenme vajinismus grubunda %52 ve kontrol grubunda % 34 idi. Depresif duygudurumla ilgili şikayetler vajinismuslu kadınlarda %30, kontrol grubunda %10 olduğundan vajinismus grubunda anlamlı derecede yüksekti. En sık görülen diğer

şikayetler ise sırasıyla memelerde şişkinlik ve kendini şişmiş hissetme, yeme isteğinde değişiklikler, kolay yorulma, uyku değişiklikleri, etkinliklere karşı ilgide azalma, odaklanmada güçlük çekme, bunalmışlık, denetimini yitirmişlik duyumudur.

Adıgüzel ve arkadaşlarının, Manisa ilinde yaptıkları epidemiyolojik çalışmada, PMDB’de en sık görülen belirtiler; sinirlilik veya huzursuzluk (%72), sıkıntılı hissi (%67.3), karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme, çabuk yorulma (%66.6)’dır (8). 2008’de yapılan bir hastane çalışmasında ise PMDB’li kadınlarda en sık kızgınlık/asabiyet görüldüğü bildirilmiştir (33). Erbil ve arkadaşlarının 310 üniversite öğrencisinin katılımıyla yapılan çalışmasında, en sık görülen belirtiler iştahta değişiklik, sinirlilik, şişkinlik, yorgunluk, ağrı, depresif duygudurum ve uyku değişikliği olarak tespit edilmiştir (36). 2012’de yayınlanan bir gözden geçirme çalışmasında ruhsal belirtilerden duygusal labilite ve irritabilite, fiziksel belirtilerden ise şişkinlik hissi ve memelerde hassasiyet ilk sıradaki belirtiler olarak yer almıştır (27). Bu veriler ile bizim bulgularımız da uyumludur.

PMDB tanısı alan vajinismus grubunda 18 (%36) ,kontrol grubunda 4 (%8) kişinin DSM-5 tanı kriterlerinde yer alan semptomlar açısından ayrı ayrı analizi yapıldı. İki grupta PMDB pozitif olan kadınlar arasında DSM-5 tanı kriterleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. İki grupta da en sık bildirilen ruhsal belirti kolay sinirlenme, öfkelenme ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, İkinci sırada gelen belirti çökkün duygudurum ve depresif şikayetler olarak saptandı. Fiziksel şikayetler yönünden değerlendirildiğinde meme hassasiyeti ve şişkinlik duyumu, kolay yorulma ya da içsel güçte belirgin bir düşüklük, yeme isteğinde değişiklik şikayetleri de PMDB tanısı alan kadınların tamamına yakınında mevcuttu. Bu sonuçlar PMDB ve semptomların sıklığını değerlendiren literatür ile uyumludur (8,27,33,36). Bu analize göre vajinismus ve kontrol grubundaki kadınlar PMDB tanısı aldığında semptomların içeriği ve sıklığı açısından iki grup arasında anlamlı fark görülmemektedir.

Çalışmaya katılan kadınlara premenstrüel belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla PMSÖ uygulandı. Dokuz alt boyuttan oluşan ölçeğin alt boyutları ayrı ayrı değerlendirildiğinde, hem toplam puanda hem de alt boyutlarda vajinismus grubunun kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahip olduğu görüldü. Ruhsal belirtiler açısından depresif duygulanım, depresif düşünceler, sinirlilik ve anksiyete alt ölçek puanlarının sıralandığı saptandı. Yorgunluk ve şişkinlik ise fiziksel

olarak yüksek saptanan alt ölçeklerdi. Vajinismus grubundan elde edilen sonuçlar Türkiye’de yapılan iki prevelans çalışmasındaki PMSÖ verileriyle benzerken, kontrol grubunun PMSÖ puanlarının daha düşük olduğu görüldü (124,125). Kaplan’a göre vajinismusun oluşumunda penisin vajinaya giriş denemesi aşamasında oluşan fobik kaçınmaların rolü vardır (89). Literatürde vajinismusa en sık depresyon ve anksiyete bozukluklarının eşlik ettiğine dair çalışmalar görülmektedir (19,95,97). PMDB ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen Türkiye’de yapılmış bir çalışmada anksiyete bozuklukları tanısı konulan kadınlarda PMDB sıklığının arttığı saptanmıştır (126). Folüküler ve lüteal faz arasındaki farkı karşılaştıran Bostancı’nın çalışmasında PMS tanılı kadınların lüteal dönemde öfke ve anksiyete düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (127). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak PMDB komorbiditesi olduğunda vajinismus tanılı kadınlarda sağlıklı kontrol grubuna göre depresyon ve anksiyete bozukluklarının artabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda vajinismus grubu ve kontrol grubunun hem vajinismus tanısı hem de cinsel işlevleri GRCDÖ ve KCIİ ile değerlendirilerek PMSÖ ölçeği ile korelasyon analizi yapıldı. PMSÖ ve GRCDÖ ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde, GRCDÖ’de vajinismus alt ölçek puanı ile PMSÖ tüm alt ölçek puanları arasında pozitif ilişki saptandı. Ayrıca GRCDÖ’de kaçınma ve anorgazmi puanları ile PMSÖ depresyon ve anksiyete alt ölçek puanlarında da ilişki gözlemlendi. Benzer şekilde çalışmamızda KCIİ ile PMSÖ arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizinde KCIİ’de vajinismus tanısı da içeren ağrı alt ölçeği ile PMSÖ tüm alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlemlendi. KCIİ de ağrı puanının yüksek olması vajinismus lehine yorumlandığında vajinismuslu kadınlarda ağrı ve premenstrüel şikayetlerin ilişkili olduğu söylenebilir. Vajinismus DSM-5’de “Cinsel işlev bozuklukları” başlığında “Pelviste ağrı/içe girme bozuklukları” alt başlığında yer almaktadır. Kaplan’ a göre ilk birleşme denemesinden başlanmak üzere oluşan ağrılı kasılmalar sonucunda her birleşme girişiminde veya birleşmenin düşünülmesinde dahi ağrı beklentisi ve kaçınma oluşur (89). Oktay ve Tombul’un çalışmasında 200 kadından sadece 36’sı cinsel ilişkide acı duyduğunu ifade emesine rağmen 114 (%57) kadının cinsel birleşme sırasında ağrı ve acı duyma korkusu yaşadığı saptanmıştır (108).

Her iki CİB tanısal ölçeğinin PMSÖ ölçeği ile karşılaştırılması vajinismusa ilişkin belirtiler ile PMSÖ'nün tüm belirtileri arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar vajinismuslu kadınların premenstrüel şikayetler veya PMDB'ye yatkın olabileceğini ve sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında bu tanı açısından riskli olduğunu gösterebilir. Daha önce benzer konuda bir çalışma veya iki ölçeği karşılaştıran bir sonuç mevcut olmadığından bu durum sonuçlarımızı önceki çalışmalarla karşılaştırmamızı güçleştirmektedir. Vajinismus grubunda özellikle ağrı/ağrı beklentisi ile premenstrüel şikayetlerin şiddeti ve ortaya çıkması arasında ilişki olabileceğinden premenstrüel şikayetler ve kadın cinsel işlevlerini inceleyen daha çok çalışma yapılmasında fayda olacaktır.

Çalışmamızda GRCDÖ sonuçlarının değerlendirilmesinde vajinismusu olan kadınların tüm alt ölçek (sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus, orgazm bozukluğu) ve toplam puanlarının vajinismusu olmayan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Kontrol grubunda alt ölçek puanlarının analizinde patoloji saptanmazken, vajinismus grubunda doyum dışında kalan alt ölçek puanlarında patoloji olduğu görüldü. Bayrak'ın çalışmasında, vajinismusun sadece vajinal giriş bozukluğu olduğu, tatmin edici cinsel ilişki kurulabildiğine dair kanının tersine; kaçınma, anorgazmi, doyum, sıklık, dokunma ve vajinismus parametrelerinin karşılaştırılmasında anlamlı farklılıklar bulunmuş, bu kadınların cinselliğinin diğer alanlarında da sıkıntı yaşadığı sonucuna varılmıştır (128). Doğan'ın çalışmasında vajinismus grubunda anorgazmi, doyum, dokunma, vajinismus puanları kontrol grubuna göre anlamlı yüksek olarak saptanmıştır (129). Kabakçı ve Tuğrul'un yaptığı çalışmada ise sıklık, iletişim, doyum ve vajinismus parametreleri yüksek bildirilmiştir (94). Coşut Çakmak'ın çalışmasında vajinismus, anorgazmi ve kaçınma alt ölçeklerinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir (130). Çalışmamızdaki sonuçlar da vajinismus grubunda kısmen literatürle uyumludur.

Çalışmamızda KCIİ puanları değerlendirildiğinde vajinismus grubunun toplam puan ve uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum, ağrı alt ölçek puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu saptandı. KCIİ'de toplam puan 22.7'nin altında kaldığında patolojik olduğundan kontrol grubu cinsel yönden sağlıklı olarak, vajinismus grubu ise toplam puanda cinsel işlev bozukluğu lehine yorumlandı. Özellikle ağrı alt ölçek puanı kontrol grubuna göre 8 kat farklıydı ve vajinismus grubunda en

düşük puana sahipti. Çayan ve arkadaşlarının çalışmasında cinsel işlev bozukluğu olan kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum, ağrı alt ölçek puanlarının düşük olduğu saptanmıştır (131).Yapılan çalışmalarda da vajinismuslu kadınların cinsel doyum ve orgazm konusunda sıkıntı yaşadığı görülmektedir (94,113,129,130). CİB değerlendirmesi amacıyla yaptığımız KCİİ bulguları literatürdeki verilerle uyumludur.

Çalışmamızda vajinismus grubunda dismenoresi olan kadın oranı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. PMS ve menstrüasyon ile ilişkili faktörleri inceleyen 2006 yılında Demir ve 2010 yılında Erbil'in yaptığı çalışmalarda dismenore ve PMS arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (35,36). Vajinismus ve dismenore değerlendirildiğinde direkt olarak buna ilişkin bilgi olmamasına rağmen, vajinismusun altında yatan en önemli nedenlerden birinin ağrı değil ağrı korkusu olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (108,128). Vajinismus grubunda ağrı beklentisi ve ağrı oluşturacak durumlardan kaçınma olduğundan, dismenore gibi cinsel organlardan temelini alan ağrılı bir patolojide artış olabilir.

Çalışmamızda premenstrüel dönemde kadınların günlük yaşantısı, kişilerarası ilişkiler ve yaşam kalitesi sorgulandı. Vajinismus grubundaki kadınlarda kontrol grubuna göre bu alanlarda etkilenme oranı anlamlı biçimde yüksek saptandı. Vajinismus grubundaki kadınların %50 si günlük yaşantılarının, %52 si başkaları ile olan ilişkilerinin, %64 ü ise kısmen veya yüksek derecede yaşam kalitesinin etkilendiğini söylemiştir. Bu sonuçlara göre premenstrüel şikayetler nedeniyle kadınlarda yaşam kalitesi, günlük hayat, çevresiyle ve aileyle olan ilişkilerde bozulma olabilir. DSM-5'e göre PMDB tanısı konulabilmesi için işte, okulda, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde bozulma olması koşulu yer almaktadır (3). PMS semptomlarının şiddeti arttıkça kadınların sosyal ve çalışma performansının etkilendiği literatürde gösterilmiştir (70). Adıgüzel ve arkadaşlarının çalışmasında işlevsellik açısından yapılan değerlendirmede PMS olan kadınlardan bu oranın yüksek olduğu saptanmıştır (8). Demir'in sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada da kadınların %70.5'inin iş verimliliğinde azalma tariflediği görülmüştür (35). Çalışmamızda bu konuda bir ölçek uygulanmamış olsa da kadınların kendi öz bildirimleri sonucunda yaşam kalitesi, günlük hayatı, çevresiyle ve ailesiyle olan ilişkilerinde bozulma olduğu bunun da literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza alınan olgular sosyodemografik parametreler yönünden incelendiğinde, vajinismus olan kadınlar ile kontrol grubu çiftlerindeki kadınlar yaş ve eğitim düzeyi olarak birbirlerine yakın özellikte bulundu. Sosyodemografik özellikler, yaşadığı yer, doğum yeri, evlilik şekli, evlilik yaşı, evlilik sayısı, cinsel bilgilenme yaşı, ilk mens görme yaşı gibi parametreler açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. İki grup sosyodemografik açıdan homojen olduğundan bu değişkenlerle PMDB arasında anlamlı bir ilişki olmadığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda vajinismus olan kadınların yaş ortalaması 25.90 ± 3.57 , kontrol grubunun yaş ortalaması 27.18 ± 3.26 yıldır. Vajinismus grubunun yaş ortalaması bu tanı ile uyumludur (113,130). Her iki gruptaki yaş ortalaması PMDB'nin yaşla ilişkisini inceleyen çalışmalarda yaş ortalamasıyla yaklaşık aynıdır (57). Araştırmalarda yaş gruplarında PMDB sıklığının değiştiğine dair farklı sonuçlar mevcuttur. Yaş arttıkça arttığını söyleyen çalışmaların yanında yaşla azaldığını veya PMDB'nin yaşla ilişkisinin olmadığını gösteren araştırmalar mevcuttur (8,33,35). Bizim çalışmamızda yaş arttıkça PMSÖ ölçeğinde depresif düşünce alt ölçek puanında düşme yönünde minimal değişiklik olduğu fakat çok anlamlı olmadığı görüldü.

Çalışmamıza katılan vajinismus olan kadınların 4'ü (%8) ilkokul, 12'si (%24) ortaokul, 19'u (%38) lise, 7'si (%14) yüksekokul, 8'i (%16) üniversite, 2'si (%4) yüksek lisans mezunuydu. Bu bulgular, 1990 yılında Kayır'ın yaptığı (ilkokul mezunu %15) ve 1994 yılında Sungur'un (ilkokul mezunu %17-23), 2006 da Bayrak'ın (ilkokul mezunu %50) çalışmaları ile farklıdır (128,132,133). Çalışmamızda öğrenim seviyesinin yüksek olması bu çalışmaların tarihinden sonra değişen eğitim sisteminden ve 8 yıllık eğitim süresinin zorunlu hale getirilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Kadınların öğrenim durumu arttıkça PMSÖ şişkinlik alt ölçek puanında artış saptandı. Bu durum öğrenim düzeyi yüksek kadınların menstrüel dönemlerini daha iyi takip edip fiziksel belirtilerinin farkında olmalarından kaynaklanabilir. Ünver, premenstrüel dönemde olduğunu bilen kadınlarda, bilmeyenlere göre belirtilerin çok daha fazla olduğunu ve PMS belirtilerini bilip döngülerini takip eden kadınların premenstrüel belirtileri daha çok yaşadıklarını söylemiştir (59). Bizim sonucumuz da bu veri ile uyumlu görünmektedir.

Mesleki açıdan iki grubun karşılaştırılması yapıldığında, vajinismus olan kadınların 31'inin (%62) ev hanımı olduğu, 19'unun (%38) çalıştığı, kontrol grubundaki

kadınların ise 2'sinin (%4) ev hanımı olduğunu 46'sının (%96) çalıştığını saptandı. Vajinismus grubunda çalışmayanların oranı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti. Bunun nedenlerinden biri kontrol grubunun hastane çalışanlarından ve çalışan yakınlarından oluşmasıdır. Diğer bir neden ise vajinismus grubundaki kadınların eşleri ve yakınlarının, kadının çalışması ve toplumda aktif rol almasına yönelik tutumları olabilir. Ülkemizde devlet hastanesine başvuran vajinismus olgularında evhanımı olma oranlarının %46 ile %77.5 arasında değişim gösterdiği ve bunun da çalışmamızdaki bulgularla uyumlu olduğu söylenebilir (128,130,134).

Cinsel bilgi kaynağı, vajinismus olgularında %80, kontrol grubunda %76 oranında arkadaşlardır. Cinsel bilgi kaynağı olarak aile diyenlerin oranı ise vajinismus grubunda %8, kontrol grubunda %10'dur. Bu sonuçlara göre kadınların ilk cinsel bilgiye ulaşım yolu arkadaşlardır. Çalışmamızdaki sonuçlarla paralel olarak, Türkiye'de yapılan farklı iki çalışmada çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik döneminde en önemli bilgi kaynağı çevre ve arkadaşlardır (17,134). İki gruptaki ailelerin cinsellikle ilgili bilgi ve tutumları değerlendirildiğinde, vajinismus tanılı kadınların ailelerinin %86'sında cinsellik dile getirilmeyen konu iken %8'inde yasak anlayışı olduğu sadece %6'sında açıkça konuşulabildiği belirtilmiştir. Kontrol grubunda ise ailelerin %72'sinde cinsellik konuşulmayan konu, %2 sinde yasak anlayışı olduğu ve %26 oranında cinselliğin rahatça konuşulabildiği saptandı. Kontrol grubunda ailenin cinselliğe ilişkin tutumunda, bu konuda rahatça konuşma, kadınlara cinsellik konusunda yeterli bilgilendirme yapılması oranının vajinismus grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Vajinismus grubunda cinsellikle ilgili yasak anlayışı olan, bu konuda yeterince bilgilendirme yapmayan, kaçınma davranışı sergileyen aile yapılanmasının yüksek olduğu saptandı. Bizim çalışmamızda cinselliğin açıkça konuşulmadığı, dile getirilemediği oranla yaklaşık aynı olarak Oktay ve Erez'in çalışmasında %84 baskıcı ve cezalandırıcı aile tutumu tanımlanmıştır (134). Bu oranlara göre vajinismus oluşumunda cinsel bilgi yetersizliği ve baskıcı aile tutumu önemli nedenlerden biri olabilir.

Toplumda kadın cinselliğinin tabu olarak görülerek cinselliğin konuşulmasının ve cinsellikle ilgili ilk tecrübelerin evlilik sonrasında ertelenmesi bilgi yetersizliğine ve yanlış bilgilenelemelere neden olarak vajinismus ortaya çıkmasını artırabilir (94). Kadınlarda menstrüel siklüsün başlangıcı olan menarş aynı zamanda toplumda kadınlığa

ilk adım olarak algılanmakta, üremenin, doğurganlığın ve cinselliğin başlangıcı olarak görülmektedir. Türkiye gibi cinsellikle ilgili tutucu, baskıcı toplumlarda, menstrüel dönemle ilgili kadınlara yeterli bilgi verilmemesi, bu dönemde oluşan kötü tecrübeler, çevre kaynaklı edinilen olumsuz duygu ve düşünceler PMDB görülme sıklığını da artırabilir. Aynı toplum içinden oluşturulmuş iki gruptan özellikle vajinismus grubunda PMDB oranlarının yüksek bulunmasının nedenlerinden biri de vajinismuslu kadınların ailelerin cinselliğe karşı tutucu yaklaşımı, cinsel bilgilendirilme yetersizliği, kadınların menarş ve menstrüel dönemler hakkında yanlış bilgilenmeleri veya bilgi yetersizliği olabilir.

Mastürbasyona karşı tutum, mastürbasyon sıklığı parametreleri açısından kontrol grubu ve vajinismus grubu karşılaştırıldığında, mastürbasyon tutumu konusunda iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmazken, vajinismus grubunda mastürbasyon yapanların oranı %56, kontrol grubunda %14 olarak bulundu. Vajinismus grubunda mastürbasyon yapanların oranı anlamlı olarak daha yüksektir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada vajinismus olgularının %36,1'inin mastürbasyon yaptığı bildirilmiştir (129). Başka bir çalışmada da iki grup arasında mastürbasyon sıklığı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (130). Çalışmamızda bu verilerden farklı bir sonuca ulaşıldı ve mastürbasyon yapanların oranı sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu görüldü. Bu konuyla ilgili yeterince literatür bilgisi olmadığından, vajinismus tanılı kadınların cinsel birleşme yaşayamadıkları için cinsel tatmin açısından bu yöntemi tercih etmiş olabilecekleri şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda gruplar belirlenirken doğum kontrol yöntemi sorgulanmıştır. OKS premenstrüel şikayeti olan kadınlarda özellikle fiziksel belirtilere iyi geldiği bilindiğinden kadın doğum uzmanları tarafından tedavide tercih edilmektedir. Çalışmamızda PMDB sıklığı araştırıldığından tedavide kullanılan bir ilacın kullanımı doğru olmayacağından OKS kullanımı olan kadınlar gruba dahil edilmemiştir.

Çalışmamızda kadınlara premenstrüel dönemde oluşan şikayetleri için hekime başvurup vurmadığı sorulduğunda kadınların tamamının “hayır” cevabını verdiği görüldü. Demir ve arkadaşlarının çalışmasında tedavi arayışı %28.8 olarak saptanmıştır (35). Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada da doktora başvuru oranı %5.4 olarak bildirilmiştir (135). Literatürdeki sonuçlarda tedavi arayışı düşük olmasına rağmen bizim çalışmamızda bu oranlara göre çok daha düşük saptandı. Bu bulgunun bir nedeni

oral kontraseptif kullanan hastaları dışlamış olmamız sebebiyle olabilir. Kadınların genelinde premenstrüel şikayetler olmasına ve özellikle vajinismus grubunda PMDB oranı yüksek bulunmasına rağmen tedavi arayışının olmadığı saptandı. Genel olarak şikayetlerin yoğunluğu ve yaşam kalitelerini etkilediği düşünülürse kadınların hekime başvurmama nedeni bu dönemde yaşadıkları şikayetleri doğal olarak karşılamalarından kaynaklanıyor olabilir. Ülkemizde menstrüel döneme ait yaygın olarak kullanılan isimlerden biri “hasta olmak”tır. Toplumda kadınlar “hastalık” kelimesiyle bu dönemde hastalıklı olarak görülüp stigmatize edilmektedir. Anadolu da geleneklerde kadınların bu dönemde ellerini sürdüğü bazı yiyeceklerin bozulacağı, dini kitaplara el sürmemesi gerektiği, ölüye baktırılmaması ve yeni doğan bebeğin gösterilmemesi de kadını toplumdan dışlayıp hastalıklı olduğunu vurgular niteliktedir. Kadın premenstrüel olarak hasta olduğuna bu denli inandırılmışken şikayetlerini bu dönemin rutini olarak karşılıyor olabilir. Bu durumda tedavi arayışı olmadığına mevcut şikayetlerin çözüm bulması da zorlaşmaktadır.

Yapılan regresyon analizlerinde; PMDB tanısının varlığı, premenstrüel dönemde kişinin yakınlarıyla ve çevresiyle ilişkilerinin negatif yönde etkilenmesi, premenstrüel şikayetlerin geçme süresinin uzamasının PMSÖ toplam puanlarını yordadığı saptandı. GRCDÖ doyum puanının yüksek olması, PMSÖ yorgunluk ve sinirlilik puanının artması, premenstrüel şikayetlerin geçme süresinin uzaması PMDB tanısı alma ihtimalini artırdığı saptandı.

Çalışmamızdaki kısıtlılıklar; ölçeklerin genelinin kendini değerlendirme ölçeği olması ve gerek hasta grubunda gerekse kontrol grubunda kadınların yaşam kalitesi ve kişiler arası ilişkileri öz bildirim ile değerlendirilmiş olup hormon profili bakılmamasıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda vajinismus olan kadınlar her hangi bir cinsel işlev bozukluğu tariflemeyen sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, vajinismus grubunda PMDB komorbidite oranı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Vajinismus tanılı kadınlardan 18 (%36)'inin, kontrol grubundaki kadınlardan ise 4 (%8)'ünün PMDB olduğu görüldü. İki grup arasında sosyodemografik açıdan PMDB tanısını etkileyecek anlamlı farklılığa rastlanmadı. Cinsel gelişim aşamasında vajinismus grubunda tutucu ve yeterince cinsel bilgilenme vermeyen ailelerin daha fazla olduğu görüldü.

DSM- 5 tanı kriterlerine göre her iki grupta ruhsal açıdan en sık şikayet sinirliliktir. Vajinismus grubunda kontrol grubuna göre depresif duygudurumdan yakınması olan kadın sayısı anlamlı biçimde daha fazlaydı. Fiziksel şikayetlerden memelerde şişkinlik, yeme isteği değişiklikleri ve yorgunluk karşılaşılan en sık diğer şikayetlerdir.

Premenstrüel dönem şikayetlerinin değerlendirilmesi için PMSÖ ölçeği kullanıldı ve vajinismus grubundaki kadınlarda tüm alt ölçeklerde kontrol grubuna göre anlamlı farklılaşmalar görüldü. Vajinismus grubunda premenstrüel dönem şikayetleri arasında özellikle depresif duygulanım ve depresif düşüncelerle ilgili şikayetler ilk sırada olmak üzere sırasıyla yorgunluk, sinirlilik, anksiyete, şişkinlik, iştah, ağrı ve uyku alt ölçek puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptandı.

Her iki gruba da cinsel işlevleri değerlendirmek amacıyla GRCDÖ ve KCIİ ölçeği uygulandı. Bu ölçeklerle PMSÖ ölçeği arasındaki korelasyon analizinde, KCIİ'de vajinismus lehine yorumlanan ağrı alt ölçek puanı ve GRCDÖ ölçeğinde vajinismus alt ölçeği puanları ile PMSÖ'nün alt ölçeklerinin tamamı arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı. Bu sonuçlar vajinismus ile PMDB ilişkisini göstermesi açısından hipotezimizle uyumludur.

Premenstrüel şikayetlerin kadınların günlük hayatında, çevresindeki diğer insanlarla olan ilişkilerinde ve yaşam kalitesinde bozulmalara neden olduğu görüldü. Özellikle vajinismus grubundaki kadınların yaklaşık yarısının bu durumdan şikayetçi olduğu saptandı. Kadınların bu durumdan yakınmalarına rağmen tıbbi yardım ve tedavi arayışı olmadığı görüldü.

Vajinismusa eşlik eden en sık psikopatoloji depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır. PMDB gibi depresif bozukluklar ana başlığı altında yer alan ve vajinismusta sıklığının sağlıklı gruba göre oldukça fazla olduğunu gördüğümüz bu tanının atlanması vajinismusun düzelmesini zorlaştırabilir ve tedavi direncini artırabilir. Kadınların sosyal yaşantılarını, iş performansını, ailevi ilişkilerini, okul başarısını, yaşam kalitesini etkileyen bu durum hakkında tüm hekimlerin bilgilendirilmesi tedavisi mümkün olan bu durumun tanı almasında faydalı olacaktır. Birinci basamakta dahi tedavi ekibi tarafından menstrüel dönemde ortaya çıkabilecek sıkıntılar hakkında bilgi verilerek, destekleyici yaklaşım ve davranış değişikliği önerileriyle premenstrüel şikayetlerin azaltılabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Premenstrüel dönem şikayetlerini tanımlamada kullanılan terminoloji ve yaklaşımlar konusunda ortak bir görüş birliği olmaması PMDB ile ilgili literatür bilgisine ulaşmayı güçleştirmektedir. Gelecek dönemde yapılacak çalışmalarda daha sağlıklı sonuçlar elde edilmesi açısından bu farklılıkları ortadan kaldırmakta fayda olacaktır.

Literatürde vajinismus veya kadınlarda görülen diğer cinsel işlev bozukluklarında PMDB ya da premenstrüel şikayetleri değerlendiren çalışmaya rastlanmadığından bu konuda daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Gynecologic Endocrinology and Infertility (6nd ed) Raven Press USA 1999;pp.127-135.
2. Parker, P.D. Premenstrual Syndrome. Am. Fam. Physician 1993;50:1309-1317.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, beşinci Baskı (DSM-5). Köroğlu E. (Çeviri yayın yönetmeni.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
4. Indusekhar R, O'Brein PMS. International concensus on the definition and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Gynaecology Forum 2008;13:5-7.
5. O'Brien. PMS. Helping Women with Premenstrual Syndrome. B.M.J. 1993;307:1471-1475.
6. Freeman EW, De Rubeis RJ, Rickels K. Reliability and validity of a daily diary for premenstrual syndrome. Psychiatry Res 1996;65:97-106.
7. Halbreich U. The diagnosis of PMS/PMDD – the Current Debate In; O'brein Sauhn PM, Rapkin JA, Schmidt J.P. (eds) The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD. (1 nd ed) Informa UK 2007; 8-19.
8. Adiguzel H, Taskin EO, Danaci AE. The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manisa, Turkey. Turk Psikiyatri Derg 2007;18(3):215-222.
9. Dennerstein L. Intercultural differences in the prevalence of premenstrual syndromes. Gynaecology Forum 2008;13:13-15.
10. Beck, L.E., Grevitz, R., & Mortolo, J.F. The Predictive Role Of Psychosocial Stress On Symptom Severity In PMS. Psychosom Med 1990;52: 536-543.
11. Ross, L.E., & Steiner, M.A. Biopsychosocial Approach To Premenstrual Dysphoric Disorder. Psychiatr Clin North Am. 2003;26(3): 529-546.
12. Gökçe, G. Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Semptom Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri 2006.
13. Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. American Family Physician 2003; 67(8): 43-52.

14. Halbreich U. The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual sendromes. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28:55-99.
15. Yıldırım EA, Akyüz F, Hacıoğlu M ve ark. Cinsel işlev bozuklukları kliniğine başvuran olgularda başvuru yakınması ile klinik tanı arasındaki ilişki. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2011;48:24-30.
16. Özdemir Ö, Simsek F, İncesu C ve ark. Çoğul disiplinli bir cinsel işlev bozuklukları merkezine başvuran 1,002 olgunun sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Üroloji Bülteni* 2003; 14:137-144.
17. CETAD, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, Yüksel ř, Cindoğlu D.(ed.), Bilgilendirme Dosyası 5: Kadın Cinselliği, CETAD, 2006
18. Hartmann, U. Depression and sexual dysfunction. *The Journal of Men's Health and Gender* 2007;4(1):8-22.
19. Yıldırım EA, Çavaş ř, Hacıoğlu M, et al. Psychiatric comorbidity in females with vaginismus. *Eur Neuropsychopharmacol* 2009; 19(Supp.3):700.
20. Er O, Özdel K, Özpolat Y.G.A.Vajinismus. *Kriz Dergisi* 2010; 18 (3): 37-45
21. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10. Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması. Öztürk O, Ufuk B (çev.ed.) 2. Baskı, Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Hastalıkları Derneği Yayını, 1993.
22. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician gynecologists. Premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol* 2000;95:1-9.
23. Halbreich U. History and trajectory of PMS: towards a balanced adaptation and a biosocial homeostasis. *J Reprod Infant Psychol* 2006;24:336–346.
24. O'Brien S, Khaled MK. History of the premenstrual disorders. In; O'brein S, Sahn PM, Rapkin JA, Schmidt JP (eds). *The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD*.(1 nd ed) Informa UK 2007;1-8.
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed, revised (DSM-III-R). Washington, DC, American Psychiatric Association, Inc; 1987.
26. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Dördüncü Baskı (DSM-IV) E.Köroğlu (Çev. Ed.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

27. Epperson CN, Steiner M, Hartlage SA, Eriksson E, Schmidt PJ, Jones I, Yonkers KA. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *Am J Psychiatry* 2012;169(5):465-475.
28. Alpaslan AH, Avci K, Soylu N, Tas HU. Association between premenstrual syndrome and alexithymia among Turkish University students. *Gynecol Endocrinol* 2014;30(5):377-380.
29. Chou PB, Morse CA. Understanding premenstrual syndrome from a Chinese medicine perspective. *J Altern Complement Med.* 2005;11(2): 355-361.
30. Tanaka E, Momoeda M, Osuga Y, Rossi B, Nomoto K, Hayakawa M ve ark. Burden of menstrual symptoms in Japanese women: results from a survey-based study. *J Med Econ* 2013;16 (11): p. 1255-1266.
31. Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Sattar K. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *J Clin Diagn Res.* Feb 2014; 8(2):106-109.
32. Kathleen M, Lustyk B, Gerrish WG. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Issues of quality of life, stress and exercise In: *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures.* Eds. Preedy VR, Watson RR.
33. Özeren A, Dinçer A, Helvacı M. Hastane çalışanlarında premenstrüel sendrom ve depresyon ilişkisi. *Tepecik Eğit Hast Derg* 2013; 23 (1): 25-33.
34. Müderris II, Gönül AS, Sofuoğlu S, Taşcı S, Bayatlı M. Genç kadınlarda premenstrüel disforik bozukluk prevalansı. *Klinik Psikiyatri* 1999;2(3):197-201.
35. Demir B, Algül LY, Güven ES. Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2006; (3-4):262-270.
36. Erbil N, Karaca A, Kırış T. Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. *Turk J Med Sci* 2010;40: 565-573.
37. Rapkin AJ, Morgan M, Goldman. L Progesterone metabolite allopregnanolone in women with premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol* 1997;90:709.
38. Kouri EM, Halbreich U. State and trait serotonergic abnormalities in women with dysphoric premenstrual syndromes. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:767-770.

39. Rapkin AJ. The role of serotonin in premenstrual syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35:629-636.
40. Steege JF, Stout AL, Knight DL, Nemeroff CB. Reduced platelet tritium labeled imi pramine binding sites in women with premenstrual syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:168–172.
41. Meltzer HY, Lowry MT. The serotonin hypothesis of depression. Raven Press, New York. 1987.
42. Taşkın O, Gökdeniz R, Yalçınoglu A, et al. Placebo-controlled cross-over study of effects of tibolone on premenstrual symptoms and peripheral beta-endorphin concentrations in premenstrual syndrome. *Hum Reprod* 1998;13:2402-2405.
43. Lloyd KG, Zivkovic B, Scatton B, Morselli PL, Bartholini G. The GABAergic hypothesis of depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1989;13:341–351.
44. Halbreich U, Petty F, Yonkers K, Kramer GL, Rush AJ, Bibi KW. Low plasma gammaaminobutyric acid levels during the late luteal phase of women with premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry* 1996;153: 718–720.
45. Gurguis GN, Yonkers KA, Blakeley JE, et al. Adrenergic receptors in premenstrual dysphoric disorder. II. Neutrophil beta2-adrenergic receptors: Gs protein coupling, phase of menstrual cycle and prediction of luteal phase symptom severity. *Psychiatry Res* 1998;79:31-42.
46. Odink J, Van der Ploeg HM, Van der Berg, et al. Circadian and circatrigintan rhythms of biogenic amines in premenstrual syndrome. *Psychosom Med* 1990;52:346-56.
47. Benedek-Jaszmann LJ, Hearn-Sturtevant MD. Premenstrual tension and functional infertility. Aetiology and treatment. *Lancet* 1976;22:095-1098.
48. Barbara L, Parry MD, and Sarah L. Premenstrual Dysphoric Disorder: Etiology. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th ed). Lippincott Williams & Wilkins, New York 2005; pp. 2315-2323.
49. Altemus M, Redwine L, Leong YM, et al. Reduced sensitivity to glucocorticoid feedback and reduced glucocorticoid receptor mRNA expression in the luteal phase of menstrual cycle. *Neuropsychopharmacol* 1997;17:100-109.
50. Ashby CR Jr, Carr LA, Cook CL, Steptoe MM, Franks DD. Alteration of platelet serotonergic mechanisms and monoamine oxidase activity in premenstrual syndrome. *Biol Psychiatry* 1988;24:225–233.

51. Korzekwa MI, Lamont JA, Steiner M. Late luteal phase dysphoric disorder and the thyroid axis revisited. *J Clin Endocrinol Metab* 1996;81:2280.
52. Koshikawa N, Tatsunuma T, Furuya K, et al. Prostaglandins and premenstrual syndrome. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids* 1992;45:33-36.
53. Harrison W, Sharpe L, Endicott J. Treatment of premenstrual symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 1985;7: 54-65.
54. Oelkers WK. Effects of estrogens and progestogens on the renin aldosterone system and blood pressure. *Steroids* 1996;61:166–171.
55. Rubinow D, Roy-Byrne P. Premenstrual syndromes: overview from a methodologic perspective . *Am J Psychiatr* 1984;141:163.
56. Thys-Jacobs S. Micronutrients and the premenstrual syndrome: the case for calcium. *J Am Coll Nutr* 2000;19:220-227.
57. Türkçapar AF, Türkçapar MH. “Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri* 2011;14(4):241-253.
58. Kızılkaya, N. Perimenstrual Distres ve Hemşirelik Yaklaşım. *Hemşirelik Bülteni* 1994;7(31): 84-90.
59. Ünver, M. Kadın hastalıkları. Ankara: Palme Yayınevi 1996.
60. Anson, O. Exploring the bio-pycho-social approach to premenstrual experinces. *Social Sciences in Medicine* 1999;49(1):67–80.
61. Freeman EW. The clinical presentation and course of premenstrual symptoms In;O’brein Sauhn PM, Rapkin J.A, Schmidt J.P (eds). *The Premenstrual Syndromes:PMS and PMDD* (1 nd ed) Informa UK 2007;55-61.
62. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *J Psychiatry Neurosci* 2000;25(5):459.
63. Oğur P. Premenstrual Sendromun Meslek ve Eğitim Düzeyi ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 2004.
64. Kaur G, Gonsalves L, Thacker HL. Premenstrual dysphoric disorder:a review for the treating practitioner. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2004;71(4):303-321.

65. Johnson SR, McChesney C, Bean JA. Epidemiology of premenstrual symptoms in a nonclinical sample. I. Prevalence, natural history and help-seeking behavior. *J Reprod Med* 1988;33:340-346.
66. Perkonig, A., Yonkers, K.A., Pfister, H., Lieb, R., Wittchen, H.U. Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: the role of traumatic events and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(10):1314-1322.
67. Halbreich U, Endicott J, Schacht S, Nee J. The diversity of premenstrual changes as reflected in the Premenstrual Assessment Form. *Acta Psychiatr Scand* 1982;65:46–65.
68. Freeman EW. Premenstrual syndrome: current perspectives on treatment and etiology. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology* 1997;9:147-153.
69. Bloch M, Schmidt PJ, Rubinow DR. Premenstrual syndrome:evidence for symptom stability across cycles. *Am J Psychiatry* 1997;154:1741-1746.
70. Halbreich U, Backstrom T, Eriksson E, O’Brein S. Clinical diagnostic criteria for premenstrual syndrome and guidelines for their quantification for research studies. *Gynecol Endocrinol* 2007;23(3):123-130.
71. Kessel B. Expanding choices in treating premenstrual dysphoric disorder. *Advanced Studies in Medicine* 2002;2(15):536-540.
72. Akdeniz F, Karadağ F. Adet döngüsünün duygudurum bozuklukları üzerine etkisi var mıdır? *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(4):296-304.
73. Blake F, Salkovskis P, Gath D, Day A. Cognitive therapy for premenstrual syndrome: a controlled trial. *J Psychosom Res.* 1998;45(4):307-318.
74. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn L. The prevalence, impairment, impact, and burden of Premenstrual Dysphoric Disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology* 2003;2853:1-23.
75. Schellenberg R. Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study. *BMJ* 2001;322(20):134-137.
76. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder:burden of illness and treatment update. *J Psychiatry Neurosci* 2008;33(4):291-301.
77. Muse KN, Cetel NS, Futterman LA, Yen SC. The premenstrual Syndrome. Effects of “medical ovariectomy”. *N. Engl. J. Med.* 1984; 311:1345-1349.

78. Mortola, J.F., Girton, L., Fischer, U. Successful treatment of severe premenstrual syndrome by combined use of gonadotropin-releasing hormone agonist and estrogen/progestin. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1991;72(252A-252F): 318.
79. Halbreich U, Rojansky N, Palter S. Elimination of ovulation and menstrual cyclicality (with danazol) improves dysphoric premenstrual syndromes. *Fertil Steril* 1991;56:1066–1069.
80. Kahn LS, Halbreich U. Oral contraceptives and mood. *Expert Opin Pharmacother* 2001;2: 1367–1382.
81. Harrison WM, Endicott J, Nee J. Treatment of premenstrual dysphoria with alprazolam. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:270–275.
82. World Health Organization. Developing sexual health programmes. WHO/RHR/HRP/ 10.22, 2010.
83. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri* 2004;3:3-13.
84. Kaplan HS. *The illustrated Manual of Sex Therapy*. Brunner- Mazel Publishers, New York 1987.
85. Costa Talens P, Colorado Vicente M. Un problema ginecologico en al papiro Ramesseum IV (in Spanish). *Med Esp*, 1971;66: 274-6.
86. Rowland DL, Incrocci L (ed.) *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders*, New Jersey :John Wiley& Sons, 2008;247-248.
87. Sims, J.M. On vaginismus, *Trans Obstet Soc London* 1862;3:356-367.
88. Binik Y, Meana M, Berkley K, et al. The sexual pain disorders: Is the pain sexual or is the sex painful? *Annu Rev Sex Res* 1999;10:210-235.
89. Kaplan HS. *The New SexTherapy*. New York&London:Brunner-Routledge 1974; 412-430.
90. Goodwach R. Sextherapy: Historical evolution, current practice, part I. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;26(3):155-164.
91. Ohl, L. E. Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. *Urologic Nursing* 2007;27(1):57-63.

92. Engman M. Partial vaginismus definition, symptoms and treatment. Linköping University Medical Dissertation, No. 1015, November 2007.
93. Yılmaz E, Zeytinci İE, Sarı S, et al. Investigation of sexual problems in married people living in the center of Konya. Turk Psikiyatri Derg 2010;21:126-134.
94. Tuğrul C, Kabakçı E. Vaginismus and its correlates. Sexual and Relationship Therapy 1997;12:23- 34.
95. Ernst C, Foldenyi M, Angst J. The Zurich Study: XXI Sexual dysfunction and disturbances in young adults. Data of a longitudinal epidemiological study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1993; 243:179-188.
96. Özdel K, Yılmaz A, Çeri Ö, Kumbasar H. Vajinismus Tedavisinde Tedavinin Tamamlanmasını Yordayan Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2012;23(4):248-254.
97. Berkol D.T, Uzun I, Alataş E, Erensoy H, Özyıldırım İ, Birincil Tanısı Majör Depresif Bozukluk veya Anksiyete Bozukluğu Olan Cinsel Yönden Aktif Kadınlardaki Vajinismus Komorbiditesi. Bakırköy Tıp Dergisi 2015;11:150-153.
98. Fenichel O. The Psychoanalytic Theory Of Neurosis, Taylor& Francis, 2005;156.
99. Weijmar Schultz WCM, Van de Wiel HBM. Vaginismus, in Balon R., Segraves RT (editors), The Handbook of Sexual Dysfunctions, Boca Raton: Taylor& Francis, 2005.
100. Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Inadequacy. Boston: Little Brown and Company, 1970.
101. Barnes J, Bowman EP, Eimer P et al. Biofeedback as an adjunct to psychotherapy in the treatment of vaginismus. Biofeedback Self Regulation 1984;9: 281-289.
102. Van der Velde J, Laan E, Everaerd W. Vaginismus, a component of a general defensive reaction. An investigation of pelvic floor muscle activity during exposure emotion-inducing film excerpts in women with or without vaginismus. Int Urogynecol J 2001; 12:328-331.
103. Van de Velde J, Everaerd W. The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and without vaginismus. Behav Res Ther 2001; 39:395-408.
104. Frasson E, Graziottin A, Priori A, et al. Central nervous system abnormalities in vaginismus. Clin Neurophysiol 2009;120:117-122.

105. Ersoy MA. Psikiyatri ve Sosyal Bilimlerin İlişkisi. Klinik Psikiyatri 1999;2:230-238.
106. Ng ML. Vaginismus- a disease, symptom or culture-bound syndrome? Sexual and Relationship Therapy 1999;14: 9-13.
107. Hiller J. Defining vaginismus. Sexual and Relationship Therapy 2000;15(1):87-90.
108. Oktay M, Tombul K. İki yüz vajinismus vakası ve eşlerinin psikolojik yönden incelenmesi. Yeni Symposium 2003; 41:115-119.
109. Reissing ED, Binik YM, Khalife S. et al. Etiological Correlates of Vaginismus: Sexual and Physical Abuse, Sexual Knowledge, Sexual Self-Schema, and Relationship Adjustment. Journal of Sex and Marital Therapy 2003;29:47-59.
110. Doğan S. Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. Journal of Sexual Medicine. 2009;6:184-192.
111. Nasab MM, Farnoosh Z. Management of Vaginismus with Cognitive-Behavioral Therapy, Self-finger Approach: A Study of 70 Cases. Iranian Journal of Medical Science 2003;28:69-71.
112. Kayır A, Sahin D. Kadın cinselliği ve işlev bozuklukları: Cinsel İşlev Bozuklukları. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 1998; 3(1): 19-57.
113. Konkan R, Bayrak M, Gönüllü OG, Şenormancı Ö, Sungur M Z. Sexual function and satisfaction of women with vaginismus. Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2012;25(4):305-311.
114. Özmen E. Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 1999;2: 49-53.
115. Basson R. Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. Int J Impot Res 2008;20:466-478.
116. Doğan S, Özkorumak E. Ağrılı genital cinsel aktivite ve vajinismus tanısında yaşanan güçlükler. Klinik Psikiyatri 2008; 11:135-142.
117. Jantos M, White G. The vestibulitis syndrome: Medical and psychosexual assessment of a cohort of patients. Journal of Reproductive Medicine 1992; 42:145-152.

118. Ter Kuilea MM, Van Lankveldb J J D M, De Groota E, Mellesb R, Neffsa J, Zandbergenb M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behaviour Research and Therapy* 2007;45:359-373.
119. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinik Versiyon. Ankara, Hekimler Yayın Birliği 1999.
120. Gencdoğan B. Premenstruel sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiye’de Psikiyatri* 2006;8:81-87.
121. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği’nin Standardizasyon Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993;2:83-88.
122. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D’agostino R. The female sexual function index (FSFI): A multi dimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex&MaritalTherapy* ,2000; 26:191-208.
123. Öksüz E, Malhan S. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index-FSFI) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik analizi. *Sendrom* 2005;17(7): 54-60.
124. Bakır N. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, 2012.
125. Selçuk KT, Avcı D, Yılmaz FA. Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014;5(2), 98-103.
126. Soyak, HM. Anksiyete Bozuklukları Tanılı Hastalarda Premenstrüel Disforik Bozukluk Komorbiditesi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya, 2013.
127. Bostancı A. Premenstrüel Sendromda Öfke ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2010.
128. Bayrak M. Vajinismus Oluşumunda Etiyolojik Özellikler. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 2006.
129. Doğan S, Varol Saraçoğlu G. The Assessment of Sexual Knowledge, Marital Characteristics, Sexual Function and Satisfaction in Women with Lifelong Vaginismus. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2009;26:151-158.

130. Coşut Çakmak A. Vajinismus Tanısı ile İzlenen Çiftlerde Mizaç ve Karakter Özellikleri ile Yakın İlişki Stilleri. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2010.
131. Cayan, S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat BUL, Acar D, Ulusoy EUM. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis* 2004;72(1): 52-57.
132. Kayır A, Geyran P, Tükel MR ve ark. Cinsel sorularda başvuru özellikleri ve tedavi seçimi. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Bilimsel Yayınları, Cilt 2, 1990;451-458.
133. Sungur M. Evaluation of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognostic factors in sexual and marital therapy. *Sexual and Marital Therapy* 1994; 9: 251-265.
134. Oktay M, Erez S. Vajinismus Vakalarının Psiko-sosyal ve Psikoterapik Yönden incelenmesi. *Yeni Syposium* 1996;34:60-64
135. Sayalı E, KOÇ, Doğangün Z, Atay O, Okyar M, Karadağ B, Yıldız Ö. Premenstrüel Sendrom: Yaygınlığı ve Değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 1998;2(2):72-75.

8. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Vajinismus Tanısı İle İzlenen Kadınlarda Premenstrüel Disforik Bozukluk Sıklığının Araştırılması				
	BAŞVURU TARİH VE SAYISI	14.03.2016 / 12091				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Asistan Dr. Hatice KIZILKALE				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi				
	DESTEKLEYİCİ	-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ					
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon Yüksek Doz Araştırması Diğer ise belirtiniz: Kesitsel Tipte -Prospektif				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	X	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLAR ARASI
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Var	Yok	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	*		Türkçe *	İngilizce	Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	*		Türkçe *	İngilizce	Diğer
	OLGU RAPOR FORMU		*	Türkçe	İngilizce	Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		*	Türkçe	İngilizce	Diğer
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	-				
	DİĞER:	-				
KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 03.05.2016	Karar No: 531				
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.					
BRSHH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Uz. Dr. Nihat ALPAY					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişki		İmza		
Doç. Dr. M. Cem İLNEM	Psikiyatri	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>			
Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ	Nöroloji	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>			
Doç. Dr. Erhan EMEL	Nöroşirürji	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	İZİNCİ		
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ	Psikiyatri	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>			
Uz. Dr. Nesrin B. TOMRUK	Psikiyatri	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	İZİNCİ		

EK 2 - BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

1) “VAJİNİSMUS TANISI İLE İZLENEN KADINLARDA PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUK SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI” başlıklı bir bilimsel araştırma planlamış bulunmaktayız.

2) Toplum içerisinde yapılan tüm bilimsel araştırmalarda gerekli, bazı kimlik ve sosyoekonomik durumla ilgili bilgiler, ayrı bir soru formunda sorulacaktır. Kişisel ve tıbbi kayıtlarla ilgili gereken mahremiyete özen gösterilecek ve ilgili kayıtlar kişisel mahremiyet haklarınıza zarar vermemek koşuluyla bilimsel çalışmalarda kullanılabilir.

3) Yöntem olarak anket ve testler kullanılacağı için, çalışma sağlığınız açısından herhangi bir risk taşımamaktadır.

4) Araştırma için sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmadığı gibi sağlık güvencenize de hiçbir maddi külfet yüklememektedir.

Görüşlerim ile ilgili bilgilerin katılımcı ismi açıklamaksızın sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacağı tarafıma açıklanmış bulunmaktadır. Testlerin içeriği, sözel olarak tarafıma anlatıldı. Bu çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı imza ile onaylamam gerektiği söylendi.

“VAJİNİSMUS TANISI İLE İZLENEN KADINLARDA PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUK SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI” isimli araştırma hakkında bilgilendirilmiş olup, bu çalışmanın sonuçlarının hali hazırdaki sorun alanlarına katkısının olmayabileceğini anlamış ve kabul etmiş durumdayım. Yazılı onay vermiş olmama rağmen herhangi bir dönemde araştırmadan vazgeçme özgürlüğüne sahip olduğumu biliyorum. Üstte detayları anlatılan çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.

Tarih:

Adı Soyadı:

İmza:

Açıklama yapanın adı/imzası:

EK 3 - PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUK DEĞERLENDİRME FORMU

- 1) Son bir yıl içinde tedavi aldığınız ruhsal bir rahatsızlığınız oldu mu? Varsa tanısı nedir?
1) Evet (.....) 2) Hayır
- 2) Şu anda bir fiziksel hastalığınız var mı? Evet ise nedir?
1) Evet (.....) 2) Hayır
- 3) Rahim veya yumurtalığınızla ilgili ameliyat oldunuz mu?
1) Evet (.....) 2) Hayır
- 4) Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?
1) Evet (.....) 2) Hayır
- 5) Hangi korunma yöntemini kullanıyorsunuz?
1) Kondom 2) Takvim 3) Spiral(RİA) 4) Geri Çekme 5) Diğer 6) Korunmuyorum
- 6) Doğum kontrol hapı kullanıyor musunuz veya daha önceden kullandınız mı?
1) Evet 2) Hayır
- 7) Kullanıyorsanız kaç aydır / yıldır kullanıyorsunuz Ay /Yıl
- 8) Bağımlılık yapıcı madde kullanıyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır
- 9) İlk adetinizi kaç yaşında gördünüz?
- 10) Adet görme ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
1) Doğal karşılıyorum 2) Doğal karşılamıyorum
- 11) Adetleriniz düzenli mi?
1) Evet 2) Hayır
- 12) Kaç günde bir adet görüyorsunuz?
- 13) Adetiniz kaç gün sürüyor?
- 14) Adetleriniz ağrılı oluyor mu?
1) Evet her zaman 2) Evet bazen 3)Hayır
- 15) Cevabınız evet ise; adet sancılarınızın şiddetini nasıl derecelendirebilirsiniz?
1) Hafif 2) Orta 3) Ağır
- 16) Son adetinizin ilk günü ne zamandı?
- 17) Gelecek adetinizin başlamasına kaç gün var?

- 18) Adetiniz başlamadan önceki hafta kendi durumunuzu her zamankine göre nasıl değerlendirirsiniz
1) Daha iyi 2) Aynı 3) Daha kötü 4) Bilmiyorum
- 19) Adet öncesi şikayetler su anda var mı?
1) Evet 2) Hayır
- 20) Bu şikayetleriniz adet görmeye başladıktan kaç gün sonra geçiyor? gün
- 21) Bu şikayetleriniz kaç yıldır devam ediyor? yıl
- 22) Doğum yaptıysanız, doğumla birlikte bu şikayetlerinizde bir değişim oldu mu?
1) Doğum yapmadım 2) Arttı 3) Azaldı 4) Değişim olmadı
- 23) Yaşla birlikte şikayetlerinizde bir değişim oldu mu?
1) Arttı 2) Azaldı 3) Değişmedi
- 24) Bu şikayetler günlük yaşantınızı etkiliyor mu?
1) Evet 2) Hayır
- 25) Bu şikayetler başkaları ile olan ilişkilerinizi etkiliyor mu?
1) Evet 2) Hayır
- 26) Bu şikayetler yaşam kalitenizi ne ölçüde etkiliyor?
1) Az 2) Çok 3) Etkilemiyor
- 27) Bu şikayetler nedeni ile hiç doktora başvurduunuz mu?
1) Evet 2) Hayır
- 28) Evet ise; PMS (adet öncesi gerginlik) tanısı aldınız mı?
1) Evet 2) Hayır
- 29) PMS tanısı aldıysanız, tedavi verildi mi? Verildiyse nedir?
1) Evet 2) Hayır
- 30) Yukarıda sorularına benzer şikayetler annenizde veya kız kardeşlerinizde var mı?
1) Evet 2) Hayır 3) Bilmiyorum

EK 4 - 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 karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.
Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

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

- 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 ilişkide** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EK 5 – GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cinsel yönden kolaylıkla uyanır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sizce, sizin ve eşinizin önsevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eşinizle sevişmekten kaçınırmısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkâr bulur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, rahatsız olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
14. Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşimde bulunur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alırmısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Önsevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazm) ulaşabilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK 6 – PREMENSTRÜEL SENDROM ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı tanımlayıcı cümleler vardır. Her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun sizde **ADET OLMANIZA BİR HAFTA KALA** olma durumunu cümlenin sağındaki ölçeği dikkate alarak işaretleyiniz. Daha öncesi veya daha sonrası bu durumların var olup olmamasını değerlendirmeyiniz

Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmavınız.

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE		Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum					
2	İçimden ağlamak geliyor					
3	Canım sıkılıyor					
4	Kendimi bezgin hissediyorum					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor					
6	Her şey üzerine geliyor					
7	Karamsar oluyorum					
8	Derin nefes almak istiyorum					
9	Her an kötü bir şey olacaktı gibi korkuyorum					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor					
11	Arkamdan biri saldıracaktı gibi korkuyorum					
12	Kendimi yorgun hissediyorum					
13	Sanki her şey kötü olacak					
14	Çok çabuk yoruluyorum					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum					
18	Her zamanki işler beni yoruyor					
19	Kendimi sinirli hissediyorum					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum					
21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor					
23	Sinirlerim geriliyor					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum					
26	Kendimi değersiz görüyorum					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum					

28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor					
29	Dalıp gidiyorum					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum					
31	Baş ağrısı oluyor					
32	Kaslarım ağrıyor					
33	Eklem yerlerim ağrıyor					
34	İştahım artıyor					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum					
36	Daha fazla yemek yiyorum					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor					
38	Uykumda bölünme oluyor					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum					
41	Göğüslerim şişiyor					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum					
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum					

EK 7 – PREMENSTRÜEL SEMPTOM GÜNLÜĞÜ

PREMENSTRÜEL SEMPTOM GÜNLÜĞÜ

Adı: Ay:

Bugünden başlayarak adetinizin kaçınıcı gününde olduğunuzu yuvarlak içine alınız.
Her gün semptomlarınızın ciddiyetini derecelendiriniz. 1:Semptom yok, 2: Şiddeti az, 3:Şiddeti orta, 4:Şiddeti çok

Tarih	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Menstruasyon günleri																															
Huzursuzluk veya gerginlik																															
Kızgınlık veya kısa süreli öfke																															
Anksiyete veya sinirlilik																															
Depresyon veya üzüntü																															
Ağlama veya gözleri dolma																															
İlişkilerde problemler																															
Yorgunluk veya enerji eksikliği																															
Uykusuzluk																															
Cinsel ilgide değişiklikler																															
Aşırı yeme veya yeme isteğinde değişiklik																															
Konsantrasyon güçlüğü																															
Kendini kaybedecek gibi hissetmek																															
Baş ağrısı																															
Meme hassasiyeti																															
Sırt ağrısı																															
Karın ağrısı																															
Kas veya eklen ağrısı																															
Kilo alma																															
Bulantı																															
Diğer(belirtiniz)																															