

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**GENÇ KADINLARDA PREMENSTRÜEL SENDROM
BELİRTİLERİNİN CİNSEL İŞLEV VE ÇOCUKLUK
TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hande ÖZKAN

Psikoloji Ana Bilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı

ŞUBAT, 2023

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**GENÇ KADINLARDA PREMENSTRÜEL SENDROM
BELİRTİLERİNİN CİNSEL İŞLEV VE ÇOCUKLUK
TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hande ÖZKAN
(Y2012.480054)

Psikoloji Ana Bilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Özlem ŞENER

ŞUBAT, 2023

ONAY SAYFASI

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Genç Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Belirtilerinin Cinsel İşlev ve Çocukluk Travmaları ile İlişkisinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.
(.../.../2023)

Hande ÖZKAN

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın planlanma aşamasından sonuna kadar tüm sorularımı içtenlikle ve sabırla cevaplayan, mesleki duruşunu ve donanımını örnek aldığım, kendisiyle tez çalışması yapmayı büyük şans olarak gördüğüm değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Özlem ŞENER'e teşekkürü borç bilirim. Bu zorlu süreci sizin danışmanlığınız altında yürüttüğüm için çok şanslı hissediyorum.

Kalbimi her zaman sevgi ve güzellikle dolduran, daima en iyisi için hep beni teşvik eden, bu tez sürecinde benim için tüm şartları kolaylaştıran, tüm heyecanımı paylaşarak neredeyse benim kadar bu süreci yaşayan canım annem Hümeýra KÜÇÜKERGÖR'e, emek verildiğinde karşılığının alındığını öğrendiğim, her zaman gerçekçi bakış açısıyla ve sakinliğiyle örnek aldığım manevi babam Enver KÜÇÜKERGÖR'e, bu bugüne kadar beni her anlamda destekleyen, en büyük şansım olan biricik ablam Hilal ÖZKAN'a minnetlerimi ve teşekkürümü iletiyorum.

Veri toplama aşamasında gönüllü olarak araştırmaya katılan bütün katılımcılara araştırmaya olan katılımlarından dolayı teşekkür ederim.

Şubat, 2023

Hande ÖZKAN

GENÇ KADINLARDA PREMENSTRÜEL SENDROM BELİRTİLERİNİN CİNSEL İŞLEV VE ÇOCUKLUK TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu çalışmanın temel amacı genç kadınlarda premenstrüel sendrom belirtilerinin cinsel işlev ve çocukluk travmaları ile ilişkisini incelemektir. Çalışmanın bir diğer amacı ise premenstrüel sendrom, cinsel işlev ve çocukluk travmaları kavramlarının sosyodemografik değişkenler (yaş, yaşadıkları yer, medeni durum, çocuk varlığı, gelir durumu, fiziksel rahatsızlık, ruhsal rahatsızlık, adet olma yaşı, adet ağrılı olma durumu, adet sosyal yaşamı etkileme durumu, cinsel ilişki sıklığı, partner sayısı, cinsel yaşam memnuniyeti) ile ilişkisini incelemektir. Araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırma evrenini Türkiye'nin çeşitli illerinde yaşayan 18-40 yaş aralığındaki kadınlar oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini, ulaşılabilirlik ve elverişlilik ilkesine göre kolay örnekleme ve kartopu yöntemi ile belirlenen 328 kadın katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak uzman görüşü alındıktan sonra araştırmacı tarafından hazırlanmış Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PSÖ), Kadın Cinsel İşlevler Ölçeği (KCIÖ) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇTÖ) anket formları kullanılmıştır. Anket formu gönüllülük esasına dayalı olarak Google Formlar aracılığıyla internet üzerinden kişilere ulaştırılmıştır. Katılımcılardan elde edilen veriler SPSS 25 istatistiksel paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde betimsel istatistikler (ortalama, standart sapma), ilişkisiz örneklemler t testi, Mann Whitney U testi, ilişkisiz ölçümler için tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal Wallis H testi, Pearson momentler çarpımı kolerasyon katsayısı analizi yapılmıştır. Çalışmada Premenstrüel Sendrom ile Çocukluk Çağı Travmaları düzeyleri arasında pozitif, Cinsel İşlev ile Çocukluk Çağı Travmaları arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Araştırma sonucunda Premenstrüel Sendrom, Çocukluk Çağı Travmaları ve Kadın Cinsel İşlevden alınan puanlarının katılımcıların yaş gruplarına,

en uzun yaşadıkları yere, fiziksel bir rahatsızlığın varlığına, adetlerin ağrılı olma ve birden fazla partner durumlarına göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Premenstrüel Sendrom ve Cinsel İşlev düzeylerinin medeni duruma göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Gelir durumu iyi olan bireylerde Premenstrüel Sendrom ve Cinsel İşlev düzeyleri daha düşüktür. Gelir düzeyi kötü olanlarda Çocukluk Çağı Travmaları düzeyleri daha yüksektir. Ruhsal rahatsızlığı olan katılımcılarda Premenstrüel Sendrom ve Çocukluk Çağı Travmaları düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Adetin sosyal yaşamı etkileme durumuna göre katılımcıların Premenstrüel Sendrom düzeyleri farklılaşmaktadır. Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları puanlarının cinsel yaşamından memnun olanlarda, memnun olmayan ve kararsız olanlardan daha düşük olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Premenstrüel Sendrom, Cinsel İşlev, Çocukluk Travmaları

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP OF PREMENSTRUAL SYNDROME SYMPTOMS WITH SEXUAL FUNCTION AND CHILDHOOD TRAUMA IN YOUNG WOMEN

ABSTRACT

The main purpose of this study is to examine the relationship between premenstrual syndrome symptoms and sexual function and childhood traumas in young women. Another aim of the study is to determine the sociodemographic variables of the concepts of premenstrual syndrome, sexual function and childhood traumas (age, place of residence, marital status, presence of children, income status, physical discomfort, mental illness, age at menstruation, painful menstruation, effect of menstruation on social life). status, frequency of sexual intercourse, number of partners, sexual life satisfaction). Relational screening model was used in the research. The population of the research consists of women between the ages of 18-40 living in various provinces of Turkey. The research sample consists of 328 female participants, who were determined by easy sampling and snowball method according to the principle of accessibility and convenience. Socio-Demographic Information Form, Premenstrual Syndrome Scale (PSÖ), Female Sexual Functions Questionnaire (FSS) and Childhood Trauma Inventory (CTS) questionnaire forms prepared by the researcher were used as data collection tool after taking expert opinion. The questionnaire form was delivered to people on the internet through Google Forms on a voluntary basis. The data obtained from the participants were analyzed using the SPSS 25 statistical package program. In the analysis of the data, descriptive statistics (mean, standard deviation), unrelated samples t test, Mann Whitney U test, one-way analysis of variance (ANOVA) for unrelated measurements, Kruskal Wallis H test, Pearson product moment correlation coefficient analysis were used. In the study, a positive relationship between Premenstrual Syndrome and Childhood Trauma levels, and a negative relationship between Sexual Function and Childhood Traumas. As a result of the research, it was concluded that the scores obtained from Premenstrual

Syndrome, Childhood Traumas and Female Sexual Function did not differ according to the age groups of the participants, the place where they lived the longest, the presence of a physical ailment, painful menstruation and multiple partners. It was determined that the levels of Premenstrual Syndrome and Sexual Function differ according to marital status. Premenstrual Syndrome and Sexual Function levels are lower in individuals with good income. Childhood Trauma levels are higher in those with a low income level. Premenstrual Syndrome and Childhood Trauma levels were found to be higher in participants with mental disorders. Premenstrual Syndrome levels of the participants differ according to the effect of menstruation on social life. Sexual Function and Childhood Trauma scores were found to be lower in those who were satisfied with their sexual life than those who were dissatisfied and undecided.

Keywords: Premenstrual Syndrome, Sexual Function, Childhood Traumas

İÇİNDEKİLER

ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xv
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xvii
I. GİRİŞ.....	1
A. Araştırmanın Amacı	2
B. Araştırmanın Önemi	3
C. Araştırma Soruları	3
D. Araştırmanın Sayıtları	4
E. Sınırlılıklar	5
F. Tanımlar	5
II. KURAMSAL ÇERÇEVE.....	7
A. Menstrüel Döngü	7
1. Foliküler Faz.....	8
2. Ovulasyon	8
3. Luteal Faz	8
4. Menstrüel Faz	9
B. Premenstrüel Sendrom.....	9
1. Premenstrüel Sendrom Tanı Kriterleri.....	10

2. Premenstrüel Sendromun Risk Faktörleri.....	13
a. Yaş.....	14
b. Parite.....	14
c. Medeni durum	14
d. Sosyoekonomik durum.....	15
e. Sigara-alkol-kafein kullanımı	15
3. Premenstrüel Sendromun Semptomları	15
4. Premenstrüel Sendromun Tedavisi	16
C. Cinsellik Kavramı	17
1. Kadın Cinsel Anatomi ve Fizyolojisi.....	18
2. Kadında Cinsel İşlev	20
3. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü	23
a. Cinsel istek fazı	24
b. Cinsel uyarılma fazı	24
c. Orgazm fazı	24
d. Çözülme fazı	25
4. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları.....	25
a. Kadında orgazm bozukluğu.....	26
b. Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu	27
c. Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu.....	27
D. Çocukluk Çağı Travmaları	28
1. Çocukluk Çağı Travmaları Tanımı ve Yaygınlığı	28
2. İstismar ve İhmal Kavramları	31
a. Fiziksel istismar.....	31
b. Cinsel istismar	32
c. Duygusal istismar	33

d. İhmal	34
e. Çocuk sömürüsü	35
III. YÖNTEM	37
A. Araştırma Modeli.....	37
B. Çalışma Grubu	37
C. Veri Toplama Araçları	40
1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	40
2. Premenstrüel Sendrom Belirtileri Ölçeği (PMÖ)	41
3. Kadın Cinsel İşlevler Ölçeği (KCIÖ)	41
4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇTÖ)	41
D. Verilerin Toplanması	42
E. Verilerin İstatiksel Analizi	42
IV. BULGULAR.....	45
A. Verilerin Araştırma Soruları Üzerinden İncelenmesi	45
1. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	45
2. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Yaşlarına Göre Karşılaştırılması	46
3. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının En Uzun Yaşadıkları Yere Göre Karşılaştırılması	47
4. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması	48
5. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Çocuk Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması	50

6. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması	51
7. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Fiziksel Rahatsızlık Durumuna Göre Karşılaştırılması	53
8. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Ruhsal Rahatsızlık Durumuna Göre Karşılaştırılması	53
9. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Adet Olma Yaşlarına Göre Karşılaştırılması	54
10. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Adetlerinin Ağrılı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	56
11. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Adetin Sosyal Yaşamı Etkileme Durumuna Göre Karşılaştırılması	58
12. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Cinsel İlişki Sıklığına Göre Karşılaştırılması	60
13. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Birden Fazla Partner Durumuna Göre Karşılaştırılması	61
14. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Cinsel Yaşam Memnuniyetine Göre Karşılaştırılması	62
V. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
A. Tartışma ve Sonuç	65
1. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Arasında Anlamlı İlişki Var mıdır?	65

2. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Yaşlarına Göre Anlamli Farklılık Göstermekte Midir?	66
3. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları En Uzun Yaşadıkları Yere Göre Anlamli Farklılık Göstermekte Midir?	67
4. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Medeni Durumlarına Göre Anlamli Farklılık Göstermekte Midir?	67
5. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Çocuk Varlığına Göre Anlamli Farklılık Göstermekte Midir?	68
6. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Gelir Düzeylerine Göre Anlamli Farklılık Göstermekte Midir?	68
7. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Fiziksel Rahatsızlıklarına Göre Anlamli Farklılık Göstermekte Midir?	69
8. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Ruhsal Rahatsızlıklarına Göre Anlamli Farklılık Göstermekte Midir?	69
9. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Adet Olma Yaşlarına Göre Anlamli Farklılık Göstermekte Midir?	71
10. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Adetlerinin Ağrılı Olma Durumuna Göre Anlamli Farklılık Göstermekte Midir?	71
11. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Adetin Sosyal Yaşamı Etkileme Durumuna Göre Anlamli Farklılık Göstermekte Midir?	72

12. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Cinsel İlişki Sıklığına Göre Anlamli Farklılık Göstermekte Midir?	73
13. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Birden Fazla Cinsel Partneri Olma Durumuna Göre Anlamli Farklılık Göstermekte Midir?	73
14. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Cinsel Yaşam Memnuniyetine Göre Anlamli Farklılık Göstermekte Midir?	73
B. Öneriler	74
VI. KAYNAKÇA.....	75
EKLER.....	93
ÖZGEÇMİŞ.....	105

KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG	: Amerikan Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji
AFUD	: Ürolojik Hastalıklar için Amerikan Vakfı
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
CTS	: Childhood Trauma Scale
ÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Folikül Uyarıcı Hormon
GH	: Gonodotrop Hormon
ICSH	: Interstisyel Sell Stimulating Hormon
KCIÖ	: Kadın Cinsel İşlevler Ölçeği
LH	: Luteinizan Hormon
LLPDD	: Late Luteal Phase Disphoric Disorder
LTH	: Luteotropik hormon
NOS	: Nitrik Oksit Sentaz
PMDB	: Premenstrüel Disforik Bozukluğu
PMÖ	: Premenstrüel Sendrom Belirtileri Ölçeği
PMS	: Premenstrüel Sendrom
TDK	: Türk Dil Kurumu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge 1 PMS’de Ayırıcı Tanı.....	13
Çizelge 2 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	38
Çizelge 3 Ölçeklere İlişkin Normallik Testi Sonuçları	43
Çizelge 4 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puanları Arasındaki İlişki (n=328).....	45
Çizelge 5 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Çocukluk Çağı Travmalarından Elde Ettikleri Puanların Yaşa Göre Betimsel İstatistikleri	46
Çizelge 6 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Yaşa Göre ANOVA Sonuçları	46
Çizelge 7 Katılımcıların Cinsel İşlev Düzeylerinin Yaşa Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu	47
Çizelge 8 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Cinsel İşlev Puanlarının En Uzun Yaşadıkları Yere Göre İlişkisiz Örneklem T Testi Karşılaştırılması	48
Çizelge 9 Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin En Uzun Yaşadıkları Yere Göre Mann Whitney U Testi Karşılaştırılması	48
Çizelge 10 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtilerinden Elde Ettikleri Puanların Medeni Duruma Göre Betimsel İstatistikleri	49
Çizelge 11 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre ANOVA Sonuçları	49
Çizelge 12 Katılımcıların Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu.....	49

Çizelge 13 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Çocukluk Çağı Travmaları Puanlarının Çocuk Varlığı Durumuna Göre İlişkisiz Örneklem T Testi Karşılaştırılması.....	50
Çizelge 14 Katılımcıların Cinsel İşlev Düzeylerinin Çocuk Varlığı Durumuna Göre Mann Whitney U Testi Karşılaştırılması.....	51
Çizelge 15 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Cinsel İşlevden Elde Ettikleri Puanların Gelir Düzeylerine Göre Betimsel İstatistikleri	51
Çizelge 16 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Cinsel İşlev Puan Ortalamalarının Gelir Düzeylerine Göre ANOVA Sonuçları	52
Çizelge 17 Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin Gelir Düzeylerine Göre Kruskal Wallis H Testi Donucu	52
Çizelge 18 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puanlarının Fiziksel Rahatsızlık Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	53
Çizelge 19 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puanlarının Ruhsal Rahatsızlık Durumuna Göre İlişkisiz Örneklem T Testi Karşılaştırılması	54
Çizelge 20 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmalarından Elde Ettikleri Puanların Adet Olma Yaşlarına Göre Betimsel İstatistikleri	55
Çizelge 21 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Adet Olma Yaşlarına Göre ANOVA Sonuçları	55
Çizelge 22 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Cinsel İşlevden Elde Ettikleri Puanların Adetlerinin Ağırlı Olma Duruma Göre Betimsel İstatistikleri.....	56
Çizelge 23 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Cinsel İşlev Puan Ortalamalarının Adetlerinin Ağırlı Olma Duruma Göre ANOVA Sonuçları.....	57

Çizelge 24 Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin Adetlerinin Ağırlı Olma Durumuna Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu	57
Çizelge 25 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmalarından Elde Ettikleri Puanların Adetin Sosyal Yaşamı Etkileme Duruma Göre Betimsel İstatistikleri.....	58
Çizelge 26 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Adetin Sosyal Yaşamı Etkileme Duruma Göre ANOVA Sonuçları.....	59
Çizelge 27 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin Cinsel İlişki Sıklığına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu	60
Çizelge 28 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puanlarının Birden Fazla Partner Durumuna Göre İlişkisiz Örneklem T Testi Karşılaştırılması	61
Çizelge 29 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtilerinden Elde Ettikleri Puanların Cinsel Yaşam Memnuniyetine Göre Betimsel İstatistikleri....	62
Çizelge 30 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri Puan Ortalamalarının Cinsel Yaşam Memnuniyetine Göre ANOVA Sonuçları	62
Çizelge 31 Katılımcıların Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin Cinsel Yaşam Memnuniyetine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu	63

I. GİRİŞ

Premenstrüel Sendrom (PMS) kadınlarda ovulasyondan sonra görülen, menstrüel döngünün luteal fazında döngüsel olarak ortaya çıkan, menstruasyonun başlamasıyla semptomların kaybolduğu, oldukça yaygın görülen, somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal semptomlar topluluğudur (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2000). PMS'nin etiyolojisi, epidemiyolojisi ve patofizyolojisi henüz tam olarak bilinmemektedir (Erbil vd., 2010; Gençdoğan, 2006; Kısa vd., 2012). Ancak biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel alanlarda çok sayıda risk faktörünün PMS ile ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir (Erbil vd., 2011; Khajehei, 2014). Hipotalamus-hipofiz-adrenal aksın disfonksiyonu, genetik özellikler, yaşam biçimi ve sosyodemografik özellikler bu faktörler arasında yer almaktadır (Lustyki ve Gerrish, 2010).

PMS'nin neden olduğu davranışsal semptomların başında cinsel istekte değişiklik gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre cinsellik, fiziksel, sosyal, psikolojik ve entelektüel boyutları olan; kişiliği, bireylerin iletişimini ve aşkı zenginleştiren faktörlerin bir araya gelmesinden oluşur (World Health Organization [WHO], 2016). Cinsel sağlık, insanın yalnızca fiziksel değil toplumsal, duygusal ve düşünsel bütünlüğüne de etki eden, kişilik gelişimine, sevgi, iletişim ve paylaşım olumlu etki eden ve artıran sağlıklılık durumudur (Bilen Sadi ve Aksu, 2016). Cinsel işlev bozukluğu, kadın ve erkekte cinsel yanıt ve cinsel istekte bozulmalar ile karakterize, psikofizyolojik değişimlerden etkilenen bir durumdur. Üreme çağındaki kadınlarda cinsel işlev, psikolojik, sosyokültürel ve ilişki faktörlerinin yanı sıra cinsiyet hormonlarından etkilenir (Stuckey, 2008). Kadınların cinsel davranışları adet döngüsü boyunca değişse de adet öncesi semptomları olan PMS'un cinsel doyum, cinsel sıkıntı ve cinsel davranışlar üzerindeki etkisi henüz belirlenememiştir. Son 70 yılda yapılan çalışmalar, kadın cinselliğinin PMS varlığından nasıl etkilenebileceği konusunu ele almadan, adet öncesi semptomatolojiyi yalnızca psiko-duygusal semptomlarla ilişkilendirmiştir. Bu

yüzden bu konudaki araştırmalar sınırlıdır (Gueguen, 2009; Mass vd., 2009; Pillsworth vd., 2004).

PMS ile ilişkili olduğu dūřünölen bir diğer kavram ise çocukluk çağı travmatik yaşantılardır. Çocukluk çağı travması, ruh sağlığı tanılarında özellikle duygu durum bozukluklarının gelişiminin önemli bir etiyolojik öncüsüdür (Vieira vd., 2020). Yaşamın erken dönemlerinde yaşanan sorunların yaşam boyu sağlık durumları üzerinde kalıcı bir etkiye sahip olabileceği ve kronik sağlık koşulları ve hastalıklarla ilişkili olabileceğini destekleyen çeşitli araştırmalar mevcuttur (Azoulay vd., 2020; Wakatsuki vd., 2020). Bu araştırmalara dayalı olarak, bir duygu durum bozukluğu olarak da kabul edilen PMS'un etiyolojisinde özellikle çocukluk çağı travmaları başta olmak üzere olumsuz yaşam olaylarının etkili olduğu dūřünülmektedir. Özetle kadınların çocukluklarında travmatik olaylara maruz kalmaları, adet öncesi fiziksel ve duygusal değişiklikleri tanıma, düzenleme ve bunlara uyum sağlama yeteneklerini bozabilir ve bu da adet öncesi sıkıntı ve işlev bozukluğunu artırabilir (Azoulay vd., 2020).

A. Araştırmanın Amacı

Cinsel işlev sorunlarının ve çocukluk döneminde yaşanılan travma geçmişinin çeşitli zihinsel ve fiziksel hastalıklarla ilişkisi bilinmektedir (Bakım vd., 2011). Bedende meydana gelen değişiklikler, büyük ölçüde ruhsal rahatsızlıklarla ilişkilidir. Özellikle kadınlarda çocukluk döneminde travmatik deneyimlere maruz kalması, menstrüasyon öncesi fiziksel ve duygusal değişiklikleri tanıma, düzenleme ve uyum sağlama becerisini bozabileceği belirtilmiştir (Bertone-Johnson vd., 2014; Soydas vd., 2014). Buna dayanarak duygudurum bozukluğu olarak kabul edilen Premenstrüel sendrom (PMS) yaşayan kadınların etiyolojisinde başta çocukluk çağı travmaları olmak üzere olumsuz yaşam olaylarının etkisi olduğu yapılan çalışmalarla bildirilmiştir (Petersen vd., 2016; Reuveni vd., 2016; Soydas ve vd., 2014). Kadınlarda PMS'da en çok görölen semptom ağrı olarak belirtilmiştir. Çocukluk çağı travmalarının neden olduğu premenstrüel ağrıların kadınlarda cinsel işlevde sorunlara, anormalliklere ve bozukluklara yol açtığı dūřünülmektedir. Bu kapsamda araştırmada kadınlarda premenstrüel sendrom belirtileri ile cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Premenstrüel sendrom belirtileri ile cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin

araştırıldığı çalışmalara rastlanmadığından dolayı araştırma sonuçlarının alana önemli bir katkı sağlaması hedeflenmektedir.

B. Araştırmanın Önemi

Menstruasyon dönemi doğurganlığın temeli olarak kabul edilmektedir. Olası bir gebeliğin menstruasyon evresinde gerçekleşme ihtimalinin yüksek olması nedeniyle bu dönemin cinsel işlev üzerindeki etkilerinin önemli olduğu düşünülmektedir. Öte yandan kadınlarda görülen cinsel işlev bozukluklarının nedenlerinin önemli bir kısmının psikolojik kökenli olması, çocukluk çağı travmalarının incelenmesini gerekli kılmaktadır. Bu dönemde psikolojik ve fiziksel birtakım değişiklikler yaşanmaktadır. İlgili alan yazın incelendiğinde PMS döneminde yaşanan psikolojik problemlerin belirlenmesine ve söz konusu problemlerle nasıl baş edileceğine dair çalışmaların yaygın bir şekilde yer aldığı görülmüştür (Yücel vd., 2009). Bunun yanında PMS'un etiolojisine dair sınırlı sayıda araştırmaya rastlanılmıştır.

C. Araştırma Soruları

Araştırmanın genel amacı doğrultusunda aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

1: Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki var mıdır?

2: Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları yaşlarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

3: Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları en uzun yaşadıkları yere göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

4: Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

5: Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları çocuk varlığına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

6: Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları gelir düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

7: Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları fiziksel rahatsızlıklarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

8: Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları ruhsal rahatsızlıklarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

9: Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları adet olma yaşlarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

10: Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları adetlerinin ağırlı olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

11: Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları adetinin sosyal yaşamı etkileme durumuna göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

12: Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları cinsel ilişki sıklığına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

13: Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları birden fazla cinsel partneri olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

14: Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları cinsel yaşam memnuniyetine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

D. Araştırmanın Sayıtları

Araştırmada yer alan değişkenler, örneklem ve kullanılan ölçüm araçları ile ilgili varsayımlar şu şekildedir:

- Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının araştırma değişkenlerini ölçme yeterliliğine sahip olduğu varsayılmaktadır.

- Araştırma örneklemini oluşturan 18-40 yaş arasındaki katılımcıların uygulanan ölçekleri içtenlikle ve doğru yanıtladıkları varsayılmaktadır.
- Araştırma örnekleminin evreni yeterince temsil ettiği varsayılmaktadır.

E. Sınırlılıklar

Araştırmada elde edilen bulguların literatüre katkı sağlayacağı düşünölmektedir. Ancak araştırmaya dair birtakım sınırlılıklarının da mevcut olması göz önünde bulundurulmalıdır. Araştırmanın sınırlılıkları aşağıdaki gibidir:

- Araştırmanın veri toplama süreci 2021-2022 yılı ile sınırlıdır.
- Araştırma verileri Türkiye’de ikamet eden 18-40 yaş aralığındaki kadın yetişkin bireyler ile sınırlıdır.
- Araştırma verileri, Premenstrüel Sendrom Belirtileri Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Cinsel İşlev Ölçeği’nin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.

F. Tanımlar

Premenstrüel Sendrom: Menstrüel döngünün ikinci evresinde başlayıp menstruasyona kadar süren, birtakım fiziksel ve ruhsal belirtilerle karakterize, menstruasyonun akabinde belirtilerin kaybolduğu bir bozukluktur (Süer, 2008).

Çocukluk Çağı Travmaları: 18 yaş altındaki bireylerin üzerinde fiziksel ve ruhsal açıdan önemli yıpranmalar bırakan yaşantıların tümüdür (Çelik ve Hocoaoğlu, 2018).

Cinsel İşlev: Bireyi cinsel birliktelik yaşamaya yönlendiren, cinsel uyarılmanın eşlik ettiği ve sonucun cinsel davranış ile tamamlandığı, nöropsikolojik ve nörobiyolojik temeli olan bir dürtüdür (İncesu, 2004).

Menstrüel Döngü: Yalnızca dişi üreme sisteminde görölen, hipotalamus, hipofiz ve ovaryum hormonları arası etkileşim meydana getiren önemli bir biyolojik döngüdür (Ganong, 1995).

II. KURAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın ikinci bölümünde, premenstrüel sendrom, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları konuları ile ilgili teorik bilgilere ve alanyazında konuyla ilgili yapılan araştırmalara yer verilmiştir.

A. Menstrüel Döngü

Bir dişinin üreme sistemi, erkeklerden farklı olarak, teleolojik olarak hamilelik ve dölleme için periyodik hazırlık olarak kabul edilebilecek düzenli döngüsel değişiklikler göstermektedir. Primatlarda ve insanlarda döngü bir adet döngüsüdür ve en belirgin özelliği rahim mukozasının dökülmesi (menstrüasyon) ile oluşan periyodik vajinal kanamadır. Döngünün uzunluğu herkesin bildiği gibi değişkendir, ancak ortalama bir rakam bir adet döneminin başlangıcından bir sonrakinin başlangıcına kadar 28 gündür. Menstrüel döngü; yalnızca dişi üreme sisteminde görülen, hipotalamus, hipofiz ve ovaryum hormonları arası etkileşim meydana getiren önemli bir biyolojik döngüdür (Ganong, 1995). Bir kadının menstrüel döngüsü, oosit salınmasına izin vermek ve uterusu olası hamileliğe hazırlamak için oluşur (Dhanalakshmi ve Hajira, 2020). Menstrüel döngü ergenlik döneminin son evresinde başlayıp menapoz dönemine kadar devam eder (Kabalak vd., 2004). 20 ila 40 yaşları arasında kadınlar arasında göreceli olarak çok az döngü değişkenliği vardır. Buna karşılık, adet döngüsünün ilk başladığı zamandan sonraki ilk beş ile yedi yıl ve adetlerin kesilmesinden önceki son 10 yıl için önemli ölçüde daha fazla döngü değişkenliği vardır (Treloar vd., 1967). Adetlerin ilk günü, menstrüel döngünün ilk gününü temsil eder. Daha sonra döngü foliküler faz ve luteal faz olmak üzere iki aşamaya ayrılır. Foliküler faz adet başlangıcı ile başlar ve luteinize edici hormon (LH) dalgalanmasından bir gün önce sona erer. Luteal faz, LH dalgalanması gününde başlar ve bir sonraki menstrüel döngünün başlangıcında sona erer. Ortalama yetişkin menstrüel döngü 28 ila 35 gün sürer, foliküler fazda yaklaşık 14 ila 21 gün ve luteal fazda 14 gün sürer (Treloar vd., 1967). Menstrüasyon döngüsünün üç fazı vardır: Foliküler faz, ovülasyon ve luteal faz (Andreoli, 1965).

1. Foliküler Faz

Menstrüel döngünün ilk gününden 14. gününe kadar, ortalama 28 günlük süreye dayanır. Menstrüel döngünün uzunluğundaki değişkenlik, foliküler fazın uzunluğundaki değişikliklerden kaynaklanır. Bu faz sırasında ana hormon östrojendir, özellikle 17-beta-östradioldür. Bu hormondaki artış, döngünün başlangıcında folikül içindeki folikül uyarıcı hormon (FSH) reseptörlerinin artışı sağlar. Bu fazın amacı uterusun endometriyal tabakasını büyütmektir. 17-beta-östradiol, uterusun endometriyal tabakasının büyümesini artırarak, stroma ve bezleri uyararak ve endometriumu besleyen spiral arterlerin derinliğini artırarak bunu başarır. Bu faz boyunca, primordial folikül bir Graaf folikülüne doğru olgunlaşır. Çevredeki foliküller dejenere olmaya başlar; Graaf folikülü olgun folikül haline gelir. Bu folikülü bir sonraki adım olan ovulasyon için hazırlar (Poyrazoğlu vd., 2010). Ayrıca daha önce de belirtildiği gibi, FSH erken foliküler faz sırasında yükselir ve daha sonra ovulasyona kadar düşmeye başlar. Buna karşılık, LH erken foliküler faz sırasında düşüktür ve yükselen östrojen seviyelerinden gelen pozitif feedback nedeniyle mid-foliküler faza doğru yükselmeye başlar (Reed ve Carr, 2018).

2. Ovulasyon

Ovulasyon LH pikinden yaklaşık 10-12 saat sonra ortaya çıkar. Ovulasyon her zaman menstruasyondan 14 gün önce gerçekleşir; bu nedenle ortalama 28 günlük bir döngüde, 14. günde ovulasyon meydana gelir (Poyrazoğlu vd., 2010). Foliküler fazın sonunda, folikül olgunlaşması ve hormon üretiminin artması nedeniyle 17-beta-östradiol seviyeleri yüksektir. Sadece bu süre boyunca, 17-beta-östradiol FSH ve LH üretimi için pozitif feedback sağlar. Bu sırada mevcut olan yüksek FSH ve LH seviyelerine LH dalgalanması denir. Sonuç olarak, olgun folikül çatlar ve bir oosit salınır. 17-beta-östradiol seviyeleri ovulasyonun sonunda düşer (Poyrazoğlu vd., 2010).

3. Luteal Faz

Luteal faz daima döngünün 14. gününden 28. gününe kadar devam eder. LH tarafından uyarılan progesteron, bu aşamada korpus luteum ve endometriyumun olası döllenmiş yumurta implantasyonu için hazırlanması için baskın hormondur (Poyrazoğlu vd., 2010). Korpus luteum, ağırlıklı olarak progesteron salgılayan geçici bir endokrin organdır ve birincil işlevi, döllenmiş yumurtanın implantasyonu için

östrojen ile hazırlanan endometriyum hazırlamaktır (Treloar vd., 1967). Luteal faz sona erdiğinde progesteron, FSH ve LH seviyelerini ve ardından 17-beta-östradiol ve progesteron seviyelerini azaltmak için ön hipofize negatif feedback sağlayacaktır (Poyrazoğlu vd., 2010). Luteal fazda endometrium, vasküleritesini artırarak ve mukoza salgılarını uyararak hazırlanır. Bu değişim progesteron sayesinde meydana gelir. Foliküler fazda ve ovulasyon sırasında görülen servikal mukoza değişikliklerinin aksine, progesteron, döllenme süresi geçtiğinden ve sperm girişı artık bir öncelik olmadığından, elastik olmayan bir hale getirerek servikal mukozayı azaltır ve kalınlaştırır. Ek olarak, progesteron hipotalamik sıcaklığı artırır, bu nedenle luteal faz sırasında vücut sıcaklığı artar. Luteal fazının sonuna doğru, 17-beta-östradiol ve progesteron, korpus luteum tarafından üretilir. Gebelik meydana gelirse, döllenmiş olan ovum endometriyum içine implante edilir ve korpus luteum devam eder ve hormon seviyelerini korur. Bununla birlikte, döllenmiş ovum implante edilmezse, korpus luteum geriler ve 17-beta-östradiol ve progesteron serum seviyeleri hızla azalır (Poyrazoğlu vd., 2010).

4. Menstrüel Faz

Hormon seviyeleri düştüğünde, menstrüel döngü boyunca değiştirildiği için endometriyum tabakası korunamaz. Buna menstrüel döngünün 0 ila 5. günleri arasında sayılan menstrüel faz (adet) denir. Menstrüel kanama, endometriyum tabakasının ve oradaki damarların dışarı atılması durumudur. Menstrüel döngü sürecine devam etmek için, primordial foliküller gebelik ihtimali ile foliküler fazı tekrar geliştirmeye başlar (Poyrazoğlu vd., 2010).

B. Premenstrüel Sendrom

Premenstrüel Sendrom (PMS) yıllar boyunca çeşitli bilimsel ve kültürel yollarla tanımlanmıştır. Premenstrüel bozukluklar, menstrüel döngünün luteal fazında gelişen, hastanın normal günlük fonksiyonunu etkileyen ve menstruasyondan kısa bir süre sonra çözülen kognitif, duygusal ve fiziksel semptomlardan oluşur (Hofmeister ve Bodden, 2016).

PMS, 1987'de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) III-R'de "Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk" ve 1994'te DSM-IV'te "Premenstrüel Disforik Bozukluk" olarak tanımlanmıştır (Akdeniz ve Gönül, 2004). 2013 yılında

ise DSM-V’te “Premenstrüel Disforik Bozukluğu” (PMDB) olarak depresif bozukluklar başlığı altına eklenmiştir.

Üreme çağındaki çoğu kadın, menstruasyon başlangıcından önce bir ile iki gün boyunca bir veya daha fazla hafif duygusal veya fiziksel semptomlar yaşarlar. Bu semptomlar (meme ağrısı ve şişkinlik gibi) hafiftir, ciddi sıkıntıya veya fonksiyonel bozukluğa neden olmaz ve premenstrüel sendromu temsil ettiği düşünülmez (Yonkers vd., 2008). Bunun yanında psikiyatri ve jinekoloji uzmanlıkları premenstrüel bozukluk olarak nitelendirilen farklı tanımlamalar yapmaktadırlar (Sherman ve Korenman, 1975). Amerikan Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji’ne (2017) göre premenstrüel bozukluk, geçmiş 3 adet döngüsünün her birinin başlamasından önceki 5 gün içinde ortaya çıkan duygusal (örneğin; öfke patlamaları, depresyon) ve fiziksel belirtiler (örneğin; göğüs ağrısı ve şişkinlik) ile karakterizedir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), premenstrüel disforik bozukluk için tanı ölçütlerinde ağırlıklı olarak psikiyatrik semptomlara odaklanmaktadır (Sherman ve Korenman, 1975).

Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk (Late Luteal Phase Dysphoric Disorder) (LLPDD) terimi de genellikle PMS ile benzer olarak kullanılır (Demir vd., 2006). Bir kadına LLPDD tanısı koyabilmek için, duygusal ve davranışsal belirtilerin sıklıkla tekrarladığının ortaya konması, bu belirtilerin sosyal ve mesleki işlevleri bozacak düzeyde olması ve luteal fazın son haftasında görülüp, birkaç gün içinde düzelmesi gerekmektedir (Reed ve Carr, 2018). Fakat bazı otoriteler LLPDD’nin yalnızca luteal fazın son dönemindeki yakınmaları göz önüne alıp bütün luteal faz boyunca şikayetleri olan kişileri yok sayması sebebiyle, PMS ile LLPDD’nin benzer anlamda kullanılmaması gerektiğini iddia etmektedir (Öztürk ve Dikici, 2017). Premenstrüel sendrom, psikonöroendokrin bir bozukluktur. Bazı kaynaklara göre en sık görülen hastalıklarından biri olarak kabul edilirken, bazı kaynaklara göre ise bir hastalık değil, fizyolojik değişikliklerin ortaya çıkmasıyla meydana gelen klinik bir tablodur (Reed ve Carr, 2018).

1. Premenstrüel Sendrom Tanı Kriterleri

PMS ve PMDB (Premenstrüel Disforik Bozukluğu) tanısı konulurken semptomların zamanlamasının belirlenmesi esastır (Süer, 2008). Depresyon veya anksiyete gibi diğer durumlar luteal faz sırasında kötüleşebilmektedir. Ancak bunlar

adet döngüsü boyunca devam ettikleri için PMS'den ayırt edilebilmektedir (Hofmeister ve Bodden, 2016). PMS tanısı için ACOG tarafından belirlenmiş tanı kriterleri, PMDB tanısı için APA DSM-V tanı kriterleri kullanılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Hofmeister ve Bodden, 2016). ACOG tanı kriterleri aşağıda verilmiştir (Hofmeister ve Bodden, 2016):

1. Ardışık üç adet döngüsü boyunca, menstrüasyondan önceki beş gün içinde aşağıdaki affektif ve somatik semptomlardan bir ya da daha fazlası olmalıdır.
 - Affektif (duygusal) belirtiler, öfke patlamaları, anksiyete, konfüzyon, sinirlilik, sosyal geri çekilme.
 - Somatik belirtiler; karın şişliği, meme hassasiyeti, baş ağrısı, eklem ve kas ağrısı, ekstremitelerin ödemi.
2. Semptomlar menstrüel döngünün başlangıcından itibaren dört gün içinde rahatlmalı ve döngünün 13. gününe kadar tekrarlamamalıdır.
3. Semptomlar, farmakolojik tedavi, hormon alımı, madde ya da alkol kötüye kullanımı olmaksızın görülmelidir.
4. Semptomlar, prospektif kayıtlarda iki döngü boyunca tekrarlamalıdır.
5. Semptomlar hastalarda sosyal ve ekonomik performansta tanımlanabilir disfonksiyona neden olmalıdır.

APA DSM-V'te yer alan PMDB tanı kriterleri aşağıda verilmiştir:

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 (örneğin: duygu durum 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 çatışmalarda artma.
3. Belirgin bir çökkün duygu durum, 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 belirtiyeye çıkmak üzere, ayrıca, aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) daha bulunmalıdır:

1. Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma (Örneğin; 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 birtakım 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 bedensel belirtiler.

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 (Örneğin; toplumsal etkinliklerden kaçınma; işte, okulda ya da evde üretkenlikte ve verimlilikte azalma) gider.

E. Bu bozukluk, yalnızca, yeğin (major) 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. (Böyle bir doğrulamadan önce tanı geçici olarak konabilir.)

G. Bu belirtiler, kötüye kullanılabilen bir maddenin ya da bir ilacın veya Hipertiroidizm gibi başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

*Belirtiler, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmamışsa, tanının adından sonra “geçici tanı” diye yazılmalıdır (aybaşı öncesi disfori bozukluğu, geçici tanı) (Amerikan Psikiyatri Birliği).

PMS/PMDB çok sayıda rahatsızlığı düşündüren çeşitli belirtileri içermektedir. Sistemik ve medikal sorunlar, jinekolojik sorunlar ve duygulanım bozuklukları ayırıcı tanıda öne çıkmaktadır (Topçuoğlu ve Koç, 2009). PMS ve PMDB ancak çeşitli fiziksel ve psikiyatrik bozukluklar dışlandıktan sonra teşhis edilebilmektedir. Adet öncesi değişikliklerin başka bir bozukluğun alevlenmesi olmaması gerekmektedir (Abplanaklp, 1985). Premenstrüel bozukluklar altta yatan bir majör psikiyatrik bozukluğun premenstrüel alevlenmesinden ayırt edilmelidir. PMS şikâyeti ile başvuran ve hem foliküler hem de luteal fazda anlamlı semptomlar yaşayan kadınların PMDB yerine majör, minör veya distimik bozukluk gibi bir duygu durum bozukluğu olması muhtemeldir (Gallant vd., 1992). Bu nedenle hastaların semptomları sorgulanırken menstüel döngünün hangi döneminde görüldüğü de sorgulanarak kronik hastalıklardan ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Aşağıdaki çizelgede PMS’un sıklıkla karıştığı hastalıklar yer almaktadır (Abplanaklp, 1985; Freeman vd., 2004).

Çizelge 1 PMS’de Ayırıcı Tanı

Psikiyatrik Bozukluklar	Fiziksel Bozukluklar
Majör Depresyon	Endometriozis
Distimi	Hipotiroidizm
Bipolar Hastalık	Otoimmün Hastalıklar
Yaygın Anksiyete	Dismenore
Panik Hastalık	Allerji
Perimenapozal Hastalık	Anemi
Anoreksiya veya Bulimia Hastalığı	Oral Kontraseptif Kullanımı
Kişilik Bozuklukları	Epilepsi
Madde Bağımlılığı Bozuklukları	

2. Premenstrüel Sendromun Risk Faktörleri

PMS’a etkin bir tedavi yaklaşımı geliştirmek amacıyla araştırmacılar çeşitli sosyoekonomik ve yaşam tarzı faktörlerinin PMS üzerindeki etkisini incelemişlerdir.

Bu sebeple Davranışsal ve sosyal faktörler arasında yer alan ilaç kullanımı, sigara kullanımı, alkol ve kafein alımı, diyet kalıpları, oral kontraseptif kullanımı, duygusal durum, medeni durum ve eğitim gibi değişkenlerle PMS'un ilişki üzerine incelemeler yapılmıştır. Ayrıca düzenli egzersizin PMS üzerindeki etkileri incelenmiştir. Son olarak, yaş, antropometrik özellikler, üreme ve menstrüel tarih gibi çeşitli biyolojik faktörlerin önemi değerlendirilmiştir (Deuster vd., 1999). Aşağıda ilgili alan yazının desteği alınarak yaş, parite, medeni durum, sosyoekonomik durum, sigara alkol kullanımı ve obezite gibi değişkenlerin PMS ile arasındaki ilişki açıklanmıştır.

a. Yaş

PMS reproduktif dönemde milyonlarca kadını etkilemektedir. Semptomlar tipik olarak 25-35 yaş aralığında olmak üzere ilk adet döngüsünden sonraki herhangi bir yaşta başlamaktadır. Ortalama başlangıç yaşı 26 civarındadır. Semptomlar yaş ilerledikçe artmakta ve menapozda doğru azalmaktadır (Abplanaklp, 1985; A. F. Türkçapar ve M. H. Türkçapar, 2011). Bununla birlikte, bazı çalışmalar, doğurganlık çağındaki tüm kadınların %20'sine kadar klinik olarak anlamlı kabul edilebilecek premenstrüel şikâyetleri olduğunu göstermektedir (Yonkers vd., 2008). Chuong ve Burgos (1995) yaptığı bir çalışma yaş ile PMS arasında ilişki olmadığını göstermiştir.

b. Parite

Parite durumu ile premenstrüel sendrom arasındaki bağlantıyı inceleyen çeşitli çalışmalar mevcuttur. Pınar vd. (2011)'nin yaptığı çalışmada 15-49 yaş aralığındaki kadınların gebelik ve çocuk sayılarının PMS durumlarını etkilemediği bulunmuştur. Bunun gibi pek çok çalışmada benzer şekilde parite ve gebeliğin PMS varlığını etkilemediği ortaya konmuştur (Demir vd., 2006; Kroll-Desrosiers vd., 2017; Potter vd., 2009; Thys-Jacobs vd., 2007).

c. Medeni durum

PMS ile kadınların medeni durumu arasında ilişki olabileceği öne sürülerek farklı araştırmalar yapılmıştır. Bazı çalışmalar PMS ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki olmadığını öne sürerken (Pınar ve Öncel, 2011), bir çalışmada ise evli olan kadınlarda PMS sıklığı daha fazla bulunmuştur (Masho vd., 2005).

d. Sosyoekonomik durum

Literatürde PMS ile gelir düzeyi, sosyoekonomik durumu araştıran birçok çalışma vardır. Masho vd. (2005)'nin yaptığı çalışmada gelir düzeyi yüksek olanlarda PMS riski artışı ile yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Bunun aksine pek çok araştırmada da gelir düzeyi ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Pınar ve ncel, 2011; Shrestha vd., 2019).

e. Sigara-alkol-kafein kullanımı

Sigara, alkol kullanımı ve alınan kafein miktarları premenstrüel sendrom için bir risk faktörü olarak görülmektedir. Literatürde buna dair yapılmış pek çok çalışma vardır. 15-49 yaş aralığında olan kadınlarda yapılmış bir çalışmada sigara içenlerde PMS puan ortalaması daha yüksek olarak bulunmuştur (Pınar ve ncel, 2011). Bertone Johnson vd. (2008) tarafından yapılan çalışmada sigara içenlerde PMS sıklığı daha fazla izlenmiştir. Thys-Jacobs vd. (2007) yaptığı çalışmada ise hem sigara kullanma hem de alkol alma durumları ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Masho vd. (2005) yaptığı çalışmada 5 yıldan daha uzun süredir sigara içme öyküsü ve 2 fincandan fazla kahve tüketimi olan kişilerde PMS riski artışı ile yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Demir vd. (2006) yaptığı çalışmada anlamlı şekilde sigara kullanımı arttıka PMS sıklığında da artış göstermiştir. Aynı çalışmada çay ve kahve ile alınan kafein miktarı ile PMS sıklığı arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Kroll-Desrosiers vd. (2017) yaptığı çalışmada günlük kafein ve alkol alımı ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bunların aksine Aba vd. (2018) yaptığı çalışmada PMS olmayanların daha fazla sayıda sigara içtikleri saptanmıştır. Yine aynı çalışmada PMS olan ile olmayan arasında günlük çay kahve tüketimi arasında fark saptanmamıştır.

3. Premenstrüel Sendromun Semptomları

PMS, premenstrüel dönemde ortaya çıkan ve menstruasyonun başlaması ile kaybolan duygu, davranış ve fiziksel belirtilerle kendini gösteren psikonroendokrin bir hastalıktır. Premenstrüel dönemde kadınlarda 300'den fazla sayıda semptom tanımlanmışlardır. Bunların arasında en önemli yeri duygu durumu ve davranış değişiklikleri almaktadır (Poyrazoğlu vd., 2010; Danacı vd., 2001). İleriye dönük olarak doğrulanmış PMDB tanısı olan kadınlarda toplum ve klinik örneklerinden elde edilen veriler adetlerin başlangıcından 3-4 gün öncesinden adet başlangıcından 3 gün

sonrasına kadar en büyük semptom şiddetini bildirmektedir. Semptomlar art arda üç adet döngüsünde ortaya çıkmalı ve adet başlangıcından sonraki 4 gün içinde azalmalıdır (Hantso ve Epperson, 2015). Premenopozal kadınların %75'inin adetlerin başlamasından iki hafta önce en azından fiziksel veya duygusal semptom yaşadıkları tahmin edilmektedir (Kroll-Desrosiers vd., 2017). Etkilenen kadınların üreme yıllarında yaklaşık 3000 gün şiddetli semptomlar yaşadığı hesaplanmıştır (Malik ve Bhat, 2018).

Semptomların bu denli fazla olmasından dolayı PMS semptomları üç ana grupta kategorize edilmiştir (Hartlage vd., 2012; Malik ve Bhat, 2018).

- **Fiziksel Belirtiler:** Meme hassasiyeti, şişkinlik, sıvı retansiyonu, kilo alımı, kabızlık, sıcak basması, baş ağrısı, baş dönmesi, kas-iskelet rahatsızlığı, akne, rinit, çarpıntı, aşırı yorgunluk.
- **Emosyonel Belirtiler:** Sinirlilik, gerginlik, ruh hali değişimleri, depresif ruh hali, ağlama nöbetleri, düşük benlik saygısı, kaygı, uyku bozukluğu, iştah artışı, uyuşukluk, reddedilmeye karşı duyarlılık, aktivitelere karşı ilgi azalması.
- **Kognitif Belirtiler:** Unutkanlık, azalmış konsantrasyon.

4. Premenstrüel Sendromun Tedavisi

Tedavi düşünülmeden önce net bir PMS veya PMDB tanısı konulmalıdır. Özellikle kadınlar foliküler faz sırasında semptomsuz olmalıdır. Bu en iyi bir hastanın ruh halini ve fiziksel semptomlarını en az bir, ancak ideal olarak iki adet döngüsü boyunca günlük olarak grafikleştirilerek ayırt edilebilmektedir. Adet öncesi bozukluğu olan hastalar için tedavi hedefleri semptomları hafifletmek ve fonksiyonel bozukluğu iyileştirmektir (Malik ve Bhat, 2018). Bu amaç doğrultusunda farmakolojik, farmakolojik olmayan, cerrahi ve bitkisel tedaviler uygulanmaktadır. Non-farmakolojik tedaviler yaşam tarzı değişikliği ve psikoterapi şeklinde belirtilmiştir. ACOG, PMS'nin ilk basamak tedavisinde yaşam tarzı değişikliklerini önermektedir. Hafif ve orta şiddette semptomları olan hastalar için faydalı olabilir (Malik ve Bhat, 2018).

PMS'de psikoterapi olarak bilişsel davranış terapisi uygulanmaktadır. Bilişsel davranışçı terapi kadınlarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde

bilişsel davranışçı terapi kullanılmıştır. Ancak PMS/PMDB için kullanımına ilişkin veriler sınırlıdır. Bazı veriler bir faydalı olduğunu öne sürmektedir bazıları ise istatistiksel olarak anlamlı bir fayda göstermemiştir (Weise vd., 2019). Bu tür terapi benlik saygısını ve kişilerarası etkinliği arttırabileceği ve diğer semptomları azaltabileceği tahmin edilmektedir. İlaç yanıtı yeterli değilse, farmakolojik tedaviye ek olarak orta ila şiddetli semptomları olan kadınlara faydalı olabileceği düşünülmektedir (Malik ve Bhat, 2018).

Destekleyici terapi ve hasta eğitiminde çalışılan ekol fark etmeksizin, psikoterapilerin temel süreçlerinden biri danışanın desteklenmesidir. Ancak “destekleyici psikoterapi” adı altında, amacı danışanı desteklemek olan ayrı bir terapi türü mevcuttur. Söz konusu terapi ekolünde danışanın stres yaratıcı olaylarla baş etme becerilerini geliştirmeyi hedeflemektedir. Danışanın içinde bulunduğu durumun koşulları uygun bir şekilde değerlendirmesini, alternatif seçenekleri görebilmesi sağlanmaktadır (Tunç, 2019). PMS’a sahip kadınların bozukluğun özelliklerine ilişkin farkındalık kazanmalarını sağlamaları amacıyla destekleyici terapilerden yararlanılmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında grup desteğinin PMS yönetiminde etkili olabileceği öngörülmektedir. Kendine güven eğitimi ve öfke yönetimi semptomları ve kişiler arası çatışmaları azaltabilmektedir. Hastaları ve ailelerini eğitmek de semptomların azaltılmasında yardımcı olabilir (Malik ve Bhat, 2018).

C. Cinsellik Kavramı

Cinsellik, farklı kültürlerde ve bireylerin farklı cinsel sağlık özelliklerine bağlı olarak tanımlanması zor bir kavramdır (American Sexual Health Association [ASHA], 2016). Genel tanımlamalara bakıldığında hayatta en doğal ve temel özelliklerinden birisi olan cinsellik, bireylerde toplumsal kimlik, rol, cinsel yönelim, yakınlık, sevgi, zevk ve üreme olarak tanımlanabilmektedir. Samimiyetin bir parçası olarak görülen cinsellik (Alam ve Fadila, 2016; Haesler vd., 2016), bireylerde sadece cinsel organlardan ibaret değildir (Bozdemir ve Özcan, 2011). Sosyal, psikolojik, kültürel, politik, ekonomik, dini ve ruhsal sebeplerden etkilenen cinsellik, bireylerin yaşamı boyunca devam eden ve bedeninin tamamını ifade eden önemli bir kavramdır (Bozdemir ve Özcan 2011; Uçtu vd., 2017).

Cinsel sağlık incelendiğinde, yaş gruplarının tamamındaki bireylerde kişisel sağlıkta önemli ve pozitif boyutlu olarak değerlendirilmektedir (Reyhan vd., 2018). DSÖ tarafından yapılan cinsel sağlık tanımına bakıldığında; sadece herhangi bir sakatlık, fonksiyon bozukluğu veya hastalık bulunmaması anlamına gelmemekle birlikte; zihinsel, sosyal ve duygusal bakımdan cinselliğe yönelik iyilik hali olarak ifade edildiği görölmektedir (WHO, 2010).

Cinsel sağlık, cinselliğin insan hayatı süresince sürdürölerek, zevk alma yeteneğini ifade eden, fiziksel ve duygusal sağlığın önemli bir parçasıdır. Cinsel bakımdan sağlıklı olmak;

- Cinselliği anlayarak yaşamın doğal bir parçası olup cinsel davranışlardan daha fazlası olduğunu bilme,
- Cinsel sağlık bilgisine, eğitim ve bakıma ulaşabilme,
- İstendiğinde cinsel memnuniyet ve zevki deneyimleme,
- Tüm bireylerin cinsel haklarını tanımak ve saygı gösterme,
- İstenilmeyen gebeliklerde ya da cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi adına çaba sarf etme, gerektiğinde tedavi ve bakıma başvurabilme olarak ifade edilebilir (ASHA, 2016).

1. Kadın Cinsel Anatomi ve Fizyolojisi

Kadın ve erkek, anne karnından itibaren cinsel farklılıklara sahiptir. Bu farklılıklar büyüme ve özellikle ergenlik dönemi ile birlikte daha belirgin hale gelmektedir. Kadınların cinsel işlevleri 10-12 yaşları itibari ile gelişmeye başlamaktadır (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği [CETAD], 2007). Kadın cinsel anatomisi eksternal ve internal genital organlar olarak ikiye ayrılmaktadır (Levin vd., 2016; Güvel, 2013). Bu bölümler;

- Eksternal genital yapı: mons pubis, labia (majör ve minor), klitoris, vestibüler bulbus, meatüs, hymen,
- İnternal genital yapı: uterus, vajina, overler ve tuba uterinadan oluşmaktadır (Güvel, 2013).

Genel yapısı itibari ile vulva olarak adlandırılan eksternal genital yapı çeşitli organlardan oluşmaktadır. Bu organlardan vestibüler bulbus, cilt altında (labia

minor) vajinal orifisin kenar kısımlarında bulunan ve yaklaşık 3 cm uzunluktaki bir çift yapıdır. Ancak yaşlı ve genç kadınlarda yapılan araştırmalarda erektil doku boyutlarının da anlamlı derecede farklı olduğu görülmüştür (Güvel, 2013).

Klitoris, simfizin alt-orta kısmında yer alan ve 2-3 cm boyutlarında erektil organdır. Klitoris incelendiğinde iki ayağı, gövde ve baş kısmı olduğu, gövdenin iki ayak ile pubise bağlıdır. Sinir bakımından duyu sinirlerinin oldukça fazla olduğu anlaşılmaktadır (Çetin, 2012).

Eksternal yapıda ayrıca labia majör (büyük dudaklar) ve labia minör (küçük dudaklar) bulunmaktadır. Kişiden kişiye farklılık içeren genital yapılarla ilgili olarak cinsel uyarılmanın olmadığı durumlarda ilk olarak labia majör görülmektedir. Labia majör konumu itibari ile en dış kısımda olup; labia minör, klitoris, vajina ve üretra açıklığına koruyucu görev üstlenmektedir. Labia minör, vajinal girişin etrafını çevreleyen, yoğun damarlanmanın olduğu klitorisin alt kısmında yer almaktadır. Labia minör, cinsel uyarılma ile birlikte renk değiştirmekte ve kabarmaktadır (CETAD, 2007).

Mons pubis, simfizin üzerinde yer alıp subkutan adipoz doku oluşumu olup yuvarlak biçimli çıkıntıdır. Pelvis kemiğini koruyan mons pubisin dış yüzeyinde özellikle puberte döneminde pubik kıllar yer almaktadır (Pawlina, 2014).

Meatüs (üretral açıklık), klitorisin alt kısmında (yaklaşık 1-2,5 cm) bulunan ve üretranın açıldığı kısımdır (Şahin, 2015).

Himen (kızlık zarı) ise, vajinal açıklık önünde yer alan, mukoz membran olup elastik yapılıdır. Üzerinde deliklerin varlığı ve şekli bireylere göre farklılık göstermekle birlikte ilk cinsel ilişkide bütün yapısı bozulmaktadır. Anüler tipte olan himenlerde ise açıklık yuvarlak halka biçimde olduğundan cinsel ilişkide bütün yapısı bozulmayabilmektedir (Şahin, 2015).

İnternal genital yapı içerisinde yer alan uterus (rahim): Cinsel uyarının algılanması ile birlikte servikal glandlar aracılığıyla salgılanan uterin mukus ile vajenin kayganlaşmasını sağlamaktadır. Menstrüasyon, gebelik ve doğum gibi farklı işlevlerden sorumlu olan uterus, ortalama 5 cm genişliğinde ve 7,5 cm boyunda olup vajinanın üst, rektumun ön ve mesanenin arka kısmında yer almaktadır (CETAD, 2007; Gossman vd., 2019; Taylor ve Gomel, 2008).

Vajina: Uterusun dış genital yapılar ile bağlantısını sağlayan ve orta hatta yer alan silindirik biçimli organdır. Vajina, cinsel birleşme veya doğum anında kolayca dilate olarak genişleyebilmektedir (Güvel, 2013).

Overler: Tuba uterinanın uç kısımlarına yakın ve uterusun her iki yanında yerleşim göstermektedirler. Overler ölçü ve şekil bakımından 1 cm kalınlıkta, 2 cm genişlik ve 4 cm uzunlukta iri badem görünümündedir. Korteks (dış) ve medulla (iç) olmak üzere iki tabakadan oluşan overler östrojen ve progesteron hormonları ile düşük seviyede androjen salgıları üretiminde, ovumun (dış üreme hücresi) geliştirilerek ovulasyonu (yumurta hücresinin olgunlaşma sonrasında overlerden atılımı) gerçekleştirmektedir (Pawlina, 2014; Şahin, 2015).

Tuba Uterina: Uterusun üst kısmında bulunan iki köşeden overlere uzanan, 0,7 cm çap ve ortalama 10 cm uzunlukta, ince tüp biçimli oluşumlardır. Üç katmandan oluşan tuba uterina da bu katmanlar, mukoza, kas ve seroza tabakalarıdır. Tubalarda en önemli görev ise ovulasyon sonrasında overlerden atılan ovum ile aşılana ovumun uterusu taşımasıdır (Şahin, 2015).

2. Kadında Cinsel İşlev

Kadınların cinsel yapıları incelendiğinde buna yönelik davranışların östrojen ve serotonin hormonları aracılığı ile aksiyonlarla ilişkili biçimde hipotalamustaki posterior ventromedial çekirdek tarafından yönetilmektedir. Bu yönüyle hipotalamus, over aksı ve hipofiz kadında cinsellik ile cinsel davranışları yönetmektedir (Duman, 2019; Eşel, 2006). Diğer bir ifade ile hipotalamusun salgıladığı Gonadotrop Releasing Hormon (GnRH) hipofizin gonodotrop hormon (GH) salgılarına tetikleyici etkide bulunmaktadır. GH olarak adlandırılan ve hipofiz ön lobundan salgılanan hormonlar;

- Luteotropik hormon (LTH),
- Luteinizan hormon (LH),
- Folikül stimüle edici hormon (FSH)'dur (Duman, 2019; Taşkın, 2020).

LTH: Erkeklerde herhangi bir rolü bulunmayan LTH, kadınlarda çoğunlukla memelerde süt yapımına katkı sağlamaktadır. Laktasyonda normal seviyeden daha fazla düzeyde LTH salgılanması halinde FSH'm baskılanarak overlerde folikül gelişiminin durması kaçınılmazdır. Dolayısı ile laktasyonda ovulasyon ve menstrüel

döngü (adet döngüsü) görülmemektedir (Pawlina, 2014; Taşkın, 2020). Farklı kaynaklarda LTH, laktojenik hormon veya prolaktin olarak da adlandırılabilir (Taşkın, 2020).

FSH: Erkeklerde spermatogenezin oluşumunda rol oynayan FSH, kadınlarda puberte ile birlikte overlerde primer folikülleri etkilemekte, gelişim ve olgunlaşmayı sağlamaktadır. Her ay döngü süreçlerinde, ovariumlardaki primer foliküllerin birçoğu FSH etkisiyle büyümekte ve sadece biri ovulasyon yapabilmektedir. Diğer foliküller ise gelişim süreçlerinin farklı dönemlerinde dejenerasyon olmaktadır (Şahin, 2015; Taşkın, 2020). FSH salınımı sürekli olmamakla birlikte, gelişen folikülün salgıladığı östrojen düzeyine bağlıdır (Taşkın, 2020).

LH: FSH eşliğinde ovulasyon yanı sıra korpus luteum şekillenmesinde rol oynamaktadır. Ovulasyonun gerçekleşme süreci öncesinde LH salgılanması artmaktadır. Bu artış ile birlikte ovulasyon gerçekleşmektedir. Ovulasyon sonrasında LH, korpus luteum şekillenmesi ile progesteron hormonu salgılanmasını kontrol etmektedir. FSH kadar fazla salgılanmayan LH, progesteron salgılanmasına bağlıdır. Her iki hormon FSH ve estrojende olduğu gibi karşılıklı olarak geri bildirim içerisinde birbirlerini kontrol etmektedir (Pawlina, 2014; Taşkın, 2020). Erkeklerde interstisyel hücrelerden testosteron yapım sürecini kontrol eden LH, bu sebeple erkeklerde Interstisyel Sell Stimulating Hormon (ICSH) olarak adlandırılmaktadır (Taşkın, 2020).

FSH ve LH seviyesinin normal düzeyden farklı olması kadın ve erkeklerde üreme problemlerine (başarılı döllemeyi engelleme, non-obstrüktif azospermi vb.) neden olabilmektedir (ACOG, 2019; Aslan ve Atan, 2016; Christma vd., 2014).

Overlere etkide bulunan cinsiyet hormonları olarak da bilinen LH ve FSH, endometrial ve ovarial döngünün meydana gelmesini sağlamaktadır. Bunun yanı sıra FSH ve LH etkisiyle overler; östrojen ve progesteron hormonlarını salgılamaktadır (Duman, 2019; Evlice vd., 2002; Güvel, 2013). Kadınlarda, seks hormonları olarak adlandırılan progesteron, östrojen ve testosteron çeşitli faaliyetlerde etkin rol oynamaktadır (Yelboğa ve Korğalı, 2015). Çeşitli yapılarla birlikte santral sinir sistemine etkilerde bulunduğu bilinen progesteron ve östrojen; kadınlarda meme dokusunun büyümesi, vücutta kıllanma, belde oyuntu, cinsel istek, cinsel uyarılma, kayganlık ve vazokonjesyon (dolaylı olarak), vajinal nitrik oksit sentaz (NOS)

düzenlenmesinde görev almaktadır (Başaran, 2008; Evlice vd., 2002; Yeni, 2016). Direkt olarak androjen gibi davranabilen östrojen, cinsellik ve üremede çeşitli role sahiptir (Davis ve Wahlin-Jacobsen, 2015). Ayrıca kadınlarda uzun yıllar salgılanmakta olan progesteron ve östrojen; menopoz ile birlikte üretimi duran hormonlardır (Kaplan, 2014; Utkan, 2018).

Cinsel işlevlerde bir diğer görev de testosteron tarafından yürütülmektedir. Testosteron, kritik ve bir o kadarda önemli hormondur. Kadınlarda cinsel uyarının oluşmasında ve sürekliliğinden sorumlu testosteron, erkeklerin yanı sıra kadınlarda da (adrenaller, overler, dehidroepiandrosteron ve androstenedion) salgılanmaktadır (Taşkın, 2020; Garrett ve Lawton, 2019).

Cinsel işlevler, bireylerin diğer bireylerle etkileşim, uygun kan akımı, genital bütünlük, çeşitli kaslarda aktivasyon ile lokal sekresyonların stimüle edilmesi olmak üzere çeşitli fizyolojik etkenlerin etkileşimi ile gerçekleşmektedir (Yelboğa ve Korğalı, 2015). Kadınlarda cinsel işlevlere nörotransmitter maddeler de etkide bulunmaktadır. Etkiler cinsel işlevlere pozitif yönde olabileceği gibi negatif yönlü de olabilmektedir. Diğer bir ifade ile otonom ve santral sinir sistemlerinde faaliyette olan bu reseptörler cinsel işlevlerde etkili olmaktadır. Bu reseptörlerin çeşitli etkenlerden (ilaç, kronik hastalıklar vb.) olumsuz etkilenmesi cinsel işlev üzerinde olumsuz etki yaptığı bilinmektedir (Cangüven ve Kafkaslı, 2016; İncesu, 2004; Özcan ve Beji, 2018; Uzbay ve Yüksel, 2004).

Adrenerjik ile kolinerjik mekanizmalar, cinsel fizyolojinin yanı sıra mesane işlevlerine de gevşeme etkisi ile katkıda bulunmaktadır (Demirci ve Canda, 2010). Kolinerjik aktivitelerin değişimleri ile östrojenin cinsel davranışlara etki ettiği bilinmektedir. Örneğin östrojen seviyesindeki azalma cinsel isteği azaltmaktadır (Floody, 2014).

Kolinerjik (nörotransmitter) sistem, uyarılmadan sorumludur. Uyarılmanın mesajlar halinde beyinde başlayarak, medulladan aşağı, parasempatik ve sempatik periferik otonom sinir liflerine, vasküler ve genital bölgeye ilerlemektedir. Periferik veya nesnel uyarılma evresi olan bu süreçte, kadında kabarma ve lubrikasyon meydana gelmektedir. Tüm bu evrelerde nitrik asit yanı sıra asetilkolin de önemli görevler üstlenmektedir (Yörük, 2013).

Kadınlarda cinsel işlevler sadece seks hormonları tarafından yürütülmemekle birlikte bu sürece çeşitli nörotransmitterler de katkıda bulunmaktadır (Croft, 2017). Nörotransmitterlerden, adrenerjik nöronlar alfa ve beta olarak iki grupta incelenmektedir. Alfa nörotransmitterleri; uyarı, kasılma ve büzme görevlerini yürütürken, beta ise gevşeme, genişleme görevlerini yürütmektedir (Pawlina, 2014).

Dopamin, insan vücudunda cinselliğe etkisinin tam olarak bilinmediği dopamine yönelik bilgilerin birçoğu hayvan yapılarının incelenmesi ile elde edilmiştir (Calabro vd., 2019). Cinsel istek, dürtü ve fantezi ile motivasyonun oluşması dopaminin katkısı ile gerçekleşmektedir. Cinselliğin ilk evresinde dopamin, pozitif yönde (arttırıcı) etkide bulunmaktadır (Croft, 2017; Yelboğa ve Korğalı, 2015).

Histamin, hipotalamus ventromedial çekirdeğine yaptığı etki ile cinsel davranışın şekillenmesine etkilidir. Periferik açıdan histamin, tam ya da kısmi ereksiyona katkıda bulunmaktadır (Calabro vd., 2019). Histamin, yaralanmaya yanıt olarak alerjik ve enflamatuar reaksiyonlarda hücreler tarafından salınan, düz kas kasılmasına ve kılcal damarların genişlemesine neden olan bir bileşiktir (Oxford, 2020).

Serotonin, cinsel arzuların engellenmesinde etkide bulunmaktadır. Negatif yönlü olan bu etki cinsel arzuların azalmasına neden olmaktadır (Croft 2017; Kılıç ve Konuk, 2012). Genital bölgede yer alan vasküler dokuların düz kaslarında relaksasyon yapan serotonin ile birlikte nitrik oksit, genital bölgeye kan akımının artması ve lubrikasyonun kolaylaşmasını sağlamaktadır. Akabinde genital bölge ve spinal noradrenerjik liflerin noradrenerjik sempatik innervasyonu ile orgazmı kolaylaştırmaktadır. Bu etkinin yanı sıra serotonerjik lifler ile genel anlamda serotonin orgazmın inhibe olması veya zorlaşması kaçınılmaz olmaktadır (Uphouse, 2014; Yörük, 2013).

3. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü

Cinsellik, insanın varoluşundan itibaren süregelmektedir. Literatürde cinselliğin bilimsel açıdan incelenmesi ise yirminci yüzyıla denk gelmektedir. Özellikle yirminci yüzyılın ikinci yarısında William Masters ve Virginia Johnson tarafından yapılan araştırmalar kadın ve erkeklerde cinsel yanıt döngüsünün detaylı biçimde ortaya konulmasını sağlamıştır (Luria vd., 2004; Namlı vd., 2016). Helen

Singer Kaplan (1979) tarafından revize edilen bu modelde kadınlarda cinsel yanıt döngüsünün uyarılma, plato, orgazm ve çözülme olmak üzere dört aşamada meydana geldiği ortaya konulmuştur (Best ve Fortenberry, 2013; Luria vd., 2004).

Günümüzde ise kadınlarda cinsel döngüde, Ürolojik Hastalıklar için Amerikan Vakfı (American Foundation for Urologic Disease-AFUD) tarafından yapılan tanımlamada fazlar yeniden adlandırılarak cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme fazı olarak incelenmektedir (Çetin ve Aslan, 2015).

a. Cinsel istek fazı

Kadında cinsel isteğin oluştuğu bu evre karşı cinse olan psikolojik istek ve ilgi sonucunda gerçekleşmektedir. Fiziksel ve zihinsel olmak üzere çeşitli uyarıların rol oynadığı bu süreç cinsel açıdan uyarılma ve heyecanlanma evresidir (Duman, 2019). Diğer bir ifade ile kadının cinsel deneyim ve fantezileri psikolojik uyarı kaynağı olup, cinsel isteğin serotonine aktarılması ve dopaminin aktivite olmasını sağlamaktadır. Bu süreç uyarıcı etkinin türüne göre değişiklik göstermekle birlikte birkaç dakika ile birkaç saat sürebilmektedir (Çetin ve Aslan, 2015). Cinsel istek evresi, cinsel yanıt döngüsünde çözülme evresi ile (son evre) birlikte en uzun süre devam etmektedir (Duman, 2019). Kaplan (1979) tarafından ifade edilen cinsel döngü modeline göre cinsel istek fazının gerçekleşmesinde gerekli olan etkenin cinsel fantezi ve düşüncelerin olduğu belirtilmektedir (Akbulut vd., 2015).

b. Cinsel uyarılma fazı

Cinsel uyarılma evresi, fizyolojik değişimin somut biçimde görüldüğü dönemdir. Parasempatik aktivitenin hâkim olduğu bu evrede psikolojik veya fiziksel uyarılma ile başlamakta ve dakikalar-saatler içerisinde sonlanabilmektedir (Çetin ve Aslan, 2015). İstek evresinde artan heyecanlanma sonrasında devam eden uyarılma evresinde cinsel gerilim ve haz duyguları artmakta ve bireyin orgazma ulaşabileceği noktaya kadar devam eder. Uyarıcı etkenin yeterli seviyede olmaması durumunda birey tam anlamıyla orgazmik rahatlamaya erişemeyeceği gibi bu evrede görülen gerilme yerine çözülme evresi ortaya çıkmaktadır (Garibova, 2015; İncesu, 2004).

c. Orgazm fazı

Cinsellik kavramında orgazm fonksiyonları incelendiğinde, geniş çaplı araştırmalara karşın tam anlamıyla anlaşılmayan ve tanımı tam anlamıyla kabul edilebilir düzeyde ortaya konulamayan bir cinsel fonksiyondur (Garibova, 2015).

Orgazm, kadında vajina ile klitoral bölgede yoğunlaşmaktadır. Orgazm evresinde, perine ile vajina etrafı kasların vazokonjesyonu sonucunda büyüyen dokularda ritmik refleks kasılmalarıyla karakterize olmaktadır (İncesu, 2004). Cinsel gerginliğin azaldığı, rahatlamanın görüldüğü bu evrede sempatik sistem baskın konumdadır. Vajinal, uterin, alt abdominal ve anal kaslarda kontraksiyon görülmeyle birlikte bu kontraksiyonların her biri 1 saniyelik 5-12 senkronize biçimde devam etmektedir. İlk olarak görülen birkaç kontraksiyon en güçlü ve birbirine oldukça yakındır. Kalp ve solunum hızı, kan basıncı orgazm evresinde en yüksek düzeye ulaşmakta, istemli kas tonüsü azalmaktadır. Kadınlarda cinsel uyarının çözülme evresine girmeden önce devam etmesi durumunda birden fazla orgazm gerçekleşebilmektedir. Cinsel yanıt döngüsü içerisinde en kısa dönem olan orgazm evresi, cinsel hislerin tamamında en güçlü ve doyurucu olandır (Çetin ve Aslan, 2015; Duman, 2019).

d. Çözülme fazı

Genital organlar, önceki evrelerde vazokonjesyona bağlı olarak fizyolojik açıdan değişikliğe uğramaktadır. Cinsel döngü içerisinde son evre olan çözülme evresi ise bu değişikliğin yerini cinsel uyarı öncesine bıraktığı rahatlama-gevşeme dönemidir (Duman, 2019). Çözülme, sadece orgazm sonrasında görülmemekle birlikte, orgazma ulaşamayan 14 cinsel uyarılma evresi sonrasında da görülebilmektedir. Diğer bir ifade ile beden bütünlüğü ve özellikle genital bölgede önceki evrelerde meydana gelen fizyolojik değişimler birkaç dakikada ortadan kalkmaktadır. Kadınlarda çözülme evresinde cinsel uyarı tekrar görülürse uyarılma evresi tekrar başlayabileceği gibi orgazm da görülebilmektedir (İncesu, 2004). Çözülme fazında memeler ve meme uçları küçülmekte, klitoris, vajina ve uterus normal boyutuna dönmektedir. Önceki evrelerde görülen kan basıncı, cinsel heyecan, kalp ve solunum hızları çözülme evresinde normal seviyelere dönmektedir. Yaklaşık 5-10 dakika süren rahatlama-gevşemeye bağlı olarak kadında mutluluk hissi görülmektedir. Cinsel ilişkilerin tamamı orgazm ile sonuçlanmamakla birlikte, cinsel aktivitede başarı göstergesi olarak cinsel doyuma ulaşılması da yeterli olabilmektedir (Çetin ve Aslan, 2015).

4. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlevde yaşanan problemler, cinsel ilginin veya cinsel uyarana verilen tepkilerin, inatçı ve tekrarlayan şekilde bozulması olarak açıklanmaktadır (Sungur,

1998). Cinsel işlev bozukluğu, cinsel doyum isteğinde ve cinsel doyuma ulaşmadaki bozulmalar olarak da tanımlanabilmektedir (Akarsu ve Beji, 2016).

Cinsel fonksiyon bozuklukları sıklıkla karşılaşılan problemlerdir. Yapılan çalışmalar sonucunda, her üç kişiden birinin yaşamları süresince en az bir kere cinsel işlev problemi yaşadığı görülmektedir (İncesu, 2004). Kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı %30-60 iken erkeklerde bu oran %40 olarak belirlenmiştir. Kadınlarda en sık karşılaşılan cinsel işlev sorunları cinsel isteğe yönelik bozukluklar ve uyarılmaya yönelik bozukluklardır.

Kadınlarda en çok karşılaşılan cinsel işlev bozukluğu cinsel istek/uyarılma bozukluğudur ve kadınların %40-70'inde görülmektedir. Orgazm bozukluğu, kadınlarda en sık görülen ikinci cinsel işlev bozukluğudur. Kadınların %5-10'u yaşamları boyunca hiç orgazm olmadıklarını dile getirmektedirler. Cinsel organlarda pelviste ağrı başlığı incelendiğinde, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kadınların %10-20'sinin disparoni yaşadığı; ülkemizde disparoni yaşayan kadınların ise %28-50 oranında olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Vajinismusun görülme sıklığı ilgili literatürde %0,5-1 olarak ifade edilse de bu oranın ülkemizde çok daha yüksek olduğu bilinmektedir (Nazik, 2019).

a. Kadında orgazm bozukluğu

Kadında orgazm bozukluğu; orgazmda gecikme, orgazmın seyrek olarak yaşanması veya hiç yaşanmaması, orgazma ilişkin duyuların düşük seviyede hissedilmesi gibi durumların en az altı ay boyunca görülmesi durumudur. Kadınlarda en sık karşılaşılan ikinci cinsel işlev bozukluğudur (Örüm, 2019). Kadınların üçte biri hayatlarının farklı dönemlerinde farklı seviyelerde orgazm ile ilgili problemler yaşamaktadırlar (İncesu, 2004). Bazı kadınların orgazm problemleri ilk cinsel deneyimden itibaren sürerken bazıları bu sorunları sonradan edinmiş olabilir.

Orgazm problemleri yaşayan kadınların bazıları mastürbasyonla orgazm olabilirken cinsel ilişki esnasında olamamaktadır. Mastürbasyon yaparak orgazm olabilen kadınların tedaviden yanıt alma olasılıkları daha yüksektir (CETAD, 2006). Cinsel travmalar, suçluluk duyguları, cinsel bilgi ve deneyim yetersizliği, cinsel uyarı yetersizliği, eşteki cinsel işlev bozukluğu, eşle yaşanan ilişki problemleri orgazm bozukluğunun görülmesinde etkili olan nedenlerden bazılarıdır.

b. Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu

Cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, cinsel etkinliklere yönelik isteksizlik, cinsel içerikli düşüncelerde eksiklik, cinsel aktivite başlatmama veya partnerin başlatma girişimine karşılık vermeme, cinsel herhangi bir ilgi ve uyarılmanın olmaması durumudur (Örüm, 2019). En sık görülen cinsel işlev bozukluklarından biridir. Toplumda sık görülmesine karşın, profesyonel yardım talebinde bulunan kişilerin sayısı oldukça düşüktür. Bu durumun nedeni toplumun cinselliği sadece erkeklere özel bir kavram olarak düşünmesidir. Cinsel etkinliğin erkeğin isteği doğrultusunda gerçekleşmesi gerektiğini, cinsel yaklaşmanın erkek tarafından başlatmasının doğru bulunacağını, cinsellikten alınacak hazzın erkek açısından önemli olduğunu düşünen toplum kadının cinsel isteksizliğini bir sorun olarak değerlendirmemektedir. Bu tür yanlış inanışlar, kadınlarda cinsel ilgi/uyarılma sorunlarına neden olabilmektedir (Kılıç, 2017). İstismar, travma, stres, kişilik sorunları, yas, eşle yaşanan sorunlar cinsel ilgi/uyarılma bozukluklarının oluşumuna neden olan psikolojik etmenlerdir. Hormonal eksiklikler, menopoz, ilaç kullanımı gibi nedenler cinsel ilgi/uyarılma bozukluğunun organik nedenleri olarak sayılabilirken; istismar, travma, stres, kişilik sorunları, yas, eşle yaşanan problemler bozukluğun psikolojik nedenleri arasında gösterilebilmektedir.

c. Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu

Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu, cinsel birleşme sırasında vajinaya girmede veya girme girişimlerinde vulvovajina veya pelviste ağrı duyma, bu ağrının yaşanacağına yönelik korku ve kaygılara sahip olma, vajinaya girme girişimi esnasında pelvis tabanındaki kasları germe veya sıkma gibi durumların atlı aydan beri görülmesi durumudur. Disparoni ve vajinismus en sık görülen ağrı/içe girme bozukluklarından ikisidir (Kayır, 2009).

Disparoni, cinsel birleşmenin sürekli veya tekrarlayan aralıklarla ağrılı bir şekilde gerçekleşmesidir. Birleşmenin ardından yaşanan ağrı; vajinada ıslaklığın bozulması, sıyrıklar, pelvis tabanındaki kasların fazla kasılması, kist, pelvik enfeksiyonlar gibi durumlarla ilişkili olabilmektedir. Ağrıya yönelik fobik düşünceler ve eşler arasındaki ilişkide bozulma ise psikolojik nedenleri arasında gösterilebilir (Kayır, 2009).

Vajinismus, cinsel birleşmenin denendiği sırada, vajinanın dış üçte birini çevreleyen kasların tekrarlayan aralıklarla ya da sürekli bir biçimde istemsiz olarak kasılması ve şiddetli ağrı sebebiyle birleşmenin yaşanmaması durumudur. Kasılmaları kişi kendi isteğiyle gerçekleştirilmemektedir bu nedenle de kasılmaları kendi isteğiyle sonlandıramaz. Vajinadaki kasılmalarla birlikte tüm bedende kasılmalar, kilitlenme, korku, bacakların kapanması, titreme gibi durumlar da görülebilir (CETAD, 2007). Ülkemizde kadınlarda en sık görülen cinsel sorun vajinismustur. Cinsel sorunlar nedeniyle profesyonel yardım arayan kadınların 3/4'ünün tanısının vajinismus olduğu belirtilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Gelişmekte olan ülkelerde, gelişmiş ülkelere oranla çok daha sık görülmektedir. Cinsel eğitim eksikliği, cinsel mitlerin yaygın olması, kadınların vücutlarını tanımamaları, bekârete aşırı önem verilmesi, cinsellik hakkında tutucu düşüncelerin bulunması, kadında cinsel deneyimin ilk olarak cinsel birleşme ile yaşanması gibi durumlar vajinismusun ortaya çıkmasında önemli bir yere sahiptir. Vajinismuslu kadınlar cinsel birleşme dışında cinsellikle ilgili bir problem yaşamadıklarından bu durum ilk cinsel deneyime kadar fark gidilmeyebilir (İncesu, 2004).

D. Çocukluk Çağı Travmaları

1. Çocukluk Çağı Travmaları Tanımı ve Yaygınlığı

UNICEF (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu)'in Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi'nde, her bireyin erken yaşta reşit olma durumu haricinde, on sekiz yaşına gelene kadar çocuk olarak sayılması gerektiği belirtilmiştir (UNICEF, 1989). UNICEF “mağdur çocuğu”, toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin herhangi bir halini yaşamış olan 18 yaş altındaki birey, “cinsel istismar mağduru çocuğu” ise cinsel istismar eylemini yaşayan 18 yaş altındaki birey olarak tanımlamıştır (International Rescue Committee, 2012).

Çocuğa yönelik şiddet, 18 yaşın altındaki kişilere yönelik her türlü şiddeti içermektedir. Bebeklere ve küçük çocuklara yönelik şiddet, ebeveynlerin veya diğer otorite figürlerinin çocuklara yönelik uyguladıkları kötü muameleyi (fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal) içermektedir. Erkek ve kız çocukları eşit fiziksel ve duygusal istismar ve ihmal riski altındadır. Kızlar daha fazla cinsel istismar riski altındadır. Çocuklar ergenlik dönemine yaklaştıkça, çocuklara yönelik kötü muamelenin yanı sıra akran şiddeti ve yakın partner şiddeti de oldukça yaygın hale

gelmektedir (WHO, 2018). UNICEF, dünyanın her yerindeki tüm yaş gruplarından çocukların ev, okul, kamusal yerler gibi asıl güvende olmaları gereken yerlerde şiddete maruz kaldıklarını, şiddetin yarattığı travmanın ise çocuğun hayatı boyunca devam edebileceğini ve sonraki nesilleri etkileyebileceğini belirtmiştir (UNICEF, 2017).

DSÖ, çocukluk çağı travmalarını, 18 yaşın altındaki çocuklarda görülen istismar ve ihmal olarak tanımlamakta ve bu davranışların çocuğun sağlığını, yaşamını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir (WHO, 2018). Çocukluk çağı travmaları, yaşam boyu süren ve ciddi sonuçları olan küresel bir sorundur. Tekrarlanabilir olması, genellikle çocuğa en yakın kişiler tarafından yapılması ve çocuğun ileriki yaşamını da olumsuz etkileyebilmesi nedeniyle tanımlanması ve tedavi edilmesi oldukça zor olan bir travma türüdür. Aynı zamanda yasal sistemleri, toplumu, eğitim sistemini, sosyal kuruluşları ve iş alanlarını da etkileyen önemli halk sağlığı sorunudur. Ayrıca, çocuk istismarı ve ihlalinin sıklığı ve yaygınlığının belirlenmesi de oldukça zordur (Çelik ve Hocoğlu, 2018). İstismarın bir suç olması ve istismarı yapan bireylerin mağdur çocuk ve aileye gizlemeleri konusunda baskı yapması ve rapor edilmesindeki yetersizlikler bu duruma neden olmaktadır. Örneğin, cinsel istismara maruz kalan olguların bilinen oranlardan daha fazla olduğu düşünülmektedir.

DSÖ'nün uluslararası verilerine göre, 2-4 yaşları arasındaki her 4 çocuktan 3'ünün veya 300 milyon çocuğun düzenli olarak ebeveynleri veya bakım verenleri tarafından fiziksel cezaya veya psikolojik şiddete maruz kaldığı, her 5 kadından 1'inin veya 13 erkekten 1'inin 0-17 yaşları arasında çocukken cinsel istismara uğradığını bildirdikleri ve 20 yaşın altındaki 120 milyon genç kadının bir tür zorla cinsel ilişkiye maruz kaldığı bildirilmiştir. Ayrıca, kadınların yaklaşık %20'sinin, erkeklerin ise %5-10'unun çocukken cinsel istismara uğradıkları ve çocukların %25-50'sinin fiziksel istismara maruz kaldıkları saptanmıştır (WHO, 2020).

UNICEF'in uluslararası verilerine göre ise, bir yaşındaki her 10 çocuktan 6'sının şiddet içeren disiplin önlemlerine maruz kaldığı, 4'te 1'inin fiziksel olarak cezalandırılmak amaçlı sarsıldığı, 10 çocuktan 1'inin ise başına, yüzüne veya kulaklarına darbe aldığı bildirilmiştir. Dünya genelinde 5 yaşından küçük her 4 çocuktan birinin veya 177 milyon çocuğun eşinden ya da partnerinden şiddet gören anne ile birlikte yaşadığı belirtilmiştir. Yaklaşık 732 milyon okul çağındaki çocuğun

okullardaki fiziksel cezanın kesin olarak yasaklanmadığı ülkelerde yaşadığı ve son 25 yıl içerisinde okulda silahla ateş açılması olarak belgelenmiş olayların 4'te 3'ünün Amerika'da yaşandığı açıklanmıştır. Cinsel istismar verilerine göre ise, dünya genelindeki 1-19 yaş arasındaki yaklaşık 15 milyon genç kızın cinsel eyleme veya cinsel ilişkiye zorlandığını ve 28 ülkeden ulaşılan verilere göre %90'ının olayın failini tanıdıklarını bildirdikleri tespit edilmiştir. Erkeklerle yönelik cinsel istismar verilerine göre ise olayın faileri olarak partnerlerin, sınıf arkadaşların ve arkadaşların bildirildiği belirlenmiştir (UNICEF, 2017).

Türkiye'de UNICEF tarafından çocuk istismarı ve aile içi şiddetin toplumdaki yaygınlık oranını belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada, duygusal istismar oranının %51, fiziksel istismar oranının %45 ve cinsel istismar oranının %3 olduğu belirtilmiştir (UNICEF, 2017). Türkiye'de İzmir ilinde okuyan 12-17 yaş arasındaki 1606 çocuk ile yapılan başka bir çalışmada, fiziksel istismar oranının %48, cinsel istismar oranının %8, duygusal istismar oranının %60, duygusal ihmal oranının %17 ve aile içi şiddete tanık olma oranının %55 olarak bulunduğu bildirilmiştir (Irmak, 2008). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Psikiyatri polikliniğine başvuran 150 kadın katılımcı ile yapılan bir araştırmada ise, çocukluk çağı fiziksel istismar oranının %15,3, duygusal istismar oranının %18,7, cinsel istismar oranının %22, duygusal ihmal oranının %24,7, fiziksel ihmal oranının %17,3, ensest oranının %11,3 ve ensest dışı fiziksel istismarın ise %11,3 olduğu bildirilmiştir (Yanık ve Özmen, 2002).

Amerika'da 15,197 genç yetişkinin katılımı ile gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcılar çocukluk dönemlerinde %11,8 oranında fiziksel ihmal, %28,42'sinin fiziksel istismar ve %4,5'inin cinsel istismar yaşadıklarını bildirmişlerdir (Hussey vd., 2006). Beş ülkede fiziksel ve duygusal istismar yaygınlığının araştırıldığı başka bir araştırmada, Şili'de %4-%84, Filipinler'de %21-%82, Mısır'da %26-%72, Hindistan'da %36-%70 ve ABD'de %4-%85 arasında değiştiği bildirilmiştir (Runyan vd., 2002). İsveçli 17 yaşındaki katılımcılarla gerçekleştirilen ve ergenlerin çocuk cinsel istismar deneyimlerinin araştırıldığı bir çalışmada, kız ve erkek öğrenciler arasında cinsel istismar bildirme oranları sırasıyla %11,2 ve %3,1 olarak bulunmuştur (Edgardh ve Ormstad, 2000). Kolombiya, Rusya, İzlanda ve Hindistan'da 459 çocuğun katılımı ile gerçekleştirilen uluslararası bir araştırmada ise, son bir yılda çocukların %55'inin fiziksel istismara, %18'inin cinsel istismara,

%66'sının duygusal istismara, %37'sinin ihmale ve %51'inin ise evde şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Zolotor vd., 2009).

2. İstismar ve İhmal Kavramları

Türk Dil Kurumu (TDK) “istismar” kavramını, bireyin iyi niyetinin kötüye kullanılması veya sömürülmesi olarak, “ihmal” kavramını ise bireye gereken ilginin gösterilmemesi, savsaklanması ve önem verilmemesi olarak tanımlamıştır (Türk Dil Kurumu Sözlüğü, 2019). Çocuk istismarı ve ihmali, ebeveyn, bakım veren veya başka bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen, çocuğun gelişimini kısıtlayan veya engelleyen eylem veya eylemsizliklerdir. Profesyonel kişiler ve toplumsal kurallar tarafından zarar verici ve uygunsuz görülen bu eylemler, çocuğun cinsel, sosyal veya ruhsal olarak zarar görmesine, güvenliğinin ve sağlığının tehlikeye girmesine neden olmaktadır (Çelik ve Hocaoğlu, 2018).

DSÖ, beş tür çocuk istismarı ve ihmali tanımlamaktadır. Bunlar fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, ihmal ve çocuk sömürüsüdür (WHO, 2018).

a. Fiziksel istismar

Çocuğa yönelik fiziksel istismar, çocuğa yönelik uygulanan kasıtlı fiziksel güç sonucunda, çocuğun gelişiminin, sağlığının ve yaşamının olumsuz şekilde etkilenmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu eylemler, çocuğa vurma, sarsma, tekmeleme, boğazını sıkma, boğma, yakma, fırlatma, zehirleme gibi fiziksel hasar veren davranışlardır. Evlerde, çoğu zaman çocuklara yönelik fiziksel şiddet cezalandırma şeklinde olmaktadır (WHO, 2018). Fiziksel istismar tespiti en kolay yapılabilen türdür. Fakat, bazı toplumlarda veya kültürlerde bu tür cezalandırma eylemleri istismar olarak tanımlanmamaktadır. Çünkü, çocuğun terbiye edilmesi veya disiplin edilmesi için gerekli eylemler olarak düşünülmektedir. Bu nedenle, istismarın tespiti zorlaşmaktadır (Topbaş, 2004). Türkiye’de yapılan “Aile İçi Şiddet ve Çocuk İstismarı” araştırmasında, çocukların %37'sinin ev içerisinde en az bir kez fiziksel istismar yaşantısının olduğunu ve en çok yaşadıkları fiziksel istismar deneyimlerinin ise tokat atma, kulakların ve saçların çekilmesi olduğu bulunmuştur. Ayrıca, araştırmada bu tür eylemlerin çocuğun ev içerisindeki kurallara uymasını sağlamak için kullanıldığı, bir tür cezalandırma yöntemi olduğu ve fiziksel şiddet ile çocuğun eğitildiği belirtilmiştir (Cankur vd., 2012).

Fiziksel istismar sonucunda, bazı fiziksel istismar sendromları ortaya çıkabilmektedir. Munchausen by Proxy Sendromu (MPS), Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome) ve Hırpalanmış Çocuk Sendromu (Battered Child Syndrome) bunlar arasında yer almaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Munchausen by Proxy sendromu, çocukta ebeveyn tarafından istemli bir şekilde hastalık belirtileri oluşturulmasıdır (Akgündüz vd., 2018). Sarsılmış bebek sendromu, bebeğin ilk aylarındaki sık ağlama krizlerinin, bakım verende meydana getirdiği kızgınlık ve hayal kırıklığı sonucundaki bebeği kuvvetli bir şekilde sarsması ile beliren beyin hasarı, kafa içi veya göz dibi kanaması gibi ciddi ve ölüm ile sonuçlanabilen bir sendromdur. Ciddi şekilde sarsılan bebeklerin yaklaşık üçte birinin hayatını kaybettiği, hayatta kalanların ise çoğunun kalıcı beyin hasarı, zekâ geriliği, serebral palsi veya körlük gibi uzun süreli sonuçlara maruz kaldıkları bilinmektedir (İnce vd., 2014; Runyan vd., 2002). Hırpalanmış çocuk sendromunda, fiziksel istismara eşlik eden kafa travması, ciltte, iskelet sisteminde veya sinir sisteminde tekrarlayan ve tahrip edici hasarlar görülür. Bebeklikten ergenlik dönemine kadar her yaşta rastlanabilmektedir, ancak sıklıkla üç yaş altında görülmektedir (Önal vd., 2013).

b. Cinsel istismar

Çocuk cinsel istismarı, bir çocuğun gelişimsel olarak hazır olmadığı, bilgilendirilmiş rızasının olmadığı ve tam olarak anlayamadığı, toplumun sosyal tabularını ve kanunları ihlal eden, çocuğun üzerinde gücü olan başka birinin ihtiyaçlarını yerine getirmeyi veya tatmin etmeyi amaçlayan cinsel eylemlere dahil edilmesi anlamındadır. Olayın faileri, çocuk üzerinde sorumluluk, yetki ve otoriteye sahip yetişkinler veya başka çocuklar olabilmektedir (WHO, 2006). Cinsel istismar, çocuğun duygusal gelişimini, özgüvenini, kişilerarası ilişkilerini ve cinsel gelişimini önemli ölçüde etkileyen kronik bir travmadır (Aktepe, 2009).

Aile içi cinsel istismar, aile üyesinin çocuğu cinsel eylemin içine dahil etmesi veya cinsel eyleme maruz bırakmasıdır. Aile üyesi, sadece kan bağı olan bir yakını değil, üvey baba, aile dostu veya ebeveyn rolünü üstlenen biri gibi aileden görülen birini de kapsamaktadır. Genellikle cinsel istismar faili çocuğu tanıyan, ancak aile dışından bir kişi de olabilmektedir. Olay çoğunlukla çocuğun kandırılması ile gerçekleştirilir. Failin çoğu zaman bir tanığı yoktur ve büyük oranda durumu inkâr eder (Aktepe, 2009). Mağdur çocuk ise kendisine inanılmayacağını düşünerek olayı

açıklamaz, kimseye söylemez ve durum tesadüfi olarak keşfedilir. Çocuğun yakınları da çoğunlukla olaya inanmama eğilimi gösterebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Çocuk cinsel istismarı, genellikle beden temasını içermektedir. Fakat cinsel organına dokunma, giysilerinin üzerinden cinsel organına ya da bedenine dokunma veya öpüşme, oral, vajinal veya anal cinsel birliktelik de dahil edilmektedir. Çocuğu, başkalarının cinsel eylemlerine veya tecavüze şahit olmaya zorlamak, özel bölgelerini göstermeye ya da cinsel içerikli film izlemeye zorlamak, cinsel eylemi gerçekleştirmek için çocuğu tehdit veya tahrik etmek, çocuğu sözlü olarak cinsel birlikteliğe zorlamak, porno veya fuhuş gibi eylemler için sömürerek kullanmak da cinsel istismar olarak kabul edilmektedir (Butcher vd., 2014).

c. Duygusal istismar

Duygusal istismar, sürekli olarak çocuğun duygusal gelişimine zarar verecek şekilde uygunsuz duygusal davranışlarda bulunulması ve çocuğun psikolojik hasara uğratılmasıdır. Çocuk, ihtiyaç duyduğu sevgi, ilgi ve bakımdan mahrum bırakılır. Genellikle çocuğun yakın çevresindeki ve çocuk üzerinde güç sahibi olan kişi veya kişiler tarafından yapılır. Çoğunlukla temel bakım verenler ile yaygın olarak görülebilmektedir. Duygusal istismar, bakım verenin uygun ve destekleyici bir ortam sağlayamamasını ve çocuğun duygusal sağlığı ve gelişimi üzerinde olumsuz etkisi olan eylemlerini içermektedir. Bu tür eylemler, çocuğa değersiz ve yetersiz olduğunu hissettirme, önemsememe, aşağılama, alay etme, suçlama, terk etme ile tehdit etme, kendisine bağımlı hale getirme, sindirme, reddetme, sevilmediğini hissettirme, gelişim dönemine uygun olmayan beklentiler içinde olma ve taleplerde bulunma, başka birine yapılan kötü muameleyi izlettirme, ayrımcılık yapma (kardeş ayırımı yapma vb.) ve sosyal etkileşimini kısıtlama gibi fiziksel olmayan düşmanca muameleyi içermektedir (WHO, 2006; Öztürk ve Uluşahin, 2016; Sarı vd., 2016). Çocuklukta yaşanan duygusal istismar, yetişkinlik döneminde düşük benlik saygısı, zayıf kişilerarası beceriler, düşmanlık, saldırganlık, depresyon, intihar eğilimi, somatizasyon gibi durumlara neden olabilmektedir (Riggs, 2010).

Duygusal istismar oldukça sık görülmesine rağmen, yasal olarak kanıtlanması güç olmakta ve çocuk için oldukça yıkıcı olmaktadır. Bir araştırmada, en yaygın görülen duygusal istismarın, çocuğa bağırma (%75,1), alay edici isimlerle seslenmek (%31,2), küfürlü konuşmak (%29,8) ve çocuğu terk etmekle tehdit etmek

(%27,4) olduğu belirtilmiştir (Lynch vd., 2008). Cinsel ve fiziksel istismar bir kez yaşanabilir veya tekrarlanabilir. Duygusal istismar ise fiziksel ve cinsel istismara eşlik etmektedir ve fiziksel belirtiler iyileştikten sonra veya yaşam suresince etkisini sdrdrebilmektedir. Bu olguların %90'ında duygusal istismar ve ihmalin de gerçekleştiği saptanmıştır (Taner ve Gökler, 2004).

d. İhmal

İhmal, ocuğun gelişiminde ve sağlığında ciddi bozulmalara neden olabilecek temel psikolojik ve fiziksel gereksinimlerinin karşılanmaması, çocuğun ihtiyaı olan sağlıklı ve gvenilir ortamın sağlanmaması, çocuğun tehlikelere karşı korunmaması ve yapılması gerekenlerin yapılmamasıdır (Sarı vd., 2016). Dört tdr ihmal bulunmaktadır.

Fiziksel ihmal, çocuğun terk edilmesi veya yeme içme, giyinme barınma ve hijyen gibi ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır. Çocuğun sağlık hizmetlerinin geciktirilmesi veya hiç verilmemesi, yeterince yemek verilmemesi, uzun sdr yalnız bırakılması, bakımının sağlanmaması, dışlanması, çocuğun evden kovulması, evden kaçan çocuğun tekrar eve alınmaması ve çocuğa zarar verebilecek maddelerden korunması konusunda yeterli önlemlerin alınmaması gibi eylemler de fiziksel ihmal olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, fiziksel ihmal yaşayan çocukta soluk renk ten, bakımsız salar ve iyi beslenmemiş bir gdrnüm olabilmektedir. Bunlara ek olarak fiziksel ihmalin, evlilik dışı doğan çocuğu dlme terk etmek veya istem dışı olan gebelikte annenin kendisini a bırakarak gebeliği sonlandırması gibi ciddi sonuçları olabilmektedir. Bu ocuklarda, akademik ve bilişsel bozulmalar, kısıtlı akran ilişkiler, ie atım sorunları ve sosyal geri çekilme gdrlebilmektedir. Bilişsel ihmal, çocuğu okula gndermeme, birlikte oyun oynamama ve yeterince konuşmama gibi eylemleri içermektedir. Duygusal ihmal, bakım verenlerin çocuğa psikolojik anlamda ulaşılmaz olması, duygusal ipuçlarını gdrmezden gelmeleri ve sıcaklık gdrstermemeleri sonucunda oluşan ihmaldir. Duygusal ihmal yaşayan çocukların duygusal ve fiziksel gelişimleri ciddi anlamda bozulabilmektedir. Bunlara ek olarak, fiziksel olarak kk olabilmekte ve sosyal iletişim kurmakta oldukça güçlük yaşayabilmektedirler. Gzetim eksikliği ise, sağlık hizmetlerinin alınmasındaki yetersizlik veya gvenli olmayan bakıcılara iş verilmesi gibi durumları kapsamaktadır (elik ve Hocoğlu, 2018; Öztürk ve Uluşahin, 2016).

e. Çocuk sömürüsü

Çocuk sömürüsü, çocuklara dilencilik yaptırılması, işçi olarak çalıştırılmaları, askerlik yaptırılması, porno sektöründe kullanılmaları ve çocuk fahişeliği gibi eylemleri kapsamaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Alanyazında premenstrüel sendrom belirtileri ile cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Türkiye örneklemini üzerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde yaygın bir şekilde PMS'u tanımlamaya ve epidemiyolojisini saptamaya yönelik çalışmaların yapıldığı görülmüştür (Erbil vd., 2010; A. F. Türkçapar ve M. H. Türkçapar, 2011; Yücel, vd., 2009). PMS ile ilişkili olabilecek faktörlerin ortaya çıkarılması PMS'un doğasının anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. Bu doğrultuda oluşturulacak çok yönlü bir tedavi planının daha yararlı olacağına inanılmaktadır. Nitekim, PMS'a ilişkin mutlak bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır (A. F. Türkçapar ve M. H. Türkçapar, 2011).

III. YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde araştırma modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, veri toplama sürecine dair bilgiler ile verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntem ile ilgili açıklamalar yer almaktadır.

A. Araştırma Modeli

Bu çalışmada, kadınlarda premenstrüel sendrom belirtilerinin cinsel işlev ve çocukluk travmaları ilişkisel tarama modeli kullanılarak incelenmiştir. İlişkisel tarama modeli, araştırmalarda iki veya ikiden fazla sayıda değişken arasındaki değişimin ilişkisini ve yönünü ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlamaktadır (Büyüköztürk, 2007).

B. Çalışma Grubu

Araştırmanın örneklemini Türkiye'nin çeşitli illerinden 18-40 yaş aralığındaki 328 kadın oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini, kolay örnekleme ve kartopu yöntemi ile belirlenmiştir. Kolay örnekleme yöntemi araştırmanın kolay ve hızlı bir şekilde ulaşılabilecek katılımcılardan oluşmasını sağlarken kartopu yöntemi katılımcı sayısını arttırmak amacıyla araştırmaya katılan kişilerin anketi diğer katılımcılara ulaştırması ile gerçekleştirilmektedir (Creswell, 2014). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Çizelge 2'de gösterilmektedir.

Çizelge 2 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş		
18-23	49	14,9
24-29	196	59,8
30-35	56	17,1
36-40	27	8,2
Eğitim durumu		
Okur-Yazar	1	0,3
İlkokul-Ortaokul Mezunu	4	1,2
Lise ve Dengi Okul Mezunu	28	8,5
Yüksekokul-Fakülte Mezunu	193	58,8
Lisansüstü Eğitim Mezunu	102	31,1
En Uzun Süre Yaşanılan Yer		
Köy	9	2,7
Kasaba	30	9,1
Şehir	289	88,1
Medeni Durum		
Bekâr	115	35,1
Flört ile Birlikte	99	30,2
Evli	114	34,8
Evlenme Şekliniz		
Görücü Usulü	16	4,9
Kaçarak	5	1,5
Flört	112	34,1
Baskı Sonucu	2	0,6
Evli Değil	191	58,2
Diğer	2	0,6
Çocuk Varlığı		
Evet	70	21,3
Hayır	258	78,7
Gelir Durumu		
Kötü	21	6,4
Orta	217	66,2
İyi	90	27,4
Tanısı konmuş sürekli fiziksel bir hastalığınız var mı?		
Evet	42	12,8
Hayır	286	87,2
Tanısı konmuş ruhsal bir hastalığınız var mı?		
Evet	34	10,4
Hayır	294	89,6
Kaç yaşında adet olmaya başladınız?		
12 yaşından önce	43	13,1
12-15 yaş arasında	262	79,9
16-18 yaş arasında	21	6,4
18 yaşından sonra	2	0,6

Çizelge 2. (Devamı) Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
*İlk adet olduğunuzda ne hissettiniz?		
Korku	110	33,5
Panik	136	41,5
Heyecan	129	39,4
Üzüntü	44	13,4
Sevinç	48	14,6
Öfke	12	3,6
Şaşkınlık	195	59,4
Adet döneminiz sosyal yaşantınızı olumsuz etkiliyor mu?		
Evet	110	33,5
Hayır	94	28,7
Bazen	124	37,8
Cinsel ilişki sıklığınız nedir?		
Her Gün	9	2,7
Haftada Birkaç Defa	119	36,3
Ayda Birkaç Defa	100	30,5
Yılda Birkaç Defa	33	10,1
Cinsel İlişki Yaşamıyorum	67	20,4
Cinsel yaşamınızdan memnun musunuz?		
Evet	186	56,7
Hayır	52	15,9
Kararsızım	90	27,4
Cinsel ilişkide bulunduğunuz birden fazla partneriniz var mı?		
Evet	28	8,5
Hayır	300	91,5

Çizelge 2 (devam) Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Çizelge 2’de görüldüğü incelendiğinde yaşa göre en çok (n=196, %59,8) “24-29” yaş aralığında, daha sonra (n=56, %17,1) “30-35” yaş aralığında ve (n=49, %14,9) “18-23” yaş aralığında katılımcı bulunmaktadır. En az (n=27, %8,2) “36-40” yaş aralığında katılımcı bulunmaktadır. Eğitim durumuna göre en çok (n=193, %58,8) yükseköğretim mezunu, daha sonra (n=102, %31,1) lisansüstü eğitim mezunu ve (n=28, %8,5) lise ve dengi okul mezunu bulunmaktadır. En az (n=1, %0,3) okur-yazar, daha sonra (n=4, %1,2) ilköğretim mezunu bulunmaktadır. En uzun süre yaşanan yere göre katılımcılar en çok (n=289, %88,1) şehirde, daha sonra (n=30, %9,1) kasabada ve (n=9, %2,7) köyde yaşamıştır. Medeni duruma göre en çok (n=115, %35,1) bekâr, daha sonra (n=114, %34,8) evli ve (n=99, %30,2) flört ile birlikte katılımcı olduğu görülmektedir. Katılımcılar “Evlenme Şekliniz” sorusunu en çok (n=191, %58,2) “Evli Değil”, daha sonra (n=112, %34,1) “Flört”, (n=16, %4,9) “Görücü Usulü” ve (n=5, %1,5) “Kaçarak” olarak yanıtlamıştır. En az (n=2, %0,6) “Baskı Sonucu” ve (n=2, %0,6) “Diğer” olarak yanıtlamıştır.

Katılımcılar “Çocuk Varlığı?” sorusunu (n=70, %21,3) “Evet”, (n=258, %78,7) “Hayır” olarak yanıtlamıştır. Katılımcıların gelir seviyesinin en çok (n=217, %66,2) orta, daha sonra (n=90, %27,4) iyi ve (n=21, %6,4) kötü olduğu görülmektedir.

“Tanısı konmuş sürekli fiziksel bir hastalığınız var mı?” sorusunu katılımcıların %12,8’si “Evet”, %87,2’si ise “Hayır” olarak yanıtlamıştır. “Tanısı konmuş ruhsal bir hastalığınız var mı?” sorusunu katılımcıların %10,4’ü “Evet”, %89,6’sı ise “Hayır” olarak yanıtlamıştır. “Kaç yaşında adet olmaya başladınız?” sorusunu katılımcıların %13,1’i “12 yaşından önce”, %79,9’u “12-15 yaş arasında”, %6,4’ü “16-18 yaş arasında” ve %0,6’sı “18 yaşından sonra” olarak yanıtlamıştır. “*İlk adet olduğunuzda ne hissettiniz?” sorusunu katılımcıların %33,5’i “Korku”, %41,5’i “Panik”, %39,4’ü “Heyecan”, %13,4’ü “Üzüntü”, %14,6’sı “Sevinç”, %3,6’sı “Öfke” ve %59,4’ü “Şaşkınlık” olarak yanıtlamıştır. “Adet döneminiz sosyal yaşantınızı olumsuz etkiliyor mu?” sorusunu katılımcıların %33,5’i “Evet”, %28,7’si ise “Hayır”, %37,8’i ise “Bazen” olarak yanıtlamıştır. “Cinsel ilişki sıklığınız nedir?” sorusunu katılımcıların %2,7’si “Her Gün”, %36,3’ü “Haftada Birkaç Defa”, %30,5’i “Ayda Birkaç Defa”, %10,1’i “Yılda Birkaç Defa” ve %20,4’ü “Cinsel İlişki Yaşamıyorum” olarak yanıtlamıştır. “Cinsel yaşamınızdan memnun musunuz?” sorusunu katılımcıların %56,7’si “Evet”, %15,9’u ise “Hayır”, %27,4’ü ise “Kararsızım” olarak yanıtlamıştır. “Cinsel ilişkide bulduğunuz birden fazla partneriniz var mı?” sorusunu katılımcıların %8,5’i “Evet”, %91,5’i ise “Hayır” olarak yanıtlamıştır.

C. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, demografik bilgiler ile ilgili soruların yer aldığı ve araştırmacı tarafından oluşturulan ve uzman görüşünün alındığı Sosyo-Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Ek olarak, Premenstrüel Sendrom Belirtileri Ölçeği, Kadın Cinsel İşlevler Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği’nden yararlanılmıştır. Anket Google Formlar aracılığıyla katılımcılara uygulanmıştır.

1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Yaş, yaşadıkları yer, medeni durum, çocuk varlığı, gelir durumu, fiziksel rahatsızlık, ruhsal rahatsızlık, adet olma yaşı, adet ağrılı olma durumu, adet sosyal yaşamı etkileme durumu, cinsel ilişki sıklığı, partner sayısı, cinsel yaşam

memnuniyeti sorularının yer aldığı form, uzman görüşü alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Ek-1).

2. Premenstrüel Sendrom Belirtileri Ölçeği (PMÖ)

Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilen, “Premenstrüel Sendrom (PMS) Değerlendirme Ölçeği” 44 maddeden oluşmaktadır (Ek-2). Ölçek 5’li likert yapısına sahiptir. “Hiç” seçeneği 1, “Çok az” seçeneği 2, “Bazen” seçeneği 3, “Sık sık” seçeneği 4 ve “Sürekli” seçeneği 5 puana tekabül etmektedir. Depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik olmak üzere 9 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten en az puan 44, en fazla ise 220 puan elde edilmektedir. Puanın yükselmesi premenstrüel sendrom belirtilerinin yoğunlaştığını ifade etmektedir. Gençdoğan (2006) iç tutarlılık kat sayısını ,80 olarak hesaplamıştır. Bu araştırmada ise iç tutarlılık kat sayısı ,97 olarak hesaplanmıştır.

3. Kadın Cinsel İşlevler Ölçeği (KCIÖ)

Rosen vd. (2000) tarafından oluşturulan ölçek (akt. Aygin ve Aslan, 2005) 19 maddeden oluşmakta ve kadınlardaki cinsel işlev düzeyini ölçmeyi hedeflemiştir. 5’li likert yapısından oluşmaktadır. Yanıtlar son 4 hafta içindeki cinsel deneyim düşünülerek verilmektedir. Ölçek; orgazm, ağrı, kayganlaşma, istek, doyum ve uyarılma olmak üzere 6 alt ölçeği içermektedir. Ölçekten elde edilen en fazla puan 95’tir. Kesme puanı ise 26,5’tir. Bu değer altında bir puana sahip olanların cinsel işlevi düşük olarak değerlendirilmektedir. Rosen vd. (2000) Cronbach-alpha katsayısını 0,98 olarak hesaplamışlardır (akt. Aygin ve Aslan, 2005). Bu araştırmada ise Cronbach-alpha katsayısı ,961 olarak hesaplanmıştır (Ek-3).

4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇTÖ)

Bernstein vd. (1994) tarafından geliştirilen ölçek, 5’li likert yapısına sahip 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçek cinsel, fiziksel, emosyonel istismar ve fiziksel ihmal olmak üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekte ters puanlanması gereken 7 madde içermektedir (2, 5, 7, 13, 19, 26, 28). Bernstein vd. (1994) Cronbach-alpha katsayısını 0,93 olarak hesaplamışlardır. Bu araştırmada ise Cronbach-alpha katsayısı ,651 olarak hesaplanmıştır (Ek-4).

D. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri katılımcılara Google Formlar ve sosyal medya uygulamaları aracılığıyla ulaştırılan anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Bu araştırma kapsamında toplamda 328 katılımcıya ulaşılarak veriler toplanmıştır. Veriler toplanmadan önce İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kuruldan araştırma için etik kurul izni alınmıştır (Ek-5). Veriler toplanırken katılımcılardan gönüllü olduklarına dair onay alınmıştır. Anketin başlangıç bölümünde çalışmanın amacı, katılımcıların katkısı, gizlilik ve araştırmacı ile iletişim kurabilecekleri e-posta adresine dair bilgilere yer verilmiştir. Araştırmaya yalnızca 18-40 yaş aralığındaki kadın yetişkinler katılım sağlamıştır.

E. Verilerin İstatiksel Analizi

Verileri analiz etmede SPSS 25 yazılımından yararlanılmıştır. Araştırma kapsamında 333 katılımcıdan toplanan verilerle araştırma sorularına yanıt aramak amacıyla uygun olan analize karar vermek için öncelikle kayıp değerler ve uç değerler incelenmiştir. Olumsuz maddeler (KCiÖ17, KCiÖ18, KCiÖ19, ÇTÖ2, ÇTÖ5, ÇTÖ7, ÇTÖ13, ÇTÖ19, ÇTÖ26, ÇTÖ28) ters kodlanmıştır. Uç değer incelemesi yapılmıştır. Veri setinde kayıp değer olduğu görülmüştür (KCiÖ 14). Ortalama değer ataması yapılmıştır. Uç değer incelemesi yapılmıştır. Tek değişkenli uç değerler için ölçeğe ait puan Z standart puanına çevrilmiş ve -3 ile +3 aralığı dışında kalan 5 kişiye ait değerler veri setinden çıkarılmıştır. Uç değerler temizlendikten sonra 328 kişiye ait veri ile analizlere devam edilmiştir.

Araştırma sorularına yanıt vermek için, hangi istatistiksel tekniklerin yapılacağına karar vermek amacıyla öncelikle verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Verilerin normallliğini test etmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi yapılmış, histogram grafikleri, çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Normallik testi sonucu Çizelge 3'te verilmiştir.

Çizelge 3 Ölçeklere İlişkin Normallik Testi Sonuçları

Ölçek	n	\bar{X}	S	Med.	Min.	Maks	Kolmogorov-Smirnov	p	Çarpıklık	Basıklık
PSÖ	328	134,85	39,46	134	44	220	,035	,200	-,09	-,48
KCiÖ	328	20,60	9,57	24,75	1,20	32	,184	,000	-,95	-,58
ÇTÖ	328	38,08	13,84	34	25	82	,176	,000	1,33	1,03

PSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, KCiÖ: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, ÇTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Kolmogorov-Smirnov testi sonuçlarına göre premenstrüel sendrom belirtilerine ait puan normal dağılım göstermektedir ($p>,05$). Cinsel işlev ve çocukluk çağı travmalarına ait puanlar ise normal dağılım göstermemektedir ($p<,05$). Ancak sadece bu test sonucuna göre karar verilmemektedir. Çarpıklık ve basıklık değerleri ve histogram grafikleri de incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerine göre premenstrüel sendrom belirtileri (çarpıklık=-,09 ve basıklık=-,48), cinsel işlev (çarpıklık=-,95 ve basıklık=-,58) ve çocukluk çağı travmaları (çarpıklık=1,33 ve basıklık=1,03) puanları normal dağılım göstermektedir.

Sonuç olarak araştırma sorularını yanıtlamak amacıyla betimsel istatistikler (ortalama, standart sapma), ilişkisiz örneklem t testi, Mann Whitney U testi, ilişkisiz ölçümler için tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA), Kruskal Wallis H testi, Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı analizlerinin yapılması uygun bulunmuştur.

IV. BULGULAR

Çalışmanın bu kısmında, araştırma amacına uygun olarak sınanmak istenen araştırma soruları doğrultusunda yapılan analiz sonuçlarına yer verilmiştir. İlk olarak premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmalarına ilişkin betimleyici istatistiki bilgiler sunulmuştur. Diğer aşamada, araştırma değişkenlerinin aralarındaki ilişkiler analiz edilmiş ve katılımcıların demografik bilgilerine göre söz konusu ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı değerlendirilmiştir.

A. Verilerin Araştırma Soruları Üzerinden İncelenmesi

1. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Araştırma sorusuna yanıt vermek amacıyla Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmış ve analiz sonucu Çizelge 4'te verilmiştir.

Çizelge 4 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puanları Arasındaki İlişki (n=328)

Ölçek/boyut	Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Cinsel İşlev	Çocukluk Çağı Travmaları
Premenstrüel Sendrom Belirtileri		-,08	,20**
Cinsel İşlev			-,18**
Çocukluk Çağı Travmaları			

*: ,05 düzeyinde anlamlı, **: ,01 düzeyinde anlamlı

Premenstrüel sendrom belirtileri ile cinsel işlev düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($r=-,08$) Premenstrüel sendrom belirtileri ile çocukluk çağı travmaları düzeyleri arasında pozitif, düşük düzeyde ilişki bulunduğu görülmektedir ($r=,20$). Premenstrüel sendrom belirtileri arttıkça çocukluk çağı travmaları puanı da artmaktadır. Cinsel işlev ile çocukluk çağı travma düzeyleri arasında negatif, düşük düzeyde ilişki bulunduğu görülmektedir ($r=-,18$). Cinsel işlev arttıkça çocukluk çağı travmaları toplam puanı azalmaktadır.

2. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Yaşlarına Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri ve çocukluk çağı travmaları puanları yaşlarına göre normal dağılım göstermektedir. Cinsel işlev puanları ise yaşlarına göre normal dağılım göstermemektedir. Premenstrüel sendrom belirtileri ve çocukluk çağı travmaları için ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi, cinsel işlev için Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. İlişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi sonucu Çizelge 6'da, Kruskal Wallis H testi sonucu ise Çizelge 7'de verilmiştir.

Çizelge 5 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Çocukluk Çağı Travmalarından Elde Ettikleri Puanların Yaşa Göre Betimsel İstatistikleri

Ölçek/boyut	Grup	n	\bar{X}	S
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	18-23 ¹	49	136,12	41,67
	24-29 ²	196	135,24	38,82
	30-35 ³	56	132,55	42,50
	36-40 ⁴	27	134,48	35,26
Çocukluk Çağı Travmaları	18-23 ¹	49	39,35	15,62
	24-29 ²	196	37,81	13,25
	30-35 ³	56	37,20	13,42
	36-40 ⁴	27	39,59	15,90

Çizelge 5 incelendiğinde premenstrüel sendrom belirtileri puan ortalamaları 132,55 ile 136,12, çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları 37,20 ile 39,35 arasında değişmektedir. Ancak sadece betimsel istatistiklere bakılarak fark olup olmadığı hakkında bilgi verilemez. ANOVA çizelgesini incelemek gerekmektedir.

Çizelge 6 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Yaşa Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek/boyut	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Gruplar Arası	408,885	3	136,295			
	Gruplar İçi	508840,090	324	1570,494	,087	,967	-
	Toplam	509248,976	327				
Çocukluk Çağı Travmaları	Gruplar Arası	198,847	3	66,282			
	Gruplar İçi	62441,092	324	192,719	,344	,794	-
	Toplam	62639,939	327				

Çizelge 6 incelendiğinde yaşa göre premenstrüel sendrom belirtileri [$F_{(3-327)}=,087$, $p>,05$] ve çocukluk çağı travmaları [$F_{(3-327)}=,344$, $p>,05$] puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle, katılımcıların yaşları premenstrüel sendrom belirtileri ve çocukluk çağı travmaları puanlarını etkilemediği bulunmuştur.

Çizelge 7 Katılımcıların Cinsel İşlev Düzeylerinin Yaşa Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu

Ölçek/boyut	Grup	n	Sıra Ort.	sd	Ki-kare	p	Anlamlı Fark
Cinsel İşlev	18-23 ¹	49	141,62	3	5,011	,171	-
	24-29 ²	196	164,88				
	30-35 ³	56	171,13				
	36-40 ⁴	27	189,54				

KCIÖ: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

Çizelge 7 incelendiğinde yaşa göre cinsel işlev düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($\chi^2=5,011$, $p>,05$). Bir başka ifadeyle, katılımcıların yaşlarının cinsel işlev düzeylerini etkilemediği bulunmuştur.

3. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının En Uzun Yaşadıkları Yere Göre Karşılaştırılması

Öncelikle “Köy”, “Kasaba” ve “Şehir” olan yer değişkeni, yeniden kodlanarak “Köy/Kasaba” ve “Şehir” şekline getirilmiştir. Çünkü “Köy” kategorisinde az sayıda katılımcı yer almaktadır.

Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri ve cinsel işlev puanları normal dağılım göstermektedir. Çocukluk çağı travmaları puanları normal dağılım göstermemektedir. Premenstrüel sendrom belirtileri ve cinsel işlev için ilişkisiz örneklem t testi, çocukluk çağı travmaları için Mann Whitney U testi yapılmıştır. İlişkisiz örneklem t testi sonucu Çizelge 8’de Mann Whitney U testi sonucu ise Çizelge 9’da verilmiştir.

Çizelge 8 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Cinsel İşlev Puanlarının En Uzun Yaşadıkları Yere Göre İlişkisiz Örneklem T Testi Karşılaştırılması

Ölçek/boyut	Grup	n	\bar{X}	S	t	Sd	p
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Köy/Kasaba	39	139,79	35,60	,833	326	,406
	Şehir	289	134,19	39,97			
Cinsel İşlev	Köy/Kasaba	39	19,27	10,82	-,825	326	,414
	Şehir	289	20,77	9,39			

Çizelge 8 incelendiğinde katılımcıların en uzun yaşadıkları yere göre premenstrüel sendrom belirtileri ($t_{(326)}=-,833$, $p>,05$) ve cinsel işlev ($t_{(326)}=-,825$, $p>,05$) puanlarının anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle, katılımcıların en uzun yaşadıkları yerin premenstrüel sendrom belirtileri ve cinsel işlev puanlarını etkilemediği bulunmuştur.

Çizelge 9 Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin En Uzun Yaşadıkları Yere Göre Mann Whitney U Testi Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Çocukluk Çağı Travmaları	Köy/Kasaba	39	160,60	6263,50	5483,50	,784
	Şehir	289	165,03	47692,50		

Çizelge 9 incelendiğinde katılımcıların en uzun yaşadıkları yere göre çocukluk çağı travmaları ($U=5483,50$, $p>,05$) düzeyinde anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle, katılımcıların en uzun yaşadıkları yerin çocukluk çağı travmaları düzeylerini etkilemediği bulunmuştur.

4. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri puanları normal dağılım göstermektedir. Cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puanları normal dağılım göstermemektedir. Premenstrüel sendrom belirtileri için ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları için Kruskal Wallis H testi yapılmıştır.

Çizelge 10 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtilerinden Elde Ettikleri Puanların Medeni Duruma Göre Betimsel İstatistikleri

Ölçek/boyut	Grup	n	\bar{X}	S
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Bekâr ¹	115	143,91	34,21
	Flört ile Birlikte ²	99	133,49	40,70
	Evli ³	114	126,89	41,72

Çizelge 10 incelendiğinde medeni duruma göre premenstrüel sendrom belirtileri puan ortalamaları 34,21 ile 41,72 arasında değişmektedir. Ancak sadece betimsel istatistiklere bakılarak fark olup olmadığı hakkında bilgi verilemez. ANOVA çizelgesini incelemek gerekmektedir.

Çizelge 11 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek/boyut	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Gruplar Arası	16842,361	2	8421,180	5,558	,004	1-3
	Gruplar İçi	492406,615	325	1515,097			
	Toplam	509248,976	327				

PSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği

Çizelge 11 incelendiğinde medeni duruma göre premenstrüel sendrom belirtileri puan ortalamaları anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir [$F_{(3, 327)}=5,558, p<,05$]. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak amacıyla post-hoc testi yapılmıştır. Post-hoc testi sonucuna göre, premenstrüel sendrom belirtileri için bekâr olanların puan ortalaması ($\bar{X}=143,91$), evli olanların puan ortalamasından ($\bar{X}=126,89$) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çizelge 12 Katılımcıların Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu

Ölçek/boyut	Grup	n	Sıra Ort.	sd	Ki-kare	p	Anlamlı Fark
Cinsel İşlev	Bekâr ¹	115	117,60	2	45,011	,000	1-2, 1-3
	Flört ile Birlikte ²	99	180,76				
	Evli ³	114	197,69				
Çocukluk Travmaları	Bekâr ¹	115	177,83	2	3,966	,159	-
	Flört ile Birlikte ²	99	160,09				
	Evli ³	114	154,89				

Çizelge 12 incelendiğinde medeni duruma göre cinsel işlev düzeyleri anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($\chi^2=45,011$, $p<,05$). Medeni duruma göre cinsel işlev için bekâr olanların sıra ortalaması (117,60), flört ile birlikte olanların (180,76) ve evli olanların sıra ortalamasından (197,69) daha düşük olduğu bulunmuştur.

Medeni duruma göre çocukluk çağı travmaları düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($\chi^2=3,966$, $p>,05$). Bir başka ifadeyle, katılımcıların medeni durumlarının çocukluk çağı travmaları düzeylerini etkilemediği bulunmuştur.

5. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Çocuk Varlığı Durumuna Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri ve çocukluk çağı travmaları puanları normal dağılım göstermektedir. Cinsel işlev puanları normal dağılım göstermemektedir. Premenstrüel sendrom belirtileri ve çocukluk çağı travmaları için ilişkisiz örneklem t testi, cinsel işlev için Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Çizelge 13 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Çocukluk Çağı Travmaları Puanlarının Çocuk Varlığı Durumuna Göre İlişkisiz Örneklem T Testi Karşılaştırılması

Ölçek/boyut	Grup	n	\bar{X}	S	t	Sd	p
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Evet	70	129,04	40,10	-1,391	326	,165
	Hayır	258	136,43	39,22			
Çocukluk Çağı Travmaları	Evet	70	37,96	14,51	-,083	326	,934
	Hayır	258	38,11	13,68			

Çizelge 13 incelendiğinde katılımcıların çocuk varlığı durumuna göre premenstrüel sendrom belirtileri ($t_{(326)}=-1,391$, $p>,05$) ve çocukluk çağı travmaları ($t_{(326)}=-,083$, $p>,05$) puanlarının anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle, katılımcıların çocuklarının olup olmama durumu premenstrüel sendrom belirtileri ve cinsel işlev puanlarını etkilemediği bulunmuştur.

Çizelge 14 Katılımcıların Cinsel İşlev Düzeylerinin Çocuk Varlığı Durumuna Göre Mann Whitney U Testi Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Cinsel İşlev	Evet	70	199,64	13975,00	6570,000	,000
	Hayır	258	154,97	39981,00		

Çizelge 14 incelendiğinde katılımcıların çocuk varlığı durumuna göre cinsel işlev düzeylerinde anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($U=6570,000$, $p>,05$). Cinsel işlev için çocuk sahibi olanların sıra ortalamasının (199,64), çocuk sahibi olmayanların sıra ortalamasından (154,97) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

6. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri ve cinsel işlev puanları normal dağılım göstermektedir. Çocukluk çağı travmaları puanları normal dağılım göstermemektedir. Premenstrüel sendrom belirtileri ve cinsel işlev için ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi, çocukluk çağı travmaları için Kruskal Wallis H testi yapılmıştır.

Çizelge 15 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Cinsel İşlevden Elde Ettikleri Puanların Gelir Düzeylerine Göre Betimsel İstatistikleri

Ölçek/boyut	Grup	n	\bar{X}	S
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Kötü ¹	21	151,62	34,39
	Orta ²	217	138,25	37,86
	İyi ³	90	122,74	41,65
Cinsel İşlev	Kötü ¹	21	16,97	11,35
	Orta ²	217	19,84	9,69
	İyi ³	90	23,27	8,22

Çizelge 15 incelendiğinde katılımcıların gelir düzeylerine göre premenstrüel sendrom belirtileri puan ortalamaları 122,74 ile 151,62, cinsel işlev puan ortalamaları 16,97 ile 23,27 arasında değişmektedir. Ancak sadece betimsel istatistiklere bakılarak fark olup olmadığı hakkında bilgi verilemez. ANOVA çizelgesini incelemek gerekmektedir.

Çizelge 16 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Cinsel İşlev Puan Ortalamalarının Gelir Düzeylerine Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek/boyut	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Gruplar Arası	21607,841	2	10803,921			
	Gruplar İçi	487641,135	325	1500,434	7,201	,001	1-3, 2-3
	Toplam	509248,976	327				
Cinsel İşlev	Gruplar Arası	1045,536	2	522,768			
	Gruplar İçi	28889,128	325	88,890	5,881	,003	2-3
	Toplam	29934,665	327				

Çizelge 16 incelendiğinde gelir düzeylerine göre premenstrüel sendrom belirtileri [$F_{(2-327)}=7,201$, $p<,05$] ve cinsel işlev [$F_{(2-327)}=5,881$, $p<,05$] puan ortalamaları anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak amacıyla post-hoc testi yapılmıştır. Post-hoc testi sonucuna göre, PSÖ için gelir durumu iyi olanların puan ortalaması ($\bar{X}=122,74$), gelir durumu kötü ($\bar{X}=151,62$) ve gelir durumu orta düzeyde olanların puan ortalamasından ($\bar{X}=138,25$) daha düşük olduğu bulunmuştur. Cinsel işlev için gelir durumu iyi olanların puan ortalamasının ($\bar{X}=23,27$), gelir durumu orta düzeyde olanların puan ortalamasından ($\bar{X}=19,84$) daha düşük olduğu bulunmuştur.

Çizelge 17 Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin Gelir Düzeylerine Göre Kruskal Wallis H Testi Donucu

Ölçek/boyut	Grup	n	Sıra Ort.	sd	Ki-kare	p	Anlamlı Fark
ÇTÖ	Kötü ¹	21	225,98				
	Orta ²	217	175,30	2	28,079	,000	1-2, 1-3, 2-3
	İyi ³	90	124,12				

Çizelge 17 incelendiğinde gelir düzeylerine göre çocukluk çağı travmaları düzeyleri anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($\chi^2=28,079$, $p<,05$). Çocukluk çağı travmaları için gelir düzeyi kötü olanların sıra ortalamasının (225,98), gelir düzeyi orta (175,30) ve iyi olanların sıra ortalamasından (124,12) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca gelir durumu iyi olanların sıra ortalamasının (124,12), gelir durumu orta düzeyde olanların sıra ortalamasından (175,30) daha düşük olduğu bulunmuştur.

7. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Fiziksel Rahatsızlık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puanları normal dağılım göstermektedir. Premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları için ilişkisiz örneklem t testi yapılmıştır.

Çizelge 18 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puanlarının Fiziksel Rahatsızlık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek/boyut	Grup	n	\bar{X}	S	t	Sd	p
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Evet	42	136,83	39,19	,348	326	,728
	Hayır	286	134,56	39,56			
Cinsel İşlev	Evet	42	22,28	7,27	1,527	326	,132
	Hayır	286	20,35	9,85			
Çocukluk Çağı Travmaları	Evet	42	41,29	15,88	1,612	326	,108
	Hayır	286	37,61	13,48			

Çizelge 18 incelendiğinde katılımcıların fiziksel rahatsızlık durumuna göre premenstrüel sendrom belirtileri ($t_{(326)}=,348$, $p>,05$), cinsel işlev ($t_{(326)}=1,527$, $p>,05$) ve ÇTÖ ($t_{(326)}=1,612$, $p>,05$) puanlarının anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle, katılımcıların fiziksel rahatsızlarının olup olmamasının premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puanlarını etkilemediği bulunmuştur. Bu konularda fiziksel rahatsızlığı olan katılımcılar ile fiziksel rahatsızlığı olmayan katılımcıların benzer düşündükleri ifade edilebilir.

8. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Ruhsal Rahatsızlık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puanları normal dağılım göstermektedir. Premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları için ilişkisiz örneklem t testi yapılmıştır.

Çizelge 19 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puanlarının Ruhsal Rahatsızlık Durumuna Göre İlişkisiz Örneklem T Testi Karşılaştırılması

Ölçek/boyut	Grup	n	\bar{X}	S	t	Sd	p																				
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Evet	34	163,32	27,00	6,145	326	,000																				
	Hayır	294	131,56	39,38				Cinsel İşlev	Evet	34	19,61	10,65	-,637	326	,525	Hayır	294	20,71	9,45	Çocukluk Çağı Travmaları	Evet	34	46,74	16,36	3,319	326	,002
Cinsel İşlev	Evet	34	19,61	10,65	-,637	326	,525																				
	Hayır	294	20,71	9,45				Çocukluk Çağı Travmaları	Evet	34	46,74	16,36	3,319	326	,002	Hayır	294	37,08	13,19								
Çocukluk Çağı Travmaları	Evet	34	46,74	16,36	3,319	326	,002																				
	Hayır	294	37,08	13,19																							

Çizelge 19 incelendiğinde katılımcıların ruhsal rahatsızlık durumuna göre premenstrüel sendrom belirtileri ($t_{(326)}=6,145$, $p<,05$) ve çocukluk çağı travmaları ($t_{(326)}=3,319$, $p<,05$) puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Premenstrüel sendrom belirtileri için ruhsal rahatsızlığı olanların puan ortalamasının ($\bar{X}=163,32$), ruhsal rahatsızlığı olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=131,56$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları için ruhsal rahatsızlığı olanların puan ortalamasının ($\bar{X}=46,74$), ruhsal rahatsızlığı olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}=37,08$) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların ruhsal rahatsızlık durumuna göre cinsel işlev puanlarının anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($t_{(326)}=-,637$, $p>,05$). Bir başka ifadeyle, katılımcıların fiziksel rahatsızlarının olup olmasının cinsel işlev puanlarını etkilemediği bulunmuştur.

9. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Adet Olma Yaşlarına Göre Karşılaştırılması

Öncelikle “12 yaşından önce”, “12-15 yaş arasında”, “16-18 yaş arasında” ve “18 yaşından sonra” olan yaş değişkeni, yeniden kodlanarak “12 yaşından önce”, “12-15 yaş arasında” ve “16 ve üzeri” şekline getirilmiştir. Çünkü “Köy” kategorisinde az sayıda katılımcı yer almaktadır.

Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puanları normal dağılım göstermektedir. Premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları için ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Çizelge 20 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmalarından Elde Ettikleri Puanların Adet Olma Yaşlarına Göre Betimsel İstatistikleri

Ölçek/boyut	Grup	n	\bar{X}	S
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	12 yaşından önce ¹	43	148,79	36,20
	12-15 ²	262	133,58	39,32
	16 ve üzeri ³	23	123,35	42,00
Cinsel İşlev	12 yaşından önce ¹	43	18,43	10,34
	12-15 ²	262	21,22	9,14
	16 ve üzeri ³	23	17,51	11,87
Çocukluk Çağı Travmaları	12 yaşından önce ¹	43	40,30	13,62
	12-15 ²	262	37,36	13,39
	16 ve üzeri ³	23	42,09	18,22

Çizelge 20 incelendiğinde adet olma yaşlarına göre premenstrüel sendrom belirtileri puan ortalamaları 123,35 ile 148,79, cinsel işlev puan ortalamaları 17,51 ile 21,22, çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları 37,36 ile 42,09 arasında değişmektedir. Ancak ANOVA çizelgesini incelemeyen sadece betimsel istatistiklere bakılarak fark olup olmadığı hakkında bilgi verilemez.

Çizelge 21 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Adet Olma Yaşlarına Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek/boyut	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Gruplar Arası	11824,669	2	5912,334	3,863	,022	1-2, 1-3
	Gruplar İçi	497424,307	325	1530,536			
	Toplam	509248,976	327				
Cinsel İşlev	Gruplar Arası	523,759	2	261,879	2,894	,057	-
	Gruplar İçi	29410,906	325	90,495			
	Toplam	29934,665	327				
Çocukluk Çağı Travmaları	Gruplar Arası	716,490	2	358,245	1,880	,154	-
	Gruplar İçi	61923,449	325	190,534			
	Toplam	62639,939	327				

Çizelge 21 incelendiğinde adet olma yaşlarına göre premenstrüel sendrom belirtileri puan ortalamaları anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir [$F_{(2-327)}=3,863$, $p<,05$]. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak amacıyla post-hoc testi yapılmıştır.

Post-hoc testi sonucuna göre, premenstrüel sendrom belirtileri için 12 yaşından önce adet olanların puan ortalamasının ($\bar{X}=148,79$), ilk adetini “12-15” yaş aralığında olanlar ($\bar{X}=133,58$) ile “16 yaş ve üzerinde” olanların puan ortalamasından ($\bar{X}=123,35$) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Adet olma yaşlarına göre cinsel işlev [$F_{(2-327)}=2,894, p>,05$] ve çocukluk çağı travmaları [$F_{(2-327)}=1,880, p>,05$] puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle, katılımcıların adet olma yaşlarının cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puanlarını etkilemediği bulunmuştur.

10. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Adetlerinin Ağırlı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri ve cinsel işlev puanları normal dağılım göstermektedir. Çocukluk çağı travmaları puanları normal dağılım göstermemektedir. Premenstrüel sendrom belirtileri ve cinsel işlev için ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi, çocukluk çağı travmaları için Kruskal Wallis H testi yapılmıştır.

Çizelge 22 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Cinsel İşlevden Elde Ettikleri Puanların Adetlerinin Ağırlı Olma Duruma Göre Betimsel İstatistikleri

Ölçek/boyut	Grup	n	\bar{X}	S
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Evet ¹	158	145,02	38,77
	Hayır ²	59	118,25	39,27
	Bazen ³	111	129,21	36,63
Cinsel İşlev	Evet ¹	158	20,57	9,75
	Hayır ²	59	19,77	9,95
	Bazen ³	111	21,06	9,14

Çizelge 22 incelendiğinde adetlerinin ağırlı olma duruma göre premenstrüel sendrom belirtileri puan ortalamaları 118,25 ile 145,02, cinsel işlev puan ortalamaları 19,77 ile 21,06 arasında değişmektedir. Ancak sadece betimsel istatistiklere bakılarak fark olup olmadığı hakkında bilgi verilemez. ANOVA çizelgesini incelemek gerekmektedir.

Çizelge 23 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri ve Cinsel İşlev Puan Ortalamalarının Adetlerinin Ağrılı Olma Duruma Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek/boyut	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Gruplar Arası	36122,612	2	18061,306			
	Gruplar İçi	473126,364	325	1455,773	12,40	,000	1-2, 1-3
	Toplam	509248,976	327				
Cinsel İşlev	Gruplar Arası	64,452	2	32,226			
	Gruplar İçi	29870,213	325	91,908	,351	,705	-
	Toplam	29934,665	327				

Çizelge 23 incelendiğinde adetlerinin ağrılı olma duruma göre premenstrüel sendrom belirtileri puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir [$F_{(2-327)}=12,407$, $p>,05$]. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak amacıyla post-hoc testi yapılmıştır.

Post-hoc testi sonucuna göre, premenstrüel sendrom belirtileri için adetleri ağrılı olan katılımcıların puan ortalamasının ($\bar{X}=145,02$), adetleri ağrılı olmayan ($\bar{X}=118,25$) ve adetleri bazen ağrılı olan katılımcıların puan ortalamasından ($\bar{X}=129,21$) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Adetlerinin ağrılı olma duruma göre cinsel işlev puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir [$F_{(2-327)}=,351$, $p>,05$]. Bir başka ifadeyle, katılımcıların adetlerinin ağrılı olup olmama durumunun cinsel işlev puanlarını etkilemediği bulunmuştur.

Çizelge 24 Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin Adetlerinin Ağrılı Olma Durumuna Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu

Ölçek/boyut	Grup	n	Sıra Ort.	sd	Ki-kare	p	Anlamlı Fark
ÇTÖ	Evet ¹	158	173,12				
	Hayır ²	59	148,29	2	3,210	,201	-
	Bazen ³	111	160,84				

Çizelge 24 incelendiğinde adetlerinin ağrılı olma duruma göre çocukluk çağı travmaları düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($\chi^2=3,210$, $p>,05$). Bir başka ifadeyle, katılımcıların adetlerinin ağrılı olup olmama durumunun çocukluk çağı travmaları düzeylerini etkilemediği bulunmuştur.

11. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Adetin Sosyal Yaşamı Etkileme Durumuna Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puanları normal dağılım göstermektedir. Premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları için ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. İlişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi sonucu Çizelge 26'da verilmiştir.

Çizelge 25 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmalarından Elde Ettikleri Puanların Adetin Sosyal Yaşamı Etkileme Duruma Göre Betimsel İstatistikleri

Ölçek/boyut	Grup	n	\bar{X}	S
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Evet ¹	110	150,53	41,79
	Hayır ²	94	119,91	37,03
	Bazen ³	124	132,27	34,04
Cinsel İşlev	Evet ¹	110	20,14	9,82
	Hayır ²	94	22,04	8,86
	Bazen ³	124	19,91	9,82
Çocukluk Çağı Travmaları	Evet ¹	110	40,53	15,77
	Hayır ²	94	36,22	13,62
	Bazen ³	124	37,31	11,84

Çizelge 25 incelendiğinde adetin sosyal yaşamı etkileme duruma göre premenstrüel sendrom belirtileri puan ortalamaları 119,91 ile 150,53, cinsel işlev puan ortalamaları 19,91 ile 22,04, çocukluk çağı travmaları puan ortalamaları 36,22 ile 40,53 arasında değişmektedir. Ancak sadece betimsel istatistiklere bakılarak fark olup olmadığı hakkında bilgi verilemez. ANOVA çizelgesini incelemek gerekmektedir.

Çizelge 26 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Adetin Sosyal Yaşamı Etkileme Duruma Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek/boyut	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Gruplar Arası	48825,561	2	24412,780	17,232	,000	1-2,
	Gruplar İçi	460423,415	325	1416,687			1-3,
	Toplam	509248,976	327				2-3
Cinsel İşlev	Gruplar Arası	276,292	2	138,146	1,514	,222	-
	Gruplar İçi	29658,373	325	91,257			-
	Toplam	29934,665	327				-
Çocukluk Çağı Travmaları	Gruplar Arası	1055,478	2	527,739	2,785	,063	-
	Gruplar İçi	61584,461	325	189,491			-
	Toplam	62639,939	327				-

Çizelge 26 incelendiğinde adetın sosyal yaşamı etkileme duruma göre premenstrüel sendrom belirtileri puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir [$F_{(2-327)}=17,232$, $p>,05$]. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak amacıyla post-hoc testi yapılmıştır.

Post-hoc testi sonucuna göre, premenstrüel sendrom belirtileri için adet nedeniyle sosyal yaşamı etkilenen katılımcıların puan ortalamasının ($\bar{X}=150,53$), adet nedeniyle sosyal yaşamları etkilenmeyen ($\bar{X}=119,91$) ve adet nedeniyle sosyal yaşamı bazen etkilenen katılımcıların puan ortalamasından ($\bar{X}=132,27$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca adet nedeniyle sosyal yaşamları etkilenmeyen katılımcıların puan ortalamasının ($\bar{X}=119,91$), adet nedeniyle sosyal yaşamı bazen etkilenen katılımcıların puan ortalamasından ($\bar{X}=132,27$) daha düşük olduğu bulunmuştur.

Adetin sosyal yaşamı etkileme duruma göre cinsel işlev [$F_{(2-327)}=1,514$, $p>,05$] ve ÇTÖ [$F_{(2-327)}=2,785$, $p>,05$] puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle, katılımcıların adetlerinin sosyal yaşamlarını etkileme durumunun cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puanlarını etkilemediği bulunmuştur.

12. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Cinsel İlişki Sıklığına Göre Karşılaştırılması

Kişi sayısı incelendiğinde “Her gün” kategorisinde az sayıda katılımcı yer aldığı görülmektedir. Bu nedenle premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları için Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Çizelge 27’de verilmiştir.

Çizelge 27 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin Cinsel İlişki Sıklığına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu

Ölçek/boyut	Grup	n	Sıra Ort.	sd	Ki-kare	p	Anlamlı Fark
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Her Gün ¹	9	169,06				
	Haftada Birkaç Defa ²	119	156,32				
	Ayda Birkaç Defa ³	100	168,63	4	5,006	,287	-
	Yılda Birkaç Defa ⁴	33	144,03				
	Cinsel İlişki Yaşamıyorum ⁵	67	182,34				
Cinsel İşlev	Her Gün1	9	283,50				1-2, 1-3,
	Haftada Birkaç Defa2	119	217,02				1-4, 1-5,
	Ayda Birkaç Defa3	100	183,25	4	152,171	,000	2-3, 2-4,
	Yılda Birkaç Defa4	33	97,91				2-5, 3-4,
	Cinsel İlişki Yaşamıyorum5	67	60,04				3-5, 4-5
Çocukluk Travmaları	Her Gün1	9	142,39				
	Haftada Birkaç Defa ²	119	144,22				
	Ayda Birkaç Defa ³	100	172,74	4	10,447	,034	2-3, 2-4,
	Yılda Birkaç Defa ⁴	33	187,76				2-5
	Cinsel İlişki Yaşamıyorum ⁵	67	179,74				

Çizelge 27 incelendiğinde medeni duruma göre cinsel işlev ($\chi^2=152,171$, $p<,05$) ve ÇTÖ ($\chi^2=10,447$, $p<,05$) düzeylerinin anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Cinsel işlev için cinsel ilişki sıklığı her gün olanların sıra ortalamasının (283,50), haftada birkaç defa sıra olanların (217,02), ayda birkaç defa olanların (183,25), yılda birkaç defa olanların (97,91) ve hiç cinsel ilişki yaşamayanların sıra ortalamasından (60,04) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca cinsel ilişki sıklığı, haftada birkaç defa olanların sıra ortalamasının (217,02), ayda birkaç defa olanların

(183,25), yılda birkaç defa olanların (97,91) ve hiç cinsel ilişki yaşamayanların sıra ortalamasından (60,04) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayda birkaç defa olanların sıra ortalamasının (183,25), yılda birkaç defa olanların (97,91) ve hiç cinsel ilişki yaşamayanların sıra ortalamasından (60,04) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yılda birkaç defa olanların (97,91) sıra ortalamasının, hiç cinsel ilişki yaşamayanların sıra ortalamasından (60,04) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları için cinsel ilişki sıklığı, haftada birkaç defa sıra olanların sıra ortalamasının (144,22), ayda birkaç defa olanların (172,74), yılda birkaç defa olanların (187,76) ve hiç cinsel ilişki yaşamayanların sıra ortalamasından (179,74) daha düşük olduğu bulunmuştur.

Cinsel ilişki sıklığına göre premenstrüel sendrom belirtileri düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($\chi^2=5,006$, $p>,05$). Bir başka ifadeyle, katılımcıların cinsel ilişki sıklığının premenstrüel sendrom belirtileri düzeylerini etkilemediği bulunmuştur.

13. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Birden Fazla Partner Durumuna Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puanları normal dağılım göstermektedir. Premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları için ilişkisiz örneklem t testi yapılmıştır. İlişkisiz örneklem t testi sonucu Çizelge 28’de verilmiştir.

Çizelge 28 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puanlarının Birden Fazla Partner Durumuna Göre İlişkisiz Örneklem T Testi Karşılaştırılması

Ölçek/boyut	Grup	n	\bar{X}	S	t	Sd	p																				
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Evet	28	144,39	39,65	1,339	326	,181																				
	Hayır	300	133,96	39,39				Cinsel İşlev	Evet	28	23,67	7,63	2,175	326	,075	Hayır	300	20,31	9,69	Çocukluk Çağı Travmaları	Evet	28	41,07	17,98	,939	326	,355
Cinsel İşlev	Evet	28	23,67	7,63	2,175	326	,075																				
	Hayır	300	20,31	9,69				Çocukluk Çağı Travmaları	Evet	28	41,07	17,98	,939	326	,355	Hayır	300	37,80	13,39								
Çocukluk Çağı Travmaları	Evet	28	41,07	17,98	,939	326	,355																				
	Hayır	300	37,80	13,39																							

Çizelge 28 incelendiğinde katılımcıların birden fazla partner durumuna göre premenstrüel sendrom belirtileri ($t_{(326)}=1,339$, $p>,05$), cinsel işlev ($t_{(326)}=2,175$, $p>,05$) ve çocukluk çağı travmaları ($t_{(326)}=,939$, $p>,05$) puanlarının anlamlı farklılık

göstermediği tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle, katılımcıların birden fazla partner durumuna göre premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puanlarını etkilemediği bulunmuştur.

14. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamalarının Cinsel Yaşam Memnuniyetine Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların premenstrüel sendrom belirtileri puanları normal dağılım göstermektedir. Cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları puanları normal dağılım göstermemektedir. Premenstrüel sendrom belirtileri için ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları için Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. İlişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi Çizelge 30'da, Kruskal Wallis H testi sonuçları ise Çizelge 31'de verilmiştir.

Çizelge 29 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileriden Elde Ettikleri Puanların Cinsel Yaşam Memnuniyetine Göre Betimsel İstatistikleri

Ölçek/boyut	Grup	n	\bar{X}	S
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Evet ¹	186	130,51	39,89
	Hayır ²	52	143,62	39,56
	Kararsızım ³	90	138,77	37,66

Çizelge 29 incelendiğinde medeni duruma göre premenstrüel sendrom belirtileri puan ortalamaları 130,51 ile 143,62 arasında değişmektedir. Ancak sadece betimsel istatistiklere bakılarak fark olup olmadığı hakkında bilgi verilemez. ANOVA çizelgesini incelemek gerekmektedir.

Çizelge 30 Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri Puan Ortalamalarının Cinsel Yaşam Memnuniyetine Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek/boyut	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Premenstrüel Sendrom Belirtileri	Gruplar Arası	8878,089	2	4439,045			
	Gruplar İçi	500370,886	325	1539,603	2,883	,057	-
	Toplam	509248,976	327				

Çizelge 30 incelendiğinde cinsel yaşam memnuniyetine göre premenstrüel sendrom belirtileri puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir [$F_{(2-327)}=2,883$, $p>,05$]. Bir başka ifadeyle, katılımcıların cinsel yaşam memnuniyetlerinin premenstrüel sendrom belirtileri puanlarını etkilemediği bulunmuştur.

Çizelge 31 Katılımcıların Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin Cinsel Yaşam Memnuniyetine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu

Ölçek/boyut	Grup	n	Sıra Ort.	sd	Ki-kare	p	Anlamlı Fark
Cinsel İşlev	Evet ¹	186	205,88				
	Hayır ²	52	99,18	2	82,953	,000	1-2, 1-3
	Kararsızım ³	90	116,72				
Çocukluk Çağı Travmaları	Evet ¹	186	147,94				
	Hayır ²	52	199,74	2	14,841	,001	1-2, 1-3
	Kararsızım ³	90	178,37				

Çizelge 31 incelendiğinde cinsel yaşam memnuniyetine göre cinsel işlev ($\chi^2=82,953$, $p<,05$) ve ÇTÖ ($\chi^2=14,841$, $p<,05$) düzeylerinin anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Cinsel işlev için cinsel yaşamından memnun olanların sıra ortalamasının (205,88), memnun olmayanların (99,18) ve kararsız olanların sıra ortalamasından (116,72) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları için cinsel yaşamından memnun olanların sıra ortalamasının (147,94), memnun olmayanların (199,74) ve kararsız olanların sıra ortalamasından (178,37) daha düşük olduğu bulunmuştur.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

A. Tartışma ve Sonuç

Bu bölümde ilk olarak premenstrüel sendrom belirtileriyle, cinsel işlev ve çocukluk çağı travma düzeyleri arasındaki ilişkilere yönelik elde edilen bulgular literatürde daha önceden yapılmış diğer çalışmaların sonuçları ile ilişkilendirilerek tartışılmıştır. Daha sonra premenstrüel sendrom, cinsel işlev ve çocukluk travmaları kavramlarının yaş, yaşadıkları yer, medeni durum, çocuk varlığı, gelir durumu, fiziksel rahatsızlık, ruhsal rahatsızlık, adet olma yaşı, adet ağrılı olma durumu, adet sosyal yaşamı etkileme durumu, cinsel ilişki sıklığı, partner sayısı, cinsel yaşam memnuniyeti durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı tartışılmıştır. Bu doğrultuda araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatürde daha önceden yapılmış diğer çalışmaların sonuçları ile ilişkilendirilerek karşılaştırma yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular ise aşağıdaki gibi özetlenebilir:

1. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Arasında Anlamlı İlişki Var mıdır?

Çalışmada premenstrüel sendrom belirtileri ile çocukluk çağı travmaları düzeyleri arasında pozitif, düşük düzeyde ilişki varlığı bulunmuştur. Bu durum katılımcılarda premenstrüel sendrom belirtileri arttıkça çocukluk çağı travmalarında da artış olduğunu göstermektedir. Birçok çalışma, yaşamın erken dönemlerinde yaşanan sıkıntının yaşam boyu sağlık sonuçları üzerinde kalıcı bir etkiye sahip olabileceği ve kronik sağlık durumları ve hastalıklarla ilişkili olabileceği yönündeki yaygın görüşü desteklemektedir (Azoulay vd., 2020; Wakatsuki vd., 2020). Ayrıca literatürde istismar (duygusal, fiziksel ve cinsel) öyküsü olan kadınların premenstrüel belirtilerini daha şiddetli yaşadıkları ve bu kadınların PMS için daha yüksek risk altında oldukları belirtilmektedir (Azoulay vd, 2020; Soydas vd., 2014; Wakatsuki vd, 2020; Walsh vd., 2018). Azoulay vd. (2020) tarafından yapılan ve çocukluk çağı travmasına daha fazla maruz kalındıkça adet öncesi semptomların sayısı ve

şiddetinin arttığını ve bu ilişkinin tamamen duygu düzenleme güçlükleri tarafından aracılık edildiğine dair tespitleri bu araştırmayı destekler niteliktedir.

Çalışmada ayrıca cinsel işlev ile çocukluk çağı travmaları arasında negatif ve düşük düzeyde ilişki saptanmıştır. Cinsel işlev arttıkça çocukluk çağı travmaları azalmaktadır. Çocukluktaki travmatik deneyimlerin sıklığı ile yetişkinlikteki genel sağlık sorunları arasındaki doz-yanıt ilişkisinin bir ürünü olabilir (Edwards vd., 2003). Cinsel işlev bozukluğunun farklı türleri arasında, düşük cinsel istek seviyeleri, cinsel olarak uyarılma sorunları ve orgazma ulaşmada güçlük en çok çocuklukta kötü muamele görmüş kadınlar tarafından bildirilmektedir (Rellini, 2005). Cinsel işlev bozukluğu ve çocukluk çağı travması - özellikle cinsel travma - arasındaki ilişki, son birkaç yılda epidemiyolojik, kesitsel ve boylamsal çalışmalarda belgelenmiştir (O'Loughlin vd., 2020). Sonuçlar her zaman tutarlı olmasa da, çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin yetişkin cinsel işlev bozukluğu için açık risk faktörleri olduğu bildirilmiştir (Neumann vd., 1996).

2. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Yaşlarına Göre Anlamlı Farklılık Göstermekte Midir?

Bu çalışmada premenstrüel sendrom belirtileri, çocukluk çağı travmaları ve cinsel işlevlerinin yaş gruplarına göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Literatürde çalışmamız ile benzerlik gösteren yaş ortalamaları ile PMS arasında ilişki olmadığını belirten birçok çalışma bulunmaktadır (Aba vd.,2018; Aşçı vd., 2016; Dönmez ve Gümüşsoy, 2019; Işık vd., 2016). Bu sonuçların aksine Manisa ilinde yapılan bir çalışmada PMS riski olan kadınların yaş ortalamasının daha düşük olduğu, 2019 yılında İç Anadolu Bölgesi'nde yapılan bir başka çalışma sonuçlarında yaş ortalaması ile PMS arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (Adıgüzel vd., 2007; Höbek Akarsu ve Yalman, 2019). Çalışma sonuçlarındaki farklılıklar yaş ile PMS arasındaki ilişkinin tam belirlenemediğini göstermektedir (Akmalı vd., 2020; Pınar vd., 2011). Bazı çalışmalar PMS semptomlarının yaş ile birlikte arttığını desteklerken bazı çalışmalar semptomların en yaygın 20'li yaşlarda görüldüğünü desteklemektedir (Işgın, 2014; Uzer Ekin vd., 2013). Bir meta analiz çalışmasında yaş arttıkça PMS prevalansının azaldığı ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Ranjbaran vd., 2017).

3. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları En Uzun Yaşadıkları Yere Göre Anlamlı Farklılık Göstermekte Midir?

Araştırmada katılımcıların en uzun yaşadıkları yere göre premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları düzeylerinin etkilenmediği bulunmuştur. Kentsel ortamlarda ve daha yüksek sosyo-ekonomik statüde olanlarla karşılaştırıldığında, kırsal ortamlardaki ve daha düşük sosyo-ekonomik durumdaki kadınlar, olumsuz fiziksel, zihinsel, obstetrik ve jinekolojik sağlık sonuçlarına karşı daha savunmasız olma eğilimindedir (ACOG, 2014). Genellikle kendilerinin değerlendirdiği zihinsel ve fiziksel sağlığın daha kötü olduğunu (Mark vd., 2018), gerekli obstetrik bakıma daha az erişime sahip olduklarını (Newell vd., 2017) ve daha yüksek travma ve ölüm oranlarına sahip olduklarından (Kyei-Nimakoh vd., 2017) bu alt popülasyonda cinsel işlev bozukluğunun daha şiddetli olabileceği belirtilmiştir. Fakat araştırmamız bu bulguların aksine cinsel işlev düzeylerinin yaşanılan yere göre değişmediği ve bu durumun örneklem yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

4. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Medeni Durumlarına Göre Anlamlı Farklılık Göstermekte Midir?

Araştırmada premenstrüel sendrom belirtileri için bekâr olanların puan ortalamasının evli olanların puan ortalamasından daha yüksek olduğu ve farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bazı çalışmalarda medeni durum ile PMS ilişkisi arasında herhangi bir ilişki olmadığı bildirilirken, bazı çalışmalarda ise bekar kadınların evli kadınlara göre daha fazla PMS riski taşıdığını belirtilmektedir. Özmermer (2017)'in üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada 376 öğrenciden evli olanların %75'inde PMS görülürken, bekar öğrencilerin ise %47,6'sında PMS görülmektedir. Adıgüzel vd. (2007) Manisa ilinde 541 kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada PMS varlığı açısından bekar kadınların daha fazla risk taşıdığı tespit edilmiştir. Çalışmamız Erbil vd. (2011)'nin araştırma sonuçlarına göre evli kadınların daha hafif düzeyde PMS yaşadıkları tespiti ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada medeni duruma göre cinsel işlev düzeyleri anlamlı farklılık gösterdiği cinsel işlev için bekâr olanların sıra ortalamasının, flört ile birlikte

olanların ve evli olanların sıra ortalamasından daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularımıza paralel olarak Kocagöz (2008) cinsel işlev bozukluğu tipleri ile ilgili çalışmasında cinsel işlev ile bireylerin medeni durumu arasında ilişki olduğunu bildirmiştir. Pereira vd. (2013)'nin araştırmasında bekâr kadınların evli kadınlara göre daha zayıf bir cinsel işleve sahip olduğu belirtilmiştir.

5. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Çocuk Varlığına Göre Anlamlı Farklılık Göstermekte Midir?

Araştırmada çocuk varlığına göre premenstrüel sendrom belirtileri ve çocukluk çağı travmalarının farklılık göstermediği bulunmuştur. Fakat katılımcıların çocuk varlığı durumuna göre cinsel işlev düzeylerinde anlamlı farklılık olduğu ve çocuk sahibi olanların sıra ortalamasının, çocuk sahibi olmayanların ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

6. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Gelir Düzeylerine Göre Anlamlı Farklılık Göstermekte Midir?

Araştırmada premenstrüel sendrom belirtileri için gelir durumu iyi olanların gelir durumu kötü ve gelir durumu orta düzeyde olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu tespit, Farahmand vd. (2017)'nin üniversite öğrencilerinde uyguladığı araştırmasında düşük aile gelirine bağlı olarak PMS şiddetinin arttığına ilişkin tespitleriyle uyumludur. PMS ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki hakkında bazı tartışmalı raporlar bulunmaktadır (Chayachinda vd., 2008; Hamaideh vd., 2014). Amjad ve Mazher (2014) sosyoekonomik durum ile PMS riski arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Bu nedenle, sosyal alışkanlıklar ve stresli yaşam koşulları gibi diğer ilişkili faktörlerin sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlarda PMS şiddetini olumsuz yönde etkileyebileceğine inanılmaktadır (Carr, 2001; Elliott, 2002).

Çalışmada cinsel işlev için gelir durumu iyi olanların puan ortalamasının, gelir durumu orta düzeyde olanların puan ortalamasından daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı travmaları için gelir düzeyi kötü olanların sıra ortalaması, gelir düzeyi orta ve iyi olanların sıra ortalamasından daha yüksektir. Bununla birlikte gelir durumu iyi olanların sıra ortalaması, gelir durumu orta düzeyde olanların sıra

ortalamasından daha düşük olduğu saptanmıştır. Sosyoekonomik durum çocukluk çağı travmasına maruz kalmayla yakından ilişkilidir (Kaufman vd., 1997). Düşük sosyoekonomik duruma sahip aileler, yüksek düzeyde çocukluk çağı travmasına maruz kaldıklarını bildirmektedir (Mock ve Arai, 2011). Bir çalışma, Berg vd. (2015) çalışmalarında tespit ettiği gibi çocukluk çağı travmasına maruz kalmanın sosyoekonomik durumun sağlık üzerindeki etkisine aracılık edebileceğini göstermiştir.

7. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Fiziksel Rahatsızlıklarına Göre Anlamlı Farklılık Göstermekte Midir?

Araştırmada katılımcıların fiziksel rahatsızlıklarının olup olmaması premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmalarını etkilemediği bulunmuştur.

8. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Ruhsal Rahatsızlıklarına Göre Anlamlı Farklılık Göstermekte Midir?

Araştırmada premenstrüel sendrom belirtilerinin ruhsal rahatsızlığı olanların ruhsal rahatsızlığı olmayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hormon değişimleri özellikle kişilerin strese karşı duyarlılıklarını artırabilmekte, olumsuz duygular yaşayarak kötü ruh hali yaşamalarına neden olabilmektedir (Çevik ve Alan, 2021; Hashim, 2019). Aba vd. (2018) tarafından yapılan bir çalışmada kişilerin çoğunda PMS yaşandığı ve maksimum yaşanan semptomun depresif bulgu ve belirtilerin olduğu belirtilmiş; bu da çalışma bulgularımızla paralellik taşımaktadır. Benzer şekilde Bostancı (2010)'nın çalışmasında PMS'si olan kadınların, PMS olmayan kadınlara göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı şekilde Çevik ve Alan (2021)'nin ebelik öğrencilerinin PMS yaşama sıklıkları ile algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 151 öğrenci ile yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin en sık yaşadığı semptomların depresif semptomlar olduğunu belirtilmiş; Uran vd. (2016) ise PMS yaşayan adölesan öğrencilerin %89'unda öfkelenme, anksiyete, depresif durumlar gibi psikolojik bir sorunun bulunduğu bildirilmiştir

Araştırmada çocukluk çağı travmaları için ruhsal rahatsızlığı olanların ruhsal rahatsızlığı olmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, çocuklukta veya ergenlikte travmaya maruz kalmanın, psikotik deneyimler (Croft vd., 2019), depresyon (Yap vd., 2014), bipolar bozukluk (Marangoni vd., 2016) ve psikoz (Fusar-Poli vd., 2017) dahil olmak üzere çeşitli ruh sağlığı sonuçlarıyla ilişkili olduğu bulgularıyla paralellik taşımaktadır. Li vd. (2016) çocuklukta kötü muameleye ilişkin belgelenmiş bir öykünün, yetişkinlikte majör depresif bozukluk ve herhangi bir anksiyete bozukluğu olasılığındaki iki kat artışla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Psikoz literatürünün meta-analizleri, tüm araştırma tasarımlarında çocukluk çağı travması ile psikoz arasında önemli ilişkiler olduğunu bildirmiştir (Bellis vd., 2019). Spesifik olarak, meta-analizler, genel olarak çalışmamızdaki tespitlere uygun olarak; herhangi bir çocukluk döneminde kötü muameleye maruz kalanların, tekrarlayan ve kronik ruh sağlığı koşullarını bildirme olasılığının çok daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Araştırmada katılımcıların ruhsal rahatsızlarının olup olmamasının cinsel işlevlerini etkilemediği görülmüştür. Kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ile psikotik hastalık arasındaki ilişki tam olarak anlaşılamamıştır. Depresyon ve anksiyete yaşayan kadınlarda olduğu gibi, şizofreni ve şizofreni spektrum bozuklukları olan kadınların cinsel işlev bozukluğu yükü çok yüksektir ve kadınların %60-%80'i bundan etkilendiğini (Harley vd., 2010; Hou vd., 2016) ortaya koyan çalışmalardan farklı bir sonuç ortaya koymuştur. Antipsikotik ilaçlar, psikoz belirtileri, kurumsallaşma ve toplumsal damgalama hepsi muhtemelen katkıda bulunan faktörlerdir. Depresyon ve anksiyeteden mustarip kadınlarla karşılaştırıldığında, psikozlu kadınlar daha az sosyal bütünleşmeye, yakın partner bulmada daha fazla güçlük çekmeye ve genel olarak daha düşük bir işlevsellik düzeyine sahip olma eğilimindedir (İncedere ve Küçük, 2017). Bu daha yüksek düzeydeki bozulma, cinsel işlev bozukluğunun hem teşhisi hem de tedavisi için çıkarımlara sahiptir (Tharoor vd., 2015). Çalışmamız bu konularda anlaşılır bir sonuç vermemiştir.

Araştırmada olmaması Premenstrüel Sendrom Belirtileri için 12 yaşından önce adet olanların puan ortalamasının, ilk adetini “12-15” yaş aralığında olanlar ile “16 yaş ve üzerinde” olanların puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde menarş yaşı ile PMS yaşama durumu arasında anlamlı ilişki göstermeyen çalışmalar olduğu gibi Akmalı vd. (2020), Yeşildere Sağlam (2017), Demir vd.

(2006) yaptıkları çalışmalarda belirlediği ilişki bulgularımızı destekler niteliktedir. Altun (2021), Selçuk vd. (2014) çalışmalarında menarş yaşı ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilmesinin nedeni hormonal faktörlerle ilişkilendirilebilir.

9. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Adet Olma Yaşlarına Göre Anlamlı Farklılık Göstermekte Midir?

Araştırmada adet olma yaşı ile cinsel işlev arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Mahmoud vd. (2018) kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ve faktörlerini değerlendirdikleri araştırmalarında menarş yaşı ile kadın cinsel işlev bozukluğu arasında farklılık olmadığını belirtmiştir. Rezaie vd. (2021)'in araştırmasında ise menarş yaşı ile kadın cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki varlığı bildirilmiştir. Araştırma sonuçları arasındaki farklılığın cinsel işlev bozukluğu düzeylerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

10. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Adetlerinin Ağrılı Olma Durumuna Göre Anlamlı Farklılık Göstermekte Midir?

Araştırmada adetlerinin ağrılı olma duruma göre olmaması premenstrüel sendrom belirtileri puan ortalamalarının farklılık gösterdiği bulunmuştur. Buna göre olmaması premenstrüel sendrom belirtileri için adetleri ağrılı olan katılımcıların puan ortalamasının adetleri ağrılı olmayan ve adetleri bazen ağrılı olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Premenstrüel sendromda göğüslerde hassasiyet ve kilo alma, baş ağrısı, yorgunluk, uyku problemleri, ağrı, gastrointestinal semptomlar olarak menstruasyon başlamadan hemen önceki günler ve menstruasyon başladıktan sonraki birkaç gün içinde görülen fiziksel belirtilerdir (Boyacıoğlu vd., 2021; Houghton vd., 2019; Özkan ve Koç, 2020; Ranjbaran vd., 2017). Uçak (2020)'in araştırmasında menstruasyon döneminde kadınların %98,3'ünün ağrı kesici kullandığı ve PMS puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır. Şimşek Küçükkelepçe (2018) ile Mohib vd. (2018) yaptıkları çalışmalarda da PMS ile baş etme yöntemi olarak en çok ağrı kesici kullandıklarını belirlemişlerdir. Araştırma sonuçları literatür ile uyum sağlamaktadır.

Araştırmada adetlerinin ağrılı olma duruma göre cinsel işlev puan ortalamalarının farklılık göstermediği bulunmuştur. Ağrı olan birçok kadının yaşam kalitesini etkileyen ve genellikle depresyon, anksiyete ve yorgunluğa neden olan karmaşık ve kafa karıştırıcı bir sağlık sorunudur (Laursen vd., 2005). Ağrı, duygusal, bilişsel, davranışsal ve cinsel tepkileri içerir (Hoffmann, 2011). Ağrının kanıtlanmış fizyolojik etkilerinin bulunmadığı durumlarda nedeninin jinekolojik ve cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (Berghmans, 2018). Bu bağlamda çalışmamız ile önceki çalışma bulguları farklılık göstermektedir. Bu çalışmada yer alan kadınların yaşadıkları adetlerinin ağrılı olma durumu ile diğer ağrıları ayırt edemedikleri düşünülmektedir.

11. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Adetin Sosyal Yaşamı Etkileme Durumuna Göre Anlamlı Farklılık Göstermekte Midir?

Araştırmada adetin sosyal yaşamı etkileme duruma göre olmaması premenstrüel sendrom belirtileri puan ortalamalarının farklılık gösterdiği bulunmuştur. Buna göre olmaması Premenstrüel sendrom belirtileri için adet nedeniyle sosyal yaşamı etkilenen katılımcıların puan ortalamasının adet nedeniyle sosyal yaşamları etkilenmeyen ve adet nedeniyle sosyal yaşamı bazen etkilenen katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Muramatsu vd. (2001)'nin araştırmasında da PSM varlığının sosyal yaşamı etkilediği belirtilmiştir. Victor vd. (2019)'un üniversite öğrencilerinde uyguladığı çalışmada da PSM varlığının sosyal yaşamı etkilediği sonucunu bildirmiştir. Yaşam kalitesi, bir bireyin amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve kaygılarına ek olarak, içinde yaşadığı kültür ve sosyal değerler bağlamında yaşamdaki konumunu algılaması anlamına gelmektedir (da Silva Maia vd., 2014). Üreme çağındaki kadınların işe ve okula devam süreçlerinde yaklaşık %50 ila 80'inde bazı PMS semptomları görülür ve yaklaşık %3 ila 8'i, yaşam tarzlarını etkileyen ve benlik saygılarını ve ayrıca duygulanımlarını azaltacak kadar şiddetli olabilen aşırı bir ruh hali dalgalanması yaşamaktadır (Hamaideh vd., 2014; Schoep vd., 2019).

Araştırmada katılımcıların adetlerinin sosyal yaşamlarını etkileme durumunun cinsel işlev ve çocukluk çağı travmalarını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

12. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Cinsel İlişki Sıklığına Göre Anlamlı Farklılık Göstermekte Midir?

Araştırmada cinsel İşlev için cinsel ilişki sıklığı her gün olanların sıra ortalaması, haftada birkaç defa sıra olanların, ayda birkaç defa olanların, yılda birkaç defa olanların ve hiç cinsel ilişki yaşamayanların sıra ortalamasından daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Bu durum kadınlarda cinsel ilişki sıklığının cinsel işlevlerini etkilediğini göstermektedir. Ayrıca araştırmada çocukluk çağı travmaları için cinsel ilişki sıklığı, haftada birkaç defa sıra olanların sıra ortalamasının, ayda birkaç defa olanların, yılda birkaç defa olanların ve hiç cinsel ilişki yaşamayanların sıra ortalamasından daha düşük olduğu bulunmuştur. Buna göre cinsel işlev ve çocukluk çağı travmalarının cinsel ilişki sıklığına göre farklılık gösterdiği ve hipotezin desteklendiği görülmektedir.

13. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Birden Fazla Cinsel Partneri Olma Durumuna Göre Anlamlı Farklılık Göstermekte Midir?

Araştırmada birden fazla partner durumuna göre kadınlarda premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmalarının anlamlı olarak farklılık göstermediği bulunmuştur. Bu durum üniversiteli genç kadınlarda premenstrüel sendrom belirtileri, cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları düzeyleri cinsel partner sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir hipotezini dışlamaktadır.

14. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Belirtileri, Cinsel İşlev ve Çocukluk Çağı Travmaları Puan Ortalamaları Cinsel Yaşam Memnuniyetine Göre Anlamlı Farklılık Göstermekte Midir?

Araştırmada premenstrüel sendrom belirtileri puanının cinsel yaşam memnuniyeti durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Fakat cinsel işlev için cinsel yaşamından memnun olanların sıra ortalaması, memnun olmayanların ve kararsız olanların sıra ortalamasından daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı travmaları için cinsel yaşamından memnun olanların sıra ortalamasının, memnun olmayanların ve kararsız olanların sıra ortalamasından daha düşük olduğu bulunmuştur.

B. Öneriler

Araştırma bulguları dikkate alınarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Araştırmada kolay örnekleme yönteminin kullanılması popülasyonun tüm katmanlarına ulaşmayı zorlaştırmıştır. Ayrıca, anketlerin pandemi koşullarından dolayı sosyal medya üzerinden katılımcılara ulaştırılması sebebiyle araştırmaya dahil olan katılımcıların sayısı sınırlıdır. Bu sebeple, gelecekteki araştırmaların daha geniş ve sosyodemografik özellikler yönüyle daha benzer bir örneklem grubu ile yapılması literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

- Anlamli olmayan sonuçlar sınırlı sayıda katılımcıdan oluşmasından olduğu düşünülmektedir. Daha fazla katılımcıyla yapılan araştırmalar, premenstrüel sendrom belirtilerinin cinsel işlev ve çocukluk çağı travmaları etkileri hakkında daha iyi açıklamalar göstereceği düşünülmektedir.

- Topluma PMS belirtileri ile başa çıkabilmek için yapılabileceklerle ilişkin psikoeğitim verilmesinin faydalı etkileri olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda PMS'nin davranışsal etkilerine ilişkin olarak bireylerin baş etme stratejilerine dair yol göstermede etkili olabileceği düşünülmektedir.

- Araştırma bulgularına göre geç adet gören kadınlarda çocukluk travmalarına sık rastlandığı söylenebilir. Bu hususta araştırmada ayrı bir araştırma konusu tespit edildiği ve bunun araştırılması önerilmektedir.

- Çalışmada premenstrüel sendrom belirtileri ile çocukluk çağı travmaları düzeyleri arasında pozitif, düşük düzeyde ilişki varlığı bulunduğu için çocukluk çağı travmalarına maruz kalan kadınların psikolojik destek alma konusunda bilinçlendirilmesi ve kadınlara bu konuda yardım edilmesi yararlı olacaktır.

- Luteal fazdaki premenstrüel sendromun kadınlar üzerindeki etkilerini incelemek için PMS'li kadınlarla PMS'siz kadınlar karşılaştırılmamıştır. PMS'si olan ve olmayan kadınları karşılaştırmak için tasarlanmış bir araştırma, adet öncesi sendromunun etkilerini açıkça gösterebileceği düşünülmektedir.

VI. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ. (2013). **DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı**, Çev. E. Köroğlu, İstanbul, HYB Yayıncılık.
- BEST, C. ve FORTENBERRY, J. D. (2013). “Adolescent Sexuality and Sexual Behavior. **Handbook of Adolescent Health Psychology** içinde (ss.271-291), New York, Springer.
- BUTCHER, J. N., MINEKA, S. ve HOOLEY, J. M. (2014). **Anormal Psikoloji**, Çev. O. Gündüz, İstanbul, Kaknüs Yayınları.
- BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. (2007). **Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı**, Ankara, Pagem Yayınları.
- CANKUR, S. (2012). **Çocukların Ev İçinde Yaşadıkları Şiddet Araştırması**, İstanbul, Genç Hayat Yayınları.
- CRESWELL, J. W. (2014). **Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches**, Thousand Oaks, CA, Sage, 4. Baskı.
- DUMAN, N. B. (2019). “Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesinde Model Kullanımı”, N. Büyükkayacı Duman (Ed.), **Cinsel Sağlık** içinde (ss. 59-66), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- GANONG, F. W. (1995). **Tıbbi Fizyoloji**, Çev. A. Doğan, İstanbul, Barış Kitabevi.
- KAPLAN, H. S. (2014). **Yeni Cinsel Terapi**, Ankara, CK Yayınevi.
- LUSTYKI, M. K. B. ve GERRISH, W. G. (2010). “Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Issues of Quality of Life, Stress and Exercise”, V. R. Preedy & R. R. Watson (Ed.), **Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures** içinde (ss.1951-1975), New York, Springer.

- ÖRÜM, M. H. (2019). “Cinselliğin Önemi ve Cinsel İşlev Bozuklukları Yönetimi”, **Aile Hekimliğinde Güncel Yaklaşımlar** içinde (ss.449-456), Ankara, Akademisyen Kitabevi.
- RELLINI, A. H. (2005). “Psychological Factors of Sexual Abuse on Women’s Sexual Functioning”, I. Goldstein, C. Meston, S. Davis, & A. Traish (Eds.), **Women’s Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment** içinde (ss.98-104), London, Taylor & Francis Group.
- RUNYAN, D., WATTAM, C., IKEDA, R., HASSAN, F. ve RAMIRO, L. (2002). “Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers”, E. G. Krug, L. L. Dahlberg ve J. A. Mercy (Eds), **World Report on Violence and Health** içinde (ss.57-86), Geneva, World Health Organization.
- SHRESTHA, S. (2019). “Vehicle Tracking Using Video Surveillance”, Y. C. Yi (Ed.), **Intelligent System and Computing** içinde (ss.147-166), London, IntechOpen.
- TAŞKIN, L. (2020). **Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği**, Ankara, Özyurt Matbaacılık, 16. Baskı.
- UTKAN, N. Z. (2018) “Meme Kanseri”, M. F. Özçelik (Ed.), **Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları** içinde (ss.298-318), Ankara, Türk Cerrahi Derneği Yayınları.

MAKALELER

- ABA, Y. A., ATAMAN, H., DIŞSİZ, M. ve SEVİMLİ, S. (2018). “Genç Kadınlarda Premenstrual Sendrom, Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi”, **J Acad Res Nurs**, cilt 4, sayı 2, ss.75-82.
- ABPLANAKLP, J. M. (1985). “Premenstrual Syndrome”, **Behavioral Sciences and the Law**, cilt 3, sayı 1, ss.103-115.
- ADIGÜZEL, H., TAŞKIN, E. O. ve DANACI, A. E. (2007). “Manisa İlinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması”, **Türk Psikiyatri Derg**, cilt 18, sayı 3, ss.215-222.
- AKBULUT, M. F., ÜÇPINAR, M. B. ve GÜRBÜZ, Z. G. (2015). “Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflaması ve Tedavisi”, **Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics**, cilt 8, sayı 3, ss.10-15.

- AKDENİZ, F. ve GÖNÜL, A. F. (2004). “Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi”, **Klinik Psikiyatri**, Ek 2, ss.70-74.
- AKGÜNDÜZ, E., KAYA, K., KALAOĞLU, E., BULUT, F. D. ve HİLAL, A. (2018). “Munchausen by Proxy Sendromu: Bir Olgu Sunumu”, **Ahi Evran Tıp Dergisi**, cilt 2, sayı 1, ss.16-18.
- AKMALI, N., ÖZERDOĞAN, N. ve GÜRSOY, E. (2020). “Bir Devlet Hastanesi’nde Çalışan Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrual Sendrom Prevalansı, İlişkili Faktörler ve Yaşam Kalitesine Etkisi”, **Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg**, cilt 13, sayı 1, ss.63-74.
- AKTEPE, E. (2009). “Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, cilt 1, sayı 2, ss.95-119.
- ALAM, R. R. ve FADILA, D. S. (2016). “Knowledge, Attitude and Practice of Elders About Sexuality”, **Journal of Nursing Education and Practice**, cilt 6, sayı 12, ss.24-33.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. (2000). “Perinatal Viral and Parasitic Infections”, **Practice Bulletin, Number 20**, cilt 96, ss.1-13.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. (2014). “Practice Bulletin No. 146: Management of Late-Term and Postterm Pregnancies”, **Obstetrics and Gynecology**, cilt 124, sayı 2, ek 1, s.390.
- AMJAD, A. K. R. ve MAZHER, S. B. (2014). “Socio-Demographic Factors and Premenstrual Syndrome Among Women Attending a Teaching Hospital in Islamabad, Pakistan”, **JPMS**, cilt 4, ss.159-162.
- AŞÇI, Ö., SÜT, H. K. ve GÖKDEMİR, F. (2016). “Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Risk Faktörleri”, **DEUHFED**, cilt 9, sayı 3, ss.79-87.
- AYGİN, D. ve ASLAN, E. F. (2005). “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği’nin Türkçeye Uyarlaması”, **Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi**, cilt 25, sayı 3, ss.393-399.
- AZOULAY, M., REUVENI, I., DAN, R., GOELMAN, G., SEGMAN, R., KALLA, C., BONNE, O. ve CANETTI, L. (2020) “Childhood Trauma and

- Premenstrual Symptoms: The Role of Emotion Regulation”, **Child Abuse Negl**, cilt 108, s.104637.
- BAKIM, B., KARAMUSTAFALIOĞLU, O., AKPINAR, A., TANKAYA, O., ÖZÇELİK, B., CEYLAN, Y. C., ... ve GÖNENLİ, S. (2011). “Panik Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Cinsel İşlev Üzerine Etkileri”, **Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences**, cilt 24, sayı 3, ss.182-188.
- BELLIS, M. A., HUGHES, K., FORD, K., RODRIGUEZ, G. R., SETHI, D. ve PASSMORE, J. (2019). “Life Course Health Consequences and Associated Annual Costs of Adverse Childhood Experiences Across Europe and North America: A Systematic Review and Meta-Analysis”, **The Lancet Public Health**, cilt 4, sayı 10, ss. e517-e528.
- BERG, A. O., AAS, M., LARSSON, S., NERHUS, M., HAUFF, E., ANDREASSEN, O. A. ve MELLE, I. (2015). “Childhood Trauma Mediates The Association Between Ethnic Minority Status and More Severe Hallucinations in Psychotic Disorder”, **Psychological Medicine**, cilt 45, sayı 1, ss.133-142.
- BERGHMANS, B. (2018). “Physiotherapy for Pelvic Pain and Female Sexual Dysfunction: An Untapped Resource”, **International Urogynecology Journal**, cilt 29, sayı 5, ss.631-638.
- BERNSTEIN, D. P., FINK, L., HANDELSMAN, L., FOOTE, J., LOVEJOY, M., WENZEL, K. ve RUGGIERO, J. (1994). “Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect”, **The American Journal of Psychiatry**, cilt 151, sayı 8, ss.1132-1136.
- BERTONE-JOHNSON, E. R., WHITCOMB, B. W., MISSMER, S. A., MANSON, J. E., HANKINSON, S. E. ve RICH-EDWARDS, J. W. (2014). “Early Life Emotional, Physical, and Sexual Abuse and The Development of Premenstrual Syndrome: A Longitudinal Study”, **Journal of Women’s Health**, cilt 23, sayı 9, ss.729-739.
- BİLEN SADİ, Z. ve AKSU, H. (2016). “Gebelikte Eşlerin Cinsel Yaşamı ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi”, **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, cilt 19, sayı 2, ss.128-138.

- BOYACIOĞLU, N. E., GÖKDEMİR, F. ve ÖZCAN, N. K. (2021). “Investigation of Factors Related to Menstrual and Premenstrual Symptoms”, **Archives of Health Science and Research (Online)**, cilt 8, sayı 1, ss.46-55.
- BOZDEMİR, N. ve ÖZCAN, S. (2011). “Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış”, **Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care**, cilt 5, sayı 4, ss.37-46.
- CARR, M. (2001). “Selections From Current Literature. Treatments For Premenstrual Dysphoric Disorder”, **Fam Pract**, cilt 18, ss.644-646.
- CHAYACHINDA, C., RATTANACHAIYANONT, M., PHATTHARAYUTTAWAT, S. ve KOOPTIWOOT, S. (2008). “Premenstrual Syndrome in Thai Nurses”, **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, cilt 29, sayı 3, ss.199-205.
- CHUONG, C. J. ve BURGOS, D. M. J. (1995). “Psychosom Obstet”, **Gynecol**, cilt16, ss.21-27.
- COMMITTEE ON HEALTH CARE FOR UNDERSERVED WOMEN. (2014). “ACOG Committee Opinion No. 586: Health Disparities in Rural Women”, **Obstet Gynecol**, cilt 123, pt 1, ss.384-388.
- CROFT, J., HERON, J., TEUFEL, C., CANNON, M., WOLKE, D., THOMPSON, A., ... ve ZAMMIT, S. (2019). “Association of Trauma Type, Age of Exposure, and Frequency in Childhood and Adolescence With Psychotic Experiences in Early Adulthood”, **JAMA Psychiatry**, cilt 76, sayı 1, ss.79-86.
- ÇELİK, F. G. H. ve HOCAOĞLU, Ç. (2018). “Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme”, **Sakarya Tıp Dergisi**, cilt 8, sayı 4, ss.695-711.
- ÇETİN, Z. (2012). “Zihnin Kökenleri: Mitolojiden Felsefeye Antik Yunan’da Ruhun Üniterleşme Süreci”, **Dergipark**, cilt 17, ss.1-17.
- ÇEVİK, A. ve ALAN, S. (2021). “Premenstrual Sendrom ile Algılanan Stres Düzeyi İlişkisi”, **Lokman Hekim Dergisi**, cilt 11, sayı 1, ss.104-113.
- DA SILVA MAIA, M., DE AGUIAR, M. I. F., CHAVES, E. S. ve ROLIM, I. L. T. P. (2014). “Quality of Life of Women With Prémenstrual Syndrome From The Scale WHOQOL-BREF”, **Ciênc Cuid Saúde**, cilt 13, sayı 2, ss.236-244.

- DANACI, A. E., TAŞKIN, E. O., KOTLAN, S. O. ve UYAR, Y. (2001). “Premenstrüel Disforik Bozuklukta Semptomatolojinin Adet Döngüsüyle İlişkisi”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, cilt 2, sayı 1, ss.15-20.
- DAVIS, S.R. ve WAHLIN-JACOBSEN, S. (2015). “Testosterone in Women—The Clinical Significance”, **Lancet Diabetes Endocrinol**, cilt 3, ss.980-992.
- DEMİR, B., YILDIZ ALGÜL, L. ve GÜVENDAĞ GÜVEN, E. S. (2006). “Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması”, **Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi**, cilt 3, sayı 4, ss.262-270.
- DEUSTER, P. A., ADERA, T. ve SOUTH-PAUL, J. (1999). “Biological, Social, and Behavioral Factor Associated With Premenstrual Syndrome”, **Arch. Fam. Med**, cilt 8, sayı 2, ss.122-128.
- DÖNMEZ, S. ve GÜMÜŞSOY, S. (2019). “Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendromun ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, **Kocaeli Med J**, cilt 8, sayı 2, ss.38-45.
- EDGARDH, K. ve ORMSTAD, K. (2000). “Prevalence and Characteristics of Sexual Abuse in a National Sample of Swedish 17-Year-Old Girls”, **Acta Paediatrica**, cilt 89, ss.310-319.
- EDWARDS, V. J., HOLDEN, G. W., FELITTI, V. J. ve ANDA, R. F. (2003). “Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From The Adverse Childhood Experiences Study”, **American Journal of Psychiatry**, cilt 160, ss.1453-1460.
- ELLIOTT, H. (2002). “Premenstrual Dysphoric Disorder. A Guide For The Treating Clinician”, **N C Med J**, cilt 63, ss.72-75.
- ERBİL, N., BÖLÜKBAŞI, N., TOLAN, S. ve UYSAL, F. (2011). “Evli Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, cilt 8, sayı 1, ss.428-438.

- ERBİL, N., KARACA, A. ve KIRIŞ, T. (2010). "Investigation of Premenstrual Syndrome and Contributing Factors Among University Students", **Turkish Journal of Medical Sciences**, cilt40, sayı 4, ss.565-573.
- EŞEL, E. (2006). "İnsan Cinselliğinin Biyolojik ve Evrimsel Temelleri", **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, cilt 16, ss.274-288.
- EVLİCE, Y. E., TAMAM, L. ve KARATAŞ, G. (2002). "Menopoz ve Tedavi Sürecinde Ortaya Çıkan Ruhsal Sorunlar", **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, cilt 3, ss.108-112.
- FARAHMAND, M., RAMEZANI TEHRANI, F., KHALILI, D., AMIN, G. ve NEGARANDEH, R. (2017). "Factors Associated with The Severity of Premenstrual Syndrome Among Iranian College Students", **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, cilt 43, sayı 11, ss.1726-1731.
- FREEMAN, E. W., RICKELS, K., YONKERS, K. A., KUNZ, N. R., McPHERSON, M. ve UPTON, G. V. (2004). "Venlafaxine in The Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder", **Obstet Gynecol**, cilt 98, ss.737-744.
- FUSAR-POLI, P., TANTARDINI, M., DE SIMONE, S., RAMELLA-CRAVARO, V., OLIVER, D., KINGDON, J., ... ve MCGUIRE, P. (2017). "Deconstructing Vulnerability For Psychosis: Meta-Analysis of Environmental Risk Factors For Psychosis in Subjects at Ultra High-Risk", **European Psychiatry**, cilt 40, ss.65-75.
- GENÇDOĞAN, B. (2006). "Premenstruel Sendrom İçin Yeni Bir Ölçek", **Türkiye'de Psikiyatri Dergisi**, cilt 8, sayı 2, ss.81-87.
- GUEGUEN, N. (2009). "Mimicry and Seduction: An Evaluation in A Courtship Context", **Social Influence**, cilt 4, sayı 4, ss.249-255.
- GÜVEL, S. (2013). "Kadın ve Erkek Genital Anatomisindeki Benzerlikler", **Androloji Bülteni**, cilt 15, sayı 52, ss.57-61.
- HAESLER, E., BAUER, M. ve FETHERSTONHAUGH, D. (2016). "Sexuality, Sexual Health and Older People: A Systematic Review of Research On The Knowledge and Attitudes of Health Professionals", **Nurse Education Today**, cilt 40, ss.57-71.

- HAMAIDEH, S. H., AL- ASHRAM, S. A. ve AL- MODALLAL, H. (2014). “Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder Among J Ordanian Women”, **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, cilt 21, sayı 1, ss.60-68.
- HANTSO, L. ve EPPERSON, C. N. (2015). “Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment”, **Current Psychiatry Reports**, cilt 17, sayı 11, s.87.
- HARLEY, E. W. Y., BOARDMAN, J. ve CRAIG, T. (2010). “Sexual Problems in Schizophrenia: Prevalence and Characteristics. A Cross Sectional Survey”, **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, cilt 45, sayı 7, ss.759-766.
- HARTLAGE, S. A., FREELS, A., GOTMAN, N. ve YONKERS, K. A. (2012). “Criteria for Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD): Secondary Analyses of Relevant Data Sets”, **Arch Gen Psychiatry**, cilt 69, sayı 3, ss.300-305.
- HASHIM, M. (2019). “Premenstrual Syndrome is Associated With Dietary and Lifestyle Behaviors Among University Students: A Cross-Sectional Study From Sharjah, UAE”, **Nutrients**, cilt 11, s.1939.
- HOFFMAN, D. (2011). “Understanding Multisymptom Presentations in Chronic Pelvic Pain: The Inter-Relationships Between The Viscera and Myofascial Pelvic Floor Dysfunction”, **Curr Pain Headache Rep**, cilt 15, ss.343-346.
- HOFMEISTER, S. ve BODDEN, S. (2016). “Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder”, **Am Fam Physician**, cilt 94, sayı 3, ss.236-240.
- HOU, C. L., ZANG, Y., ROSEN, R. C., CAI, M. Y., LI, Y., JIA, F. J., ... ve XIANG, Y. T. (2016). “Sexual Dysfunction and Its Impact On Quality of Life in Chinese Patients with Schizophrenia Treated in Primary Care”, **Comprehensive Psychiatry**, cilt 65, ss.116-121.
- HOUGHTON, S. C., MANSON, J. E., WHITCOMB, B. W., HANKINSON, S. E., TROY, L. M., BIGELOW, C. ve BERTONE-JOHNSON, E. R. (2019). “Protein Intake and The Risk of Premenstrual Syndrome”, **Public Health Nutrition**, cilt 22, sayı 10, ss.1762-1769.

- HÖBEK AKARSU, R. ve KIZILKAYA BEJİ, N. (2016). “Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Sınıflandırılmasında DSM-V Kapsamında Yapılan Değişiklikler”, **Androloji Bülteni**, cilt18, ss.134-137.
- HÖBEK AKARSU, R. ve YALMAN, E. (2019). “Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ve Fiziksel Aktivite Düzeyi”, **Eurasian Journal of Sport Sciences and Education**, cilt 1, sayı 1, ss.18-29.
- HUSSEY, J. M., CHANG, J. J. ve KOTCH, J. B. (2006). “Child Maltreatment in the United States: Prevalence, Risk Factors, and Adolescent Health Consequences”, **Pediatrics**, cilt 118, sayı 3, ss.933-942.
- İŞİK, H., ERGÖL, Ş., AYNIOĞLU, Ö., ŞAHBAZ, A., KUZU, A. ve UZUN, M. (2016). “Premenstrual Syndrome and Life Quality in Turkish Health Science Students”, **Turkish J Med Sci**, cilt 46, sayı 3, ss.695-701.
- İNCEDERE, A. ve KÜÇÜK, L. (2017). “Sexual Life and Associated Factors in Psychiatric Patients”, **Sexuality and Disability**, cilt 35, sayı 1, 89-106.
- İNCESU, C. (2004). “Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları”, **Klinik Psikiyatri Dergisi**, cilt 7, ek 3, ss.3-13.
- JOHNSON, E. R., HANKINSON, S. E., JOHNSON, S. R. ve MANSON, J. E. (2008). “Cigarette Smoking and the Development of Premenstrual Syndrome”, **American Journal of Epidemiology**, cilt 168, sayı 8, ss.938-945.
- KAUFMAN, J. S., COOPER, R. S. ve MCGEE, D. L. (1997). “Socioeconomic Status and Health in Blacks and Whites: The Problem of Residual Confounding and The Resiliency of Race”, **Epidemiology**, cilt 8, sayı 6, ss.621-628.
- KAYIR, H., GOKTALAY, G., YİLDİRİM, M. ve UZBAY, T. I. (2009). “Clozapine Inhibits Development and Expression of Nicotine- Induced Locomotor Sensitization in Rats”, **Synapse**, cilt 63, sayı 1, ss.15-21.
- KHAJEHEI, M. (2014). “Aetiology, Diagnosis and Management of Premenstrual Syndrome”, **J Pain Relief**, cilt 4, sayı 4, ss.1-4.

- KISA, S., ZEYNELOĞLU, S. ve GÜLER, N. (2012). “Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler”, **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, cilt 1, sayı 4, ss.284-297.
- KROLL-DESROSIERS, A. R., RONNERBERG, A. G., ZAGARINS, S. E., HOUGHTON, S. C., TAKASHIMA-UEBELHOER, B. B. ve BERTONE-JOHNSON, E. R. (2017). “Recreational Physical Activity and Premenstrual Syndrome in Young Adult Women: A Cross-Sectional Study”, **PloS One**, cilt 12, sayı 1, ss. e0169728.
- KYEI-NIMAKOH, M., CAROLAN-OLAH, M. ve MCCANN, T. V. (2017). “Access Barriers to Obstetric Care at Health Facilities in Sub-Saharan Africa—A Systematic Review”, **Systematic Reviews**, cilt 6, sayı 1, ss.1-16.
- LAURSEN, B. S., BAJAJ, P., OLESEN, A. S., DELMAR, C. ve ARENDT-NIELSEN, L. (2005). “Health Related Quality of Life and Quantitative Pain Measurement in Females with Chronic Non-Malignant Pain”, **European Journal of Pain**, cilt 9, sayı 3, ss.267-275.
- LEVIN, R. J., BOTH, S., GEORGIADIS, J., KUKKONEN, T., PARK, K. ve YANG, C. C. (2016). “The Physiology of Female Sexual Function and the Pathophysiology of Female Sexual Dysfunction (Committee 13A)”, **The Journal of Sexual Medicine**, cilt13, sayı 5, ss.733-759.
- LI, M., D'ARCY, C. ve MENG, X. (2016). “Maltreatment in Childhood Substantially Increases The Risk of Adult Depression and Anxiety in Prospective Cohort Studies: Systematic Review, Meta-Analysis, and Proportional Attributable Fractions”, **Psychological Medicine**, cilt 46, sayı 4, ss.717-730.
- MAHMOUD, O. E., AHMED, A. R. ve ARAFA, A. E. (2018). “Patterns of Female Sexual Dysfunction in Premenopausal Women with Moderate to Severe Depression in Beni-Suef, Egypt”, **Middle East Fertility Society Journal**, cilt 23, sayı 4, ss.501-504.
- MALIK, R. ve BHAT, M. D. A. (2018). “The Management of Premenstrual Syndrome: A Review”, **Bangladesh Journal of Medical Science**, cilt 17, sayı 1, ss.16-20.

- MARANGONI, C., HERNANDEZ, M. ve FAEDDA, G. L. (2016). "The Role of Environmental Exposures As Risk Factors For Bipolar Disorder: A Systematic Review of Longitudinal Studies", **Journal of Affective Disorders**, cilt 193, ss.165-174.
- MOCK, S. E. ve ARAI, S. M. (2011). "Childhood Trauma and Chronic Illness in Adulthood: Mental Health and Socioeconomic Status as Explanatory Factors and Buffers", **Frontiers in Psychology**, cilt 1, s.246.
- MOHIB, A., ZAFAR, A., NAJAM, A., TANVEER, H. ve REHMAN, R. (2018). "Premenstrual Syndrome: Existence, Knowledge, and Attitude Among Female University Students in Karachi", **Cureus**, cilt 10, sayı 3, ss.290-300.
- MURAMATSU, C. H., VIEIRA, O. C., SIMÕES, C. C., KATAYAMA, D. A. ve NAKAGAWA, F. H. (2001). "Consequences of The Premenstrual Stress Syndrome in Women's Life", **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, cilt 35, sayı 3, ss.205-213.
- NAMLI, Z., KARAKUŞ, G., TAMAM, L. ve DEMİRKOL, M. E. (2016). "Bipolar Bozuklukta Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları", **Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry**, cilt 8, sayı 4, ss.309-320.
- NEUMANN, D. A., HOUSKAMP, B. M., POLLOCK, V. E. ve BRIERE, J. (1996). "The Long-Term Sequelae of Childhood Sexual Abuse in Women: A Meta-Analytic Review", **Child Maltreatment**, cilt 1, ss.6-16.
- NEWELL, R., SPILLMAN, I. ve NEWELL, M. L. (2017). "The Use of Facilities For Labor and Delivery: The Views of Women in Rural Uganda", **Journal of Public Health in Africa**, cilt 8, sayı 1, s. 592.
- O'LOUGHLIN, J. I., RELLINI, A. H. ve BROTTTO, L. A. (2020). "How Does Childhood Trauma Impact Women's Sexual Desire? Role of Depression, Stress, and Cortisol", **The Journal of Sex Research**, cilt 57, sayı 7, ss.836-847.
- ÖZCAN, H. ve BEJİ, N. K. (2018). "Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları: 2018 Güncelleme", **Androl Bul**, cilt 20, ss.133-137.

- ÖZKAN, S. ve KOÇ, G. (2020). “Kadınlarda Premenstrual Sendrom Yaşanmasını Etkileyen Sosyal ve Kültürel Faktörler”, **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi**, cilt 7, sayı 2, ss.180-185.
- PEREIRA, V. M., NARDI, A. E. ve SILVA, A. C. (2013). “Sexual Dysfunction, Depression, and Anxiety in Young Women According to Relationship Status: An Online Survey”, **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, cilt 35, ss. 55-61.
- PETERSEN, N., LONDON, E. D., LIANG, L., GHAREMANI, D. G., GERARDS, R., GOLDMAN, L. ve RAPKIN, A. J. (2016). “Emotion Regulation in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder”, **Archives of Women’s Mental Health**, cilt 19, sayı 5, ss.891-898.
- PIILSWORTH, E., HASELTON, M. ve BUSS, D. (2004). “Ovulatory Shifts in Female Sexual Desire”, **The Journal of Sex Research**, cilt 41, sayı 1, ss.55-65.
- PINAR, A. ve ÖNCEL, S. (2011). “15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı”, **Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst**, cilt 21, sayı 4, ss.227-237.
- PINAR, G., COLAK, M. ve OKSUZ, E. (2011). “Premenstrual Syndrome in Turkish College Students and Its Effects On Life Quality”, **Sexual and Reproductive Healthcare**, cilt 2, sayı 1, ss.21-27.
- POTTER, J., BOUVER, J., TRUSSELL, J. ve MOREAU, C. (2009). “Premenstrual Syndrome Prevalence and Fluctuation Over Time: Results From A French Population-Based Survey”, **J Womens Health (Larchmt)**, cilt 18, ss.31-39.
- RANJBARAN, M., SAMANI, R. O., ALMASI-HASHIANI, A., MATOURYPOUR, P. ve MOINI, A. (2017). “Prevalence of Premenstrual Syndrome in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis”, **Int J Reprod BioMed**, cilt 15, sayı 11, ss.679-686.
- REUVENI, I., DAN, R., SEGMAN, R., EVRON, R., LAUFER, S., GOELMAN, G., ... ve CANETTI, L. (2016). “Emotional Regulation Difficulties and Premenstrual Symptoms Among Israeli Students”, **Archives of Women’s Mental Health**, cilt 19, ss.1063-1070.

- REYHAN, F., ÖZERDOĞAN, N. ve ARIK, E. (2018). “İhmal Edilen Bir Konu: Yaşlılıkta Cinsellik”, **Sağlık Bilimleri Dergisi**, cilt 27, sayı 1, ss.76-79.
- REZAIE, C. S., RAHNAVARDI, M., SABETGHADAM, S., MAHBUBINEJAD, S., FARSHBAF, K. A. ve REZAIE, N. (2020). “Prevalence of Sexual Dysfunction in Healthy Women and its Predictors: A Cross-Sectional Study”, **Journal of Research Development in Nursing and Midwifery**, cilt 17, sayı 1, ss.39-51.
- SCHOEP, M. E., NIEBOER, T. E., VAN DER ZANDEN, M., BRAAT, D. D. ve NAP, A. W. (2019). “The Impact of Menstrual Symptoms on Everyday Life: A Survey Among 42,879 Women”, **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, cilt 220, sayı 6, ss.569-e1.
- SHERMAN, B. ve KORENMAN, S. (1975). “Hormonal Characteristics of The Human Menstrual Cycle Throughout Reproductive Life”, **J Clin Invest**, cilt 55, ss.699-706.
- SHRESTHA, B. S., AMATYA, N., SINGH, R. M., JHA, P. K., ACHARYA, B. R. ve GURUNG, K. B. (2005). “Production Performances of Indigenous Buffaloes in the Western Hills of Nepal”, **Nepal Journal of Science and Technology**, cilt 6, ss.121-127.
- SOYDAS, E. A., ALBAYRAK, Y. ve SAHİN, B. (2014). “Increased Childhood Abuse in Patients with Premenstrual Dysphoric Disorder in a Turkish Sample: A Cross-Sectional Study”, **Prim Care Companion CNS Disord**, cilt 16, sayı 4, ss.27371.
- STUCKEY, B. (2008). “Female Sexual Function and Dysfunction in Reproductive Years: The Influence of Endogenous and Exogenous Sex Hormones”, **J. Sex. Med**, cilt 5, sayı 10, ss.2282-2290.
- SÜER, N. (2008). “Premenstrual Sendrom”, **Göztepe Tıp Dergisi**, cilt 23, sayı 3, ss.76-80.
- TANER, Y. ve GÖKLER, B. (2004). “Çocuk İstismarı ve İhmalı: Psikiyatrik Yönleri”, **Hacettepe Tıp Dergisi**, cilt 35, ss.82-86.
- TAYLOR, E. ve GOMEL, V. (2008). “The Uterus and Fertility”, **Fertil Steril**, cilt 89, sayı 1, ss.1-16.

- THAROOR, H., KALIAPPAN, A. ve GOPAL, S. (2015). "Sexual Dysfunctions in Schizophrenia: Professionals and Patients Perspectives", **Indian Journal of Psychiatry**, cilt 57, sayı 1, s.85.
- THYS-JACOBS, S., DON MCMAHON, S. ve BILEZIKIAN, J. P. (2007). "Cyclical Changes in Calcium Metabolism Across the Menstrual Cycle in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder", **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, cilt 92, sayı 8, ss.2952-2959.
- TUNÇ, P. (2019). "Destekleyici Dinamik Psikoterapinin Temel Stratejileri", **Kriz Dergisi**, cilt 27, sayı 3, ss.158-177.
- TÜRKÇAPAR, A. F. ve TÜRKÇAPAR, M. H. (2011). "Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme", **Klinik Psikiyatri**, cilt 14, ss.241-253.
- UÇTU, A., BEKMEZCİ, H. ve ÖZERDOĞAN, N. (2017). "Gebelikte Cinsellik", **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, cilt 6, sayı 3, ss.171-175.
- UPHOUSE, L. (2014). "Pharmacology of Serotonin and Female Sexual Behavior", **Pharmacol Biochem Behav**, cilt 121, ss.31-42.
- URAN, P., YÜRÜMEZ, E., AYSEV, A. ve GÜNAY KILIÇ, B. (2016). "Premenstrual Syndrome Health Related Quality of Life And Psychiatric Comorbidity in A Clinical Adolescent Sample: A Cross-Sectional Study". **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, cilt 21, sayı 4, ss.136-142.
- UZBAY, T. ve YÜKSEL, N. (2004). "Antidepresanlar ve Cinsel İşlev Bozuklukları", **J Clin Psy**, cilt 7, sayı 3, ss.14-24.
- UZER EKİN, G., EKİN, M. ve SAVAN, K. (2013). "Prevalence of Premenstrual Symptoms Among College Students", **Turkiye Klin J Med Sci**, cilt 33, sayı 2, ss.301-305.
- VICTOR, F. F., SOUZA, A. I., BARREIROS, C. D. T., BARROS, J. L. N. D., SILVA, F. A. C. D. ve FERREIRA, A. L. C. G. (2019). "Quality of Life Among University Students with Premenstrual Syndrome", **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, cilt 41, ss.312-317.

- VIEIRA, I. S., MOREIRA, F. P., MONDIN, T. C., DE AZEVEDO CARDOSO, T., BRANCO, J. C., KAPCZINSKI, F., ... ve DA SILVA, R. A. (2020). "Resilience as a Mediator Factor in The Relationship Between Childhood Trauma and Mood Disorder: A Community Sample of Young Adults", **Journal of Affective Disorders**, cilt 2741, ss.48-53.
- WAKATSUKI, Y., INOUE, T., HASHIMOTO, N., FUJIMURA, Y., MASUYA, J., ICHIKI, M., ... ve KUSUMI, I. (2020). "Influence of Childhood Maltreatment, Adulthood Stressful Life Events, and Affective Temperaments on Premenstrual Mental Symptoms of Nonclinical Adult Volunteers", **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, cilt 16, ss.1-10.
- WALSH, E. C., EISENLOHR-MOUL, T. A., PEDERSEN, C. A., RUBINOW, D. R., GIRDLER, S. S. ve DICHTER, G. S. (2018). "Early Life Abuse Moderates The Effects of Intranasal Oxytocin on Symptoms of Premenstrual Dysphoric Disorder: Preliminary Evidence From a Placebocontrolled Trial", **Frontiers in Psychiatry**, cilt 9, s.547.
- WEISE, C., KAISER, G., JANDA, C., KUES, J. N., ANDERSON, G., STRAHLER, J. ve KEINSTÄUBER, M. (2019). "Internet-Based Cognitive-Behavioural Intervention for Women with Premenstrual Dysphoric Disorder: A Randomized Controlled Trial", **Psychother Psychosom**, cilt 88, ss.16-29.
- YANIK, M. ve ÖZMEN, M. (2002). "Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım/İhmal Yaşantıları ile İntihar, Kendine Fiziksel Zarar Verme ve Dissosyatif Belirtiler Arasındaki İlişki", **Anadolu Psikiyatri Derg**, cilt 3, ss.140-146.
- YAP, M. B. H., PILKINGTON, P. D., RYAN, S. M. ve JORM, A. F. (2014). "Parental Factors Associated with Depression and Anxiety in Young People: A Systematic Review and Meta-Analysis", **Journal of Affective Disorders**, cilt 156, ss.8-23.
- YELBOĞA, Z. ve KORĞALI, E. (2015). "Psychopharmacology and Sexual Function", **Androl Bul**, cilt 17, sayı 62, ss.189-193.
- YONKERS, K. A., O'BRIEN, P. M., ERIKSSON, E. (2008). "Premenstrual Syndrome", **Lancet**, cilt 371, ss.1200-1210.

YÜCEL, U., BİLGE, A., ORAN, N., ERSOY, M. A., GENÇDOĞAN, B. ve ÖZVEREN, Ö. (2009). “Adolesanlarda Premenstruel Sendrom Yaygınlığı ve Depresyon Riski Arasındaki İlişki”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, cilt 10, ss.55-61.

ZOLOTOR, A., RUNYAN, D., DUNNE, M., JAIN, D., PETILLO, H., RAMITEZ, C., ... ve ISAEVA, D. (2009). “ISPCAN Child Abuse Screening Tool: Children’s Version (ICAST-C) Instrument Development and Multinational Pilot Testing”, **Child Abuse & Neglect**, cilt 33, sayı 11, ss.833-841.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). (2017). “Nutrition During Pregnancy”, <https://www.acog.org/-/media/Womens-Health/nutrition-in-pregnancy.pdf?dmc=1&ts=20171126T1444446640>, (Erişim Tarihi: 13.04.2022)

AMERICAN SEXUAL HEALTH ASSOCIATION. (t.y.). “Understanding Sexual Health”, <http://www.ashsexualhealth.org/sexualhealth/>, (Erişim Tarihi: 13.04.2022)

Türk Dil Kurumu Sözlüğü (2019). “İstismar”, TDK, <http://www.tdk.org.tr>, (Erişim Tarihi: 13.04.2022)

TEZLER

BOSTANCI, A. (2010). “Premenstrüel Sendromda Öfke ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maltepe Üniversitesi.

GARİBOVA, N. (2015). “Türk Populasyonunda Postmenopozal Kadınlarda Kadın Cinsel Disfonksiyon Prevalansının Belirlenmesi ve Kadın Cinsel Disfonksiyonu ile Depresyon İlişkisinin Araştırılması”, (Tıpta uzmanlık tezi), Tıp Fakültesi, Marmara Üniversitesi.

IRMAK, T. (2008). “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler”, (Yayınlanmamış doktora tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ege Üniversitesi.

- IŞGIN, K. (2014). “Premenstrual Sendromda Beslenme Durumu ve Yeme Tutumunun Değerlendirilmesi”, (Yüksek lisans tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi.
- KILIÇ, L. (2017). “Evli Çiftlerde, Cinsel İşlev Bozuklukları ile Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması”, (Yüksek lisans tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haliç Üniversitesi.
- KOCAGÖZ, S. Z. (2008). “Cinsel İşlev Bozukluğu Tipleri ve Cinsel Mitler Arasındaki İlişki”, (Yayınlanmamış uzmanlık tezi), Tıp Fakültesi, Uludağ Üniversitesi.
- ÖZMERMER, T. (2017). “Şanlıurfa’da Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Sıklığı, Baş Etme Yolları ve Etkileyen Faktörler”, (Yüksek lisans tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Harran Üniversitesi.
- ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE, D. (2018). “Premenstrual Sendrom ile Baş Etmeye Yönelik Sağlık İnanç Modeli Rehberliğinde Verilen Eğitim ve Akupresurun Premenstrual Sendrom ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi”, (Doktora tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İnönü Üniversitesi.
- UÇAK, H. (2020). “Premenstrual Sendrom Yaşayan Kadınların Kullandıkları Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları”, (Yüksek lisans tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce Üniversitesi.
- YEŞİLDERE SAĞLAM, H. (2017). “Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki”, (Yüksek lisans tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dumlupınar Üniversitesi.
- YÖRÜK, F. (2013). “Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel Problemlerinin Çözümünde Plissit Modelin Etkinliği”, (Yüksek lisans tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adnan Menderes Üniversitesi.

DİĞER KAYNAKLAR

- MARK, T., LATULIPE, R., ANTO-OCRAH, M. ve ADLER, D. (2018). **Depression and Food Insecurity Amongst Breastfeeding Mothers in Rural Malawi**, in Consortium of Universities of Global Health (CUGH), The Lancet Global Health Selection for Best Research in Session, Editor. New York.

POYRAZOĞLU, S., GÜNAY, O. ve ÖZTÜRK, A. (2010). “Kayseri İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Premenstruel Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Faktörler”, **13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi**.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2006). **Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health, 28–31 January 2002**, Geneva, World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2018). “International Agency for Research on Cancer”, **The Global Cancer Observatory 2018**. <https://gco.iarc.fr/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2016). **World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs Sustainable Development Goals**, World Health Organization.

EKLER

Ek-1: Kişisel Bilgi Formu

Sosyodemografik Veriler

1. Kaç yaşındasınız?

- | | |
|----------|----------|
| 1. 18-23 | 3. 30-35 |
| 2. 24-39 | 4. 36-40 |

2. Öğrenim durumunuz nedir?

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1. Okur – yazar değil | 4. Lise ve dengi okul mezunu |
| 2. Okur – yazar | 5. Yüksekokul / fakülte mezunu |
| 3. İlkokul – ortaokul mezunu | 6. Lisansüstü eğitimi |

3. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?

- | | | |
|--------|-----------|----------|
| 1. Köy | 2. Kasaba | 3. Şehir |
|--------|-----------|----------|

4. Medeni durumunuz nedir?

1. Bekar
2. Flört ile birlikte
3. Evli

5. Gelir durumunuz nedir?

1. İyi
2. Orta
3. Düşük

6. Tanısı konmuş sürekli fiziksel bir hastalığınız var mı?

- | | |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|

7. Tanısı konmuş ruhsal bir hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

8. Kaç yaşında adet olmaya başladınız?

1. 12 yaşından önce 4. 16-18 yaş arasında
2. 12-15 yaş arasında 5. 18 yaşından sonra

9. İlk adet olduğunuzda ne hissettiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Korku 4. Üzüntü 7. Şaşkınlık
2. Panik 5. Sevinç 8. Diğer

10. Adetleriniz ağrılı oluyor mu?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

11. Adet döneminiz sosyal yaşantınızı olumsuz etkiliyor mu?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

12. Cinsel ilişki sıklığınız nedir?

1. Her gün
2. Haftada birkaç defa
3. Ayda birkaç defa
4. Yılda birkaç defa
5. Cinsel ilişkiye girmiyorum

13. Cinsel yaşamınızdan memnun musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

14. Cinsel ilişkide bulunduğunuz birden fazla partneriniz var mı?

1. Evet 2. Hayır

Ek-2: Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)

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

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

22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor	22					
23	Sinirlerim geriliyor	23					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum	24					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum	25					
26	Kendimi değersiz görüyorum	26					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum	27					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor	28					
29	Dalıp gidiyorum	29					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum	30					
31	Baş ağrısı oluyor	31					
32	Kaslarım ağrıyor	32					
33	Eklem yerlerim ağrıyor	33					
34	İştahım artıyor	34					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek	35					
36	Daha fazla yemek yiyorum	36					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor	37					
38	Uykumda bölünme oluyor	38					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum	39					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum	40					
41	Göğüslerim şişiyor	41					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı	42					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum	43					
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum	44					

Ek-3: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)

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

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

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

*** **Cinsel uyarılma**: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar

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

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 ilişki** 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 duyduunuz?

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

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

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

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

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

Ek-4: Çocukluk Travma Ölçeği

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
3. Ailemdelikiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucualırlardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
6. Yırtık, söküük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
7. Sevildiğimi hissediyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

11. Ailemdelikler bana o kadar Őiddetle vuruyorlardı ki vucudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

12. KayıŐ, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gosterirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

15. Vucutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövölme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

16. Çocukluğum mükemmeldi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövölüyordum ki öğretmen, komŐu ya da bir doktorun bunu farkettiğiy oluyordu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim

hakkımdayalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman Sık 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1.Hiç Bir Zaman Sık 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok

23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1.Hiç Bir Zaman Sık 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1.Hiç Bir Zaman Sık 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok

25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman Sık 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecekti birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman Sık 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman Sık 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1.Hiç Bir Zaman Sık 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok

Ek-5: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.03.2022-42971



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-88083623-020-42971
Konu : Etik Onayı Hk.

02.03.2022

Sayın HANDE ÖZKAN

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'nun 28.02.2022 tarihli ve 2022/03 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Alper FİDAN
Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSA3YH1BB2 Pin Kodu : 57442

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-aydin-universitesi-ebys?>

Adres : Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy, 34295 Kuşlukçekmece / İSTANBUL

Telefon : 444 1 428

Web : <http://www.aydin.edu.tr/>

Kep Adresi : iau.yazisleri@iau.hs03.kep.tr

Bilgi için : Hicran DEMİR

Unvanı : Yazı İşleri Uzmanı



ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad: Hande ÖZKAN

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans:** 2019, İstanbul Medipol Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji
- **Yüksek Lisans:** 2023, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji

TEZDEN TÜRETİLEN YAYINLAR, SUNUMLAR VE PATENTLER:

- Özkan H., Şener Ö., 2022. Üniversiteli Genç Kızlarda Premenstrüel Sendrom Belirtilerinin Cinsel İşlev ve Çocukluk Travmaları ile İlişkisinin İncelenmesi. *Ege 7th International Conference On Social Sciences*, December 24-25, 2022 İzmir, Turkey.

