

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**GENİTO-PELVİK AĞRI / PENETRASYON
BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN YEME
TUTUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Kübra FADİLOĞLU

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Şenol TURAN

İSTANBUL-2019



**Bu tez çalışması Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca onaylanmıştır.
(07/11/2018-88912- 83045809-604.01.02 sayılı yazı ile)**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca tüm bilgisini ve deneyimini büyük bir özveriyle bizlerle paylaşan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli hocam Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Alaattin Duran'a,

Asistanlığım boyunca çok şey öğrendiğim hocalarım; Sn. Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu'na, Sn. Prof. Dr. Reha Bayar'a, Sn. Prof. Dr. Ruhi Yavuz'a, Sn. Prof. Dr. Mert Savrun'a,

Tezimin planlanmasından yazılmasına dek tüm aşamalarda desteğini ve emeğini hiç esirgemeyen, yoğun programında bile adeta bana zaman yaratan, tez danışmanım olduğu için kendimi çok şanslı hissettiğim Doç. Dr. Şenol Turan'a,

Kendisiyle çalışmayı çok sevdiğim, her zaman kapısını rahatça çalabildiğim çok sevgili Doç. Dr. Cana Aksoy Poyraz'a,

Hastalarına gösterdiği titizliğiyle ve klinik bilgi ve deneyimiyle bana örnek olan Doç. Dr. Burç Çağrı Poyraz'a,

Her zaman kolaylıkla ulaşabildiğimiz, her konuda danışabildiğimiz ve desteğini her alanda hissettiren Doç. Dr. Ömer Faruk Demirel'e,

Kendilerinden çok şey öğrendiğim çok sevgili kademlilerime, asistanlık sürecini daha keyifli bir hale getiren, emekleriyle hayatımı kolaylaştıran tüm asistan arkadaşlarıma, ayrıca Dr. Nazım Yıldız'a Dr. Mehmet Murat Kırpınar'a, Dr. Elshad Gulmammadov'a, Dr. Sadıga Osmanlı Şirolu'ya, Dr. Ömer Aydın'a, Dr. Ezgi Tanrıöver'e,

Asistanlık hayatımızı kolaylaştıran, kendisine götürdüğümüz her sorunu bir şekilde çözebilen Sn. Mustafa Kaya'ya,

Güleryüzlerini ve hoş sohbetlerini esirgemeyen, aynı takımın içinde çalışmaktan çok keyif aldığım tüm hemşirelerimize, sekreterlerimize, güvenlik personelimize, her sabah bizden önce gelip kliniğin düzenini sağlayan emektar personelimize,

Tüm eğitim sürecim boyunca hep yanımda olan, her zaman desteklerini hissettiğim, haklarını asla ödeyemeyeceğimi bildiğim canım anneme, babama ve biricik kardeşlerime,

İlk günden beri hayatımı güzelleştiren, sevgisini ve desteğini her an hissettiğim biricik eşim Eray Fadiloğlu'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sevgi ve saygılarımla...

Dr. Kübra Fadiloğlu

Mayıs 2019

İçindekiler

| | |
|--|------|
| KISALTMALAR | vi |
| TABLO LİSTESİ | vii |
| ŞEKİL LİSTESİ | viii |
| ÖZET | ix |
| ABSTRACT | x |
| 1. GİRİŞ ve AMAÇ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 2 |
| 2.1 Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu | 2 |
| 2.1.1 Genito-Pelvik / Ağrı Penetrasyon Bozukluğunun Tarihçesi | 2 |
| 2.1.2 Genito-Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğunun Tanımı | 2 |
| 2.1.3 Genitopelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu Tanısına Yardımcı Diğer Tanımlar | 3 |
| 2.1.4 Genito-Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğunun Sınıflandırılması | 4 |
| 2.1.5 Epidemiyoloji | 7 |
| 2.1.6 Eş Tanılar | 9 |
| 2.1.7 Etiyoloji | 10 |
| 2.1.8. Değerlendirme | 17 |
| 2.1.9 Tedavi | 19 |
| 2.2 Yeme Tutumu | 23 |
| 2.2.1. Yeme Tutumu Tanımı | 23 |
| 2.2.2 Yeme Tutumu ve Cinsel İşlev Bozuklukları Arasındaki İlişki | 23 |
| 3. YÖNTEM ve GEREÇLER | 26 |
| 3.1. Çalışma Örnekleme, Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri | 26 |
| 3.1.1. Çalışma Evreni | 26 |
| 3.1.2. Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri | 26 |
| 3.2. Değerlendirmede Kullanılan Gereçler | 27 |
| 3.2.1. Aydınlatılmış Onam Formu | 27 |
| 3.2.2. Sosyodemografik Veri Formu | 27 |

| | |
|--|----|
| 3.2.3 Yeme Tutum Testi (YTT, Eating Attitude Test / EAT-40) | 27 |
| 3.2.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) | 28 |
| 3.2.5. Yeme ve Kilo Biçimleri Ölçeği (YKBÖ, Questionnaire on Eating and Weight Patterns).. | 28 |
| 3.2.6. Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri (RBSE) | 29 |
| 3.2.7. Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği (BBÖHOÖ) | 29 |
| 3.3. İstatistiksel Analiz | 29 |
| 4. BULGULAR | 31 |
| 4.1. Örneklem | 31 |
| 4.2. Sosyodemografik Veriler..... | 31 |
| 4.3 Yeme Tutum Testi Sonuçları | 35 |
| 4.4 Yeme ve Kilo Biçimleri Ölçeği Sonuçları..... | 36 |
| 4.5 Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Sonuçları..... | 39 |
| 4.6 Beden Bölgesi ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği Sonuçları..... | 40 |
| 4.7 Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri Değerlendirmesi | 40 |
| 4.8 Korelasyon Çalışmaları | 41 |
| 5.TARTIŞMA..... | 45 |
| 5.1 Sosyodemografik Veriler | 45 |
| 5.2 Beden Algısı | 47 |
| 5.3. Benlik Saygısı..... | 48 |
| 5.4. Yeme Tutumları ve İlişkili Faktörler..... | 49 |
| 5.5. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları..... | 51 |
| 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER..... | 52 |
| KAYNAKÇA | 53 |
| EKLER..... | 67 |
| EK1. Aydınlatılmış Onam Formu | 67 |
| EK2. Sosyodemografik Veri Formu..... | 70 |
| EK3: Yeme Tutum Testi | 72 |
| EK4: Yeme Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği..... | 74 |
| EK 5: Yeme ve Kilo Biçimleri Ölçeği | 78 |

| | |
|---|----|
| EK 6: Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri..... | 96 |
| EK 7: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği | 97 |



KISALTMALAR

| | |
|---------------------------------|---|
| BDT | : Bilişsel Davranışçı Terapi |
| BMI | : Beden Kitle İndeksi |
| DSM | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| IL | : Interlökin |
| GPA/PB | : Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu |
| NGF | : Nerve Growth Factor |
| SNRI | : Serotonin Noradrenalin Gerilim İnhibitörü |
| Ss. | : Standart sapma |
| TCA | : Trisiklik Antidepresan |
| TGF- β | : Transforming Growth Factor- β |
| TNF- α | : Tumor Necrosis Factor- α |
| VVS | : Vulvar Vestibülit Sendromu |

TABLO LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1: Cinsel Ağrıya Neden Olan Hastalıklar..... | 4 |
| Tablo 2: DSM-5'te Kadın Cinsel İşlev Bozukluklarında Yapılan Değişiklikler | 4 |
| Tablo 3: DSM-IV-TR'ye göre Vajinismus Tanı Kriterleri | 5 |
| Tablo 4: DSM-IV-TR'ye Göre Disparoni Tanı Kriterleri..... | 5 |
| Tablo 5: DSM-5'e Göre GPA / PB Tanı Kriterleri | 6 |
| Tablo 6: Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğuna Yol Açan Tıbbi Durumlar..... | 11 |
| Tablo 7: Vajinismus Sınıflandırılması..... | 19 |
| Tablo 8: Sosyodemografik Özellikler..... | 31 |
| Tablo 9: Evlilik Özellikleri..... | 32 |
| Tablo 10: Çalışma Durumu | 33 |
| Tablo 11: Katılımcıların Vücut Ağırlıklarıyla İlişkili Veriler | 34 |
| Tablo 12: Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarıyla İlişkili Veriler | 35 |
| Tablo 13: YTT Skorları | 36 |
| Tablo 14: Tıkınırcasına Yemeyi Araştıran Sorulara Verilen Cevaplar | 36 |
| Tablo 15: Tıkınırcasına Yeme Ataklarının Sıklığı | 37 |
| Tablo 16: Tıkınırcasına Yeme Ataklarının Yaşandığı Zaman Dilimleri | 38 |
| Tablo 17: Yeme Ataklarının Özellikleri..... | 38 |
| Tablo 18: Telafi Edici Davranış Oranları | 39 |
| Tablo 19: Kilo, Beden Şekli ve Kendini Değerlendirme Arasındaki İlişki | 39 |
| Tablo 20: YBDÖ Puanları | 40 |
| Tablo 21: BBÖHOÖ Puanları | 40 |
| Tablo 22: RBSE Puanları | 40 |
| Tablo 23: Tıkınırcasına Yeme Atağı Yaşayan/Yaşamayanların RBSE Puanlarının Karşılaştırılması. 41 | |
| Tablo 24: RBSE Puanlarının BBÖHOÖ Puanlarıyla İlişkisi | 41 |
| Tablo 25: Olgu Grubunun Yeme Ölçek Puanları ile RBSE ve BBÖHOÖ İlişkisi | 42 |
| Tablo 26: Kontrol Grubunun Yeme Ölçek Puanları ile RBSE ve BBÖHOÖ İlişkisi | 43 |
| Tablo 27: BMI ve YBDÖ Puanları Arasındaki İlişki | 44 |
| Tablo 28: Beden Algısına Verilen Önem ile YBDÖ ve RBSE Puanları Arasındaki İlişki | 44 |

ŞEKİL LİSTESİ

| | |
|--|----|
| Şekil 1: Dünya Geneline Disparoni Dağılımı (%) | 8 |
| Şekil 2: Cinsel İşlev Bozukluklarının Biyopsikososyal Modeli | 10 |
| Şekil 3: Vajinismus Oluşumunda Korku-Kaçınma Döngüsü | 14 |
| Şekil 4: GPA/PB etiyojisi birleştirici model | 17 |
| Şekil 5: Grupların Medeni Durum ve Evlilik Öncesi Cinsel Deneyimlerine İlişkin Grafikler | 32 |
| Şekil 6: Katılımcıların Çalışma Durumları | 33 |
| Şekil 7: Kişi başına düşen aylık gelire göre grupların ekonomik gelir dağılımı | 34 |
| Şekil 8: Grupların BMI'ya göre sınıflandırılması | 35 |
| Şekil 9: Grupların Tıkınırcasına Yeme Atağı Yaşama Oranları | 37 |



ÖZET

Giriş: DSM-5’te yer alan Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon bozukluğu (GPA / PB) tanımı, DSM-IV-TR’de “Cinsel Bozukluklar ve Cinsel Kimlik Bozuklukları” bölümünde, “Cinsel Ağrı Bozuklukları” başlığı altında yer alan disparoni ve vajinismus tanımlarını tek bir başlık altında birleştirmiştir. Bu tanı, birleşme anında vajinaya girilmede güçlük, vulvovajinada ya da pelviste ağrı duyma, ağrı duymayla ilgili belirgin korku, pelvis taban kaslarını çok germe ya da sıkma şikayetlerinin en az 6 aydır devam etmesiyle koyulur. Yeme bozukluğu hastalarında yapılan araştırmalarda cinsel işlev bozukluklarının birlikteliğinin sık olması bu iki hastalık grubunun birçok ortak kognitif, emosyonel ve biyolojik devam ettirici faktöre sahip olduğunu düşündürmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı GPA / PB tanılı kadınların yeme tutumlarını incelemek, yeme tutumları, beden algıları ve benlik saygıları arasında bir ilişki kurmaktır

Yöntem: Çalışmaya GPA/PB tanısı koyulan ve komorbid psikiyatrik hastalığı olmayan 31 hasta ve 31 sağlıklı kontrol alındı. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Yeme ve Kilo Bıçimleri Ölçeği, Yeme Tutum Testi, Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği verildi. Gerekli istatistiksel değerlendirmelerle gruplar arasında karşılaştırmalar yapıldı.

Bulgular: GPA / PB tanılı hastalarda tıknırcasına yeme davranışı sağlıklı kontrole göre daha sık bulundu. Gruplar Beden kitle indekslerine göre sınıflandırıldığında olgu grubundan daha fazla kişi kilolu grupta yer aldı. Telafi edici davranışlar ve kısıtlama davranışları arasında fark saptanmadı. Olgu grubunun benlik saygısı ve beden algısı puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü. Benlik saygısı puanlarının neredeyse tüm testlerle korele olduğu görüldü.

Sonuç: Olumsuz beden algısı ve beden algısına fazla önem verilmesinin düşük benlik saygısıyla korele olduğu GPA / PB tanılı kadınların düşük benlik saygılarının yeme tutumlarını değiştiren ana faktör olduğu düşünüldü. GPA / PB tanısı alan hastaların başvuru şikayetlerinin yanında benlik saygılarının, beden algılarının, BMI değerlerinin ve varsa yeme tutumlarıyla ilişkili sıkıntılarının da değerlendirilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması önerilir.

Anahtar kelimeler: Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu, vajinismus, disparoni, benlik saygısı, beden algısı

ABSTRACT

Introduction: Genito-pelvic Pain / Penetration Disorder (GPP/PD), which is introduced by DSM-5, combines dyspareunia and vaginismus that are listed in the “Sexual and Gender Identity Disorders” section, under the “Sexual Pain Disorders” heading in DSM-IV-TR. This diagnosis is made by symptoms such as difficulty in penetration, pain at vulvovagina or pelvis, fear of pain, contraction or spasm of pelvic floor muscles that lasts at least 6 months. The frequent comorbidity of sexual dysfunctions and eating disorders suggests that these two group of diseases have many common cognitive, emotional and biological sustaining factors.

Aim: The aim of this study was to investigate eating attitudes of women diagnosed with GPP / PD, to establish a relationship between eating attitudes, body perceptions and self-esteem.

Method: The study included 31 GPP / PD patients without comorbid psychiatric disease and 31 healthy controls. Sociodemographic data form, Eating Disorders Examination Questionnaire, Eating Attitude Test, Questionnaire on Eating and Weight Patterns, Rosenberg Self-Esteem Scale, Berscheid, Walster and Bohrnstedt Body Image Questionnaire were given to the participants. Comparisons and correlations were made between the groups with the necessary statistical analysis.

Results: In patients with GPA / PB, binge eating behavior was more frequent than in healthy controls. When groups were classified according to body mass index, more people from the case group were categorized as overweight. No significant difference was found between compensating and restrictive behaviors. The self-esteem and body image scores of the case group were significantly lower than the control group. Self-esteem scores were correlated with almost all tests.

Conclusion: It has been thought that negative body image and body image importance are correlated with low self-esteem and low self-esteem is the main factor that affects eating attitudes of women with GPP / PD. It is recommended to evaluate the complaints related to self-esteem, body perceptions, BMI values and eating attitudes as well as the necessary interventions in patients diagnosed with GPA / PD.

Key words: Genito Pelvic Pain / Penetration Disorder, vaginismus, dyspareunia, self esteem, body image

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Genitopelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu (GPA/PB), DSM-IV-TR’de “Cinsel Bozukluklar ve Cinsel Kimlik Bozuklukları” bölümünde, “Cinsel Ağrı Bozuklukları” başlığı altında yer alan iki ayrı bozukluğun, disparoni ve vajinismus, DSM-5’te tek bir başlık altında birleştirilmiş tanımıdır.¹ Bu tanı, birleşme anında vajinaya girmede güçlük, vulvovajinada ya da pelviste ağrı duyma, ağrı duymayla ilgili belirgin korku, pelvis taban kaslarını çok germe ya da sıkma şikayetlerinin en az 6 aydır devam etmesiyle koyulur.² Toplumumuzdaki yaygınlığı tam olarak bilinmese de özel dal polikliniklerine en sık başvuru sebebi olan cinsel işlev bozukluğu olduğu söylenmektedir.³

İlk olarak 11. Yüzyılda Salernolu Doktor Trotulo tarafından tanımlandığından beri, bu hastalığı ortaya çıkartıcı ve devam ettirici faktörler araştırılmaktadır.⁴ Doğu kültürlerindeki yaygınlığı nedeniyle kültürden etkilendiği söylenen evrensel bir hastalık olarak kabul edilen³ GPA/PB’unun etiyojisi biyopsikososyal bir çerçevede incelenmektedir. Kronik inflamasyonu gibi biyolojik faktörlerin ve felaketleştirilmiş ağrı algısı, çocukluk çağı istismarı, kültürel değerler gibi psikososyal faktörlerin hastalığın etiyojisine katkıda bulunduğu düşünülmektedir.⁵

Dikkat çeken diğer bir nokta ise yeme bozukluğu hastalarında cinsel işlev bozukluklarının sıklıkla bulunduğu⁶ ve bu cinsel işlev bozukluklarının yeme bozukluğu tedavi edilse bile düzelmeyebileceğinin gösterilmiş olmasıdır.⁷ Bu nedenle yeme bozuklukları ve cinsel işlev bozukluklarının birçok ortak kognitif, emosyonel ve biyolojik devam ettirici faktöre sahip olduğunu düşünülmektedir.⁶ Genel toplumda yapılan çalışmalarda bozulmuş yeme davranışının, yeme bozukluklarından daha sık bulunduğu, tıknırcasına yeme, kısıtlama, uygunsuz telafi edici davranışta bulunma gibi bozulmuş yeme tutumlarının yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılamadan, kadınların yaklaşık 1/3’ünde bulunduğu gösterilmiştir.⁸ Ancak bozulmuş yeme tutumları ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma yapılmamıştır.

Bu çalışmanın amacı GPA/PB tanılı kadınların yeme tutumlarının, sağlıklı genel topluma kıyasla daha bozulmuş olduğu hipotezinden yola çıkarak GPA/PB tanılı kadınların yeme tutumları, beden algıları ve benlik saygıları arasında bir ilişki kurmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu

2.1.1 Genito-Pelvik / Ağrı Penetrasyon Bozukluğunun Tarihçesi

Vajinismustan ilk olarak 11. Yüzyılda, İtalyan doktor Salernolu Trotula tarafından “bir kadının uyarılmasına rağmen bakire kalmasına sebep olacak şekilde vulvasının daralması” olarak bahsedilmiştir. Vajinismus ilk defa Amerikalı jinekolog J. Marion Sims tarafından 1861 yılında tanısıl bir terim olarak kullanılmıştır. Sims, ilk tanımında bile pelvik taban gerilimi ve ağrı arasındaki kafa karıştıran ilişkiyi gösterecek şekilde “Vajinismus terimiyle, vajinanın istemsiz spazmodik kapanmasını sunuyorum. En hassas dokunmalar bile kadında sanki bıçakla kesilmişçesine bir ızdırıp ortaya çıkarır.” demiştir. Sims, bu hastalığın tedavisini cerrahi olarak görmüştür ancak araştırmalarını takip eden Fransız jinekologlar, bulgularını farklı bir şekilde yorumlayarak bu hastalığın “ahlaki” bir sorun olduğunu söylemişlerdir. ^{4,9}

Vajinismus DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Mental Bozuklukların Tanısıl ve Sayımsal El Kitabı) sınıflama sistemine tek tanı ölçütü olan “cinsel ilişkiye engel olan vajinal spazm” olacak şekilde ilk defa 1980’de girmiştir. ⁹

2.1.2 Genito-Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğunun Tanımı

DSM-5’te yer alan Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon bozukluğu (GPA/PB) tanımı, DSM-IV-TR’de “Cinsel Bozukluklar ve Cinsel Kimlik Bozuklukları” bölümünde, “Cinsel Ağrı Bozuklukları” başlığı altında yer alan disparoni ve vajinismus tanılarını tek bir başlık altında birleştirmiştir. ¹

DSM-IV-TR’de vajinismus, “vajinanın dış üçte birindeki kaslarda cinsel birleşmeyi engelleyecek biçimde, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması” olarak tanımlanır.¹ Vajinismus, cinsel birleşmeye ilişkin korku, kaygı ve vajinal kasılmayla ilişkili bir psikolojik bozukluktur. Kasılma, kadının cinsel birleşmeyi gerçekleştirmek istemesine rağmen oluşan otomatik bir yanıt şeklinde olur. Vajinismusun belirtileri, hastalığın şiddetine göre değişkenlik gösterebilir. Belirtiler, girişe ilişkin korkuyu, kaygıyı ve şiddetli ağrı, acı ya da yanma hislerini, tampon kullanamamayı, jinekolojik muayeneyi tolere edememeyi içerir.

Vajinismus, ya da ikincil olabilir. Birincil vajinismus ile hastanın geçmişte hiçbir dönemde ağrısız bir cinsel birleşme yaşamadığı durumlar, ikincil vajinismusta ise hastanın geçmişte ağrısız cinsel birleşme yaşadığı ama sonradan ağrı hissetmeye başladığı durumlar kastedilmektedir. Birincil vajinismus, yaşamboyu vajinismus olarak da adlandırılmaktadır.^{10,11} Birincil vajinismus genç kadınlarda, tampon kullanma, cinsel ilişki ya da jinekolojik muayene denemelerinde fark edilir. İlk vajinal giriş deneyimine kadar kadınlar bu durumun farkında olmayabilirler. İkincil vajinismus ise vajinal giriş deneyimi olan kadınlarda, disparoni, vajinit, vajinal prolapsus gibi nedenlere ikincil olarak korku-kaçınma modeline göre gelişir.¹²

Bu ayrıma ek olarak, vajinismus jeneralize, yani vajinaya tampon, parmak, spekulum, penis gibi herhangi bir şey yerleştirilmeye çalışıldığı durumların tamamında kasılmanın olduğu tip ve durumsal, yani tampon ya da spekulum kullanımı gibi bazı durumların tolere edilebildiği ama giriş denemesi sırasında kasılmanın olduğu tip olarak da ikiye ayrılmaktadır. ³ Parsiyel vajinismus terimi ise giriş denemeleri sırasında pelvik taban kaslarının kasılarak vajinayı kısmen kapattığı, girişin engellenmediği ama giriş sırasında yanıcı tarzda bir ağrının eşlik ettiği durumu ifade etmek için kullanılmaktadır. ¹³

Disparoni ise, kişide klinik açıdan belirgin sıkıntıya neden olan ve en az altı aydır devam eden, tüm cinsel birleşmelerin %80'inde oluşan, vajinanın girişinde olan ve vestibüle dokunma ya da baskıyla da ortaya çıkan yanma ya da kesilme karakterinde genital ağrı olarak tanımlanmaktadır. Bu ağrı kasılmaya ya da lubrikasyonun olmamasına sebep olmaz. ^{1,14}

2.1.3 Genitopelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu Tanısına Yardımcı Diğer Tanımlar

Vulvodini, belli bir etiyojisi olmayan, en az 3 aydır devam eden kronik genital ağrıyı betimlemek için kullanılan bir terimdir. ¹⁵ Ağrının lokalizasyonuna göre alt tiplere ayrılmaktadır. Lokalize vulvodini, vulvanın belli bir bölgesindeki (ör: vestibül, klitoris) ağrıyı tanımlarken, jeneralize vulvodini tüm vulvayı etkileyen ağrıyı tanımlamaktadır. Ağrı, oluşum zamanına göre uyarılmış (baskı gibi dışarıdan gelen bir uyarıya cevap olarak oluşan ağrı) ve spontan (dış uyarandan bağımsız olarak oluşan spontan ağrı) ve karışık (uyarılmış ve spontan ağrının kombinasyonu) olarak da ikiye ayrılabilir. Vulvodininin en sık iki alt tipi vulvar vestibulit sendromu (VVS) ve jeneralize vulvodinidir. ¹⁶

Disparoni, cinsel birleşmeyle ya da cinsel birleşme denemesiyle ortaya çıkan süreğen ya da tekrarlayıcı ağrıdır. ¹⁷ Disparoni, vajinal atrofi, enfeksiyon, sistit, adezyon, cilt hastalıkları gibi organik etiyojilerin araştırılması sonrasında koyulan bir ekartasyon tanısıdır. Disparoni, yüzeysel ve derin olarak ikiye ayrılır. Derin disparoni, vajinaya penis girişi sırasında pelvis derinlerinde hissedilen ağrı yüzeysel disparoni ise, vajina girişinde hissedilen ağrı olarak tanımlanmaktadır. Yüzeysel disparoni en sık görülen disparoni tipidir. Premenopozal kadınlarda en sık görülen yüzeysel disparoni VVS ya da yeni adıyla lokalize uyarılmış vulvodinidir. Postmenopozal kadınlarda görülen disparoninin en sık nedeni ise vajinal atrofidir. ¹⁸ VVS, vestibuler eritem dışında belirgin lokal vulvar patoloji olmaksızın dokunma ya da giriş denemesinde oluşan şiddetli ağrı ve hassasiyetle karakterizedir. VVS'nin oluşum mekanizması tam olarak bilinmemekle beraber, patogenezinde enfeksiyonlar, inflamatuvar değişiklikler, immün cevap değişiklikleri, intertisyel sistit ve psikolojik faktörler gibi çeşitli mekanizmalardan şüphelenilmektedir. ^{3,19}

Vulvodini tanımları, vulvar ağrının tanımını ve patofizyolojisini anlamının zorluğunu yansıtmışçasına çok çeşitlilik göstermektedir. Vulvodini (vulvar ağrı) ve disparoni (ağrılı cinsel ilişki) anatomik, fonksiyonel, patofizyolojik, emosyonel olarak birbirleriyle ilişkilidir. ¹⁷

Tablo 1: Cinsel Ağrıya Neden Olan Hastalıklar¹⁶

| Durum | Klinik özellikler |
|----------------------|---|
| Disparoni | Cinsel birleşme öncesinde, sırasında veya sonrasında oluşan ağrı |
| Vajinismus | Perineal ve levator kaslarda görülen istemsiz, vajinal girişe izin vermeyen kasılma, ağrı korkusu |
| Vestibulodini | Dokunma ya da birleşme denemesinde vestibülde oluşan ağrı. Fiziksel bulguları vestibüler eritemle sınırlıdır. |
| Vulvodini | Vulvar bölgede, en az 3-6 aydır devam eden kronik ağrı. |

2.1.4 Genito-Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğunun Sınıflandırılması

DSM-IV'te kadın cinsel işlev bozuklukları beş alt başlık altında toplanmışken, DSM-5'te üç alt başlık altında toplanmıştır. (Tablo 2) ²⁰

Tablo 2: DSM-5'te Kadın Cinsel İşlev Bozukluklarında Yapılan Değişiklikler²⁰

| DSM-IV-TR | DSM-5 Değişiklikler |
|---|--|
| Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları Hipoaktif Cinsel İstek Bozuklukları Cinsel Uyarılma Bozukluğu | Kadında Cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu olarak birleştirildi. |
| Orgazm bozukluğu | Değiştirilmedi. |
| Disparoni Vajinismus | Genital Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu olarak birleştirildi. |
| Diğer cinsel işlev bozuklukları Cinsel Tiksinti Bozukluğu Genel Bir Tıbbi Duruma Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları | Çıkarıldı. |
| Madde ve İlaç Kullanımına Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları | Değiştirilmedi. |
| Başka Türü Adlandırılmayan Cinsel İşlev Bozuklukları | Diğer Tanımlanmış Cinsel İşlev Bozuklukları ve Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu olarak düzenlendi. |

Vajinismus ve disparoni ilk olarak 19. yüzyılda iki ayrı kategori olarak sınıflandırılmıştır ancak bu karar ampirik araştırmalarla temellendirilmemiştir.¹ Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda vajinismus ve disparoni tanımlarını ayırmak için kullanılan pelvik taban kasılması ve genital ağrı değerlendirmeleri başarılı olmamıştır.^{1,10,13,21,22} Bu da vajinismusun tanımlayıcı özelliği olan vajinal

kasılmanın tanı koymak için güvenilir bir bulgu olmayabileceğini düşündürmüştür. Araştırmalarda vajinismus ve disparoni ayırıcı tanısının güvenilir olmadığı, iki tanının klinik devamlılık gösterebildiği ve vajinismusun her zaman kasılmayla ilişkili olmayabileceği gösterilmiştir.^{1,9,23}

DSM-IV-TR’de vajinismus “Cinsel Bozukluklar ve Cinsel Kimlik Bozuklukları” bölümünde, “Cinsel Ağrı Bozuklukları” başlığı altında yer almaktaydı. DSM-IV-TR’de yer alan vajinismus ve disparoni tanıları için tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:²⁴

Tablo 3: DSM-IV-TR'ye göre Vajinismus Tanı Kriterleri

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

Tablo 4: DSM-IV-TR'ye Göre Disparoni Tanı Kriterleri

- A.** Erkeklerde ya da kadında cinsel ilişkiyle, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak eşlik eden genital ağrının olması
- B.** Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur
- C.** Bu bozukluğa sadece vajinismus ya da ıslanmanın olmaması neden olmamaktadır, bu bozukluk başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz ve sadece bir maddenin ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM-IV-TR’deki tanı ölçütleriyle ilgili en sık yapılan eleştiriler, vajinismusun her zaman kasılma ile ilgili olmayabileceği, disparoninin vajinismusa yol açabileceği ve vajinismus kliniğinde korkunun vajinal kasılmadan daha ön planda olduğu yönünde olduğu için vajinismus ve disparoni tanıları DSM-5’te Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu (GPA/PB) olarak birleştirilmiştir.^{1,14,25} DSM-5’te GPA/PB’nun tanı kriterleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır: ²⁶

Tablo 5: DSM-5'e Göre GPA / PB Tanı Kriterleri

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

Günümüzde hala vajinismus ve disparoni sınıflaması hakkında tartışmalar devam etmektedir. Bazı araştırmacılar, bu iki tanının klinik süreklilik gösterdiğini ancak iki farklı tablo olduğunu söylemektedir. Bu araştırmacılara göre vajinismus kaygı ve kaçınma ile ilişkiliyken disparoni artmış pelvik taban gerginliği ve ağrılı cinsel birleşme ile ilişkilidir.^{25,27} Bu ayırımın doğruluğunu test etmek için yapılan çalışmalarda, vajinismus hasta grubunun disparoni hasta grubuna göre cinsel birleşmeye ilişkin daha çok kaygı duyduğu ve daha fazla uygunsuz adaptif davranış belirtisi gösterdiği, kaçınma davranışlarının daha fazla olduğuna ve her iki grubun sağlıklı kontrol grubuna kıyasla cinsel birleşmeye ilişkin daha fazla kaygı duyduğuna dair kanıtlar bulunmuştur. Ancak, disparoni ve vajinismus hastalarının pelvik taban gerginliklerini kıyaslayan çalışmaların sonuçları tartışmalıdır.¹

DSM tanı kriterleri için yapılan bir diğer eleştiri de verilen 6 aylık süre şartıdır. Birçok yazar, günümüzde bir çok kadının bu konuda farkındalığının arttığını ve sorunla karşılaştıktan sonra 6 ay beklemeden tedavi arayışına girdiğini, tedavinin süre için ertelenmesi durumunda ilişkileriyle ilgili sorunlar yaşayabileceklerini düşünmektedir.²⁵

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından düzenlenen Uluslararası Hastalık Sınıflaması- Versiyon 10 (ICD-10) tanı sisteminde Cinsel İşlev Bozuklukları “organik olan” ve “organik olmayan” olarak ikiye ayrılmaktadır. “Organik olmayan” olarak sınıflandırılan cinsel işlev bozuklukları “Zihinsel ve Davranışsal Bozukluklar” başlığı altında toplanırken “organik olan” cinsel işlev bozukluklarına “Genitoüriner Sistem Hastalıkları” başlığı altında yer verilmiştir.²⁸ Cinsel ağrıyla ilişkili tanılar ise “Psikolojik Rahatsızlıklar ve fiziksel faktörlerle ilişkili davranışsal sendromlar” ana başlığı altında bulunan “Cinsel fonksiyon bozukluğu, organik bozukluk ve hastalığın sebep olmadığı” başlığında “organik olmaya vajinismus” ve “organik olmayan disparoni” olarak yer almıştır.²⁹

ICD-10 yayınlandıktan sonra günümüze kadar yapılan araştırmalarda cinsel işlev bozukluklarının kökeninin ve sürdürülmesinin sıklıkla fiziksel ve psikolojik faktörlerin etkileşimini içerdiğini gösteren önemli kanıtlar gösterilmiştir. Bu yüzden ICD-11’de cinsel işlev bozukluklarının güncel verilerle daha uyumlu bir şekilde “Cinsel Sağlıkla İlişkili Durumlar” başlığı altında toplanması beklenmektedir. Bu başlığın ICD-10’da “Zihinsel ve Davranışsal Bozukluklar” başlığı altında yer alan bozuklukları ve “Genitoüriner Sistem Hastalıkları” başlığı altında yer alan hastalıkların birçoğunu içereceği söylenmektedir. Cinsel Ağrı-Penetrasyon Bozukluğu da ICD-11’de bu başlık altında sıralanması beklenen bir tanıdır. Ancak, disparoni ve vulvodini hastalıklarının etiyojilerindeki ve tedavi yaklaşımlarındaki farklılıklardan ötürü ICD-11’de Cinsel Ağrı-Penetrasyon Bozukluğu altında değil de genitoüriner sistem bölümünde ayrı kategoriler olarak yer alması beklenmektedir.^{28,30}

2.1.5 Epidemiyoloji

Vajinismus, en sık tedaviye başvuru sebebi olan kadın cinsel işlev bozukluğudur.^{3,31,32} Vajinismus prevalansı, kullanılan tanı kriterlerine, çalışmanın yapıldığı popülasyona ve kadınların tedavi arama sıklıklarına göre değişkenlik gösterir. Aynı zamanda, çalışmalarda kullanılan farklı değerlendirme araçları da prevalansı farklı verebilir.³ Gelişmekte olan ülkelerde daha az sayıda prevalans çalışmaları bulunmaktadır. Bunun sebebi, kültürel ve dini değerler, cinsellikle ilgili eğitim yetersizliği ve sağlık profesyonelleriyle cinsel sorunların kısıtlı görüşülmesi olabilir. Bu ülkelerde cinsellik hakkındaki bilgi düzeyinin yetersizliği eğitim düzeyinden bağımsızdır ve çok yaygındır. Asya ve Orta Doğu’da cinsel sorunların araştırılması amacıyla yapılan çalışmalara katılan kadın sayısının Batı ülkelerine kıyasla çok daha az olması da bu durumla açıklanabilir.³³

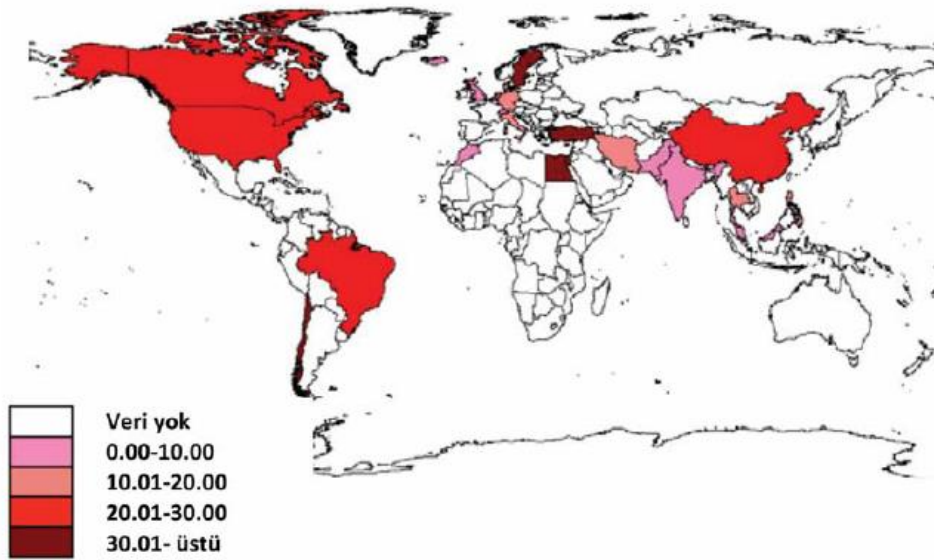
Vajinismusun sıklığı hakkında yapılan çalışmalar farklı sonuçlar vermektedir ama tahmini olarak %5 ile %17 arasında bir sıklığı olduğu düşünülmektedir.^{10,31} Laumann ve arkadaşlarının yaptığı, genel popülasyonda son altı aylık ilişkilerin değerlendirildiği ve vajinismus ve disparoninin iki ayrı tanı olarak alınmadığı bir çalışmada ve sonuç olarak cinsel birleşme sırasında ağrı yaşamının genel popülasyondaki oranı %10-%15 arasında olduğu sonucu bulunmuştur.³⁴

Birçok yazar, Türkiye’de vajinismus sıklığının Batı ülkelerine kıyasla daha yüksek olduğunu vurgulamaktadır. Ancak, vajinismusun Türkiye’de görülen en yaygın kadın cinsel işlev bozukluğu

olduğu düşünülmesine rağmen, genel popülasyondaki prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Konya’da yürütülen bir çalışmada, genel popülasyondaki vajinismus prevalansı %15,3 olarak bulunmuştur. Türkiye’deki cinsel işlev bozukluğu kliniklerine bakıldığında ise vajinismus %73 ile en sık başvuru sebebi olarak saptanmıştır.^{3,35} Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlarda yapılan bir başka çalışmada, vajinismusun %41,7 ile en yaygın cinsel işlev bozukluğu olduğu gösterilmiştir.³³ Bunun sebebinin, Türk kadınlarının cinsel birleşmeye engel olması nedeniyle vajinismus için tedavi arayışına girmeleri ama cinsel birleşmeye engel olmadan cinsel doyumunu azaltan anorgazmi ya da cinsel isteksizlik için tedavi aramaları olduğu söylenmektedir.³

Disparoni, ağırlı cinsel ilişki sıklığını araştıran epidemiyolojik çalışmalarda daha sık kullanılan bir terimdir. Mail yoluyla yürütülen Women’s International Sexuality and Health Survey (WISHeS) çalışmasına Almanya, Birleşik Krallık, Fransa, İtalya ve Amerika Birleşik Devletleri’nden 20-70 yaş arası 2467 kadın katılmış ve bu çalışmaya göre Avrupalı kadınların %14’ü, Amerikalı kadınların ise %21’i ağırlı cinsel ilişki yaşadığını söylemiş.¹⁷

Dünyada yapılan diğer çalışmalara bakılacak olursa, birbirinden farklı iki ayrı toplumda Fas ve İsveç’te yapılan çalışmalarda vajinismus prevalansı %6 olarak saptanmıştır. Disparoni prevalansı ise yapılan İngiltere ve Avustralya’da yapılan çalışmalarda %18-20 olarak saptanmıştır.³⁶ Malezya’da yapılan bir çalışmada ise cinsel ağrı bozukluklarının prevalansı %67,8 olarak bulunmuştur.³ Portekiz’de yapılan bir başka çalışmada ise vajinismus ve disparoni prevalansları sırasıyla %25,5 ve %6,4 olarak saptanmıştır.³⁷ Türkiye’de yapılmış ve 255 kadının değerlendirildiği bir çalışmada derin disparoni sıklığı %30,6 olarak saptanmıştır.³⁸ Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan çalışmada ülkelere göre saptanan disparoni sıklığı Şekil 1’de gösterilmektedir.³⁹



Şekil 1: Dünya Genelinde Disparoni Dağılımı (%)

Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, GPA/PB'nin kültürden etkilenen ancak evrensel olan bir hastalık olduğu sonucuna ulaşılabilir.³

Cinsel işlev bozuklukları kadın nüfusunda oldukça yaygın olmasına rağmen, cinsel sağlık rutin muayenede oldukça az konuşulan bir konudur ve cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınların küçük bir kısmı bu konuyu konuşmak için tıbbi yardım aramaktadır. Profesyonellerin zaman kıstıtlılığı, yetersiz eğitim ve deneyim düzeyleri ile hastaların cinsellik konusunda utangaç olmaları, mahremiyetlerinden kaygı duymaları, yaşadıkları cinsel sorunların yaşa bağlı olarak doğal olduğunu düşünmeleri gibi nedenlerden ötürü hastaların cinsel sorunları kliniğe çok fazla yansımamaktadır. ABD'de yapılan geniş örneklemlilerde yapılan çalışmada, 3.239 cinsel işlev bozukluğu tanılı kadının sadece %34,5'i bir sağlık profesyoneliyle görüştiklerini, %41,9'u sağlık profesyoneli olmayan birine danıştıklarını belirtirken %14,5'i bu konuyla ilgili hiç yardım aramadıklarını söylemişlerdir. Çalışmaya katılanlardan medikal yardım istediğini belirtenlerin konuyla ilgili en sık birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurdukları ancak en az yardımı oradan aldıkları öğrenilmiştir.⁴⁰

2.1.6 Eş Tanılar

GPA/PB tanılı kadınların yarısında, fibromiyalji, intertisyel sistit, irritabl bağırsak sendromu gibi bir başka ağrı bozukluğu daha olduğu söylenmektedir.^{41,42} Ürologlar tarafından intertisyel sistit tanısı koyulan kadınların %51,4'ünde vulvodini tanısı da olduğu, bu güçlü ilişkinin vulva ve mesanenin aynı embriyonik kökenden, ürogenital sinüsten, gelişmeleriyle ve sakral sinir inervasyon yollarını paylaşımlarıyla ilişkili olabileceğini söyleyen yayınlar mevcuttur.^{17,43,44} Aynı zamanda Kadında Cinsel İlgil / Uyarılma Bozukluğu gibi diğer cinsel işlev bozukluklarının da sıklıkla bu tanıya eşlik ettiği bilinmektedir.¹⁷

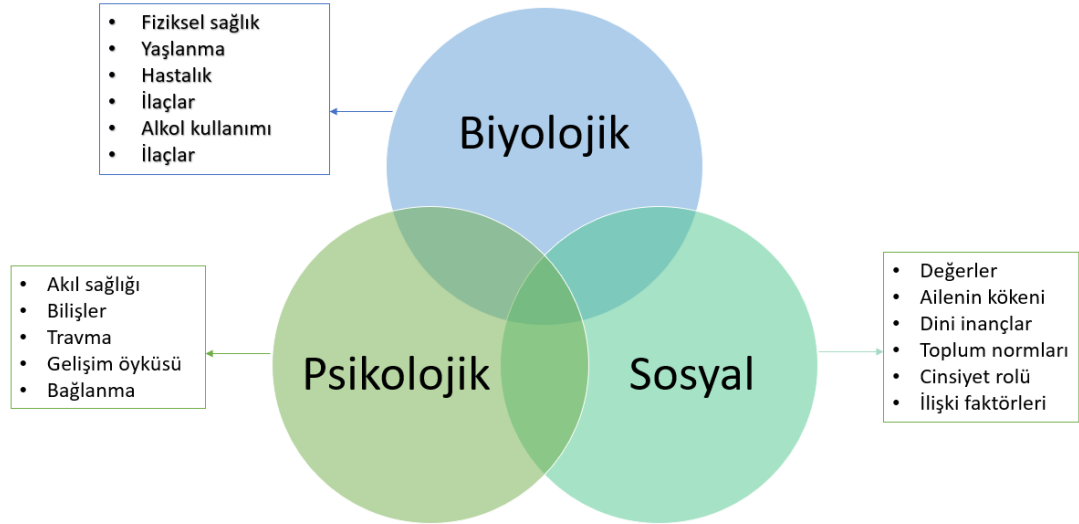
Vulvar ağrı yaşayan kadınların, kontrol grubuna göre daha yüksek depresyon skorları aldıklarını gösteren araştırmalar⁴⁵⁻⁴⁷ olduğu gibi arada anlamlı fark bulmayan⁴⁸⁻⁵⁰ çalışmalar da vardır. Sonuçları arasındaki çelişki, depresyon ve vulvar ağrı arasında anlamlı ilişki bulmayan çalışmaların daha az stres yaşayan toplum örneklemlerinde yürütülmüş olması nedeniyle bu şekilde sonuçlandırıldığı yönünde yorumlanmaktadır.⁵¹ Bu çalışmalara katılan kadınlar depresyon tanısı almamış olsalar da büyük bir çoğunluğunun depresif semptomlar yaşadığı gösterilmiştir.

Birçok kontrollü çalışma, vulvar ağrı yaşayan kadınların kontrollere göre daha fazla anksiyete yaşadığını göstermiştir.^{50,51} Khandker ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, önceden duygudurum bozukluğu ya da anksiyete bozukluğu yaşamış kadınlarda vulvodini oluşma ihtimalinin sağlıklı kontrollere oranla 4 kat daha fazla olduğu, psikolojik faktörlerin vulvodininin ve ilişkili cinsel işlev bozukluklarının sürdürülmesine ve alevlenmesine sebep olabileceği bulunmuştur.⁵² Bunlara ek olarak vulvar ağrı ve Post-Traumatik Stres Bozukluğu ve uyku bozuklukları arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da vardır.⁴⁷

2.1.7 Etiyoloji

Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğunun tek bir etiyojisi bulunmamaktadır. Benzer ağrı paternleri yaşayan kadınlarda farklı etiyojiler saptanabilmektedir ya da benzer etiyojiler tarifleyen kadınlar ağrı kliniğini farklı yaşıyor olabilirler.¹⁶ Etiyojiler genel olarak biyolojik, psikolojik ve ilişkisel olarak ayrılabilir. Bu faktörlerin sıklıkla birlikte olmaları da genital ağrının multifaktöryel doğasını gösterir.⁴¹ Ayrıca cinsel işlevler, sinir sistemi, endokrin sistem, vasküler, kaslar ve immünolojik faktörler ve vajinal ekosistemin bütünlüğünü de içermektedir. Bu da GPA/PB'nun multisistemik doğasını işaret etmektedir.¹⁷

DSM-5'ten önce, GPA/PB'nun etiyojisi fizyolojik, psikolojik ve bu ikisinin kombinasyonu olarak kategorik bir şekilde inceleniyordu. Ancak hastalığı başlatan faktörleri hastalığı sürdüren faktörlerden ayırt etmek güç olduğu için, DSM-5 ile birlikte biyopsikososyal yaklaşım sunulmuştur.⁴² Bu model Şekil 2'de gösterilmiştir.⁵



Şekil 2: Cinsel İşlev Bozukluklarının Biyopsikososyal Modeli

a. Biyolojik Faktörler

i. Organik Patoloji

Genital ağrıya sebep olan durumların çoğu, deri ve vulvar mukozanın inflamasyonuna sebep olan genital herpes ya da candidiasis gibi akut ve geçici tablolardır.⁴¹ GPA/PB'da, inflamasyonun varlığı genital, vestibular bölgelerde ve vajinada histolojik olarak gösterilmiştir.^{17,32} İnflamasyona bağlı olarak GPA/PB'ye yol açan tıbbi durumlar Tablo 6'da gösterilmiştir.⁴¹

Tablo 6: Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğuna Yol Açan Tıbbi Durumlar

| Yüzeysel Ağrı | Derin Ağrı |
|--|--------------------------------|
| Alerjik reaksiyonlar (Ör: lateks) | Kronik pelvik ağrı sendromu |
| Konjenital anomaliler (imperfore himen, vajinal agenezi, vajinal septum)* | Chron hastalığı |
| Dermatolojik hastalıklar (liken planus, liken sklerosus) | Endometriosis |
| Fistula* | Hemoroidler |
| Jinekolojik neoplaziler* | İrritabl bağırsak sendromu |
| İntertisyel sistit* | Nöropatiler |
| Mekanik veya kimyasal irritasyon | Pelvic taban kas disfonksiyonu |
| Pelvik organ prolapsusu* | Pelvik inflamatuvar hastalık |
| Perineal travma* | Vajinit |
| Pudental sinir nevraljisi* | |
| Enfeksiyonlar (herpes, HSV, vajinosis) | |
| Atrofik vajinit* | |
| Yetersiz lubrikasyon (uyarılma güçlükleri, östrojen yetersizliği) | |

*Hem yüzeysel hem derin ağrıya yol açabilecek durumlar

İnflamasyonla ağrı oluşumu ilişkisini kuran biyolojik ajan mast hücreleridir. Mast hücreleri, patojeni ve enfeksiyonun diğer belirteçlerini farketme görevi bulunan hematopoietik hücrelerdir. Organizmanın çevreyle temas halinde olduğu deri ve mukoza gibi bölgeler başta olmak üzere, birçok dokuya dağılmış halde bulunurlar.⁵³ Mast hücreleri, enfeksiyon, östrojen seviyesindeki dalgalanmalar, menstural döngü, cinsel birleşme sırasında yetersiz lubrikasyona bağlı mekanik travmalar gibi çeşitli uyaranlarla aktive olurlar.¹⁷ Aktive edilmiş mast hücreleri histamin, heparin, serotonin, kemotaktik faktörler ve triptaz, kimaz gibi çeşitli proteazları salgılar. Ayrıca, mast hücreleri inflamasyonda ilk cevap olarak salgılamak üzere tumor necrosis alfa (TNF- α) granüllerinde depolar. Bunlara ek olarak bazı prostaglandinleri, lökotrienleri, sitokinleri (interlökin (IL)-1, -3, -4, -5, -6, -10, -17 gibi), transforming growth factor beta (TGF- β) ve nerve growth faktörü (NGF) de salgılar.⁵⁴

Uzamış doku hasarı ve kronik inflamasyon, mast hücrelerini aktive ederek inflamatuvar moleküllerin ve nörotrofinlerin aşırı üretimine sebep olur. Bu nörotrofinlerden biri olan NGF, hem inflamatuvar hem de periferik nosiseptörlerin proliferasyonunu artıracak etkilere sahiptir. Zaman içerisinde inflamasyonlu dokudaki mast hücrelerinin yoğunluğu azalır ancak nosiseptörlerde artış olduğu için hem ağrılı uyarana olan hassasiyet artar (hipersensitivite) hem de normalde ağrılı olmayan bir uyarana da ağrı oluşturabilir (allodini).^{17,54} Ağrılı uyaranlar, defansif kas kasılmasına ve

hiperaktivasyona, bunların sonucunda da işlev bozukluğuna sebep olur. Vulvodinide ve GPAPB’da da bu mekanizmanın etkisinin olabileceği düşünülmektedir.³²

Vulvodinisi olan kadınların, diğer kronik hastalıklara (fibromiyalji, intertisyel sistit gibi) yatkınlıklarının olması kronik inflamatuvar durumların gelişmesine sebep olabilecek bir genetik yatkınlıklarının olabileceği ihtimalini de düşündürmektedir.³²

ii. Pelvik Taban İşlev Bozukluğu

Kasların artmış tonusu ve azalmış kas kontrolünden kaynaklı pelvik taban işlev bozukluğunun GPA/PB gelişimine yatkınlık oluşturduğu ve hastalığın sürdürülmesini sağladığı düşünülmektedir.^{1,55} Kadınlarda, vajina girişini çevreleyen levator ani kası vajinaya giriş sırasında hafifçe gerilip esneyerek girişe izin verir ve orgazm sırasında kasılır. Pelvik taban kaslarının aktivitesi normal, yüksek tonuslu (hiperaktif) ve düşük tonuslu (hipoaktif) olarak sınıflandırılır. Yüksek tonuslu fonksiyon, kas gevşemesinin gerektiği durumlarda kasların gerilmesi ve kontraksiyonunun olduğu tabloları ifade eder. Pelvik taban kaslarının istemli kasılmalarının olmadığı tablolara ise düşük tonuslu tablolar denir. Kas tonusunun bu değişen durumları kadın cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkilendirilebilir.⁵⁶ Vajinismus tanılı kadınlarda yapılan elektromyografik çalışmalarda, bu kadınların pelvik taban kaslarında artmış istirahat kas tonusu, bozulmuş istemli gevşeme ve azalmış istemli kas kontraksiyonu saptanmıştır.^{57,58}

b. Psikososyal Faktörler

i. Negatif Şemalar

Kişilerin çocukluklarından itibaren geliştirdikleri, başkaları, kendileri ve dünya hakkındaki, çoğu zaman kendilerine bile dile getiremedikleri, kalıcı ve köklü inançlara şema (temel inanç) denir.⁵⁹ Cinsellik bağlamında şemalar, kişilerin cinsellik ve cinselliği olan bir varlık olarak kendileri hakkındaki çekirdek fikirleri olarak tanımlanır.⁴¹ Klinik gözlemler ve teorik modellemeler, cinsel işlev bozukluğu süreçlerinde şemalar gibi temel bilişsel yapıların önemini vurgulamaktadır.⁶⁰ Bilişsel şemalar, geçmiş deneyimlerden köken alır, bugünkü davranışlara yansıtılır ve gelecekteki cinsel davranışlara rehberlik eder. Bu yüzden, olumsuz şemalar cinsel işlev bozukluğu oluşumu için risk faktörü olabilir.⁴¹

Barlow, cinsel işlev bozukluklarının altında yatan bilişsel şemaları inceleyerek bilişsel-afektif modeli oluşturmuştur. Bu modele göre, otonomik uyarılma (sempatik aktivasyon) ile bilişler arasındaki etkileşim cinsellikte işlevsel olan ve olmayan cevapları oluşturur.⁶¹ Barlow, cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerin, cinsellik hakkında gerçek olmayan uygunsuz inançlarının olduğunu, ve bu gerçek dışı standartların karşılanamadığı her durumu zihinlerinde katastrofize ederek olumsuz kendilik şemaları oluşturduklarını ve bu şemaların da cinsel işlev bozukluğu geliştirmelerine yol açtığını söyler.⁶⁰

GPAPB dahil tüm kadın cinsel işlev bozukluklarının tarandığı çalışmalarda da bu modeli destekleyen sonuçlar bulunmuştur. Bu kadınlarda yetersizlik, yalnızlık, reddedilme, başarısızlık,

bağımlılık, kırılabilirlik şemalarının sıklıkla bulunduğu saptanmıştır.^{60,62,63} Bu sonuçlar, cinsel işlev bozukluğu olan kadınların, yaşadıkları olumsuz cinsel deneyimleri kişisel yetersizlikleri ve başarısızlıkları olarak yorumlamaya meyilli oldukları şeklinde yorumlanmıştır.⁴¹

Otomatik düşünceler, bilişsel şemaların tetiklenmesiyle oluşan, farkına varılması güç olacak kadar hızlı olan, ancak ortaya çıkardığı duygunun fark edilebildiği düşüncelerdir. Bu düşünceler, kişilerin belirli bir duruma verdiği anlamı yansıtır. ⁵⁹ GPA/PB hastalarında yapılan çalışmalarda, cinsel başarısızlıkla ilgili otomatik düşüncelerin daha sık olduğu⁶², bu düşüncelerle ilişkili olarak üzüntü, suçluluk, hayal kırıklığı, öfke hissettikleri gösterilmiştir. GPA/PB olan kadınların “Vajinal giriş imkansızdır.”, “Vajinal giriş her zaman ağrıya sebep olur.”, “Vajinal girişin sebep olduğu ağrı katlanılmazdır.” şeklinde otomatik düşünceleri olduğu saptanmıştır.⁶⁴

Ağrı hakkındaki olumsuz şemaların da ağrının algılanma şiddetini değiştirdiği düşünülmektedir. Dikkatin sürekli olarak ağrı başlangıcını işaret edebilecek genital hislere odaklanılmasının (hipervijilans) ve ağrı yaşandığında ağrıyla ilişkili olabilecek en kötü senaryoya odaklanarak ağrıyı katastrofize etmenin algılanan ağrıyı artırdığı ve cinsel işlev bozukluğu oluşumunu yordadığı söylenmektedir.⁴¹

ii. Korku Kaçınma Modeli

Bu model, tehdit karşısında kaçınma ve yüzleşme olmak üzere iki karşıt davranışçı cevap verildiğini varsayar ve zarar görmüş bireyin kaçınma, güçsüzlük ve ağrıdan oluşan bir çıkmaza girmesine sebep olan mekanizmaları sunmaktadır. Bu model, ağrı kaynaklı korkunun nasıl fonksiyon kaybına yol açtığına dair çeşitli yollar öne sürmektedir:

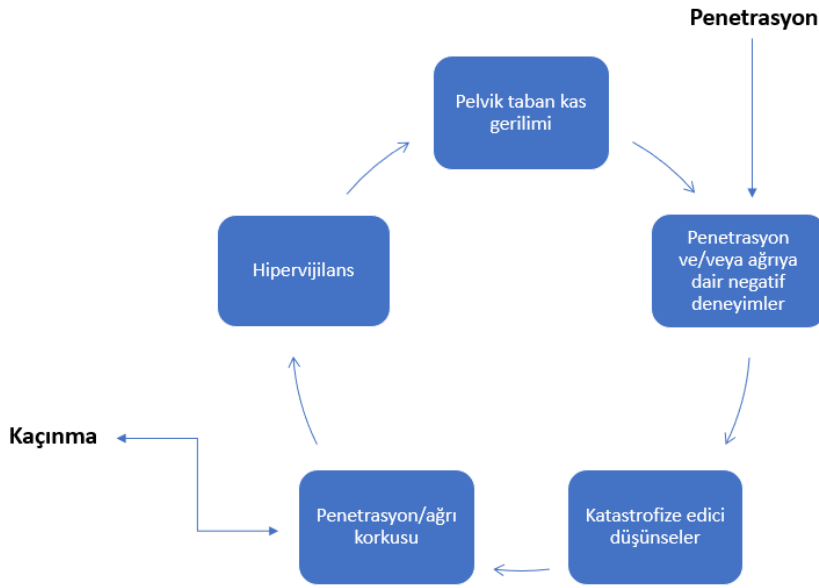
1. Ağrı ve sonuçları hakkında negatif tahminlerde bulunulur, katastrofize edilir.
2. Ağrı, kaçma ve kaçınma davranışlarıyla karakterize olduğu için günlük yaşam aktiviteleri yapılamamaya başlanır.
3. Kaçınma davranışları, ağrının kendisine oluşan bir cevap olarak değil de ağrı beklentisiyle oluştuğu için, ağrının hayatı ve fiziksel bütünlüğü tehdit ettiğine dair yanlış inançların test edilip düzeltilmesine fırsat verecek olasılıklardan da kaçınılır, bu da hastalığın sürmesine neden olur.
4. Uzun süreli kaçınma ve fiziksel inaktivite, iskelet-kas sistemi üzerine olumsuz etkilidir, bu da ağrıyı artırabilir.

Bilişsel-davranışçı açıdan bakılacak olunursa, bu modele bazı eklemeler yapılabilir.

5. Diğer tüm korku ve ağrılar gibi, ağrıyla ilişkili korkular da bilişsel işlevselliği bozar. Korkan hastalar, tehdit sinyalleriyle daha çok ilgilenir (hipervijilans) ve dikkatlerini ağrıya yönelik bilgiden uzaklaştırmakta zorlanırlar.

6. Ağrıyla ilişkili korku, kişiler tehlikeli olduklarını düşündükleri bir durumla karşı karşıya geldiklerinde gösterdikleri artmış psikofizyolojik reaktiviteyle de ilişkilidir.⁶⁵

Bu model, GPA/PB'ye de uygulanabilir ve vajinismusa bağlı sorunların neden penetrasyon sırasında ağrı ya da rahatsızlık yaşayan kadınların küçük bir kısmında geliştiğini açıklamaya yardımcı olabilir.³¹ Ağrı katastrofizasyonu, gerçek veya beklenen ağrı deneyimi sırasında, ağrının daha yoğun algılanmasına sebep olan abartılmış bir zihinsel engeldir.⁶⁶ Bu modelin ana ilkesi vajinal girişin katastrofik yorumlanmasının vajinal girişle ilişkili korku oluşmasına yol açıp kısır döngüye sebep olmasıdır. Bu korkuyla başetmek için kadınlar vajinal girişle ilişkili olabilecek tüm aktivitelerden kaçınabilirler ya da ağrıyla ilişkili uyarılara karşı hipervijilan olabilirler. Bu durumda vajinal giriş denemeleri defansif pelvik taban kas kontraksiyonuyla sonuçlanır. Artmış kas tonusu ağrılı girişe ya da girişin hiç olamamasına yol açar. Penetrasyonun “başarılamaması” olumsuz deneyimlere dönüşerek negatif beklentileri kanıtlar. Böylece vajinismus döngüsü güçlenerek tekrarlanmaya devam eder.^{31,67,68} Şekil 3'te vajinismus oluşumunda korku-kaçınma döngüsü gösterilmiştir.³¹



Şekil 3: Vajinismus Oluşumunda Korku-Kaçınma Döngüsü

GPA/PB hastalarının genital olmayan ağrılarını (baş ağrısı gibi) katastrofize etmedikleri, vajinal giriş ile ilişkili ağrıları katastrofize ettikleri ve kaçınma davranışları gösterdikleri çeşitli çalışmalarda saptanmıştır.^{66,69,70} Bu durum katastrofize edilmiş ağrı algısının, vajinismus oluşumu için risk faktörü olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.⁶⁶

iii. İlişki Faktörleri

GPA/PB yaşayan kadınların eşleri, kadınların yaşadığı genital ağrıya farklı tepkiler verebilirler. Eşlerin bir kısmı tedirgin (sempati gösteren), bir kısmı negatif (agresif tepkiler veren), bir kısmı kolaylaştırıcı (uygun başa çıkma mekanizmaları konusunda destekleyen) tepkiler gösterebilirler. Eşlerin tedirgin ve negatif tepkilerinin, kadının ağrıyı daha kötü algılamasına, cinsel işlev bozukluğunun devam etmesine sebep olduğu, bu tarz tepkiler veren eşlerin de cinsel işlevlerinin daha kötü olduğu gösterilmiştir. Eşlerin yapıcı ve kolaylaştırıcı tepkiler vererek kadınların daha uygun baş etme mekanizmaları kullanmasına destek olduğu ilişkilerde ise çiftlerin cinsel doyumlarının daha iyi olduğu, GPA/PB prognozunun daha iyi seyrettiği gösterilmiştir.^{51,71}

iv. Çocukluk Çağı İstismarı

Çocukluk çağı istismarının GPA/PB etiolojisindeki yeri oldukça tartışmalıdır.⁵⁵ Çocukluk çağı erken cinsel yaşantılarının GPA/PB oluşumu için risk faktörü olabileceğini söyleyen çok sayıda çalışma yapılmıştır.^{23,32,51} Reissing ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, GPA/PB grubundaki hastaların, kontrol grubuna kıyasla iki kat daha fazla çocukluk çağı cinsel istismarı bildirdiğini, bu kadınların cinsellikle ilgili olumlu şemalarının daha az olduğu söylenmektedir. Araştırmacılar bu sonuçları çocukluk çağı cinsel istismarının, kişinin kendi cinsel kimliğiyle ilgili olumlu bilişler geliştirmesine engel olarak cinsel işlev bozukluğu geliştirme riskini artırabileceği şeklinde yorumlamıştır.⁷² Benzer şekilde, disparoni bildiren cinsel olarak aktif ergenlerde, cinsel istismar öyküsünün disparoni yaşamayan cinsel olarak aktif kontrol grubuna göre daha fazla olduğu bulunmuştur.⁷³

Bunlara karşılık, çocukluk çağı istismarı oranlarının GPA/PB hastalarında, sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında anlamlı bir fark bulunmadığını söyleyen çok sayıda çalışma da bulunmaktadır.^{64,74-77} Literatürdeki bu çelişki çalışmaların hasta örneklemelerinin küçük olmasına⁵⁵ ve metodolojideki farklılıklara bağlanmıştır.²³

v. Muhafazakâr Ahlaki Değerler, Dindarlık ve Kültür

Dünya'daki yaygın dinlerin çoğu cinselliğin nasıl olması gerektiği hakkında fikir belirtmektedir. Bu dinlerin birçoğu premarital ve ekstramarital cinsel ilişkiyi yasaklamakta, bir kısmı da bazı cinsel davranışları uygun bulmamaktadır. Dini inanışların, cinsellik üzerindeki etkileri araştırılmaktadır.^{78,79}

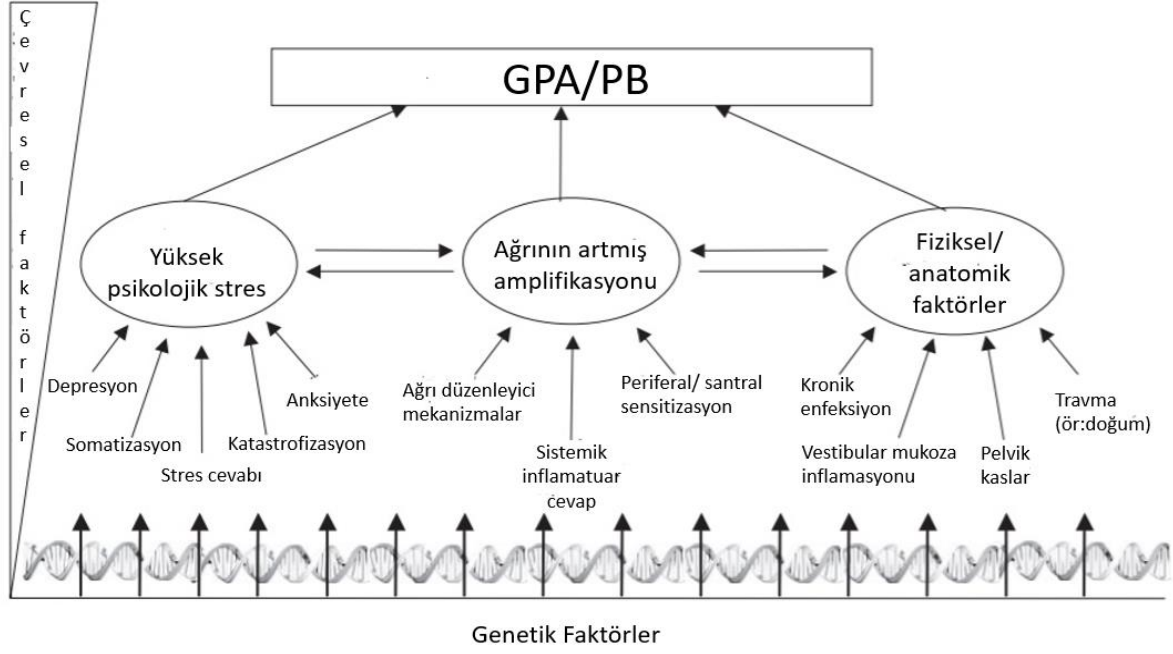
Masters ve Johnson, 1970'de yazdıkları "İnsanın Cinsel Yetersizliği" isimli kitapta, sıkı dindarlıkla yetiştirilmenin tüm cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkili olduğunu söylemişlerdir.⁵⁵ Daha sonraki yıllarda dindarlık ve cinsellik üzerine yapılan az sayıdaki çalışmada, vajinismuslu kadınların daha dindar ailelerde yetiştikleri⁸⁰, dindarlığın cinselliğe ilişkin suçluluk duygusu ve mastürbasyon yaparken huzursuz hissetme ile ilişkili olduğu⁷⁸ belirtilmiştir.

Ahlaki değerleri inceleyen bir çalışmada, çalışmanın yapıldığı yıllarda vajinismus veya dispareni tanı kriterlerini dolduran kadınların, daha az liberal ve daha fazla muhafazakâr ahlaki değerlere sahip oldukları ve bu kadınların cinsellikle ilgili belirli davranışlara katılmada daha az gönüllü oldukları saptanmıştır. Bu bulgulara dayanarak muhafazakarlığın, cinsel işlev bozukluklarına yol açabileceği söylenmiştir. Cinsel davranışların ahlaksızlık olarak ve cinsel uyarıların kirli olarak algılanmasının cinsel uyarılmayı bozmasının yanı sıra pelvik taban kaslarının defansif kasılmasına sebep olarak vajinismus gelişmesine sebep olabileceği söylenmiştir.⁸¹

Kültürün cinsellik üzerine olan etkilerine bakıldığında geleneksel Türk toplumu da dahil olmak üzere birçok geleneksel toplumda kadının bekaretine çok önem verilmekte olduğu görülmektedir. Öyle ki bazı yerlerde, gelinin ilk gece sonrası kanlı çarşafı eşine ve eşinin ailesine göstererek bekaretini kanıtlaması istenmektedir.^{78,82} Yeterli kanıtların sunulamadığı durumlarda, kadının hakaret, boşanma gibi uygulamalarla cezalandırıldığı görülebilmektedir. Tüm bu toplumsal baskının, kadının bekaretini korumayı bir görev edinmesine, cinsellikle ilgili suçluluk duygusunun yoğunlaşmasına ve GPA/PB gelişimine zemin hazırladığı söylenmektedir.⁷⁹

Toplumdaki muhafazakarlığın bir diğer sonucu da cinsellikle ilgili konuşmaktan ekinilmesidir.⁷⁸ Türkiye’de yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan vajinismus tanılı kadınların %67.5’i cinsellikle ilgili ilk bilgilerini yaşıtlarından, %12.5’i medya organlarından ve sadece %10’u ebeveynlerinden aldığı gösterilmiştir.⁸³ Diğer geleneksel toplumlar gibi bizim toplumumuzda da düğünden önce bir kadın aile büyüğünün geline ilk geceyle ilgili deneyimlerini ve bilgilerini anlatması yaygın bir gelenektir.^{79,82,84} Bu bilgi, kadının dayanılmaz bir ağrı çektiği ve bu ağrının günlerce sürdüğü şeklinde gerçek dışı ve felaket senaryolarından oluşabilmektedir. Gerek yaşıtlardan alınan yetersiz bilgilerin, gerek düğün günü aile büyüklerinden duyulan korku hikayelerinin korku oluşturarak GPA/PB’nin sürmesine neden olabileceği düşünülmektedir.^{82,83}

GPA/PB etiyolojisinde yer alan faktörler ve birbirleriyle ilişkileri şekil 4’te gösterilmiştir.⁸⁵



Şekil 4: GPA/PB etiolojisi birleştirici model

2.1.8. Değerlendirme

Ağrılı cinsel ilişkiden yakınan bir kadının ilk klinik değerlendirmesinde, şikâyetin karakter özellikleri (birincil ya da ikincil, durumsal ya da generalize, uyarılmış ya da spontan), hastanın genel tıbbi öyküsü, cinsel öykü, psikiyatrik öykü, jinekolojik öykü ve madde kullanım öyküsü değerlendirilmelidir.⁴¹

Kadının yaş, din, kültür gibi alakalı psikososyal konumunu anlamak ve detaylı öyküsünü almak değerlendirme ve tedavi süreçlerini planlamada yardımcı olacaktır. Mevcut ve geçmiş partnerleriyle olan ilişkiler, gelişim öyküsünde yer alabilecek cinsel, fiziksel ve duygusal taciz gibi ilgili olabilecek konular, cinsel yönelim ve kendi cinselliğini nasıl algıladığı sorulması gereken sorulardandır. Aynı zamanda cinsellik hakkındaki bilgi düzeyi de incelenmelidir. Tüm bu değerlendirme süreci, kadının bilişlerini (ör: “hiçbir partner beni istemiyor.”), duygularını (ör: korku, kaygı, üzüntü, öfke, hayal kırıklığı, yetersizlik, utanç, suçluluk vb.) ve davranışlarını (ör: randevulaşmaktan kaçınma, cinsel ilişkiden kaçınma vb.) hakkında bilgi edinmek için de çok önemlidir.⁸⁶

Cinsel işlev bozukluğu ile başvuranlarda kliniğin iyice anlaşılması ve detaylandırılması için sorulması gereken sorular DOUPE modeli olarak standardize edilmiştir. Bu algoritma gerekli bilgiye hızlı ulaşılmasını sağladığı için önemlidir. Açılımı şu şekildedir:⁵

D (description) / tanım: Sorun nedir? Bu sorun hangi durumlarda ortaya çıkmaktadır?

O (onset) / başlangıç: Yaşam boyu mu sonradan başlangıçlı mı? Başka bir değişiklik eşlik ediyor mu? Her zaman mı yoksa belli bir durumda ya da belli bir kişiyle mi ortaya çıkıyor?

U (understanding) / kavrayış: Siz bu sorunun neden olduğunu düşünüyorsunuz?

P (past) / geçmiş: Bu sorunu çözmek için neler yaptınız? Neden şimdi yardım almaya karar verdiniz?

E (expectations) / beklentiler: Kişi ne kadar motive ve ne kadar gerçekçi?

GPA/PB değerlendirmesinde ağrı, ağrı ve penetrasyona ilişkin bilişler, cinsel işlevler ve ilişki dinamikleri incelenmelidir. Değerlendirmeye ağrının özellikleri ve olası fiziksel etiyolojileri ile başlamak, ağrının tanımlayıcı semptom olması ve ağrısı önemsenmemiş hastayla ilişkiyi güçlendirmek adına faydalı olabilir.⁴² GPA/PB'nu değerlendirmek için sorulması önerilen bazı sorular şunlardır:^{17,42}

- Ne zamandır bu ağrıyı yaşıyorsunuz? Ağrıyı ilk ne zaman hissettiniz?
- Cinsel birleşmelerde/birleşme denemelerinde tam olarak nerede ağrı hissediyorsunuz?
- Bu ağrıyı 1'de 10'a kadar derecelendirecek olsanız kaç veririrsiniz?
- Bu ağrının karakteri nedir? Bu ne tür bir ağrıdır?
- Ağrı ne zaman başlıyor? (Cinsel birleşme öncesinde, sırasında ya da sonrasında)
- Ne kadar sürüyor?
- Ağrının şiddeti farklı durumlara göre değişiyor mu? (Yorgunluk, adet döngüsü, uyarılma seviyesi gibi)
- Ağrıyla birlikte başka semptomlarınız da oluyor mu?
- Diğer cinsel olan ya da olmayan uyarımlarla da ağrı hissediyor musunuz? (Ör: parmak sokma, tampon yerleştirme, jinekolojik muayene vb.)

Tedavi ve değerlendirme sürecine eşleri de dahil etmek gerekmektedir. Eşin bu sorun hakkında ne düşündüğü, eşin cinsellik anlayışı ve cinsellikten beklentisi, eşin cinsel bilgi düzeyi ve bu bilginin kaynakları, eşlerin birbiriyle iletişimleri ve sorun hakkında konuşup konuşmadıkları, eşler arasında cinselliği başlatanın hangisi olduğu, cinsellikle ilgili sorunlarla eş olarak nasıl başa çıktıkları öğrenilmelidir.⁸⁷

Hastanın jinekolojik öyküsünde adet düzeni, varsa gebelik ve doğum öyküleri, eşlik eden akıntı, kaşınma gibi diğer vulvovajinal semptomlar, varsa diğer jinekolojik hastalıklar (endometriozis, uterin fibrinoidler, over kistleri vb.), geçirilmiş jinekolojik cerrahiler, kullandığı korunma yöntemleri, eşlik eden alt üriner sistem hastalıkları (intertisyel sistit vb.) ve gastrointestinal hastalıklar (divertikülit, crohn hastalığı vb.) sorgulanmalıdır.¹⁸

Öykü alındıktan sonra genel fizik muayene ve şikayetlere sebep olabilecek organik etiyolojinin dışlanması için jinekolojik muayene yapılmalıdır.¹⁷ Vulva, dermatit, enfeksiyon, lezyon, atrofi ve diğer anatomik değişiklikler açısından incelenmelidir. Alt karın ve eksternal vulvanın ilgili dermatomlarının (T12-S5) hafif dokunma ve ağrı muayeneleri nevrolojiyi ekarte etmeye yardım eder. Vestibülün saat 12, 2, 5, 6, 7, 10 kadrantlarında pamuklu çubuk testinde ağrı oluşması uyarılmış vestibulodini tanısı için gereklidir. Pelvik taban kaslarının tonusu parmak muayenesiyle değerlendirilebilir. Vajinal

sekresyonların potasyum hidroksitle incelenmesi fungal ve bakteriyel enfeksiyonların varlığını ve kişinin östrojen durumunu gösterebilir. Hikâye ve mevcut muayene bulgularına göre biyopsi, görüntüleme gibi tamamlayıcı muayeneler istenebilir.⁸⁸

Cinsel işlev bozukluğu tanı ve tedavisinde çalışan sağlık personeli, GPA/PB hastalarını hastalığın şiddetine göre sınıflandırmak yerine genellikle bu hastalığı bir grup olarak kabul eder. Ancak daha hafif bir hastalığı olanların daha şiddetli hastalığı olanlarla aynı tepkileri vermesi, aynı uyumu göstermesi her zaman beklenmez. Fizik muayene bulgularına göre Lamont vajinismus tanılı kadınları 4 gruba ayırmıştır, yakın zamanda ise Pacik ve arkadaşları tarafından, kadınların verdiği “savaş ya da kaç” tepkilerini de içeren bir beşinci grup önerilmiştir. Vajinismus sınıflandırılması tablo 7’de gösterilmektedir.⁸⁹

Tablo 7: Vajinismus Sınıflandırılması

| Grade | Açıklaması |
|-----------------------|---|
| Lamont grade 1 | Hasta pelvis muayenesi için gevşeyebilir. |
| Lamont grade 2 | Hasta pelvis muayenesi için gevşeyemez |
| Lamont grade 3 | Kalçalar masadan kalkar. Geri çekilmenin erken evresi. |
| Lamont grade 4 | Yaygın geri çekilme: kalçalar havaya kalkar, bacaklar kapanır, hasta geriye doğru çekilir. |
| Pacik grade 5 | Grade 4’teki gibi yaygın geri çekilmeye ek olarak visseral reaksiyonlardan biri veya daha fazlası: çarpıntı, hiperventilasyon, terleme, titreme, bağırma, masadan kalkmak isteme, bayılacakmış gibi hissetme, bulantı, kusma. |

2.1.9 Tedavi

Tedavinin amacı cinsel ilişkiyle ortaya çıkan ağrının azaltılması ve cinsel işlevlerin düzeltilmesidir. GPA/PB’nun klinik görünümü çeşitlilik gösterdiği için tedavi hastanın ihtiyaçlarına göre şekillendirilmelidir.³²

i. Vestibulektomi

VVS için yapılmış ilk cerrahi tedavi 1981’de Woodruff tarafından yapılmıştır. Orijinal prosedürde, perineal derinin semisirküler segmenti, posterior vestibül mukozası, posterior himen halkası çıkarılmıştır. O yıllardan beri, ağrılı vulvar vestibüler dokunun çıkarılması en çok araştırılan tedavi yöntemlerinden biri olmuştur. Yapılan çalışmalar, ağrının azalmasını tedavi başarısı olarak almıştır ve %85-90 oranlarında başarı oranları vermişlerdir ancak bu çalışmaların birçoğu, ağrısız cinsel ilişkinin

sağlanıp sağlanmadığını araştırmamıştır.⁸⁸ Cerrahinin vulvar bölge hassasiyetini azalttığı ve sonuç olarak cinsel doyumunu bozduğu düşünülmektedir.⁴¹

ii. Farmakolojik Tedaviler

Farmakolojik tedaviler, lokal anesteziğin topikal ya da enjeksiyon formunda uygulanmasını, botulinum toksin A enjeksiyonlarını, oral nöropatik ağrı tedavilerini (antikonvülzanlar ve bazı antidepresanlar) kapsar.

Trisiklik antidepresanlar (TCA) santral sinir sisteminde ağrı modülasyonunu sağlarlar. TCA'ların lokalize uyarılmış vulvodindeki etkinliğini araştıran randomize kontrollü çalışmalarda plasebo ve TCA'lar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak kontrol grubu olmayan çalışmalar, başta amitriptilin olmak üzere TCA'ların ağrıyı %50 oranında azalttığını söylemektedir.⁹⁰ Kontrollü olmayan prospektif bir çalışmada, vestibulodini kadınlara %2'lik topikal amitriptilin krem uygulanmış, ağrısı geçen ve orta derecede düzelmeye tarifleyen kadınların toplamı %56 cevap oranına denk geldiği söylenmiştir.⁹¹ Sonuç olarak TCA'ların vulvodini tedavisinde faydalı olduğuna dair yetersiz düzeyde kanıt vardır.⁸⁸

Gabapentin, uyarıcı bir nörotransmitter olan glutamata inhibe ederken inhibitör GABAerjik iletimi güçlendirir. Oral gabapentin post-herpetik nevralji, diabetik nöropati ve fibromiyalji tedavilerinde etkinliği kanıtlanmıştır. Generalize vulvodini ve spontan vestibulodini tedavilerinde oral antikonvülzanlar klinik olarak etkinliği gözlemlenen ajanlardır. Topikal gabapentin kullanımı sistemik yan etkilere sebep olmadığı için avantajlıdır.⁸⁸

Bir sodyum kanal blokörü olan lidokain, C-liflerinde iletimi inhibe eder ve sürekli maruziyeti durumunda nosiseptörleri engellediği düşünülmektedir ve bu sebeple nöropatik ağrı tedavisinde önemli bir rolü vardır. Topikal lidokain vestibulodini tedavisi için en sık reçetelendirilen ilaçlardan biridir ve günde iki kez ve ek olarak cinsel birleşmelerden önce olacak şekilde kullanılması önerilir.⁹²

Nosiseptörlerin periferik uçlarında yer alan vanilloid reseptörlerinin agonisti olan kapsaisin, post-herpetik nevralji ve periferik nöropati tedavisinde önerildiği için, vestibulodindeki etkinliği de araştırılmıştır. Cilde kapsaisin uygulanması irritasyona ve acıya sebep olsa da uzun dönem kullanımı C-liflerinin dejenerasyonuna ve desensitizasyonuna sebep olur. Yapılan çalışmalarda etkinliği gösterilse de uygulama sonrası yanma hissine sebep olduğu için kullanımı önerilmemektedir.⁸⁸

GPA/PB patofizyolojisinde mast hücre aktivasyonunun önemli bir rolü olduğu için mast hücre degranülasyonunu engelleyen kromolin sodyumun tedavide etkin olup olmayacağı araştırılmıştır. Çift kör randomize kontrollü bir çalışmada topikal kromolin kremin etkinliğinin plasebodan fazla olmadığı gösterilmiştir.⁹³

Spazm ve korku şikayetleri ön planda olan vajinismus tanılı kadınlarda anksiyolitik etkinliği olan antidepressanların ve benzodiazepinlerin tek başına etkin olmadıkları ancak kaygı seviyesi yüksek olan hastaların tedavisinde psikoterapiye ek olarak kullanılabilirler söylenmektedir.^{55,88}

Botulinum toksini pelvik taban kaslarının artmış tonusunu azaltmaktadır. Hepsini uyarılmış vulvodiniye sekonder vajinismus tanısı alan 39 kadının katıldığı bir çalışmada, levator ani kasına botulinum toksin A enjeksiyonu yapılmış. Kadınların cinsel ilişkiye girebilme ihtimallerinde, levator ani kasının EMG aktivitesinde ve barsak-mesane semptomlarında gelişmeler saptanmış. 39 aylık takip sonucunda çalışmaya katılan kadınların %63,2'sinin vajinismus kliniği tamamen geçmiş, %15,4'ünün ise enjeksiyon ihtiyacı devam etmiş.⁹⁴ Başka bir çalışmada vajinismus tanılı 24 kadının puborektalis kaslarına botulinum toksin A enjeksiyonu yapılmış. Bir hafta sonraki kontrolde 23 kadının vajinismus semptomlarını göstermediği saptanmış.⁸⁸

iii. Pelvik Taban Fizyoterapisi ve EMG Biofeedback

GPA/PB tanılı kadınların pelvik taban kas tonusunda artışlarının olduğu, kas kontrollerinin zayıf olduğu, kas gücünün azalmış olduğu ve vajinal kasların gevşemesinde kısıtlılıklar gösterdikleri söylenmektedir. Aynı zamanda kronik vulvar ağrı normal ağrı cevabının bir parçası olarak pelvik taban kaslarının sıkışmasını tetikleyebilir, pelvik taban kaslarının hipertonusu vajinismus cevabının oluşmasına yol açabilir.⁸⁸ Fizik tedavi teknikleri, ağırlı ya da zor cinsel ilişkiye sebep olan pelvik taban kaslarının artmış tonusunun azaltılmasını hedefler. Pelvik kaslarına dair olan farkındalığı artırmak, relaksasyon teknikleri, tonus normalizasyonu, biofeedback, manual terapi teknikleri gibi teknikler kullanılır.^{32,55}

EMG biofeedback yöntemi için, vajinanın içine EMG sensörleri yerleştirilir ve bu sayede kadına kendi kas gerginliği hakkında geri bildirimde bulunulur. Bu sayede kadının kasılma-gevşeme egzersizleriyle kas tonusunu kendi isteğiyle kontrol edebilmeyi öğrenmesi amaçlanır.^{41,42}

Pelvik taban fizyoterapisi 6-10 seans gibi kısa süreli bir tedavi olduğu için ve kişilerin cinsel yaşamlarının detaylarını anlatmaları gerekmediği için hastalar tarafından tercih edilen bir tedavi yöntemidir.⁹⁵

iv. Psikoterapiler

Psikolojik müdahaleler, ağrı eğitiminde maruz bırakma egzersizlerine ya da daha derinlikli psikoterapilere kadar uzanan geniş bir yelpazedir. Psikoterapiler, bozulmuş ağrı algısını, ağrıya bağlı kaçınma davranışlarını düzeltmeyi ve başa çıkma mekanizmalarını geliştirmeyi hedefler.⁹⁵ Masters ve Johnson metodu, GPA/PB terapilerinin birçoğunun temelini oluşturur. Orijinal modelde, Masters ve Johnson kadın-erkek ko-terapist olarak çalışmalarını sürdürmüştür. Terapi ilgili insan anatomisinin ve fizyolojisinin anlatılmasıyla başlar, davranışçı egzersizler ve kişinin performans beklentisi ve kaygısı

olmadan, kendi cinsel performansı hakkında kendisi yargılamadan cinsel hazzı deneyimleyebileceği sıralı okşama (sensate focus) tekniklerinden oluşur.⁹⁶

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), GPA/PB tedavisinde en çok çalışılan psikolojik tedavi yöntemidir. BDT'nin amacı kadınlara düşüncelerinin ve duygularının davranışlarını nasıl etkilediğini anlamalarına yardımcı olmak ve olumsuz düşünce sistemlerini yeniden yapılandırmalarını sağlayarak davranışsal değişikliklerin önünü açmaktır.⁸⁸ BDT cinsel sorunları ve çiftler arası problemleri hedef alan tek tedavi yöntemidir. BDT'nin genel şeması aşağıdaki gibidir:⁹⁵

1. BDT'nin işleyişinin anlatılması
2. GPA/PB hakkında psikoeğitim verilmesi ve istek, uyarılma ve orgazm üzerindeki olumsuz etkileri hakkında bilgilendirme yapılması
3. Ağrının multifaktöriyel doğası hakkında bilgi verilmesi ve bilişsel, afektif, davranışsal, ilişkisel ve biyomedikal faktörlerin ağrının devamlılığındaki rollerinin açıklanması
4. Gevşeme egzersizleri
5. Alıştırma egzersizleri (ör: giderek büyüyen oranlarda parmak yerleştirme egzersizleri)
6. Cinsellik hakkındaki çarpıtılmış veya gerçek dışı olan bilişleri yeniden yapılandırma egzersizleri
7. Başa çıkma mekanizmalarının provası
8. Çiftler arasında duygusal ve cinsel tercihlerin konuları konuşulabilmesi için gerekli iletişim becerileri

Mindfulness temelli terapiler, yargılamadan sadece anın farkında olunmasını söyleyen Budizm meditasyonlarından köken alan bir terapi türüdür. Birçok ağrı programı bu terapi modelini BDT ile harmanlamaktadır. 85 vulvodini tanımlı kadın hastayla yapılan bir çalışmada, mindfulness temelli terapilerin ağrıda, cinsellikle ilgili streste ve depresif semptomatolojide anlamlı bir düzelme sağladığı gösterilmiştir.⁸⁸

Seksen yedi disparoni tanımlı kadın hastanın takip edildiği randomize prospektif bir çalışmada vestibulektomi, biofeedback ve BDT tedavileri 6 aylık ve 2,5 yıllık takiplerle karşılaştırılmış. Üç tedavi yönteminde de cinsel işlevlerdeki düzelme tedavi sonrası 2,5 yıl devam etmiş. Tedavi öncesi yüksek şiddetli ağrı ve psikososyal yakınmaların bulunması olumsuz tedavi sonucuyla ilişkili bulunmuş. Cinsel birleşme hakkında olumsuz önyargıları olan vestibulektomiye uygun bulunmamış ve bu kadınların tedavi sonuçlarının diğer kadınlara göre daha kötü olduğu gözlenmiş. 6. ay takibinde tüm gruplarda önemli ölçüde ağrı azalması görülmüş ancak vestibulektominin sonuçları diğer iki tedavi grubuna kıyasla ağrı azalmasında iki kat daha iyi bulunmuş. 2,5 yıllık takiplerde ise cinsel birleşmede yaşanan ağrı vestibulektomi ve BDT grubunda benzer bulunmuş.⁹⁷ Bu sonuçlar, vestibulektominin uzun dönem faydalarının, hastalık etiolojisindeki periferal ağrı reseptörlerinin (nosiseptör) artmış sensitivitesine dayanan teoriyi desteklediği, BDT'nin uzun dönem faydalarının ise hastalığın gelişimine sebep olan psikolojik faktörleri gösterdiği şeklinde yorumlanmaktadır.⁸⁸

2.2 Yeme Tutumu

2.2.1. Yeme Tutumu Tanımı

Yeme tutumu, yemekle ilişkili inançlar, düşünceler, duygular ve yeme davranışının tamamını, yani bireylerin neyi, neden, ne kadar yediğini, seçimlerinin arkasındaki mantıklarını, kaçınmalarını ve kontrol edemedikleri davranışlarını kapsayan bir terimdir.⁸ Yeme davranışı, içerden ve dışardan gelen çeşitli uyanarlardan etkilenir. Yemek yemenin birinci amacı biyolojik ihtiyaçların karşılanması olsa da yeme davranışı, yenilen besinin çeşidi ve miktarı fizyoloji, çevre, kültür, duygusal olarak nasıl hissedildiği gibi birçok faktörden etkilenir.^{98,99}

Normal yeme, sağlıklı gıdaların tüketilmesini, besin içeriği yüksek gıdalardan vücudun ihtiyaçlarını karşılayabilecek kadar kalori alınmasını ve yemekler hakkında olumlu bir tutum içinde olunmasını (besinlerin “iyi” ya da “kötü”, “sağlıklı” ya da “şişmanlatıcı” gibi suçluluk ve kaygı uyandırabilecek şekilde etiketlenmemesini) kapsar. Normal yeme sağlığın devam ettirilmesinin yanında sosyalliğin de devam ettirilmesini sağlamak zorunda olduğu için esnek ve keyif verici olmalıdır. Bu yüzden normal beslenme alışkanlığı, kişinin açlık durumuna, günlük programına, yemeğe erişim imkanlarına ve nasıl hissettiğine göre esnetilebilir ve çeşitlendirilebilir olmalıdır ancak kiloda bir farklılık yaratacak kadar besin eksikliğine ya da besin fazlalığına sebep olmamalıdır.⁸

Bozulmuş yeme tutumu, diyet yapmaktan yeme bozukluğu tanıları kapsayan bir spektrumdur. DSM-V’te yer alan yeme bozuklukları tanıları, bozulmuş yeme tutumunun en uç noktalarıdır ancak bozulmuş yeme tutumu tanımına dahil olan laksatif kullanımı, tıkinma, kısıtlama gibi kilo verme ya da kilo korumayı hedefleyen ancak yeme bozukluğu tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan davranışlar oldukça sık olarak görülebilirler.^{100,101} Amerika Birleşik Devletleri’nde yeme bozukluğu tanı kriterlerini hayatlarının hiçbir döneminde karşılamayan 25-45 yaş arası 4023 kadınla yapılan bir çalışmada, kadınların neredeyse üçte birinin (%31,1), hayatlarının bir döneminde aşırı kilo verme ya da çıkarma gibi bozulmuş yeme tutumu davranışları sergilediklerini göstermiştir.¹⁰²

2.2.2 Yeme Tutumu ve Cinsel İşlev Bozuklukları Arasındaki İlişki

Cinsel işlev bozuklukları ve yeme bozukluklarının sıklıkla komorbid olabileceği, çünkü bazı ortak etiyolojik ve psikopatolojik özellikler gösterdikleri düşünülmektedir. Beden algısı da hem cinsel işlev bozukluklarının hem de bozulmuş yeme tutumunun altında yatan ortak psikolojik faktörlerden biridir.¹⁰³ Bilişsel davranışçı modele göre, tıkinırcasına yeme özünde kötü beden algısıyla başlar. Beden şekliyle ilgili yoğun kaygılar zayıflamak için takıntılı bir çabaya dönüşür, sürdürülemeyecek kadar sıkı diyet kısıtlamalarına gidilir ve diyetteki en ufak bir aksama başarısızlık olarak algılanır ve kişi tıkinırcasına yemek yer.¹⁰⁴ Sonuç olarak, suçluluk, utanç ve iğrenme gibi duygular ortaya çıkar, kişi başarısız olduğunu düşünür ve kusma, aşırı egzersiz gibi uygunsuz telafi edici davranışlar ortaya

çıkar.¹⁰⁴ Olumsuz beden algısının yeme bozukluklarında tedavi cevabının en önemli prediktörü olduğu söylenmektedir.¹⁰⁵

Cinsel işlevlerin ve cinsel doyumun da beden algısından etkilendiği bilinmektedir. Sağlıklı kadınlarla yapılan çalışmalarda, beden algısının, cinsel aktivite esnasında hissedilen beden kaygısının, kiloyla ilgili düşüncelerin cinsel doyumla ilişkili olduğu, olumsuz beden algısının daha az cinsel doyumun ve olası cinsel işlev bozukluklarının yordayıcısı olduğu gösterilmiştir.¹⁰⁵⁻¹⁰⁷

Hem DSM-5'te yer aldığı haliyle hem de yeme bozukluğu kriterlerini doldurmadan bozulmuş yeme tutumu olarak değerlendirildiğinde tıknırcasına yeme ve cinsel işlev bozuklukları arasında ortak mekanizmalar olabileceği söylenmektedir. Tıknırcasına yemenin bozulmuş beden algısını düzeltmek için yapılan kısıtlamalarda yapılan bir hata sonucu ortaya çıkan strese bağlı bir disosiasyon durumu olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde, olumsuz beden algısına sahip kadınların cinsel deneyim esnasında yaşadıkları strese bağlı olarak disosiasyon yaşayabilecekleri ve sonucunda cinsel işlev bozukluklarının farklı türlerinin ortaya çıkabileceği söylenmektedir.¹⁰⁵

Çocukluk çağı cinsel istismarının hem yeme bozuklukları hem de cinsel işlev bozuklukları etiolojisinde yer aldığı bilinmektedir. Bir çalışmada, cinsel travmaya maruz kalan kadınların %85'inin cinsel aktivitelerden uzak durmayı tercih ettiği,⁷ bir başka çalışmada ise GPA/PB tanılı kadınların sağlıklı kontrollere kıyasla iki kat daha fazla çocukluk çağı cinsel istismarı bildirdiği gösterilmiştir.⁷² Yeme bozukluğu tanılı hastaların genel topluma kıyasla iki kat daha fazla cinsel istismara maruz kaldığı da bildirilmiştir.⁷ Avustralya'da yapılan 11 yıllık bir takip çalışmasında, çocukluğunda çok sayıda cinsel istismar öyküsü bulunan genç kadınların 4,5 kat, çocukluğunda bir kere cinsel istismara maruz kalmış kadınların ise 2,5 kat daha yüksek oranlarda bulimia nevroza geliştirdikleri gözlenmiştir.¹⁰⁸ Yeme bozukluğu hastalarının tedavi süreçleri ilerledikçe cinsel işlevlerinin düzeldiği ancak geçmiş öyküsünde cinsel travma öyküsü bulunan hastaların cinsel işlevlerinin yeme bozukluğu semptomatolojisinden bağımsız bir şekilde düzelmediği söylenmektedir.⁷

Cinsellikle olumsuz bilişler, cinsel işlev bozuklukları ve bozulmuş yeme tutumları arasındaki ortak noktalardan biri olabilir. Cinsel arzuların kontrol edilmesine ve bastırılmasına neden olabilecek korku gibi olumsuz duygular, olumsuz düşünceler ve bilişler (Ör: Cinsellik kişilerin değerini gösterir, cinsel arzular utanılacak şeylerdir.) hem cinsel işlev bozukluklarında hem de bozulmuş yeme tutumlarında bulunabilir. Kendi cinsellikleri hakkında çelişkili düşünceleri olan ve cinsel uyarınlara daha fazla rahatsızlık hissi yaşayan kadınların daha sıklıkla bozulmuş yeme tutumu sergiledikleri gösterilmiştir.¹⁰⁹

Yeme bozukluğu tanılı bireylerin cinsel işlevleri ve cinsel doyumları da araştırılan diğer bir konudur. Yeme bozukluğu hastalarıyla yapılan bir çalışmada, yeme bozukluğu tanı tipinden çok yeme tutumlarının cinsel doyumla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Anoreksia nervoza tanılı kadınlardan kısıtlayıcı gruba dahil olanların daha olumsuz beden algısına sahip oldukları ve cinsel doyum skorlarının

anoreksia nevroza tanılı diğer kadınlara göre daha düşük olduğu gösterilmiştir.¹¹⁰ Obezite hastalarında yapılan bir çalışmada ise obezitenin cinselliğin bütün basamaklarına olumsuz etkilerinin olduğu ama tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezite hastalarının olmayanlara kıyasla daha düşük cinsel doyum skorlarına sahip olduğu gösterilmiştir.¹¹¹



3.YÖNTEM ve GEREÇLER

Bu araştırma Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yapılmıştır. Araştırma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır.

3.1. Çalışma Örneklemi, Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri

3.1.1. Çalışma Evreni

Araştırmaya İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Cinsel İşlev Bozuklukları Polikliniği'ne başvuran, yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucunda DSM-5 tanı kriterlerine göre Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu tanısı konan kadınlar, hasta grubu olarak alınmıştır. Kontrol grubu olarak genel toplumdaki daha önce hiç cinsel işlev bozukluğu yaşamadığını beyan eden, aktif bir başka psikopatolojisi olmayan kadınlar alınmıştır. Hasta grubuna alınma üzere toplam 34 hasta ile görüşme yapılmış, çalışmaya dahil olmak istemeyen 3 kadın çıkarıldıktan sonra toplamda 31 kadın çalışmaya alınmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda ise toplam 31 kadın çalışmaya dahil edildi.

3.1.2. Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri

i. GPA/PB İçin Dahil Edilme Kriterleri

- DSM-5 kriterlerine göre Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu tanısı almak
- 18-60 yaş arasında olmak
- Son 3 ay içerisinde heteroseksüel bir ilişki içinde olmak
- Genel sağlık durumunun iyi olması
- Aydınlatılmış onam okunduktan ve sözel bilgilendirmeler yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak.

ii. GPA/PB İçin Dışlanma Kriterleri

- Hayatının herhangi bir döneminde herhangi bir yakınma olmadan tam cinsel birleşme yaşayabilmiş olmak
- Cinsel birleşme yaşamasına engel olan organik bir sebebin bulunması
- Okur-yazar olmamak
- Çalışmaya katılmak istememek

iii. Sağlıklı Kontrol Grubu İçin Dahil Edilme Kriterleri

- 18-60 yaş arası olmak
- Genel sağlık durumunun iyi olması
- Aydınlatılmış onam okunduktan ve sözel bilgilendirmeler yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak.

iv. Sağlıklı Kontrol Grubu İçin Dışlama Kriterleri

- Hayatının herhangi bir döneminde cinsel işlev bozukluğu yaşamış olmak
- DSM-5 kriterlerini dolduran aktif bir psikopatolojisinin olması
- Okur-yazar olmamak
- Çalışmaya katılmak istememek

3.2. Değerlendirmede Kullanılan Gereçler

3.2.1. Aydınlatılmış Onam Formu

Çalışmanın basamaklarının anlatıldığı, verilerin ne şekilde korunacağını bildirildiği ve çalışmaya katılanların kabul ettiklerini bildirmeleri için okuduktan ve sözel olarak istedikleri ek bilgilerden sonra imzaladıkları onam formu EK-1’de verilmiştir.

3.2.2. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form araştırmacı tarafından ilgili literatür çerçevesinde hazırlanmış olan ve hastaların yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum ve ilişki süresi, daha önceki diyet deneyimleri, geçmiş ve güncel psikiyatrik başvuruları ve tedavileri hakkında soruların bulunduğu bir formdur. Form EK-2’de yer almaktadır.

3.2.3 Yeme Tutum Testi (YTT, Eating Attitude Test / EAT-40)

Yeme bozukluğunu tarama amacıyla Garner ve Garfinkel tarafından 1979’da geliştirilmiştir. Özellikle anoreksiya nervroza için yüksek risk grubunu oluşturan topluluklarda ve normal bireylerde var olan yeme davranışındaki olası bozuklukların taranmasında kullanılmaktadır. 6 basamaklı likert tipi 40 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Sorulardan 1, 18, 19, 23, 27, 39 için “bazen” cevabı 1 puan, “nadiren” cevabı 2 puan ve “hiçbir zaman” cevabı 3 puan olarak değerlendirilirken diğer cevaplar 0 puan olarak değerlendirilir. Ölçeğin diğer maddeleri ise “daima” cevabı 3 puan, “çok sık” cevabı 2 puan, “sık sık” cevabı 1 puan, diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilir. Her maddeden alınan puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilir. Otuz ve üzeri puan alan bireylerin anoreksiya nervroza başta olmak üzere yeme bozukluğu için yüksek riskli grupta yer aldığı kabul edilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Savaşır ve Erol tarafından 1989’da yapılmıştır.¹¹²

YTT EK-3’te yer almaktadır.

3.2.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)

Yeme bozukluğu hastalarını değerlendirme ölçeğinin, 1994'te Fairburn ve Beglin tarafından bir öz bildirim ölçeğe dönüştürülüş halidir. Yirmisekiz maddelik Likert tipi öz bildirim ölçeğidir. Son 28 günü değerlendiren ölçeğin cevapları “hiçbirinde” ile “her gün” arasında verilmiştir. Her soru 0 ila 6 arasında puanlandırılır. Kısıtlama davranışları, yeme ile ilgili endişeler, beden şekli ile ilgili endişeler, kilo ile ilgili endişeler olmak üzere toplamda 4 alt testten oluşmaktadır. Ölçekte ayrıca yeme bozukluğuyla ilgili spesifik davranışların değerlendirildiği 6 madde bulunmaktadır;

- “Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?”
- “Bu süre içinde kaç kere yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada)?”,
- “Son 28 günün kaç gününde aşırı yeme nöbetleri ortaya çıktı?”, “Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere kendinizi kusturdunuz?”
- “Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?”
- “Son 28 gün içinde kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla kaç kere kendinizi kaybedercesine ya da saplantılı biçimde egzersiz yaptınız?”

Belli bir alt ölçek puanı elde etmek için ilgili maddelerin puanları toplanarak alt ölçekteki toplam madde sayısına bölünmektedir. Toplam puan hesaplanması için ise 4 alt ölçek puanlarının ortalaması alınmaktadır. Yapılan çalışmalarda alt ölçek ve toplam puanların 4'e eşit ve büyük olması kesme puanı olarak kullanılmıştır.¹¹³ Türkiye'de ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yücel ve Polat tarafından 2011 yılında yapılmıştır.¹¹⁴

YBDÖ Ek-5'te görülebilir.

3.2.5. Yeme ve Kilo Biçimleri Ölçeği (YKBÖ, Questionnaire on Eating and Weight Patterns)

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Beslenme ve Yeme Bozuklukları içinde yeni bir tanı başlığı olarak DSM-5'e dahil edilmiştir. DSM-5'e göre Beslenme ve Yeme Bozuklukları başlığı altındaki tanıları koyabilme ihtiyacından yola çıkılarak Yanovski ve arkadaşları tarafından 2015 yılında geliştirilmiştir. Toplamda 26 sorudan oluşmaktadır. Çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşan bir self-report ölçektir. Ölçeğin 8, 9, 10, 11, 13 numaralı soruları Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nu sorgularken 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 numaralı soruları Bulimia Nevroza tanısını sorgulamaktadır. 20. soru, kişilerin beden algılarına ne kadar önem verdiklerini sorgulamaktadır. 26 numaralı soru ise kişilerin biyolojik anne ve babalarının beden şekillerini sorgulamaktadır.¹¹⁵

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması henüz yapılmamıştır. İlgili ölçek Doç. Dr. Şenol Turan ve Dr. Kübra Fadiloğlu tarafından Türkçe'ye çevrilerek dahil edilmiştir. Ölçeğin hem Türkçe hem İngilizce orijinal hali EK-5'te görülebilir.

3.2.6. Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri (RBSE)

1965 yılında Rosenberg tarafından oluşturulan ölçek, 12 alt testten oluşan toplam 63 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. Araştırmamızda, amacımız doğrultusunda ölçeğin on sorudan oluşan benlik saygısı alt testi kullanılmıştır. 1, 2, 4, 6, 7. sorular olumlu kendilik değerlendirmesini sorgularken 3, 5, 8, 9, 10. sorular olumsuz kendilik değerlendirmesini sorgulamaktadır.¹¹⁶ Ölçekten alınan toplam puan arttıkça benlik saygısının arttığı kabul edilmektedir.^{117,118} Ölçeğin ilk Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 1986 yılında Füsun Çuhadaroğlu tarafından adolesan örneklem grubunda yapılmıştır.¹¹⁹ Daha sonra 1996'da Mediha Korkmaz ölçeğin erişkin popülasyondaki geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmıştır.¹²⁰

RBSE EK-6'da görülebilir.

3.2.7. Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği (BBÖHOÖ)

Bu araştırma için ölçeğin, kadınlar için olan 26 soruluk kısmı kullanılmıştır. Maddeler “*son derece hoşnut olma*” ile “*pek hoşnut olmama*” arasında beşli dereceleme ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Puanın yüksekliği beden imgesinden hoşnutluğu ifade etmektedir. Bedenin genel görünümü, yüz, beden üyeleri, gövde olmak üzere dört alt testi vardır.

Ölçeğin geçerliği için uzman görüşüne başvurularak görünüş geçerliği yapılmıştır. Bu anket, Berscheid, Walster ve Bohrnstedt'in beden imajı doyumunun ölçülmesinde kullandıkları “Beden İmajı Anketi” temel olarak Gökdoğan (1988) tarafından kültürel özellikler dikkate alınarak Türkçe'ye uyarlanmıştır.¹²¹

BBÖHOÖ EK-7'de verilmiştir.

3.3. İstatistiksel Analiz

Veriler, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences- SPSS for Windows, 20) kullanılarak analiz edilmiştir.

Öncelikle parametrik istatistiğin varsayımlarına yönelik ön analizler yapılmıştır. İlk olarak değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Shapiro-Wilk testi) incelendi. Normal dağılım varsayımı karşılanmayan değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik olmayan istatistik testleri kullanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır.

İstatistiksel analiz için bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U, ki-kare testi, ki-kare test koşulları sağlanmadığında Fischer testi ve korelasyon analizi (Pearson ve Spearman) kullanıldı. Varyansların homojenliği Levene testi ile test edildi.

Tüm analizler için yanılma düzeyi 0,05 kabul edilmiştir. Bu değerden küçük p değerleri istatistiksel olarak önemli (anlamlı) şeklinde yorumlanmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Örneklem

Çalışmaya alınan olgu grubu Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Cinsel İşlev Bozuklukları Polikliniğine başvuran ve GPA/PB tanısı koyulan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, komorbid psikiyatrik hastalığı olmayan kadınlardan (n=31), kontrol grubu ise genel sağlıklı popülasyondan seçilen, çalışmaya katılmayı kabul eden, herhangi bir tıbbi veya psikiyatrik hastalığı olmayan, olgu grubuyla benzer yaş ve eğitim düzeyi dağılımı gösteren kadınlardan (n=31) oluşmaktadır.

4.2. Sosyodemografik Veriler

Olgu grubunun yaş ortalaması (28,68±6,50) ve kontrol grubunun yaş ortalaması (28,68±5,37) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Olgu grubundaki kadınların kardeş sayısının ortalaması 3,81±1,82, kontrol grubundaki kadınların kardeş sayısının ortalaması 3,06±1,53 olarak hesaplanmıştır. Olgu grubundaki kadınların %54,8'i birinci çocuk, %22,6'sı ikinci çocuk, %22,6'sı üçüncü ve sonraki sıralarda gelen çocuklar olduklarını, kontrol grubundaki kadınların ise %41,9'u birinci çocuk, %35,5'i ikinci çocuk %22,6'sı üçüncü ve sonraki sıralarda gelen çocuklar olduğunu belirtmişlerdir. Her iki grup arasında kardeş sayısı ve kardeşler arasındaki sıralamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Her iki gruptaki katılımcılar da İstanbul'da yaşamaktadır. Katılımcıların doğdukları şehirlerin bölgelere göre dağılımları arasında farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldıklarında ise gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). (Tablo 8)

Tablo 8: Sosyodemografik Özellikler

| | | Olgu Grubu | | Kontrol Grubu | | p |
|----------------|--------------|------------|---------|---------------|---------|---------------------|
| | | Ort. / n | Ss. / % | Ort. / n | Ss. / % | |
| Yaş | | 28,68 | ±6,50 | 28,68 | ±5,37 | 0,724 ^m |
| Kardeş sayısı | | 3,81 | ±1,82 | 3,06 | ±1,53 | 0,061 ^m |
| Kaçınıcı çocuk | 1. çocuk | 17 | 54,8% | 13 | 41,9% | 0,491 ^{X2} |
| | 2. çocuk | 7 | 22,6% | 11 | 35,5% | |
| | 3 ve sonrası | 7 | 22,6% | 7 | 22,6% | |
| Doğum Yeri | Marmara | 17 | 54,8% | 9 | 29,0% | 0,192 ^{X2} |
| | İç Anadolu | 1 | 3,2% | 5 | 16,1% | |
| | Karadeniz | 3 | 9,7% | 3 | 9,7% | |
| | Güneydoğu | 4 | 12,9% | 6 | 19,4% | |
| | Doğu Anadolu | 5 | 16,1% | 8 | 25,8% | |
| | Akdeniz | 1 | 3,2% | 0 | 0,0% | |
| Eğitim | İlköğretim | 5 | 16,1% | 4 | 12,9% | 0,749 ^{X2} |
| | Lise | 10 | 32,3% | 10 | 32,3% | |
| | Üniversite | 16 | 51,6% | 17 | 54,8% | |

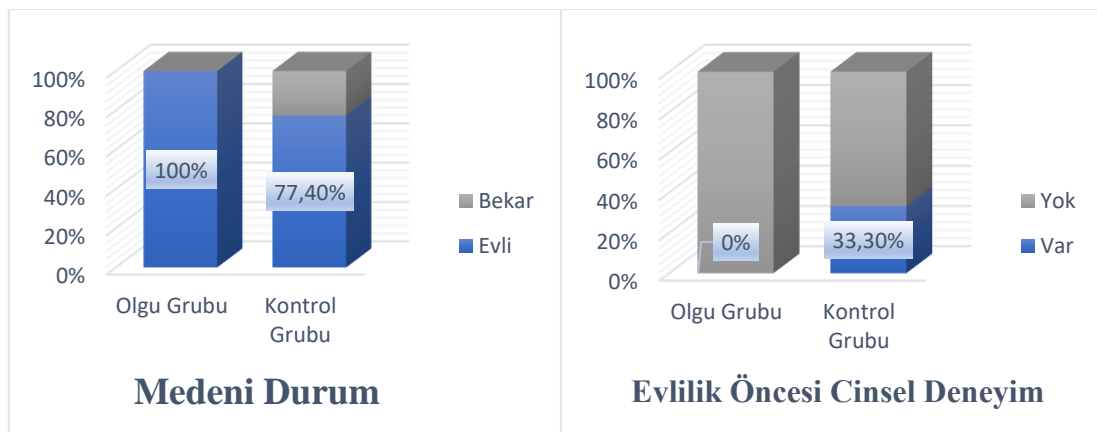
p<0,05 ^m Mann-Whitney U test / ^{X2} Ki-kare test (Fischer test)

GPA/PB tanımlı kadınların tamamı evliyken kontrol grubuna dahil edilen sağlıklı kadınların %77,4'ü evli, %22,6'sı daha önce hiç evlenmemiş olup halen aktif heteroseksüel bir ilişki içinde olan kadınlardır. Her iki grubun medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Olgu grubunun ve kontrol grubundaki evli kadınların evlenme şekillerine bakıldığında ise her iki grupta istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Her iki grupta da istemeden görücü usulü olarak evlendirildiğini söyleyen bir katılımcı yoktu. Evlilik süreleri ortalaması olgu grubunda ($2,16 \pm 2,41$ yıl) kontrol grubuna kıyasla ($6,44 \pm 4,43$ yıl) ileri düzeyde anlamlı olarak daha kısaydı ($p < 0,001$). Evli olan kadınların hepsinin ilk evliliği olduğu öğrenildi. Olgu grubuna dahil edilen kadınların evlilik öncesi cinsel deneyimi yoktu. Kontrol grubunda bulunan kadınların %33,3'ünün evlilik öncesi cinsel deneyimi vardı ve iki grup arasında ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmaktadır. ($p < 0,01$) (Tablo 9) (Şekil 5)

Tablo 9: Evlilik Özellikleri

| | | Olgu Grubu | | Kontrol Grubu | | p | | |
|-------------------------------|------------------------|------------|------------|---------------|-------------|------------|---------------------------|--------------------------|
| | | Ort. / n | Ss. / % | Min- maks | Ort. / n | | Ss. / % | Min- maks |
| Medeni Durum | Evli | 31 | 100% | | 24 | 77,4% | 0,011^{X2} | |
| | Partneri var | 0 | 0,0% | | 7 | 22,6% | | |
| Evlenme Şekli | İsteyerek görücü usulü | 9 | 31,0% | | 6 | 25,0% | 0,627 ^{X2} | |
| | İstemeden görücü usulü | 0 | 0,0% | | 0 | 0,0% | | |
| | Tanışarak | 20 | 69,0% | | 18 | 75,0% | | |
| Evlilik Süresi | | 2,16 | $\pm 2,41$ | 3 ay - 9 yıl | 6,44 | $\pm 4,43$ | 6 ay - 15 yıl | 0,001^m |
| Evlilik Öncesi Cinsel Deneyim | Var | 0 | 0,0% | | 10 | 33,3% | 0,008^{X2} | |
| | Yok | 31 | 100% | | 20 | 66,7% | | |

$p < 0,05$ ^m Mann-Whitney U test / ^{X2} Ki-kare test (Fischer test)



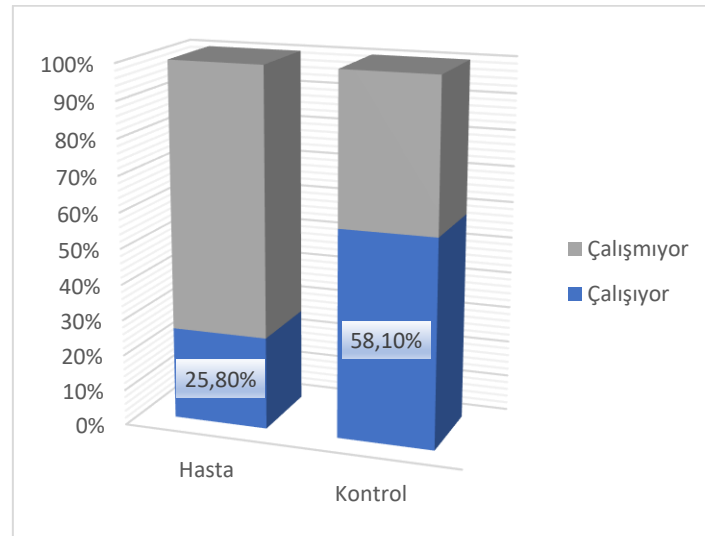
Şekil 5: Grupların Medeni Durum ve Evlilik Öncesi Cinsel Deneyimlerine İlişkin Grafikler

Olgu grubundaki kadınların çalışma oranı (%25,8) kontrol grubundaki kadınlara (%58,1) göre önemli düzeyde daha düşüktü ($p<0,05$). Grupların meslek dağılımları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ekonomik gelir durumu açısından gruplar karşılaştırıldığında olgu grubundaki kadınların kişi başı gelir düzeyinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 10) (Şekil 6) (Şekil 7)

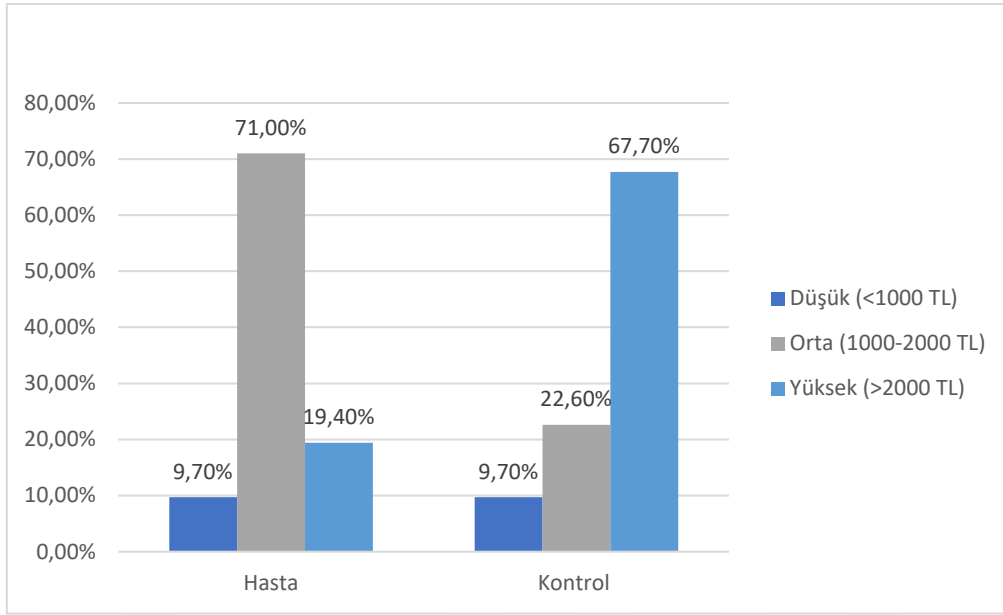
Tablo 10: Çalışma Durumu

| | | Olgu | | Kontrol | | p |
|-----------------------|---------------------|------|-------|---------|-------|-------------------------------------|
| | | n | % | N | % | |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 8 | 25,8% | 18 | 58,1% | 0,01^{X²} |
| | Çalışmıyor | 23 | 74,2% | 13 | 41,9% | |
| Meslek | Memur | 4 | 12,9% | 8 | 25,8% | 0,144 ^m |
| | İşçi | 6 | 19,4% | 9 | 29,0% | |
| | Ev hanımı | 19 | 61,3% | 10 | 32,3% | |
| | Öğrenci | 2 | 6,5% | 4 | 12,9% | |
| Ekonomik Gelir Durumu | Düşük (<1000 TL) | 3 | 9,7% | 3 | 9,7% | 0,01^{X²} |
| | Orta (1000-2000 TL) | 22 | 71,0% | 7 | 22,6% | |
| | Yüksek (>2000 TL) | 6 | 19,4% | 21 | 67,7% | |

$p<0,05$ ^m Mann-Whitney U test / ^{X²} Ki-kare test (Fischer test)



Şekil 6: Katılımcıların Çalışma Durumları



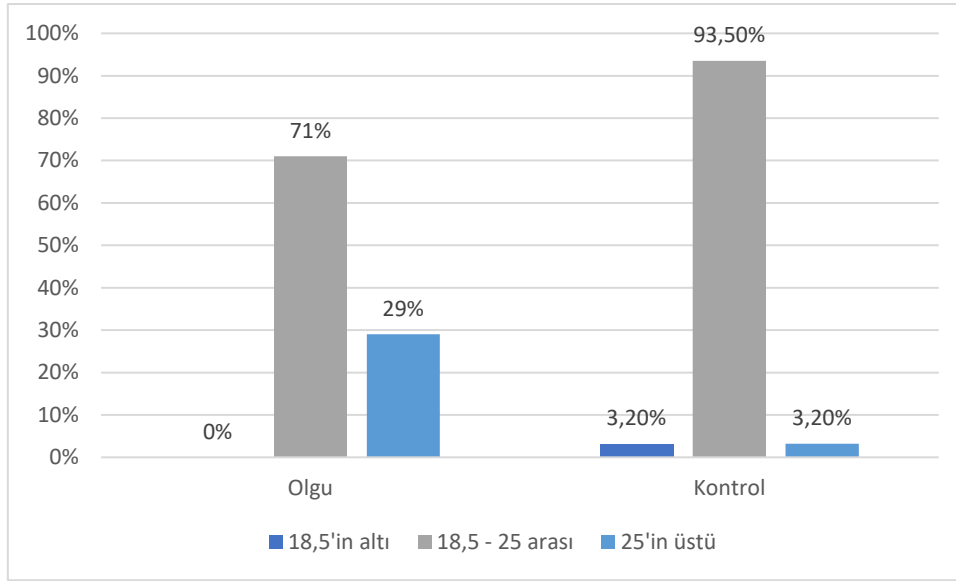
Şekil 7: Kişi başına düşen aylık gelire göre grupların ekonomik gelir dağılımı

Olgu grubunun Beden Kitle Endekslerinin (BMI) ortalaması $23,76 \pm 5,17$ olarak, kontrol grubunun beden kitle endeksi ise $21,19 \pm 1,99$ olarak hesaplanmıştır. Her iki grubun BMI ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Ancak olgu grubunun BMI değerlerinin (min:18,69 maks:39,14) kontrol grubuna göre (min 18,07 maks:27,69) daha geniş bir aralıkta dağıldığı dikkat çekmiştir. Gruplar BMI'ya göre sınıflandırıldıklarındaysa GPA/PB tanımlı kadınların %71'inin ($n=22$) DSÖ'nün "normal" olarak belirttiği aralıkta (18,5-25) olduğu, %9'unun ($n=9$) BMI'sının 25 ve üstünde olduğu görülmektedir. Sağlıklı kontrol grubundaki kadınların %93,5'i ise normal aralıkta yer almaktadır ve gruplar arasında BMI dağılımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. (Tablo 11) (Şekil 8)

Tablo 11: Katılımcıların Vücut Ağırlıklarıyla İlişkili Veriler

| | Olgu Grubu | | | Kontrol Grubu | | | p |
|----------------|-----------------|-------------|-------------|---------------|------------|-------------|---------------------------|
| | Ort. / n | Ss. / % | Min-Maks | Ort. / n | Ss. / % | Min-Maks | |
| | 23,76 | $\pm 5,17$ | 18,69-39,14 | 21,29 | $\pm 1,99$ | 18,07-27,69 | 0,153 ^m |
| BMI | 18,5'in altı | 0 | | 1 | %3,2 | | 0,004^{X2} |
| | 18,5 – 25 arası | 22 | %71 | 29 | %93,5 | | |
| | 25'in üstü | 9 | %29 | 1 | %3,2 | | |
| En yüksek kilo | 67,82 | $\pm 14,81$ | 53-98 | 65,86 | $\pm 8,31$ | 50-90 | 0,498 ^m |

$p < 0,05$ ^m: Mann-Whitney U / ^{X2} Ki-kare test (Fischer test)



Şekil 8: Grupların BMI'a göre sınıflandırılması

Olgu grubunun gebelik harici en yüksek kilolarının ortalaması $67,82 \pm 14,81$ kg, kontrol grubunun ise $65,86 \pm 8,31$ kg olarak saptanmıştır. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Olgu grubundaki kadınların %27,6'sı daha önce diyet yaptığını söylerken kontrol grubundaki kadınların %35,5'i daha önce diyet deneyimi olduğunu söylemiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Gruplar arasında günlük yenilen öğün sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). (Tablo 12)

Tablo 12: Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarıyla İlişkili Veriler

| | | Olgu | | | Kontrol | | | p |
|--------------------|-----|----------|------------|------------|----------|------------|---------------------------|---|
| | | Ort. / n | Ss. / % | Min.-Maks. | Ort. / n | Ss. / % | Min.-Maks. | |
| Diyet deneyimi | var | 8 | 27,6% | | 11 | 35,5% | 0,011^{X2} | |
| | yok | 21 | 72,4% | | 20 | 64,5% | | |
| Günlük öğün sayısı | | 2,93 | $\pm 0,75$ | | 2,84 | $\pm 0,78$ | 0,703 ^m | |

$p < 0,05$ ^m Mann-Whitney U test / ^{X2} Ki-kare test (Fischer test)

4.3 Yeme Tutum Testi Sonuçları

YTT skorları incelendiğinde, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p < 0,05$), ancak olgu grubunun ortalama skoru ($17,87 \pm 9,02$) kontrol grubunun ortalamasından ($15,74 \pm 4,83$) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 13) ve olgu grubundan 3 kişi (%9,7)

ölçeğin kesme puanı olan 30'un üstünde skor almışken kontrol grubunda kesme puanının üstünde skor alan kimse bulunmamaktadır.

Tablo 13: YTT Skorları

| | Olgu Grubu | | Kontrol Grubu | | p |
|-----|------------|-------|---------------|-------|--------------------|
| | Ort. | Ss. | Ort. | Ss. | |
| YTT | 17,87 | ±9,02 | 15,74 | ±4,83 | 0,253 ^t |

$p < 0,05$ ^t: Students' t Test

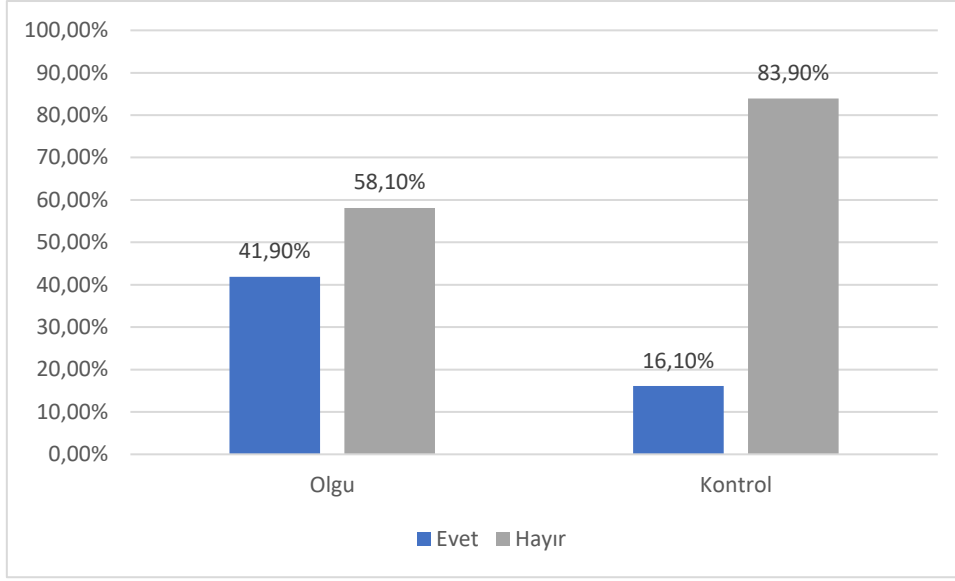
4.4 Yeme ve Kilo Biçimleri Ölçeği Sonuçları

Olgu grubundaki hastaların %41,9'u son 3 ay içerisinde iki saat kadar kısa bir zaman diliminde, diğer insanların aşırı derece de çok olduğunu düşüneceği miktarlarda yemek yedikleri bir tıknırcasına yeme atağı yaşadıklarını söylerken bu oran kontrol grubunda %16,1 olarak saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Olgu grubundaki hastaların %35,5'i yemeyi durduramadığı ya da ne yediğini kontrol edemediği zamanlar olduğunu söylerken bu oran kontrol grubunda %12,9 olarak saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). (Tablo 14) (Şekil 9)

Tablo 34: Tıknırcasına Yemeyi Araştıran Sorulara Verilen Cevaplar

| | | Olgu | | Kontrol | | p |
|---|-------|------|------|---------|------|--------------------------------------|
| | | n | % | n | % | |
| Son 3 ayda, aşırı derece de çok miktarlarda yemek yediniz mi? | Evet | 13 | 41,9 | 5 | 16,1 | 0,025^{X²} |
| | Hayır | 18 | 58,1 | 26 | 83,9 | |
| Yemeyi durduramadığınızı ya da ne yediğinizi kontrol edemediğinizi hissettiğiniz oldu mu? | Evet | 11 | 35,5 | 4 | 12,9 | 0,038^{X²} |
| | Hayır | 20 | 64,5 | 27 | 87,1 | |

$p < 0,05$ ^{X²} Ki-kare test (Fischer test)



Şekil 9: Grupların Tıkınırcasına Yeme Atağı Yaşama Oranları

Olgu grubundan son 3 ay içerisinde kısa bir zaman diliminde diğer insanların çok fazla olduğunu düşüneneği miktarda yemek yeme şeklinde ataklar yaşadığını söyleyen 13 kişiden 6'sı bu atakların haftada birden az olduğunu, ikisi haftada bir böyle bir atak yaşadığını, 3'ü haftada 4 ila 7 kez benzer ataklar yaşadığını, biri haftada 2-3 kez, biri de haftada 14'ten fazla olacak şekilde benzer ataklar yaşadığını belirtti. Kontrol grubunda atak yaşadığını söyleyen 8 kişiden 6'sı atakları haftada birden az yaşadığını, ikisi ise haftada 2-3 kez benzer bir atak yaşadığını söyledi. (Tablo 15) Bu atakların sıklıkla günün hangi saatinde yaşandığına dair bilgiler Tablo 16'te görülmektedir.

Tablo 45: Tıkınırcasına Yeme Ataklarının Sıklığı

| | | Olgu | | Kontrol | |
|--|-----------------------|------|-------|---------|-------|
| | | n | % | n | % |
| Ortalama kaç kez yemek yemeyi durduramadığımız bir atak yaşadınız? | Haftada 1'den az | 6 | 46,2% | 6 | 75,0% |
| | Haftada 1 | 2 | 15,4% | 0 | 0,0% |
| | Haftada 2-3 kez | 1 | 7,7% | 2 | 25,0% |
| | Haftada 4-7 kez | 3 | 23,1% | 0 | 0,0% |
| | Haftadan 14'den fazla | 1 | 7,7% | 0 | 0,0% |

Tablo 16: Tıkınırcasına Yeme Ataklarının Yaşandığı Zaman Dilimleri

| | Olgu | | Kontrol | |
|--|------|------|---------|------|
| | n | % | n | % |
| Sabah 08:00-Öğle 12:00 | 0 | 0,0 | 2 | 28,6 |
| Tıkınırcasına Öğle 12:00-Akşamüstü 16:00 | 4 | 33,3 | 1 | 14,3 |
| yeme atağının 16:00-20:00 | 3 | 25,0 | 1 | 14,3 |
| zamanı 20:00-Gece yarısı | 3 | 25,0 | 3 | 42,9 |
| Gece yarısı-Sabah 08:00 | 2 | 16,7 | 0 | 0,0 |

İki grup arasında, tıkınırcasına yeme atakları esnasında yaşanan normalden daha hızlı yemek yeme, rahatsızlık verecek kadar tok hissedene kadar yeme, fiziksel olarak açlık hissetmemeye rağmen çok miktarda yeme, yenilen miktardan utanıldığı için yalnız yeme, yedikten sonra kendisinden iğrenmek, çökkün ya da suçlu hissetmek gibi özellikler karşılaştırıldığında ya da grupların benzer dağılım gösterdiği bulunmuştur ($p>0,05$). (Tablo 17)

Tablo 17: Yeme Ataklarının Özellikleri

| | | Olgu | | Kontrol | | p |
|---|-------|------|-------|---------|-------|--------------------------------|
| | | n | % | n | % | |
| Normalden daha hızlı yemek | evet | 6 | 46,2% | 7 | 87,5% | 0,085 ^{X²} |
| | hayır | 7 | 53,8% | 1 | 12,5% | |
| Rahatsızlık verecek kadar tok hissedene kadar yemek | evet | 9 | 69,2% | 4 | 50,0% | 0,646 ^{X²} |
| | hayır | 4 | 30,8% | 4 | 50,0% | |
| Aç olmamaya rağmen çok yemek | evet | 7 | 53,8% | 5 | 62,5% | 1,00 ^{X²} |
| | hayır | 6 | 46,2% | 3 | 37,5% | |
| Yenilen miktardan utandığı için yalnız yemek | evet | 2 | 15,4% | 1 | 12,5% | 1,00 ^{X²} |
| | hayır | 11 | 84,6% | 7 | 87,5% | |
| Yedikten sonra kendisinden iğrenmek, çökkün ya da suçlu hissetmek | evet | 3 | 23,1% | 5 | 62,5% | 0,164 ^{X²} |
| | hayır | 10 | 76,9% | 3 | 37,5% | |

$p<0,05$ ^{X²} Ki-kare test (Fischer test)

Gruplar arasında, tıkınırcasına yeme atağı yaşayan bireylerde telafi edici davranış görülme sıklığı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 18)

Tablo 18: Telafi Edici Davranış Oranları

| | | Olgu | | Kontrol | | P |
|-------------------------------|-------|------|------|---------|------|---------------------|
| | | n | % | n | % | |
| Telafi edici davranış var mı? | Evet | 3 | 25,0 | 3 | 37,5 | 0,642 ^{X²} |
| | Hayır | 9 | 75,0 | 5 | 62,5 | |

$p < 0,05$ ^{X²} Ki-kare test (Fischer test)

Katılımcılara, son üç ay içerisinde hayatlarının diğer alanlarıyla (iş performansı, ebeveynlik performansı, insan ilişkileri vb.) kıyaslandığında, kilolarının ve beden şekillerinin kendilerini nasıl hissettiklerini ya da kendilerini bir insan olarak değerlendirmelerinde ne kadar önemli olduğu sorulduğu, beden algısına verilen önemi araştırılan soruya verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$). (Tablo 19)

Tablo 19: Kilo, Beden Şekli ve Kendini Değerlendirme Arasındaki İlişki

| | | Olgu | | Kontrol | | P |
|--|---|------|------|---------|------|--------------------|
| | | n | % | n | % | |
| Kilonuz ve beden şeklinizi nasıl hissettiğinizi değerlendirmede ne kadar önemli? | O kadar önemli değil. | 19 | 61,3 | 11 | 35,5 | 0,145 ^m |
| | Nasıl hissettiğimi etkiledi. | 5 | 16,1 | 13 | 41,9 | |
| | Nasıl hissettiğime karar vermede önemli bir kriter. | 5 | 16,1 | 5 | 16,1 | |
| | Nasıl hissettiğime karar vermede en önemli kriter. | 2 | 6,5 | 2 | 6,5 | |

$P < 0,05$ ^m Mann Whitney U testi

4.5 Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği Sonuçları

YBDÖ değerlendirmesinde alt testlerin ayrı ayrı skorları ve toplam puan açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). (Tablo 20) Olgu grubunda ölçeğin toplam kesme puanını geçen 2 (%9,6) kişi olmuşken kontrol grubunda kesme puanını geçen kimse olmamıştır.

Tablo 20: YBDÖ Puanları

| | Olgu | | Kontrol | | p |
|----------------------------------|------|------|---------|------|--------------------|
| | Ort. | Ss. | Ort. | S. | |
| Kısıtlama davranışları | 1,24 | 1,25 | 1,09 | 1,25 | 0,588 ^m |
| Kilo ile ilgili endişeler | 1,38 | 1,88 | 1,14 | 1,70 | 0,575 ^m |
| Yeme ile ilgili endişeler | ,52 | ,99 | ,30 | ,63 | 0,253 ^m |
| Beden şekli ile ilgili endişeler | 1,65 | 1,74 | 2,14 | 1,69 | 0,229 ^m |
| Toplam puan | 1,10 | 1,26 | 1,17 | 1,01 | 0,501 ^m |

$P < 0,05$ ^m Mann Whitney U testi

4.6 Beden Bölgesi ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği Sonuçları

Olgu grubu, bedenlerinin genel görünümüne $22,80 \pm 6,28$ puan vermişken kontrol grubu $26,10 \pm 5,90$ puan vermiştir ve arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Olgu grubu gövde alt ölçeğinden $16,06 \pm 5,64$ puan almışken kontrol grubu $19,33 \pm 4,66$ puan almıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p < 0,05$). Ölçeğin toplam puanı olgu grubu için ortalama $89,90 \pm 15,73$, kontrol grubu için $98,13 \pm 16,41$ olarak hesaplanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Ölçeğin beden üyeleri ve yüz alt test skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 21)

Tablo 21: BBÖHOÖ Puanları

| | Olgu | | Kontrol | | p |
|------------------------|-------|-------------|---------|-------------|--------------------------|
| | Ort. | Ss. | Ort. | Ss. | |
| Bedenin Genel Görünümü | 22,80 | $\pm 6,28$ | 26,10 | $\pm 5,90$ | 0,04^t |
| Yüz | 34,97 | $\pm 6,07$ | 36,47 | $\pm 6,84$ | 0,227 ^m |
| Beden üyeleri | 16,13 | $\pm 4,70$ | 16,57 | $\pm 3,08$ | 0,089 ^m |
| Gövde | 16,06 | $\pm 5,64$ | 19,33 | $\pm 4,66$ | 0,026^m |
| Toplam Puan | 89,80 | $\pm 15,73$ | 98,13 | $\pm 16,41$ | 0,049^t |

$p < 0,05$ ^m Mann-Whitney U test ^t: Students' t Test

4.7 Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri Değerlendirmesi

Olgu grubunda benlik saygısı puan ortalamasının ($18,83 \pm 4,88$) kontrol grubuna ($21,54 \pm 4,55$) kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). (Tablo 22)

Tablo 5: RBSE Puanları

| | Olgu | | | Kontrol | | | p |
|----------------|------|-------|------------|---------|-------|------------|--------------------------|
| | n | Ort. | Ss. | n | Ort. | Ss. | |
| Benlik Saygısı | 30 | 18,83 | $\pm 4,88$ | 31 | 21,54 | $\pm 4,55$ | 0,029^m |

$p < 0,05$ ^m Mann-Whitney U test

Olgu grubu içerisinde tıknırcasına yeme atağı yaşayanlar ve yaşamayanlar arasında benlik saygısı puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ancak bu fark kontrol grubunda bulunmamıştır. (Tablo 23)

Tablo 6: Tıknırcasına Yeme Atağı Yaşayan ve Yaşamayanların RBSE Puanlarının Karşılaştırılması

| | Tıknırcasına Yeme Atağı | RBSE Toplam | | | p |
|---------------|-------------------------|-------------|-------|-------|--------------------------|
| | | n | Ort. | S. | |
| Olgu Grubu | Var | 13 | 16,25 | ±5,67 | 0,022^m |
| | Yok | 18 | 20,55 | ±3,46 | |
| Kontrol Grubu | Var | 5 | 19,2 | ±3,03 | 0,323 |
| | Yok | 26 | 21,5 | ±4,53 | |

$p < 0,05$ ^m Mann-Whitney U test

4.8 Korelasyon Çalışmaları

Grup içi korelasyonlar incelendiğinde, olgu grubunda RBSE skorlarıyla BBÖHOÖ'nün beden genel görünümü, gövde alt testleri ve toplam test skoru arasında pozitif yönde anlamlı, orta düzeyde bir korelasyon gözlemlendi ($r_s = 0,442$ ila $0,500$ ve $p < 0,05$ ve $p < 0,01$).

Kontrol grubunun RBSE skorları ile de BBÖHOÖ'nün beden genel görünümü alt ölçeğiyle pozitif yönde anlamlı zayıf bir korelasyon, yüz alt ölçeği ve toplam skoruyla ise pozitif yönde anlamlı orta şiddette bir korelasyon gözlemlendi ($r = 0,390$ ila $0,466$, $p < 0,05$). (Tablo 24)

Tablo 24: RBSE Puanlarının BBÖHOÖ Puanlarıyla İlişkisi

| | | RBSE | |
|------------------------|-------|-------------------|----------------------|
| | | Olgu grubu (n=31) | Kontrol Grubu (n=31) |
| Bedenin Genel Görünümü | r | ,500** | ,390* |
| Yüz | r | ,264 | ,435* |
| Beden Üyeleri | r_s | ,049 | ,181 |
| Gövde | r | ,442* | ,288 |
| BBÖHOÖ toplam puan | r | ,468** | ,466** |

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ r: Pearson korelasyon katsayısı r_s : Spearman rho

Olgu grubunun yeme davranışlarıyla ilgili ölçekler incelendiğinde;

YBDÖ'nün kilo ile ilgili endişeler alt ölçeğinin RBSE toplam skoruyla negatif yönde anlamlı zayıf korelasyon gösterdiği ($r=-0,365$ $p<0,05$);

YBDÖ'nün yeme ile ilgili endişeler alt ölçeğinin RBSE toplam puanıyla ve BBÖHOÖ'nün gövde alt ölçeği puanlarıyla negatif yönde anlamlı zayıf korelasyon gösterdiği ve beden genel görünümü alt testleriyle negatif yönde anlamlı orta düzeyde korelasyon gösterdiği ($r=-0,351$ ila $-0,564$ $p<0,05$);

YBDÖ'nün beden şekli ile ilgili endişeler alt ölçeğinin BBÖHOÖ'nün beden genel görünümü alt ölçeğiyle negatif yönde anlamlı orta düzeyde korelasyon gösterdiği, gövde alt ölçeğiyle negatif yönde anlamlı zayıf korelasyon gösterdiği ($r=-0,382$ ila $-0,501$ $p<0,05$);

YBDÖ toplam puanının ise BBÖHOÖ'nün beden genel görünümü ve gövde alt ölçekleriyle negatif yönde anlamlı orta düzeyde korelasyon gösterdiği ($r=-0,321$ ila $-0,447$ $p<0,05$);

YTT'nin ise RBSE toplam puanıyla ve BBÖHOÖ'nün beden genel görünümü alt ölçeğiyle negatif yönde anlamlı orta düzeyde korelasyon gösterdiği ($r=-0,446$ $p<0,05$) saptanmıştır. (Tablo 25)

Tablo 25: Olgu Grubunun Yeme Ölçek Puanları ile RBSE ve BBÖHOÖ İlişkisi

| Olgu Grubu (n=31) | | RBSE | Bedenin Genel Görünümü | Yüz | Beden Üyeleri | Gövde | BBÖHOÖ Toplam |
|----------------------------------|-------|---------------|------------------------|-------|---------------|---------------|---------------|
| Kısıtlama davranışları | r_s | -,374* | -,343 | -,033 | -,052 | -,171 | -,106 |
| Kilo ile ilgili endişeler | r_s | -,365* | -,286 | ,149 | -,117 | -,273 | -,128 |
| Yeme ile ilgili endişeler | r_s | -,351* | -,564** | -,064 | ,255 | -,357* | -,191 |
| Beden şekli ile ilgili endişeler | r_s | -,318 | -,501** | ,113 | -,050 | -,382* | -,273 |
| YBDÖ toplam | r_s | -,350* | -,447* | ,102 | -,028 | -,321* | -,210 |
| YTT | r_s | -,446* | -,450* | ,120 | -,002 | -,231 | -,275 |

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ r : Pearson korelasyon katsayısı r_s : Spearman rho

Olgu grubunun yeme davranışlarıyla ilgili ölçekler incelendiğinde;

YBDÖ'nün kısıtlama davranışları ve kilo ile ilgili endişeler alt ölçeklerinin BBÖHOÖ'nün gövde alt ölçeğiyle negatif yönde anlamlı zayıf korelasyon gösterdikleri ($r=-0,374$ ila $-0,385$, $p<0,05$)

YBDÖ'nün yeme ile ilgili endişeler alt ölçeğinin RBSE toplam puanı ve BBÖHOÖ'nün gövde alt ölçeğiyle negatif yönde anlamlı orta derecede korelasyon gösterdiği ve BBÖHOÖ'nün beden genel görünümü alt ölçeğiyle negatif yönde anlamlı zayıf korelasyon gösterdiği ($r=-0,368$ ila $-0,487$, $p<0,05$)

YBDÖ'nün beden şekli ile ilgili endişeler alt ölçeğinin RBSE toplamıyla ve BBÖHOÖ'nün beden genel görünümü alt ölçeğiyle negatif yönde anlamlı orta düzeyde korelasyon gösterdiği ($r=-0,420$ ila $-0,446$, $p<0,05$),

YBDÖ toplam puanının ise RBSE toplam puanıyla negatif yönde anlamlı zayıf korelasyon gösterdiği, BBÖHOÖ'nün beden genel görünümü ve gövde alt ölçekleriyle negatif yönde anlamlı orta şiddette korelasyon gösterdiği ($r=-0,364$ ila $-0,434$, $p<0,05$)

YTT toplam puanının ise RBSE ve BBÖHOÖ puanlarıyla korelasyon göstermediği saptanmıştır. (Tablo 26)

Tablo 26: Kontrol Grubunun Yeme Ölçek Puanları ile RBSE ve BBÖHOÖ İlişkisi

| Kontrol Grubu (n=31) | | RBSE | Bedenin Genel Görünümü | Yüz | Beden Üyeleri | Gövde | BBÖHOÖ Toplam |
|----------------------------------|-------|---------------|------------------------|-------|---------------|---------------|---------------|
| Kısıtlama davranışları | r_s | -,053 | -,141 | -,031 | ,162 | -,385* | -,088 |
| Kilo ile ilgili endişeler | r_s | -,256 | -,303 | ,120 | ,078 | -,374* | -,131 |
| Yeme ile ilgili endişeler | r_s | -,406* | -,368* | -,202 | -,173 | -,487* | -,332 |
| Beden şekli ile ilgili endişeler | r_s | -,420* | -,446** | -,061 | -,105 | -,294 | -,272 |
| YBDÖ toplam | r_s | -,364* | -,401* | -,027 | -,036 | -,434* | -,248 |
| YTT | r_s | -,304 | -,109 | -,271 | -,082 | -,009 | -,217 |

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ r : Pearson korelasyon katsayısı r_s : Spearman rho

BMI değerlerinin olgu grubunda YBDÖ'nün tüm alt testleriyle ve toplam puanıyla pozitif yönde anlamlı orta-yüksek şiddette bir korelasyon gösterdiği ($r=0,476$ ila $0,625$, $p<0,05$), kontrol grubunda ise kilo ile ilgili endişeler, yeme ile ilgili endişeler alt ölçekleriyle ve toplam puanıyla pozitif yönde anlamlı

zayıf korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($r=0,363$ ila $0,462$, $p<0,05$). (Tablo 27) Her iki grupta da BMI ile RBSE, BBÖHOÖ arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır.

Tablo 27: BMI ve YBDÖ Puanları Arasındaki İlişki

| | | BMI | |
|----------------------------------|-------|-------------------|----------------------|
| | | Olgu Grubu (n=31) | Kontrol Grubu (n=31) |
| Kısıtlama davranışları | r_s | 0,538** | 0,324 |
| Kilo ile ilgili endişeler | r_s | 0,625** | 0,462** |
| Yeme ile ilgili endişeler | r_s | 0,476** | 0,368* |
| Beden şekli ile ilgili endişeler | r_s | 0,536** | 0,241 |
| YBDÖ toplam | r_s | 0,585** | 0,363* |

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ r_s : Spearman rho

YKBO'de yer alan "son üç ay içerisinde hayatlarının diğer alanlarıyla (iş performansı, ebeveynlik performansı, insan ilişkileri vb.) kıyaslandığında, kilolarının ve beden şekillerinin kendilerini nasıl hissettiklerini ya da kendilerini bir insan olarak değerlendirmelerinde ne kadar önemli olduğuna ilişkin soruya GPA/PB tanımlı katılımcıların verdiği cevaplar YBDÖ alt ölçek skorlarıyla ve toplam puanıyla ve RBSE toplam puanıyla pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermiştir. ($r=-0,505$ ila $-0,302$, $p<0,01$) (Tablo 28) Bu ilişkilere kontrol grubuyla bakıldığında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır.

Tablo 28: Beden Algısına Verilen Önem ile YBDÖ ve RBSE Puanları Arasındaki İlişki

| Olgu Grubu (n=31) | Kilonuz ve beden şekliniz kendinizi nasıl hissettiğinizi değerlendirmede ne kadar önemli? | |
|----------------------------------|---|----------------|
| Kısıtlama davranışları | r_s | 0,387** |
| Kilo ile ilgili endişeler | r_s | 0,302** |
| Yeme ile ilgili endişeler | r_s | 0,358** |
| Beden şekli ile ilgili endişeler | r_s | 0,505** |
| YBDÖ toplam | r_s | 0,470** |
| RBSE | r_s | -0,427* |

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ r_s : Spearman rho

5.TARTIŞMA

Araştırmaya İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Cinsel İşlev Bozuklukları Polikliniğine başvuran ve GPA/PB tanısı koyulan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 31 kadın katıldı. Bu grup ile yaş ve eğitim düzeyi benzer olan 31 aktif psikopatolojisi olmayan sağlıklı kadın kontrol grubu olarak alındı.

5.1 Sosyodemografik Veriler

Araştırmamızın sosyodemografik verilerine bakıldığında, olgu grubunun yaş ortalamasının $28,68 \pm 6,5$ yıl olduğu görülmektedir. Pazmany ve arkadaşlarının 2013'te Belçika'da disparoni tanılı kadınlarla yaptığı çalışmada, cinsel ilişki sırasında ağrı yaşayan kadınların ağrı yaşamayan kadınlara göre daha genç olduğunu saptanmışlardır.¹²² 2004 yılında Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise cinsel ağrı bozukluklarının premenopozal dönemde yaşla birlikte azaldığı, postmenopozal dönemde ise yaşla birlikte arttığı gösterilmiştir.¹²³ Aynı yıl Brezilya'da yapılan bir çalışmada ise yaş artışının cinsel ağrı bozuklukları için koruyucu olduğu söylenmiştir.¹²⁴ Kontrol grubumuz, olgu grubuyla yaş ve eğitim düzeyi olarak benzer kişilerden seçildiği için olgu grubumuz ve kontrol grubumuz arasında yaş farkı saptanmadı. Ancak Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2018 yılı verilerine göre Türkiye'de yaşayan kadınların yaş ortalaması 31.9 yıl olduğu¹²⁵ göz önünde bulundurulduğunda, cinsel işlev bozuklukları polikliniğimize cinsel ağrı şikayetiyle başvuran ve GPA/PB tanısı koyulan kadınların yaş ortalamasının genel Türkiye nüfusunun yaş ortalamasından düşük olduğu görülmektedir.

Eğitim durumu ve kadın cinsel işlev bozukluklarının korelasyonlarına bakıldığında literatür eğitim düzeyi arttıkça kadınlarda görülen cinsel işlev bozukluklarının azaldığını söylemektedir. 1999'da Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada üniversite ve üstü eğitim düzeyi olan kadınların, daha düşük eğitim düzeyi olan kadınlara göre yarı yarıya daha az oranda cinsel ağrı bozukluğu yaşadığı gösterilmiştir.¹²⁶ 2013 yılında Portekiz'de toplum taraması şeklinde yapılan bir çalışmada da buna paralel olarak 10 yıl ve üstü sürelerde eğitim alan kadınlarda cinsel ağrı bozuklukları dahil tüm cinsel işlev bozukluklarının daha kısa eğitim süresi olan kadınlara kıyasla daha az görüldüğü saptanmıştır.¹²⁷ Mersin'de yapılan bir tarama çalışmasında da düşük eğitim düzeyinin tüm kadın cinsel işlev bozuklukları için risk faktörü olduğu söylenmiştir.¹²³ Bizim çalışmamıza katılan GPA/PB tanılı 31 kadından 5'i ilköğretim (%16,1), 10'u lise (%32,3) ve 16'sı üniversite (%51,6) mezunuydu. Kontrol grubumuz ise olgu grubuna eğitim düzeyi açısından benzer olarak oluşturulduğu için arada fark saptanmadı. Çalışmamıza katılan kadınların yarısından fazlasının üniversite mezunu olmasının sebebi hasta grubumuzun diğer çalışmalar gibi toplum taramasıyla seçilmemesi, klinik örneklem ile oluşturulmuş olması olabilir. Benzer şekilde Portekiz'de cinsel işlev bozuklukları polikliniğine başvuran hastalarla yapılan bir çalışmaya alınan kadınlardan 24'ünün eğitim süresi 10 yıl ve üstü iken 13 kadının eğitim süresi 9 yıl ve altı olarak saptanmıştır. Klinik örneklem ve genel toplum taramasıyla oluşturulan örneklem arasındaki bu fark, eğitim düzeyindeki artışın tedavi arayışını artırması olabilir.

Yapılan çalışmalarda medeni durum ve cinsel işlev bozuklukları arasında ilişki saptanmıştır. Literatürde, hiç evlenmemiş olmanın ya da boşanmış olmanın cinsel işlev bozuklukları açısından riski arttırdığına dair¹²⁶ ve cinsel ağrı bozukluğu yaşayan kadınların daha az evlendiklerine dair¹²² çalışmalar bulunmaktadır. Bizim araştırmamıza alınan olgu grubundaki kadınların tamamı (n=31) evliyken kontrol grubundaki kadınların %77,4'ü (n=24) evliydi, geri kalanı ise halen aktif bir heteroseksüel ilişkinin içindeydi ve iki grubun medeni durumları arasında anlamlı bir fark saptandı. Daha önce yapılmış çalışmalarla bizim çalışmamız arasında böyle bir farklılık bulunmasının sebebi kültürel farklılıklar olabilir. GPA/PB genellikle cinsel birleşme denemelerine başlanması veya daha seyrek olarak ise jinekolojik muayene, kürtaj, zorlu ya da komplikasyonlu geçen doğumlardan veya benzeri deneyimlerden sonra gelişir. Toplumumuzda daha sık olarak görülen cinsel birleşmenin denenmediği ilişkilerde ise bu durum görülmez.¹²⁸ Bizim hasta grubumuzda da evlilik öncesi cinsel birleşme deneyimi olan kimse bulunmamaktadır. Medeni durumlar arasında çıkan bu farkın, GPA/PB geliştirecek kadınların evlilik öncesi cinsel deneyimleri olmamasından ve dolayısıyla tedavi arayışında olmamalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Evlilik öncesi cinsel birleşme deneyimleri arasındaki farklılık ise GPA/PB'nun daha muhafazakâr ahlaki değerlere sahip kişilerde daha sık görülmesiyle ilişkili olabilir ancak çalışmamızda bunu destekleyecek bir veri yoktur.¹²⁹

İlişki süresi ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişki de çalışılan ve çelişkili sonuçları olan bir konudur. İlişki süresi uzadıkça kadın cinsel işlev bozukluklarında artış olduğunu söyleyen çalışmalar vardır ancak bu çalışmalar sorunun yaştan ve yaşın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan menopozdan mı yoksa ilişki sorunlarından mı kaynaklandığını açıklayamamaktadır.³³ Cinsel ağrı bozuklukları özelinde yapılan bir çalışmada ise cinsel ağrı yaşamayan kadınların anlamlı olarak daha uzun süredir evli olduklarını gösterilmiştir.¹²² Bizim çalışmamızda, ortalama evlilik süresi olgu grubunda 2,16±2,41 yıl (min:3ay maks:9 yıl) olarak, kontrol grubunda ise 6,44±4,43 yıl (min:6 ay maks:15 yıl) olarak hesaplanmıştır ve arada anlamlı bir fark saptanmıştır. Olgu grubunda bulunan 9 kadının evlilik süreleri de 3 ila 6 ay arasında değişmekteydi. DSM-5 kriterlerine göre, GPA/PB tanısı koyulabilmesi için gereken süre ise 6 aydır. Ancak 6 ay kriterinin çok uzun olduğuna dair eleştiriler bulunmaktadır. Bazı yazarlar, günümüzde bir çok kadının bu konuda farkındalığının arttığını ve sorunla karşılaştıktan sonra altı ay beklemeden tedavi arayışına girdiğini, tedavinin süre için ertelenmesi durumunda ilişkileriyle ilgili sorunlar yaşayabileceklerini düşünmektedir.²⁵

Literatürde düşük sosyoekonomik statünün ve çalışma durumunun her iki cinsiyette de görülen tüm cinsel işlev bozukluklarının sıklığını arttırdığına dair yayınlar bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda da olgu grubunda yer alan kadınların sadece %25,8'i (n=8) çalışmaktayken bu oran kontrol grubunda %58,1'dir (n=18). Araştırmamıza dahil edilen iki grup arasındaki bu anlamlı fark literatürle uyumludur. Sosyoekonomik özellikler incelendiğindeyse yine olgu grubunun anlamlı olarak daha düşük bir profile sahip olduğu görülmektedir. Olgu grubumuzun %71'inin (n=22) ailelerinde kişi başına düşen aylık gelir 1000-2000 TL arasında, %19,4'ünün (n=6) 2000 TL'den yüksek, %9,7'sinin (n=3) ise 1000 TL'nin

altında olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubunun ise %67,7'sinin (n=21) ailelerinde kişi başına düşen aylık gelir 2000 TL'nin üstünde, %22,6'sının (n=7) 1000-2000 TL arasında %9,7'sinin (n=3) ise 1000 TL'nin altında olarak hesaplanmıştır. Ekonomik gelir durumları arasındaki bu fark da diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.^{33,123,126,130}

5.2 Beden Algısı

Beden algısı ve cinselliğin ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda yayın bulunmaktadır. Bu yayınlarda, daha pozitif bir beden algısının sübjektif cinsellik algısını ve cinsellik deneyimlerini kolaylaştırdığını, negatif bir beden algısının ise tam tersine cinselliğin baskılanmasına sebep olacağını söylenmektedir. Sağlıklı kadınlarda yapılan çalışmalarda daha pozitif bir beden algısının cinsel doyum ölçeklerinde ağır alt ölçeği dahil tüm alt ölçeklerinde anlamlı olarak daha iyi skorlarla ilişkili olduğunu yani pozitif beden algısının daha çok cinsel doyumla ve daha iyi cinsel işlevsellikle ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{62,107,122,131-133} Cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarla yapılan çalışmalarda da bu kadınların beden algısı skorlarının cinsel işlev bozukluğu olmayan kadınlara kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca beden algısını değiştirecek tedaviler alan kadınlarda yapılan (ör: meme kanseri için operasyon geçiren kadınlar, yeme bozukluğu olan ve psikolojik tedavi alan kadınlar gibi) çalışmalarda da tedavi öncesi ve sonrası beden algısı skorları ve cinsel işlevsellik arasında korelasyon olduğu gösterilmiştir.^{131,132,134} İran'da yapılan ve sadece vajinismus tanılı kadınların dahil edildiği bir çalışmada vajinismus tanılı kadınların beden algısı skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu gösterilmiştir.¹³⁵ Bizim çalışmamızda da kadınların kendi bedenlerini nasıl algıladığını görmek için kullandığımız BBÖHOÖ'nün toplam skoru GPA/PB tanılı kadınlarda (89,8±15,73) sağlıklı kadınlara (98,13±16,41) kıyasla anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır ve bu yönden literatürle uyumluluk göstermektedir.

Beden algısının bir başka boyutu da genital beden algısı, yani kişilerin kendi genital organlarını nasıl algıladığıdır. Kişilerin genital organları hakkındaki olumsuz görüşlerinin cinsel ağrı bozukluğu dahil tüm cinsel işlev bozukluklarıyla korelasyon gösterdiği söylenmektedir.¹³⁶ Disparoni tanılı kadınlarla yapılan bir çalışmada negatif genital beden algısının daha yüksek ağrı skorlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar, bu sonucu disparoni tanılı kadınların yaşadıkları cinsel ağrı sebebiyle genital bölgelerinden daha az memnun olabilecekleri gibi olumsuz genital bölgeden duyulan memnuniyetsizliğin cinsel ağrının başlatıcı ya da devam ettirici bir faktörü olabileceği şeklinde yorumlamışlardır.¹²² Örnekleme genel toplumdan seçilen toplam 3222 kadınla yapılan bir çalışmada, kadınların genital bölge algısı olumsuzlaştıkça cinsel ağrı deneyimlerinin arttığı saptanmıştır.¹³⁷ Bizim çalışmamızda da olgu grubunun BBÖHOÖ ölçeğinin genital organlara dair soruları da içeren gövde alt testinden aldığı ortalama puan (16,04±5,64) kontrol grubuna (19,33±4,66) kıyasla anlamlı olarak daha düşüktür.

Beden algısı ve cinsel işlevsellik arasındaki bu ilişkiyi açıklayan çeşitli yorumlar vardır. En çok üzerinde durulmuş olanı ise Masters ve Johnson'ın "seyircilik" (spectatoring) kavramıdır. Bu kavram kişilerin cinsel aktivite sırasında kendi bedenlerine çok odaklanmasını ve cinsel aktiviteden bir kopuş yaşanmasını tanımlar. Bu tanım Barlow'un cinsel işlev bozuklukları modeliyle birleştirildiğindeyse, kişilerin olumsuz beden algılarının cinsel aktivite sırasında bedenlerinin nasıl görüldüğüne fazla odaklanmalarının ve beden görünümüyle ilgili kaygı duymalarının cinsel işlev bozukluklarının oluşmasına sebep olacağı şeklinde yorumlanmaktadır.^{131,138}

5.3. Benlik Saygısı

Benlik saygısı ve cinsel işlevler arasındaki ilişki bugüne kadar çok fazla araştırılmamıştır. Yapılan çalışmalarda yüksek benlik saygısı skorlarının artmış cinsel doyumla ilişkili olduğu gösterilmiştir.¹³⁹ Kırk yaş üstü sağlıklı kadınlarla yapılan bir çalışmada benlik saygısı skorlarının cinsel ağrıyla ilişkili olmadığı gösterilmiştir.¹⁴⁰ Ancak bu sonuç araştırmaya alınan 93 kadının 46 tanesinin menopoz sonrası dönemde olması ve cinsel ağrı yaşayan kadınların ağrılarının primer GPA/PB nedeniyle değil de menopoz sonrası gelişen fizyolojik değişikliklerden kaynaklanıyor olmasına bağlı olabilir. İran'da vajinismus tanılı 22 hastayla yapılan bir çalışmada ise hasta grubunun benlik saygısı skorlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır.¹³⁵ Bizim araştırmamızda da olgu grubu ve kontrol grubu benlik saygısı puanları açısından anlamlı farklılık göstermektedir.

Benlik saygısı ve beden algısı arasındaki ilişkiye dair yapılan çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Bazı yazarlar benlik saygısının beden algısıyla ilişkili olmadığını, bazı yazarlar ise benlik saygısının beden algısına etki eden faktörlerin bir kısmıyla ilişkili olduğunu söylemektedir.¹⁴¹⁻¹⁴³ Örneğin, Silberstein ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada benlik saygısının kilo algısıyla ilişkili olmadığı ama genel beden görünümünün nasıl algılandığıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir.¹⁴³ Ancak bunların yanında birçok yazar beden algısı ve benlik saygısı arasındaki pozitif yönde anlamlı korelasyona vurgu yapmaktadır.¹⁴⁴⁻¹⁴⁶ Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre de her iki grubun benlik saygıları ve beden algıları arasında pozitif yönde anlamlı orta düzeyde bir korelasyon saptanmıştır. Ancak beden bölgelerinin tümünde bu korelasyonun görülmediği dikkat çekmektedir. Öne çıkan bir başka veri de olgu grubunun genital bölgeleriyle ilişkili beden algıları ve benlik saygıları arasında bir korelasyon saptanmışken benzer bir ilişkinin kontrol grubunda saptanmamış olmasıdır. Bu veriye dayanarak GPA/PB yaşayan kadınların daha düşük benlik saygısına sahip olmalarının nedeninin yaşadıkları cinsel işlev bozukluğu olabileceği söylenebilir.

Bunlara ek olarak Davidson ve arkadaşları 2005'te yaptıkları bir çalışmada beden algısına verilen önem azaldıkça benlik saygısının arttığını bulmuşlardır.¹⁴⁶ Bu veriye uyumlu olarak bizim çalışmamızda da YKBÖ yer alan ve kişilerin beden algılarının kendilerini değerlendirmelerindeki yerini ölçen 20 numaralı soruya olgu grubunun verdiği cevaplarla benlik saygısı skorları negatif yönde anlamlı orta düzeyde bir korelasyon göstermektedir ancak bu ilişki kontrol grubuyla kurulamamıştır. Gruplar

arasında benlik algısına verilen önem bakımından bir değişiklik bulunmamışken, beden algısına verilen önemin benlik saygısı ile ilişkisinin değişmesi ilgi çekici bir sonuçtur. Yapılan çalışmalarda benlik saygısının beden nasıl algılandığıyla ilgili ana düzenleyici olduğu¹⁴⁷ ve beden algısına verilen önemin ancak düşük benlik saygısının varlığında davranışsal değişikliklere yol açtığı¹⁴⁸ söylenmektedir. Bu açıdan bakıldığında olgu grubunun daha düşük benlik saygısı olan kadınlardan oluşması, kontrol grubuna göre daha düşük beden algısı puanları almalarını ve beden algılarına verilen önemin benlik saygısı üzerindeki paradoksal etkileri anlaşılabilir.

5.4. Yeme Tutumları ve İlişkili Faktörler

Alanyazında bozulmuş yeme tutumları ve cinsellik arasındaki ilişkiyi incelemek için farklı örneklerle ve metodolojilerle yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Biz de kendi araştırmamızda GPA/PB tanıılı kadınların yeme tutumlarını YTT, YEDÖ, YKBÖ kullanarak sağlıklı grupla karşılaştırdık ve benlik saygısı ve beden algısıyla ilişkilerini inceledik.

Bozulmuş yeme tutumları karşılaştırıldığında, çalışmamıza alınan iki grup arasında tıknırcasına yeme davranışı olgu grubunda anlamlı olarak daha fazla görülmektedir. Alanyazında da tıknırcasına yeme davranışı ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkiyi gösteren araştırmalar bulunmaktadır.^{103,105,110,111,149} 2010 yılında Castellini ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı alanlar, tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı almayan obezite hastalarıyla ve sağlıklı kontrollerle kıyaslanmıştır. Çalışmanın sonucuna göre tıknırcasına yeme bozukluğu hastalarının hem obezite hastalarına göre hem de sağlıklı kontrollere göre daha fazla cinsel ağrı ve cinsel işlev bozukluğu deneyimledikleri bulunmuş. Araştırmacılar bu veriyi kişinin kendisi üzerindeki kontrolünü kaybedip utanç duyacağı kadar yemek yemesinin özgüven duygusunu azaltabileceği ve bu yüzden azalmış cinsel doyumla ilişkili olabileceği şeklinde yorumlamışlardır.¹¹¹ Ancak bu araştırmada özgüven ile ilgili bir değerlendirme yapılmamıştır. Bir başka araştırmada ise özgüvenin yeme tutumları üzerine olan etkisini araştırmak için bizim de araştırmamızda kullandığımız RBSE kullanılmış ve artmış benlik saygısının azalmış tıknıma davranışıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir.¹⁴⁸ Bu bağlamda, GPA/PB tanıılı hastalarda daha sık tıknırcasına yeme atağı yaşanmasının, düşük benlik saygısına sahip olma ile ilişkili olabileceği söylenebilir.

Grupları BMI açısından kıyasladığımızda olgu grubunda BMI'ı 25 ve üzeri olan 9 kişi (%29) kişi varken kontrol grubunda 1 kişi (%3,2) vardır. Gruplar arasındaki bu anlamlı farklılık literatürle de uyumludur. Türkiye'de ve İran'da yapılan çalışmalarda BMI yüksekliği ve cinsel ağrı bozuklukları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.^{111,150,151} BMI'lar arasındaki bu farklılık GPA/PB hastalarında tıknırcasına yeme davranışının daha sık görülmesiyle ilişkili olabilir.

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu ve cinsel ağrı bozukluklarını organik açıdan açıklayan yazarlar da bulunmaktadır. Tıknırcasına Yeme Bozukluğunun artmış kardiyovasküler riskle ilişkili olduğunu, endotel hasarına neden olarak genital uyarılmayı bozduğunu ve cinsel işlev bozukluklarına yol açtığını

söyleyen çalışmalar da bulunmaktadır.^{77,149} Bizim örnekleminizdeki GPA/PB tanılı kadınların daha yüksek oranda tıknırcasına yeme davranışı göstermeleri de bu durumla uyumlu olabilir. Bu çalışmalarda BMI yüksekliğinin artmış kardiyovasküler riskle ilişkili olduğu ve cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkili olabileceği vurgulanmaktadır. Çalışmamızda da gruplar kendi içlerinde BMI'larına göre sınıflandırıldığında kontrol grubu lehine anlamlı bir fark çıkmaktadır.

Cinsel İşlev Bozuklukları ve Beslenme ve Yeme Bozukluklarının bazı ortak etiyolojilere sahip olmasından yola çıkarak genel toplumdaki kadınların cinsel davranışları ve yeme tutumlarını incelemeyi amaçlayan bir çalışmada 18-28 yaş arası 167 kadına bizim de kendi çalışmamızda kullandığımız YTT ölçeğinin kısa formu ve ek olarak cinsellikle ilgili afektif ve bilişsel tutumlarını değerlendirmek amacıyla Garos Cinsel Davranış Ölçeği verilmiş ve çalışmanın sonucuna göre kendi cinsellikleriyle ilgili çatışmaları olan ve cinsel uyarandan rahatsızlık duyan kadınlarda bozulmuş yeme davranışlarının arttığı gösterilmiştir.¹⁰⁹ Bizim çalışmamızda ise olgu grubu olarak aldığımız GPA/PB tanısının cinsellikle ilgili kültürel ve ahlaki değerlere bağlı içsel çatışmalardan kaynaklandığını söyleyen yayınlar bulunmaktadır. Olgu grubumuzun YTT skorlarının ortalaması (17,87±9,02) ile kontrol grubumuzun ortalaması (15,74±4,83) arasında bir fark saptansa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Ancak olgu grubunda yer alan 3 kişi (%9,6) YTT'nin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında kesme puanı olarak belirlenen ve geçildiği takdirde kişinin klinik olarak yeme bozuklukları açısından değerlendirilmesi önerilen sınır olan 30'u aşmışken kontrol grubunda bu sınırı aşan kimse bulunmamaktadır. Aradaki ilişkinin büyük örnekleme sahip araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Beden algısının hem yeme tutumunu hem de cinsel işlevleri etkilediği söylenmektedir. Bizim çalışmamızda olgu grubunun beden algısı skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktür. Bu açıdan sonuçlarımız literatürdeki düşük beden algısının sağlıklı genel nüfusta artmış cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkisi olduğunu gösteren yayınlarla uyumludur. Ancak yaptığımız korelasyon çalışmalarında beden algısının yeme tutumu üzerine olan etkileri iki grupta da benzerlik göstermektedir. 2015 yılında klinik olmayan bir örnekleme yapılan bir çalışmada, beden algısının, benlik saygısının ve depresif duygu-durumunun farklı yeme tutumları (kısıtlama, tıknıma, telafi etme) üzerine etkisi araştırılmış ve beden algısının direkt olarak bozulmuş yeme davranışına etkili olmadığı, olumsuz beden algısının ancak düşük benlik saygısı varsa yeme tutumunu değiştirebileceği, beden algısına verilen önemin kısıtlama ve telafi etme davranışlarıyla ilişkili olduğu ama bu ilişkinin de benlik saygısıyla düzenlendiği saptanmıştır.¹⁴⁸ Bizim çalışmamızda ise grupların beden algılarına verdikleri önemler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır, ancak olgu grubunun beden algısına verdiği önemle YEDÖ kısıtlama alt test puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Yani olgu grubunun beden algısına verdiği önem arttıkça kısıtlama davranışlarının da arttığı söylenebilir. Olgu grubumuzun benlik saygısının anlamlı olarak daha düşük olması bu bireylerin beden algısına fazla önem vermesinin nedeni olabilir. Genel toplumda yapılan başka çalışmalarda da düşük benlik saygısının olumsuz beden algısıyla kıyaslandığında bozulmuş yeme tutumu için daha önemli bir risk olduğu söylenmiştir.^{152,153}

Bir kişinin tıknama davranışı göstermesinin depresif duygu-durum, bozulmuş beden algısı ve düşük benlik saygısı ile ilişkili olabileceği ama telafi edici davranışların büyük ölçüde beden algısına verilen önemle ilişkili olduğu, benlik saygısı ile sınırlı bir ilişki gösterdikleri, depresif duygu-durumdansa tamamen bağımsız oldukları söylenmektedir.¹⁴⁸ Bizim çalışmamızda her iki gruptan da üçer kişi telafi edici davranışlarının olduğunu söylemiştir. Daha net bir ilişkinin değerlendirilebilmesi için örneklemimizin genişletilmesi gerekmektedir.

Olgu grubunun BMI değerleri ile kısıtlama davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu veri genel popülasyonda BMI değerlerinin yeme tutumu üzerine etkilerini incelemek için YBDÖ'yü kullanan başka bir çalışmayla uyumludur.¹⁵⁴ Olgu grubunda kontrol grubundan farklı olarak görülen bu ilişki de düşük benlik saygısının kısıtlama davranışlarıyla ilişkili olduğunu söyleyen çalışmalarla uyumludur.¹⁴⁶⁻¹⁴⁸ Türkiye'de yapılmış bir başka çalışmada ise diyet yapan kadınların, yapmayanlara kıyasla cinsel işlev bozukluğu yaşama riski 1,2 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹³⁰ Ancak bu çalışmada diyet yapmanın niteliği araştırılmamıştır ve diyet yaptığını söyleyen kadınların kısıtlama davranışı daha fazla olan kadınlar olma ihtimaline değinilmemiştir. Bir başka çalışmada ise diyet yapabilmenin benlik saygısıyla pozitif yönlü bir korelasyon gösterdiği saptanmıştır.¹⁵⁵ Bizim çalışmamızda ise kontrol grubunun geçmiş diyet deneyimi olgu grubuna kıyasla anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.

5.5. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Çalışmamız konusu itibariyle bir giriş çalışması olarak değerlendirilmelidir. Benzer birçok çalışmada örneklem cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınlardan seçilmişken bizim örneklemimizin sadece GPA/PB tanılı hastalardan oluşması çalışmamızın güçlü yanlarından biridir. Ancak örneklem sayımızın kısıtlı olması önemli bir kısıtlılığımızdır. Örneklem sayısı arttıkça istatistiksel değerlendirme daha sağlıklı olacaktır.

Örneklemimizle ilgili bir başka kısıtlılığımız ise olgu grubunun bir üniversite hastanesine başvuran kadınlardan seçilmiş olmasıdır. Olgu grubumuz genel toplumdaki tedavi almayan GPA/PB tanılı kadınları yansıtmıyor olabilir. Bir başka kısıtlılığımız ise çalışmaya sadece gönüllü kadınların katılmış olmasıdır. Çalışmaya katılmak istemeyen kadınların benlik saygısı katılmak isteyenlere kıyasla daha düşük olabilir.

Olgu ve kontrol grubu birbirlerine yaş ve eğitim düzeyi açısından eşleşen kadınlardan oluşmaktadır. Yaş ve eğitim düzeyinin benlik saygısı ve beden algısı üzerindeki karıştırıcı etkilerinin bu şekilde kontrol edilmiş olması çalışmamızın güçlü yanlarından biridir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

- 1) Çalışmamızın ilk sonucu GPA/PB tanılı hastaların kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla tıkinma davranışı göstermesidir. Telafi edici davranışlar ve kısıtlama arasında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- 2) İki grup arasında BMI sınıflandırmalarına bakıldığında GPA/PB tanılı hastaların anlamlı olarak daha fazla kilolu sınıfında yer aldığı saptanmıştır.
- 3) GPA/PB hastalarının benlik saygıları kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.
- 4) GPA/PB tanılı hastaların beden algılarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha olumsuz yönde olduğu saptanmıştır.
- 5) İki grubun beden algılarına verdikleri önem arasında anlamlı olarak bir fark saptanmamış olsa da olgu grubunun beden algısına verdiği önem ve yeme tutumları arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Bunun sebebi olgu grubunun benlik saygısının kontrol grubuna kıyasla daha düşük olmasıyla ilişkilendirilmiştir.
- 6) İki grup arasında BMI değerlerinin yeme tutumları üzerine olan etkisi incelendiğinde olgu grubunda kısıtlama davranışıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunun sebebinin de olgu grubunun düşük benlik saygısı olabileceği düşünülmüştür.
- 7) Çalışmamızın sonuçlarına göre GPA/PB tanısı alan hastaların başvuru şikayetlerinin yanında benlik saygılarının, beden algılarının, BMI değerlerinin ve varsa yeme tutumlarıyla ilişkili sıkıntılarının da değerlendirilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması önerilir.

KAYNAKÇA

1. Lahaie M-A, Amsel R, Khalifé S, Boyer S, Faaborg-Andersen M, Binik YM. Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *Arch Sex Behav*. 2015;44(6):1537-1550. doi:10.1007/s10508-014-0430-z
2. Köroğlu E, American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force., Boylam Psikiyatri Enstitüsü. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. <https://www.dr.com.tr/Kitap/Dsm-5-Tani-Olcutleri-Basvuru-El-Kitabi/Egitim-Basvuru/Psikoloji-Bilimi/urunno=0000000567748>. Accessed March 24, 2019.
3. Dogan S. Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. *J Sex Med*. 2009;6(1):184-192. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.01048.x
4. Cryle P. Vaginismus: A Franco-American Story. *J Hist Med Allied Sci*. 2012;67(1):71-93. doi:10.1093/jhmas/jrq079
5. Pahwa PK, Foley SM. Biopsychosocial Evaluation of Sexual Dysfunctions. In: *The Textbook of Clinical Sexual Medicine*. Cham: Springer International Publishing; 2017:79-94. doi:10.1007/978-3-319-52539-6_6
6. Pinheiro AP, Raney TJ, Thornton LM, et al. Sexual functioning in women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2009:NA-NA. doi:10.1002/eat.20671
7. Madowitz J, Matheson BE, Liang J. The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes*. 2015;20(3):281-293. doi:10.1007/s40519-015-0195-y
8. Franzini Pereira R, Alvarenga M. Disordered Eating: Identifying, Treating, Preventing, and Differentiating It From Eating Disorders. *Diabetes Spectr*. 2007;20(3).
9. Weijenborg PTM, Both S, van Lankveld JJDM, et al. "Throwing the Baby Out with the Bathwater": The Demise of Vaginismus in Favor of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *Arch Sex Behav*. 2014;43(7):1209-1213. doi:10.1007/s10508-014-0322-2
10. Pacik PT, Geletta S. Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. *Sex Med*. 2017;5(2):e114-e123. doi:10.1016/j.esxm.2017.02.002
11. Hawton K. *Sex Therapy: Apractical Guide*. Oxford University Press; 1985.
12. Kadir ZS, Sidi H, Kumar J, Das S, Midin M, Baharuddin N. The Neurobiology and Psychiatric Perspective of Vaginismus: Linking the Pharmacological and Psycho-Social Interventions. *Curr*

13. Engman M, Wijma K, Wijma B. Itch and Burning Pain in Women with Partial Vaginismus with or without Vulvar Vestibulitis. *J Sex Marital Ther*. 2007;33(2):171-186. doi:10.1080/00926230601098506
14. Doğan S, Özkorumak E, Kemal Üniversitesi N, Fakültesi Psikiyatri TA, Devlet Hastanesi R, Kliniği P. *Ağrılı Genital Cinsel Aktivite ve Vajinismus Tanısında Yaşanan Güçlükler*. https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_11_3_135_142.pdf. Accessed March 24, 2019.
15. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstet Gynecol*. 2016;127(4):745-751. doi:10.1097/AOG.0000000000001359
16. Simonelli C, Eleuteri S, Petrucci F, Rossi R. Female sexual pain disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(6):406-412. doi:10.1097/YCO.0000000000000098
17. Graziottin A, Gambini D. Evaluation of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. In: *The Textbook of Clinical Sexual Medicine*. Cham: Springer International Publishing; 2017:289-304. doi:10.1007/978-3-319-52539-6_20
18. Kadanalı S, Bayık RN. Disparoni. In: Prof. Dr. Engin Oral, Doç. Dr. Taner Usta, eds. *Kronik Pelvik Ağrı*. ; 2016:99-110.
19. Weijmar Schultz W, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselmann U, Van Lankveld J. Women's Sexual Pain and Its Management. *J Sex Med*. 2005;2(3):301-316. doi:10.1111/j.1743-6109.2005.20347.x
20. William Ishak W, Tobia G. Citation: IsHak WW, Tobia G (2013) DSM-5 Changes in Diagnostic Criteria of Sexual Dysfunctions. *Reprod Sys Sex Disord*. 2013;2(2):122. doi:10.4172/2161-038X.1000122
21. Engman M, Wijma K, Wijma B. Post-Coital Burning Pain and Pain at Micturition: Early Symptoms of Partial Vaginismus With or Without Vulvar Vestibulitis? *J Sex Marital Ther*. 2008;34(5):413-428. doi:10.1080/00926230802156210
22. Engman M, Lindehammar H, Wijma B. Surface electromyography diagnostics in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis and in asymptomatic women. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2004;25(3-4):281-294. doi:10.1080/01674820400017921
23. Özen B, Özdemir YÖ, Beştepe EE. Childhood trauma and dissociation among women with genito-pelvic pain/penetration disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:641-646. doi:10.2147/NDT.S151920

24. Amerikan Psikiyatri Birliği., K roğlu E. *DSM - IV - TR Tanı  l utleri Başvuru Elkitabı*. Hekimler Yayın Birliği; 2005. <https://www.pandora.com.tr/kitap/dsm-iv-tr-tani-olcutleri/83013>. Accessed April 17, 2019.
25. Sungur MZ, Gunduz A. Critiques and Challenges to Old and Recently Proposed American Psychiatric Association's Website DSM 5 Diagnostic Criteria for Sexual Dysfunctions. *Klin Psikofarmakol B lteni-Bulletin Clin Psychopharmacol*. 2013;23(1):113-128. doi:10.5455/bcp.20130416063859
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. American Psychiatric Association; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
27. Derogatis LR, Laan E, Brauer M, et al. Responses to the proposed DSM-V changes. *J Sex Med*. 2010;7(6):1998-2014. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01865.x
28. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*. 2016;15(3):205-221. doi:10.1002/wps.20354
29. ICD-10 Version:2010. <https://icd.who.int/browse10/2010/en>. Accessed March 24, 2019.
30. Navarro-Cremades F, Simonelli C, Montejo AL. Sexual disorders beyond DSM-5. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(6):417-422. doi:10.1097/YCO.0000000000000367
31. ter Kuile MM, Both S, van Lankveld JJDM. Cognitive Behavioral Therapy for Sexual Dysfunctions in Women. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(3):595-610. doi:10.1016/j.psc.2010.04.010
32. Conforti C. Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder (GPPPD): An Overview of Current Terminology, Etiology, and Treatment. *Univ Ottawa J Med*. 2017;7(2):48-53. doi:10.18192/uojm.v7i2.2198
33. Oniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal turkish women. *J Sex Med*. 2007;4(6):1575-1581. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00606.x
34. Sadock VA. The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States. *JAMA J Am Med Assoc*. 1995;273(8):675. doi:10.1001/jama.1995.03520320085050
35. Yılmaz E. Cinsel sorunlar ve tutumlar üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *First Natl Congr Assoc Cogn Behav Ther Abstr B*. 2007.
36. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, et al. Epidemiology/Risk Factors of Sexual Dysfunction.

- J Sex Med.* 2004;1(1):35-39. doi:10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x
37. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA. Prevalence and Comorbidity of Sexual Dysfunctions in a Portuguese Clinical Sample. *J Sex Marital Ther.* 2006;32(2):173-182. doi:10.1080/00926230500442334
 38. Gürel H, Atar Gürel S. Dyspareunia, Back Pain and Chronic Pelvic Pain: The Importance of This Pain Complex in Gynecological Practice and Its Relation with Grandmultiparity and Pelvic Relaxation. *Gynecol Obstet Invest.* 1999;48(2):119-122. doi:10.1159/000010152
 39. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health.* 2006;6:177. doi:10.1186/1471-2458-6-177
 40. Shifren JL, Johannes CB, Monz BU, Russo PA, Bennett L, Rosen R. Help-Seeking Behavior of Women with Self-Reported Distressing Sexual Problems. *J Women's Heal.* 2009;18(4).
 41. Dias-Amaral A, Marques-Pinto A. Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach. *Rev Bras Ginecol e Obs / RBGO Gynecol Obstet.* 2018;40(12):787-793. doi:10.1055/s-0038-1675805
 42. Meana M, Fertel E, Maykut C. Treating Genital Pain Associated with Sexual Intercourse. In: *The Wiley Handbook of Sex Therapy.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2017:98-114. doi:10.1002/9781118510384.ch7
 43. Gunter J. Is there an association between vulvodynia and interstitial cystitis? *Obstet Gynecol.* 2000;95(6):S4. doi:10.1016/S0029-7844(00)00577-9
 44. Fariello JY, Moldwin RM. Similarities between interstitial cystitis/bladder pain syndrome and vulvodynia: implications for patient management. *Transl Androl Urol.* 2015;4(6):643-652. doi:10.3978/j.issn.2223-4683.2015.10.09
 45. Lundqvist EN, Bergdahl J. Vestibulodynia (former vulvar vestibulitis): Personality in affected women. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2005;26(4):251-256. doi:10.1080/01674820500168350
 46. Reed BD, Haefner HK, Punch MR, Roth RS, Gorenflo DW, Gillespie BW. Psychosocial and sexual functioning in women with vulvodynia and chronic pelvic pain. A comparative evaluation. *J Reprod Med.* 2000;45(8):624-632. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10986680>. Accessed April 7, 2019.
 47. Reed BD, Legocki LJ, Plegue MA, Sen A, Haefner HK, Harlow SD. Factors Associated With Vulvodynia Incidence. *Obstet Gynecol.* 2014;123(2, PART 1):225-231. doi:10.1097/AOG.0000000000000066

48. Aikens JE, Reed BD, Gorenflo DW, Haefner HK. Depressive symptoms among women with vulvar dysesthesia. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(2):462-466. doi:10.1067/S0002-9378(03)00521-0
49. Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen DR. Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstet Gynecol.* 1997;90(4):583-589. doi:10.1016/S0029-7844(98)80136-1
50. Payne KA, Binik YM, Pukall CF, Thaler L, Amsel R, Khalifé S. Effects of Sexual Arousal on Genital and Non-Genital Sensation: A Comparison of Women with Vulvar Vestibulitis Syndrome and Healthy Controls. *Arch Sex Behav.* 2007;36(2):289-300. doi:10.1007/s10508-006-9089-4
51. Pukall CF, Goldstein AT, Bergeron S, et al. Vulvodynia: Definition, Prevalence, Impact, and Pathophysiological Factors. *J Sex Med.* 2016;13(3):291-304. doi:10.1016/j.jsxm.2015.12.021
52. Khandker M, Brady SS, Vitonis AF, MacLehose RF, Stewart EG, Harlow BL. The Influence of Depression and Anxiety on Risk of Adult Onset Vulvodynia. *J Women's Heal.* 2011;20(10):1445-1451. doi:10.1089/jwh.2010.2661
53. Abraham SN, John ALS. Mast cell-orchestrated immunity to pathogens. *Nat Rev Immunol.* 2010;10(6):440. doi:10.1038/NRI2782
54. Graziottin A, Skaper SD, Fusco M. Mast cells in chronic inflammation, pelvic pain and depression in women. *Gynecol Endocrinol.* 2014;30(7):472-477. doi:10.3109/09513590.2014.911280
55. Lahaie M-A, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: A Review of the Literature on the Classification/Diagnosis, Etiology and Treatment. *Women's Heal.* 2010;6(5):705-719. doi:10.2217/WHE.10.46
56. Bortolami A, Vanti C, Banchelli F, Guccione AA, Pillastrini P. Relationship Between Female Pelvic Floor Dysfunction and Sexual Dysfunction: An Observational Study. *J Sex Med.* 2015;12(5):1233-1241. doi:10.1111/jsm.12882
57. Bergeron S, Corsini-Munt S, Aerts L, Rancourt K, Rosen NO. Female Sexual Pain Disorders: a Review of the Literature on Etiology and Treatment. *Curr Sex Heal Reports.* 2015;7(3):159-169. doi:10.1007/s11930-015-0053-y
58. Reissing ED, Armstrong HL, Allen C. Pelvic Floor Physical Therapy for Lifelong Vaginismus: A Retrospective Chart Review and Interview Study. *J Sex Marital Ther.* 2013;39(4):306-320. doi:10.1080/0092623X.2012.697535
59. Judith S. Beck. *Bilişsel Davranışçı Terapi: Temelleri ve Ötesi*, Judith S. Beck - Fiyatı &

Satin AI | Idefix. 2nd ed. the guilford press; 2011.

60. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitive Schemas Associated with Negative Sexual Events: A Comparison of Men and Women with and Without Sexual Dysfunction. *Arch Sex Behav*. 2009;38(5):842-851. doi:10.1007/s10508-008-9450-x
61. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol*. 1986;54(2):140-148. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3700800>. Accessed March 31, 2019.
62. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitive and Emotional Predictors of Female Sexual Dysfunctions: Preliminary Findings. *J Sex Marital Ther*. 2008;34(4):325-342. doi:10.1080/00926230802096358
63. Oliveira C, Nobre PJ. Cognitive Structures in Women with Sexual Dysfunction: The Role of Early Maladaptive Schemas. *J Sex Med*. 2013;10(7):1755-1763. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02737.x
64. van Lankveld JJDM, ter Kuile MM, de Groot HE, Melles R, Nefs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(1):168-178. doi:10.1037/0022-006X.74.1.168
65. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317-332. doi:10.1016/S0304-3959(99)00242-0
66. Borg C, Peters ML, Schultz WW, de Jong PJ. Vaginismus: Heightened Harm Avoidance and Pain Catastrophizing Cognitions. *J Sex Med*. 2012;9(2):558-567. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02535.x
67. van der Velde J, Laan E, Everaerd W. Vaginismus, a Component of a General Defensive Reaction. An Investigation of Pelvic Floor Muscle Activity during Exposure to Emotion-Inducing Film Excerpts in Women with and without Vaginismus. *Int Urogynecol J*. 2001;12(5):328-331. doi:10.1007/s001920170035
68. van der Velde J, Everaerd W. The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and without vaginismus. *Behav Res Ther*. 2001;39(4):395-408. doi:10.1016/S0005-7967(00)00007-3
69. Sullivan MJL, Stanish WD. Psychologically based occupational rehabilitation: the Pain-Disability Prevention Program. *Clin J Pain*. 19(2):97-104. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12616179>. Accessed March 30, 2019.
70. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Vaginal Spasm, Pain, and Behavior: An

- Empirical Investigation of the Diagnosis of Vaginismus. *Arch Sex Behav.* 2004;33(1):5-17. doi:10.1023/B:ASEB.0000007458.32852.c8
71. Rosen NO, Bergeron S, Sadikaj G, Glowacka M, Baxter M-L, Delisle I. Relationship satisfaction moderates the associations between male partner responses and depression in women with vulvodynia: A dyadic daily experience study. *PAIN®.* 2014;155(7):1374-1383. doi:10.1016/J.PAIN.2014.04.017
 72. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther.* 2003;29(1):47-59. doi:10.1080/713847095
 73. Landry T, Bergeron S. Biopsychosocial Factors Associated with Dyspareunia in a Community Sample of Adolescent Girls. *Arch Sex Behav.* 2011;40(5):877-889. doi:10.1007/s10508-010-9637-9
 74. van Lankveld JJ, Brewaeys AM, Ter Kuile MM, Weijnenborg PT. Difficulties in the differential diagnosis of vaginismus, dyspareunia and mixed sexual pain disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1995;16(4):201-209. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8748995>. Accessed April 2, 2019.
 75. Hawton K, Catalan J. Sex therapy for vaginismus: Characteristics of couples and treatment outcome. *Sex Marital Ther.* 1990;5(1):39-48. doi:10.1080/02674659008407995
 76. O'Sullivan K. Observations on Vaginismus in Irish Women. *Arch Gen Psychiatry.* 1979;36(7):824. doi:10.1001/archpsyc.1979.01780070102012
 77. Maseroli E, Scavello I, Cipriani S, et al. Psychobiological Correlates of Vaginismus: An Exploratory Analysis. *J Sex Med.* 2017;14(11):1392-1402. doi:10.1016/j.jsxm.2017.09.015
 78. Cowden CR, Bradshaw SD. Religiosity and Sexual Concerns. *Int J Sex Heal.* 2007;19(1):15-24. doi:10.1300/J514v19n01_03
 79. Rahman S. Female Sexual Dysfunction Among Muslim Women: Increasing Awareness to Improve Overall Evaluation and Treatment. *Sex Med Rev.* 2018;6(4):535-547. doi:10.1016/j.sxmr.2018.02.006
 80. Silverstein JL. Origins of Psychogenic Vaginismus. *Psychother Psychosom.* 1989;52(4):197-204. doi:10.1159/000288324
 81. Borg C, de Jong PJ, Weijmar Schultz W. Vaginismus and Dyspareunia: Relationship with General and Sex-Related Moral Standards. *J Sex Med.* 2011;8(1):223-231. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02080.x

82. KABAĞÇI E, BATUR S. Who Benefits from Cognitive Behavioral Therapy for Vaginismus? *J Sex Marital Ther.* 2003;29(4):277-288. doi:10.1080/00926230390195515
83. Tuğrul C, Kabakci E. Vaginismus and its correlates. *Sex Marital Ther.* 1997;12(1):23-34. doi:10.1080/02674659708408199
84. Yasan A, Akdeniz N. Treatment of lifelong vaginismus in traditional Islamic couples: A prospective study. *J Sex Med.* 2009;6(4):1054-1061. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.01154.x
85. Zolnoun D, Hartmann K, Lamvu G, As-Sanie S, Maixner W, Steege J. A Conceptual Model for the Pathophysiology of Vulvar Vestibulitis Syndrome. *Obstet Gynecol Surv.* 2006;61(6):395-401. doi:10.1097/01.ogx.0000219814.40759.38
86. Perez S, Brown C, Binik YM. Vaginismus: When Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder Makes Intercourse Seem Impossible. In: *Management of Sexual Dysfunction in Men and Women.* New York, NY: Springer New York; 2016:273-285. doi:10.1007/978-1-4939-3100-2_24
87. Beier KM, Loewit KK. Biopsychosocial Treatment of Sexual Dysfunctions. In: *The Textbook of Clinical Sexual Medicine.* Cham: Springer International Publishing; 2017:95-120. doi:10.1007/978-3-319-52539-6_7
88. Rapkin A, Masghati S, Grisales T. Treatment of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. In: *The Textbook of Clinical Sexual Medicine.* Cham: Springer International Publishing; 2017:305-326. doi:10.1007/978-3-319-52539-6_21
89. Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2014;25(12):1613-1620. doi:10.1007/s00192-014-2421-y
90. Reed BD, Caron AM, Gorenflo DW, Haefner HK. Treatment of vulvodynia with tricyclic antidepressants: efficacy and associated factors. *J Low Genit Tract Dis.* 2006;10(4):245-251. doi:10.1097/01.lgt.0000225899.75207.0a
91. Pagano R, Wong S. Use of amitriptyline cream in the management of entry dyspareunia due to provoked vestibulodynia. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;16(4):394-397. doi:10.1097/LGT.0b013e3182449bd6
92. Bergeron S, Khalifé S, Glazer HI, Binik YM. Surgical and Behavioral Treatments for Vestibulodynia. *Obstet Gynecol.* 2008;111(1):159-166. doi:10.1097/01.AOG.0000295864.76032.a7
93. Nyirjesy P. Cromolyn cream for recalcitrant idiopathic vulvar vestibulitis: results of a placebo controlled study. *Sex Transm Infect.* 2001;77(1):53-57. doi:10.1136/sti.77.1.53
94. Bertolasi L, Frasson E, Cappelletti JY, Vicentini S, Bordignon M, Graziottin A. Botulinum

- Neurotoxin Type A Injections for Vaginismus Secondary to Vulvar Vestibulitis Syndrome. *Obstet Gynecol.* 2009;114(5):1008-1016. doi:10.1097/AOG.0b013e3181bb0dbb
95. Bergeron S, Landry T, Leclerc B. Cognitive-Behavioral, Physical Therapy, and Alternative Treatments for Dyspareunia. In: *Female Sexual Pain Disorders*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; :150-155. doi:10.1002/9781444308136.ch23
96. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev.* December 2012. doi:10.1002/14651858.CD001760.pub2
97. Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain.* 2001;91(3):297-306. doi:10.1016/S0304-3959(00)00449-8
98. Emilien C, Hollis JH. A brief review of salient factors influencing adult eating behaviour. *Nutr Res Rev.* 2017;30(02):233-246. doi:10.1017/S0954422417000099
99. Kreitler PhD S. Are Eccentric Eating Habits Eating Disorders? *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2017;54(3):3-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29735807>. Accessed April 13, 2019.
100. Bacopoulou F, Foskolos E, Stefanaki C, Tsitsami E, Voursoura E. Disordered eating attitudes and emotional/behavioral adjustment in Greek adolescents. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes.* 2018;23(5):621-628. doi:10.1007/s40519-017-0466-x
101. Toni G, Berioli MG, Cerquiglini L, et al. Eating Disorders and Disordered Eating Symptoms in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Nutrients.* 2017;9(8). doi:10.3390/NU9080906
102. Reba-Harrelson L, Von Holle A, Hamer RM, Swann R, Reyes ML, Bulik CM. Patterns and prevalence of disordered eating and weight control behaviors in women ages 25-45. *Eat Weight Disord.* 2009;14(4).
103. Castellini G, Lo Sauro C, Ricca V, Rellini AH. Body Esteem as a Common Factor of a Tendency Toward Binge Eating and Sexual Dissatisfaction Among Women: The Role of Dissociation and Stress Response During Sex. *J Sex Med.* 2017;14(8):1036-1045. doi:10.1016/j.jsxm.2017.06.001
104. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther.* 2003;41(5):509-528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8
105. Castellini G, Lelli L, Ricca V, Maggi M. Sexuality in eating disorders patients: etiological factors, sexual dysfunction and identity issues. A systematic review. *Horm Mol Biol Clin Investig.* 2016;25(2):71-90. doi:10.1515/hmbci-2015-0055

106. Tolosa-Sola I, Gunnard K, Giménez Muniesa C, Casals L, Grau A, Farré JM. Body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: Which factors interfere with sexuality in women with eating disorders? *J Health Psychol.* 2017. doi:10.1177/1359105317695425
107. Ackard DM, Kearney-Cooke A, Peterson CB. Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *Int J Eat Disord.* 2000;28(4):422-429. doi:10.1002/1098-108X(200012)28:4<422::AID-EAT10>3.0.CO;2-1
108. Sancı L, Coffey C, Olsson C, Reid S, Carlin JB, Patton G. Childhood Sexual Abuse and Eating Disorders in Females. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008;162(3):261. doi:10.1001/archpediatrics.2007.58
109. Kluck AS, Garos S, Shaw L. Sexual functioning and disordered eating: A new perspective. *Bull Menninger Clin.* 2018;82(1):71-91. doi:10.1521/bumc_2017_81_12
110. Castellini G, Lelli L, Lo Sauro C, et al. Anorectic and Bulimic Patients Suffer from Relevant Sexual Dysfunctions. *J Sex Med.* 2012;9(10):2590-2599. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02888.x
111. Castellini G, Mannucci E, Mazzei C, et al. Sexual Function in Obese Women with and without Binge Eating Disorder. *J Sex Med.* 2010;7(12):3969-3978. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01990.x
112. Savasir I, Erol N. Yeme tutum testi: anoreksia nervosa belirtiler indeksi. *Psikol Derg.* 1989;7(23):19-25.
113. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord.* 1994;16(4):363-370. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7866415>. Accessed March 31, 2019.
114. Yucel B, Polat A, Ikiz T, Dusgor BP, Elif Yavuz A, Sertel Berk O. The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev.* 2011;19(6):509-511. doi:10.1002/erv.1104
115. Yanovski SZ, Marcus MD, Wadden TA, Walsh BT. The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5: an updated screening instrument for binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2015;48(3):259-261. doi:10.1002/eat.22372
116. Öner N. *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler : Bir Başvuru Kaynağı*. Boğaziçi Üniversitesi; 1994.
117. McKay MT, Boduszek D, Harvey SA. The Rosenberg Self-Esteem Scale: A Bifactor Answer to a Two-Factor Question? *J Pers Assess.* 2014;96(6):654-660. doi:10.1080/00223891.2014.923436

118. Celik S, Ugur BA, Aykurt FA, Bektas M. Eating Attitudes and Related Factors in Turkish Nursing Students. *Nurs midwifery Stud.* 2015;4(2). doi:10.17795/nmsjournal25479
119. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda Benlik Saygısı. 1986.
120. Korkmaz M, Uysal Ş. Yetişkin örneklem için bir benlik saygısı ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). 1996.
121. Gökdoğan F. Orta Öğretime Devam Eden Ergenlerde Beden İmajından Hoşnut Olma Düzeyi. 1988.
122. Pazmany E, Bergeron S, Van Oudenhove L, Verhaeghe J, Enzlin P. Body image and genital self-image in pre-menopausal women with dyspareunia. *Arch Sex Behav.* 2013;42(6):999-1010. doi:10.1007/s10508-013-0102-4
123. Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int.* 2004;72(1):52-57. doi:10.1159/000075273
124. Abdo CHN, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004;16(2):160-166. doi:10.1038/sj.ijir.3901198
125. Turkish Statistical Institute Web Page. <http://www.turkstat.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>.
126. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States. *JAMA.* 1999;281(6):537. doi:10.1001/jama.281.6.537
127. Peixoto MM, Nobre P. Prevalence and Sociodemographic Predictors of Sexual Problems in Portugal: A Population-Based Study With Women Aged 18 to 79 Years. *J Sex Marital Ther.* 2015;41(2):169-180. doi:10.1080/0092623X.2013.842195
128. İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klin Psikiyatr.* 2004. https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_7_70_3_13.pdf. Accessed May 8, 2019.
129. Haidt J, Hersh MA. *Sexual Morality: The Cultures and Emotions of Conservatives and Liberals*.; 2001. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.371.5626&rep=rep1&type=pdf>. Accessed April 2, 2019.
130. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction in Turkish Women. *J Urol.* 2006;175(2):654-658. doi:10.1016/S0022-5347(05)00149-7
131. Pujols Y, Meston CM, Seal BN. The association between sexual satisfaction and body image in

- women. *J Sex Med.* 2010;7(2 PART 2):905-916. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x
132. Woertman L, Van Den Brink F. Body image and female sexual functioning and behavior: A review. *J Sex Res.* 2012;49(2-3):184-211. doi:10.1080/00224499.2012.658586
 133. Ålgars M, Santtila P, Jern P, Johansson A, Westerlund M, Sandnabba NK. Sexual body image and its correlates: A population-based study of finnish women and men. *Int J Sex Heal.* 2011;23(1):26-34. doi:10.1080/19317611.2010.509692
 134. Pazmany E, Ly HG, Aerts L, et al. *Brain Responses to Vestibular Pain and Its Anticipation in Women with Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder.* Vol 16. Elsevier Inc; 2017. doi:10.1016/j.nicl.2017.07.017
 135. Farnam F, Janghorbani M, Merghati-Khoei E, Raisi F. Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample. *Int J Impot Res.* 2014;26(6):230-234. doi:10.1038/ijir.2014.16
 136. Herbenick D, Schick V, Reece M, Sanders S, Dodge B, Fortenberry JD. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Results from a Nationally Representative Probability Sample of Women in the United States. *J Sex Med.* 2011;8(1):158-166. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02071.x
 137. Komarnicky T, Skakoon-Sparling S, Milhausen RR, Breuer R. Genital Self-Image: Associations with Other Domains of Body Image and Sexual Response. *J Sex Marital Ther.* March 2019:1-14. doi:10.1080/0092623X.2019.1586018
 138. Pascoal P, Narciso I, Pereira NM. Predictors of body appearance cognitive distraction during sexual activity in men and women. *J Sex Med.* 2012;9(11):2849-2860. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02893.x
 139. Rehbein-Narvaez R, García-Vázquez E, Madson L. The Relation Between Self-Esteem and Sexual Functioning in Collegiate Women. *J Soc Psychol.* 2006;146(2):250-252. doi:10.3200/SOCP.146.2.250-252
 140. Mernone L, Fiacco S, Ehlert U. Psychobiological Factors of Sexual Functioning in Aging Women - Findings From the Women 40+ Healthy Aging Study. *Front Psychol.* 2019;10:546. doi:10.3389/fpsyg.2019.00546
 141. Olchowska-Kotala A. Body esteem and self-esteem in middle-aged women. *J Women Aging.* 2018;30(5):417-427. doi:10.1080/08952841.2017.1313012
 142. Donaghue N, Smith N. Not Half Bad: Self and Others' Judgements of Body Size and Attractiveness Across the Life Span. *Sex Roles.* 2008;58(11-12):875-882. doi:10.1007/s11199-008-9408-4

143. Silberstein LR, Striegel-moore RH, Timko C, Rodin J. Behavioral and Psychological Implications of Body Dissatisfaction: Do Men and Women Differ? 1988;19(1984).
144. Monteath SA, McCabe MP. The Influence of Societal Factors on Female Body Image. *J Soc Psychol.* 1997;137(6):708-727. doi:10.1080/00224549709595493
145. Abell SC, Richards MH. The relationship between body shape satisfaction and self-esteem: An investigation of gender and class differences. *J Youth Adolesc.* 1996;25(5):691-703. doi:10.1007/BF01537361
146. Davison TE, McCabe MP. Relationships Between Men's and Women's Body Image and Their Psychological, Social, and Sexual Functioning. *Sex Roles.* 2005;52(7-8):463-475. doi:10.1007/s11199-005-3712-z
147. Skorek M, Song A V, Dunham Y. Self-esteem as a mediator between personality traits and body esteem: path analyses across gender and race/ethnicity. *PLoS One.* 2014;9(11):e112086. doi:10.1371/journal.pone.0112086
148. Brechan I, Kvalem IL. Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eat Behav.* 2015;17:49-58. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.12.008
149. Castellini G, Lelli L, Cassioli E, Ricca V. Relationships between eating disorder psychopathology, sexual hormones and sexual behaviours. *Mol Cell Endocrinol.* 2019. doi:10.1016/j.mce.2019.04.009
150. Karadag H, Oner O, Karaoglan A, et al. Body Mass Index and Sexual Dysfunction in Males and Females in a Population Study. *Klin Psikofarmakol Bülteni-Bulletin Clin Psychopharmacol.* 2014;24(1):76-83. doi:10.5455/bcp.20130925023705
151. Jamali S, Zarei H, Rasekh Jahromi A. The relationship between body mass index and sexual function in infertile women: A cross-sectional survey. *Iran J Reprod Med.* 2014;12(3):189-198. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24799879>. Accessed May 8, 2019.
152. O'Dea JA, Abraham S. Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: a new educational approach that focuses on self-esteem. *Int J Eat Disord.* 2000;28(1):43-57. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10800013>. Accessed May 12, 2019.
153. Naeimi AF, Haghghian HK, Gargari BP, Alizadeh M, Rouzitalab T. Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students of medical sciences. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes.* 2016;21(4):597-605. doi:10.1007/s40519-016-0283-7

154. Burnette CB, Simpson CC, Mazzeo SE. Relation of BMI and weight suppression to eating pathology in undergraduates. *Eat Behav.* 2018;30:16-21. doi:10.1016/j.eatbeh.2018.05.003
155. Saunders JF, Frazier LD, Nichols-Lopez KA. Self-esteem, diet self-efficacy, body mass index, and eating disorders: modeling effects in an ethnically diverse sample. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes.* 2016;21(3):459-468. doi:10.1007/s40519-015-0244-6



EKLER

EK1. Aydınlatılmış Onam Formu

1. Kabul etmeniz halinde katılacağınız “**Genito-Pelvik Ağrı Penetrasyon Bozukluğu Olan Hastaların Yeme Tutumları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi**” adlı çalışma bir araştırmadır.
2. Bu çalışmada amacımız, cinsel birleşme yaşayamama nedeniyle hastanemizin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları genel polikliniğine ve cinsel işlev bozuklukları polikliniğine başvuran ve genitopelvik ağrı bozukluğu (vajinismus) tanısı alan bireylerin yeme tutumlarının, benlik saygılarının ve beden algılarının değerlendirilmek ve kontrol grubuyla karşılaştırmaktır.
3. Çalışmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.
4. Bu çalışma esnasında, toplum içerisinde yapılan tüm bilimsel araştırmalarda gerekli olan bazı kimlik ve sosyoekonomik durumla ilgili bilgiler, ayrı bir soru formunda sorulacaktır.
5. Gönüllü olarak sizin araştırma ile ilgili herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır.
6. Araştırmaya yönelik gönüllülerin sosyo-demografik veri formu doldurulacaktır. Araştırma esnasında gönüllülerin bazı ölçekleri doldurması ve bu ölçeklerin karşılaştırılması planlanmıştır.
7. Bu araştırma sizin için herhangi bir risk içermemektedir. Size ait bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır.
8. Bu çalışma kısa dönemde size bir fayda ve klinik açıdan yönlendirme sağlamayacaktır.
9. Bu çalışmada gönüllülere herhangi bir tedavi, alternatif tedavi uygulanmayacaktır.
10. Çalışma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluğunuz yoktur. Ayrıca çalışma size de maddi bir katkı sağlamayacaktır. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’ndan da herhangi bir ücret alınmayacaktır.
11. Çalışmada tarafınıza, ulaşım veya yemek gibi masraflar için de bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmada gönüllü katılım esas alınmıştır.
12. Çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlı olup, katılmayı reddedebilirsiniz. Reddetmeniz halinde yararınıza engel ya da cezai bir durum ortaya çıkmayacaktır.

13. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin gönüllü olur formunu imzalamanız ile orijinal tıbbi kayıtlara doğrudan erişebilecek, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır.
14. Çalışma esnasında gizlilik ilkesine bağlı kalınacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimlik bilgileri gizli kalacaktır. Ayrıca, kimliğinizi ortaya koyacak kayıtlar da gizli tutulacaktır.
15. Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllü veya yasal temsilcisi zamanında bilgilendirilecektir.
16. Araştırma hakkında veya araştırmayla ilgili herhangi bir olay hakkında daha fazla bilgi almak için, 0533 922 1663'ten Uz. Öğr. Dr. Kübra Fadıoğlu'na ulaşabilirsiniz.
17. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirsiniz. Ancak, zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekildiğinizi önceden bildirmeniz uygun olacaktır.
18. Araştırmanın yaklaşık 6 ay kadar süreceği planlanmaktadır.
19. Bu araştırmada tahmini gönüllü sayısının 50 olması beklenmektedir.
20. Araştırmaya katılacak gönüllülerden biyolojik materyal alınmayacaktır.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.”

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

| Hasta/hasta yakını adı, soyadı | İmzası | Tarih |
|--------------------------------|--------|-------|
| | | |

| Açıklama yapan araştırmacının adı, soyadı | İmzası | Tarih |
|---|--------|-------|
| | | |

| Tanık olan kişinin adı, soyadı | İmzası | Tarih |
|--------------------------------|--------|-------|
| | | |

| Yasal temsilci olan kişinin adı, soyadı | İmzası | Tarih |
|---|--------|-------|
| | | |

21. “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” gönüllü olan sizin veya yasal temsilcinizin yasal haklarını ortadan kaldıracak bir hüküm veya ifade içermemektedir. Ayrıca araştırmacıyı, kurumu veya bunların temsilcilerini kendi ihmallerinden kaynaklanan herhangi bir yükümlölükten kurtaracak hüküm veya ifade taşımamaktadır.

EK2. Sosyodemografik Veri Formu

Anket no:

Adı-Soyadı:

Cinsiyeti: 1. Kadın 2. Erkek

Yaşı:

Kardeş sayısı/kaçıncı kardeş:

Doğum yeri:

Yaşadığı yer:

Medeni durum: 1.Evli 2. Partneri var 3.Bekar 4.Dul 5.Boşanmış

Kaç yıldır evli?:

Evlenme şekli: 1. İsteyerek görücü usulü 2. İstemedenden görücü usulü 3. Tanışarak

Eğitimi: 1.Yok 2.Okur yazar 3.İlköğretim 4.Lise mezunu 5.Yüksekokul-Üniversite mezunu

Meslek: 1.Memur 2.İşçi 3.Esnaf-Tüccar 4.Ev hanımı 5.Öğrenci 6.Çiftçi 7.Emekli 8.yok

Çalışma durumu: 1.Halen çalışıyor 2. Çalışmıyor 3. Hiç çalışmamış

Ekonomik gelir durumu (Ailede kişi başına düşen gelire göre):

1. Düşük (1000 TL'nin altında) 2. Orta (1000-2000 TL arasında) 3. İyi (2000 TL'nin üstünde)

Sosyal güvence: 1.var 2.yok

Daha önce psikiyatrik başvuru: 1.var 2.yok

Düzenli psikiyatrik tedavi alıp almadığı: 1.var 2.yok

Kendisinde bulunan diğer hastalıklar:

Evlilik öncesi cinsel deneyim: 1. Var 2. Yok

Boy:

Kilo:

BMI:

Daha önce diyet deneyimi: 1. Var

2.Yok

Varsa yöntemi:

Kaç kilo verilmiş/ne kadar sürede verilmiş:

Bugüne kadarki en yüksek kilo: gebelik dışı:

gebelik döneminde:

Kaç öğün yemek yersiniz?:



EK3: Yeme Tutum Testi

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin “Çikolata yemek hoşuma gider” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, “Hiçbir zaman” seçeneğine karşı gelen “f” kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa “Daima” seçeneğine karşı gelen “a” kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz.

- a: Daima d: Bazen
b: Çok sık e: Nadiren
c: Sık sık f: Hiçbir zaman

| | a | b | c | d | e | f |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım. | | | | | | |
| 2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem. | | | | | | |
| 3. Yemekten önce sıkıntılı olurum. | | | | | | |
| 4. Şişmanlamaktan ödüm kopar. | | | | | | |
| 5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım. | | | | | | |
| 6. Aklım fikrim yemektir. | | | | | | |
| 7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu. | | | | | | |
| 8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim. | | | | | | |
| 9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim. | | | | | | |
| 10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım. | | | | | | |
| 11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim. | | | | | | |
| 12. Ailem fazla yememi bekler. | | | | | | |
| 13. Yemek yedikten sonra kusarım. | | | | | | |
| 14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım. | | | | | | |
| 15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır. | | | | | | |
| 16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım. | | | | | | |
| 17. Günde birkaç kere tartılırım. | | | | | | |
| 18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım. | | | | | | |
| 19. Et yemekten hoşlanırım. | | | | | | |
| 20. Sabahları erken uyanırım. | | | | | | |
| 21. Günlerce aynı yemeği yerim. | | | | | | |
| 22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım. | | | | | | |
| 23. Adetlerim düzenlidir. (Yalnızca kızlar cevaplandırarak) | | | | | | |
| 24. Başkaları çok zayıf olduğunu düşünür. | | | | | | |
| 25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder. | | | | | | |
| 26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer. | | | | | | |
| 27. Lokantada yemek yemeyi severim. | | | | | | |
| 28. Müshil kullanırım | | | | | | |
| 29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım. | | | | | | |
| 30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim. | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm. | | | | | | |
| 32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim. | | | | | | |
| 33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm. | | | | | | |
| 34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır. | | | | | | |
| 35. Kabızlıktan yakınırım. | | | | | | |
| 36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum. | | | | | | |
| 37. Diyet (perhiz) yaparım. | | | | | | |
| 38. Midemin boş olmasından hoşlanırım. | | | | | | |
| 39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım. | | | | | | |
| 40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir. | | | | | | |



EK4: Yeme Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği

YÖNERGE : Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkürler.

1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız

| | Son 28 günün kaçında... | Hiçbirinde | 1 -5 | 6 -12 | 13 -15 | 16 -22 | 23 -27 | Hergün |
|----|--|------------|------|-------|--------|--------|--------|--------|
| 1- | Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2- | Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3- | Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4- | Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5- | Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6- | Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7- | Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | Son 28 günün kaçında... | Hiçbirinde | 1 -5 gün | 6 -12 gün | 13 -15 gün | 16 -22 gün | 23 -27 gün | Her gün |
|-----|---|------------|----------|-----------|------------|------------|------------|---------|
| 8- | Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9- | Yemek yemeye ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10- | Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11- | Kendinizi şişman hissettiniz? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12- | Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

13'ten 18'e kadar olan sorular: Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

| | Son dört hafta içinde (28 gün)... | |
|-----|---|-------|
| 13- | Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz? | |
| 14- | Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada) ? | |
| 15- | Son 28 günün kaç GÜNÜNDE aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)? | |
| 16- | Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> kendinizi kusturdunuz? | |
| 17- | Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız? | |
| 18- | Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere “kendinizi kaybedercesine” ya da “saplantılı” biçimde egzersiz yaptınız? | |

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için "tıknırcasına yeme" teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

| | | | | | | | | |
|-----|--|--------------|----------|------------|-------------|---------------|------------|-----------|
| 19- | Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.) | Hiçbirinde | 1 -5 gün | 6 -12 gün | 13 -15 gün | 16 -22 gün | 23 -27 gün | Her gün |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20- | Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıknırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.) | Hiçbir zaman | Nadiren | Yarıdan az | Yarı yarıya | Yarıdan fazla | Çoğu zaman | Her zaman |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21- | Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.) | Hiç ölçüde | | Biraz | | Orta | | Önemli |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

22'den 28'e kadar olan sorular: Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

| | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 22- | <u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23- | <u>Bedeninizin şekli</u> , kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24- | Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu <u>sizi ne kadar üzerdi ?</u> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25- | <u>Kilonuzdan</u> ne derece memnun değilsiniz ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 26- | Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27- | Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28- | Başkalarının bedeninizin şeklini görme-sinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Şu andaki kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Kadınlara : Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığımız oldu mu?.....

Aksama olduysa kaç tane?.....

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

EK 5: Yeme ve Kilo Biçimleri Ölçeği

Adı:

Soyadı:

Tarih:

Bu anketi cevapladığınız için teşekkür ederiz.

Lütfen uygun sayıyı ya da cevabı işaretleyiniz.

1) Yaş:

2) Cinsiyet: [] Kadın

[] Erkek

3) Nerelisiniz?

4) Okula ne kadar gittiniz?

1) Lise terk ya da azı

2) Lise ya da eş değeri bir okul mezunu

3) Üniversite terk

4) Üniversite mezunu

5) Yüksek Lisans / Doktora

5) Boyunuz:

6) Kaç kilosunuz? (Eğer emin değilseniz, tahmininizi yazınız.)

7) Yetişkinlik hayatınızda en çok kaç kg. oldunuz?

(Kadınlar için, lütfen gebelik döneminizi hesaba katmayın.)

8) Geçtiğimiz 3 ay içerisinde kısa bir süre (örneğin 2 saatlik bir zaman diliminde), diğer insanların aşırı derecede çok olduğunu düşüneceği miktarlarda yemek yediniz mi?

Evet

Hayır (Eğer HAYIR'ı işaretlediyseniz lütfen 21. Soruya geçiniz)

9) Aşırı derecede çok miktarda yediğiniz zamanlarda, yemeyi durduramadığınızı ya da ne yediğinizi kontrol edemediğinizi hissettiğiniz oldu mu?

Evet

Hayır (Eğer HAYIR'ı işaretlediyseniz lütfen 21. Soruya geçiniz)

10) Geçtiğimiz 3 ay içerisinde ortalama olarak kaç tane bunun gibi bir atak (çok fazla yemek yemek ve yemek yemenizin kontrolden çıktığı duygusu) yaşadınız ?

(Bu olayın yaşanmadığı haftalar olabilir, lütfen ortalamasını yazınız.)

Haftada 1'den az

Haftada 4-7 kez

Haftada 1

Haftada 8-13 kez

Haftada 2-3 kez

Haftada 14'ten fazla

11) Bu ataklar esnasında aşağıdakileri yaşadığınız oluyor mu ?

- a. Normalden daha hızlı yemek Evet Hayır
- b. Rahatsızlık verecek kadar tok hissedene dek yemek Evet Hayır
- c. Fiziksel olarak açlık hissetmemeye rağmen çok miktarda yemek Evet Hayır
- d. Yediğiniz miktardan utandığınız için yalnız yemek Evet Hayır
- e. Yedikten sonra kendinizden iğrenmek, çökkün yada suçlu hissetmek Evet Hayır

12) Bu şekilde tipik bir atağınızı düşünün. (atak: çok fazla miktarda yemek yediğiniz ve yemenizin kontrolden çıktığını hissettiğiniz zaman)

a. Atak günün hangi saatinde başladı ?

Sabah 08⁰⁰ - öğlen 12.⁰⁰

20.⁰⁰ – gece yarısı 00.⁰⁰

Öğle 12.⁰⁰ – akşamüstü 16.⁰⁰

Gece yarısı – sabah 08.⁰⁰ arası

16.⁰⁰ – 20.⁰⁰

b. Bu yeme atağı yaklaşık olarak ne kadar sürdü ?

c. Hatırladığınız kadıyla bu atakta yediğiniz ve içtiğiniz her şeyi yazınız. Açıklayıcı olunuz, marka isimlerini ve porsiyon miktarlarını hatırlayabildiğiniz kadıyla yazınız.

d. Bu atak başlamadan ne kadar süre önce son yemeğinizi / ara öğünüünüzü yemiştiniz?

13) Genel olarak son 3 ay içerisinde bu ataklar yüzünden ne kadar üzgün hissettiniz ?

- Hiç
 Hafifçe
 Biraz
 Çok
 Aşırı

14) Son 3 ay içerisinde tarif ettiğiniz bu ataklardan sonra kilo almamak için kendinizi kısıtladığınız oldu mu ?

- Evet Hayır

Eğer cevabınız EVET ise, bu ne sıklıkla oldu ?

Haftada 1'den az

Haftada 4-7 kez

Haftada 1

Haftada 8-13 kez

Haftada 2-3 kez

Haftada 14'ten fazla

15) Son 3 ay içerisinde bu tarif ettiğiniz ataklardan sonra fazla miktarda laksatif (müshil, ishal yapıcı ilaç) aldığınız oldu mu ?

- Evet Hayır

Eğer cevabınız EVET ise, bu ne sıklıkla oldu?

Haftada 1'den az

Haftada 4-5 kez

Haftada 1

Haftada 6-7 kez

Haftada 2-3 kez

Haftada 8 ya da daha fazla

16) Son 3 ay içerisinde bu tarif ettiğiniz ataklardan sonra, kilo almamak için, önerilenden fazla miktarda diüretik (su atıcı ilaç) aldığınız oldu mu?

- Evet Hayır

Eğer cevabınız EVET ise, bu ne sıklıkla oldu?

Haftada 1'den az

Haftada 4-5 kez

Haftada 1

Haftada 6-7 kez

Haftada 2-3 kez

Haftada 8 ya da daha fazla

17) Son 3 ay içerisinde bu tarif ettiğiniz ataklardan sonra, kilo almamak için, en az 24 saat boyunca hiç bir şey yemediğiniz oldu mu?

Evet

Hayır

Eğer cevabınız EVET ise, bu ne sıklıkla oldu?

Haftada 1'den az

Haftada 3 gün

Haftada 1 gün

Haftada 4-5gün

Haftada 2 gün

Haftada 5'den fazla

18) Son 3 ay içerisinde bu tarif ettiğiniz ataklardan sonra, kilo almamak için, aşırı miktarda egzersiz yaptığınız oldu mu? Örneğin, önemli etkinliklerle çakışıyor olmasına rağmen sporu tercih ettiğiniz, sakatlığınız olmasına rağmen spora devam ettiğiniz oldu mu?

Evet

Hayır

Eğer cevabınız EVET ise, bu ne sıklıkla oldu ?

Haftada 1'den az

Haftada 4-7 kez

Haftada 1

Haftada 8-13 kez

Haftada 2-3 kez

Haftada 14'ten fazla

19) Son 3 ay içerisinde bu tarif ettiğiniz ataklardan sonra kilo almamak için önerilenden fazla miktarda diyet hapi aldınız mı?

Evet

Hayır

Eğer cevabınız EVET ise, bu ne sıklıkla oldu?

Haftada 1'den az

Haftada 4-5 kez

Haftada 1

Haftada 6-7 kez

Haftada 2-3 kez

Haftada 8 ya da daha fazla

20) Son 3 ay içerisinde hayatınızın diğer alanlarıyla (iş performansı, ebeveynlik performansınız, insan ilişkilerinizin gibi) kıyaslandığında, kilonuz ve beden şekliniz, kendinizi nasıl hissettiğiniz ya da kendinizi bir insan olarak değerlendirmenizde ne kadar önemli oldu?

1-Kilo ve beden şekli o kadar önemli değildi.

2-Kilo ve beden şekli kendiniz hakkında nasıl hissettiğinizi etkiledi.

3-Kilo ve beden şekli kendi hakkınızda nasıl hissettiğinize karar vermede önemli bir şeydir.

4-Kilo ve beden şekli kendi hakkınızda nasıl hissettiğinize karar vermede en önemli bir şeydir.

20.soruyu tamamladıktan sonra ya da eğer 8. Sorudan 21.soruya geçtiyseniz buradan devam ediniz.

21) Son 3 ay içerisinde yemeyi durduramadığınız ya da kontrol edemediğinizi hissettiğiniz ama diğer insanların aşırı derecede çok olduğunu düşünmeyeceği miktarlarda yemek yediniz mi?

Evet

Hayır (Eğer cevabınız HAYIR ise lütfen 26.soruya geçiniz.)

22) Geçtiğimiz 3 ay içerisinde ortalama olarak kaç tane bunun gibi bir atak (yemeyi durduramadığınız ya da kontrol edemediğinizi hissettiğinizi ama diğer insanların aşırı derecede çok olduğunu düşünmeyeceği miktarlarda yediğiniz) yaşadınız ?

(Bu olayın yaşanmadığı haftalar olabilir, lütfen ortalamasını yazınız.)

Haftada 1'den az

Haftada 4-7 kez

Haftada 1

Haftada 8-13 kez

Haftada 2-3 kez

Haftada 14'ten fazla

23) Bu ataklar esnasında aşağıdakileri yaşadığınız oluyor mu ?

- a. Normalden daha hızlı yemek Evet Hayır
- b. Rahatsızlık verecek kadar tok hissedene dek yemek Evet Hayır
- c. Fiziksel olarak açlık hissetmemeye rağmen çok miktarda yemek Evet Hayır
- d. Yediğiniz miktardan utandığınız için yalnız yemek Evet Hayır
- e. Yedikten sonra kendinizden iğrenmek, çökkün yada suçlu hissetmek Evet Hayır

24)) Bu şekilde tipik bir atağınızı düşünün. (atak: yemeyi durduramadığınız ya da kontrol edemediğinizi hissettiğiniz ama diğer insanların aşırı derecede çok olduğunu düşünmeyeceği miktarlarda yediğiniz)

a. Atak günün hangi saatinde başladı ?

Sabah 08⁰⁰ - öğlen 12.⁰⁰

Öğle 12.⁰⁰ - akşamüstü 16.⁰⁰

16.⁰⁰ - 20.⁰⁰

20.⁰⁰ - gece yarısı 00.⁰⁰

Gece yarısı - sabah 08.⁰⁰ arası

b. Bu yeme atağı yaklaşık olarak ne kadar sürdü ?

c. Hatırladığınız kadarıyla bu atakta yediğiniz ve içtiğiniz her şeyi yazınız. Açıklayıcı olunuz, marka isimlerini ve porsiyon miktarlarını hatırlayabildiğiniz kadarıyla yazınız.

d. Bu atak başlamadan ne kadar süre önce son yemeğinizi / ara öğününüzü yemiştiniz?

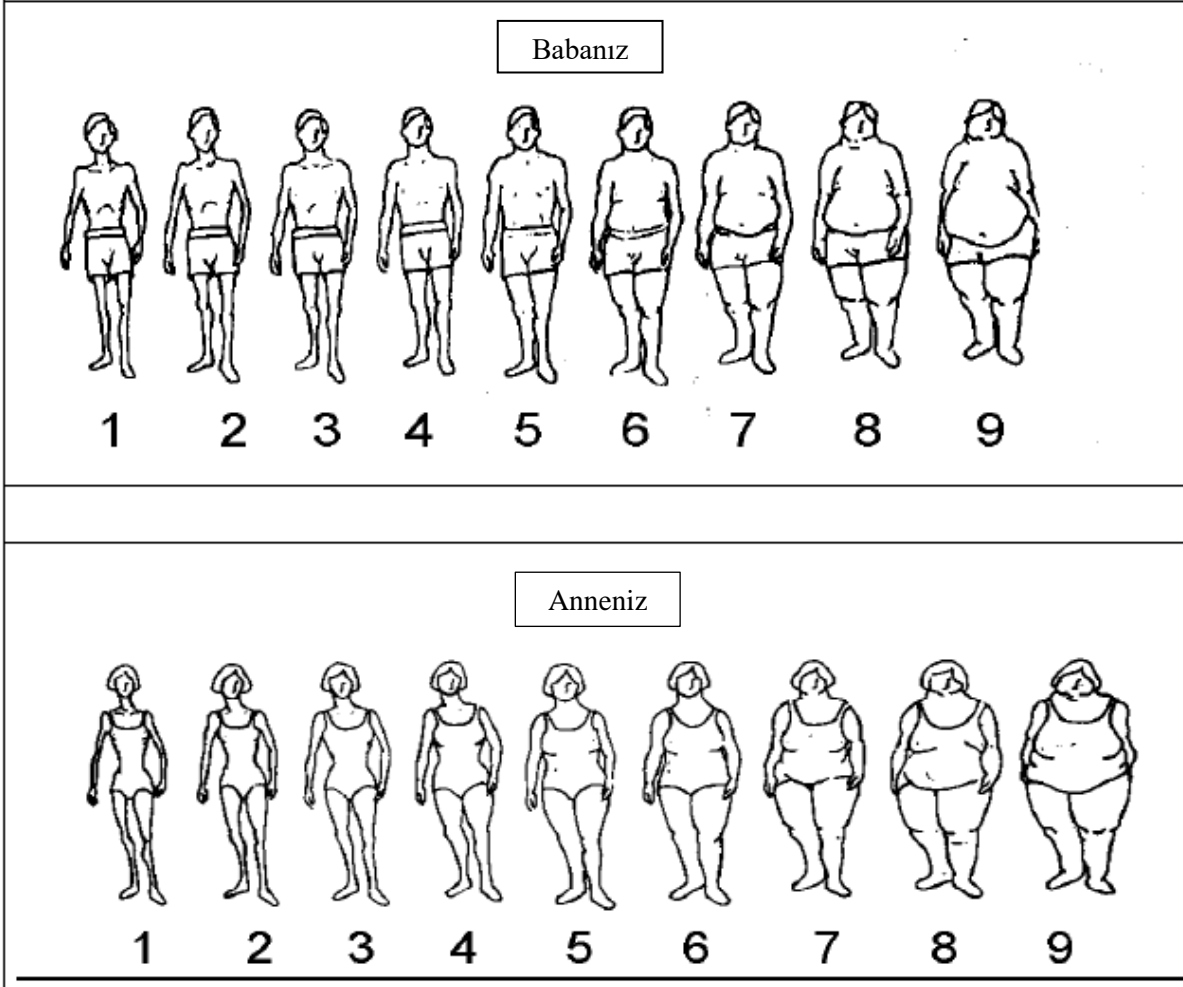
25) Genel olarak son 3 ay içerisinde bu ataklar yüzünden ne kadar üzgün hissettiniz ?

- Hiç Biraz Aşırı
- Hafifçe Çok

25. soruyu cevapladıktan sonra ya da 21. Sorudan 26. Soruya atladığınız lütfen buradan devam ediniz.

26) Lütfen aşağıdaki figürlere bakınız. Lütfen biyolojik anne ve babanızın, bildiğiniz kadıyla en kilolu oldukları dönemdeki bedenlerine en çok benzeyen figürü yuvarlak içine alınız.

Eğer biyolojik anne/babanız hakkında bir bilginiz yoksa, lütfen işaretlemeyiniz.



QUESTIONNAIRE ON EATING AND WEIGHT PATTERNS-5

(QEWP-5)

Last name _____

First name _____ M.I _____

Date _____

I.D Number _____

Thank you for completing this questionnaire.

Please circle or check the appropriate number or response, and write in information where asked. You may skip any question you do not understand or do not wish to answer.

1. Age ____ years

2. Sex:

1 Male _____

2 Female _____

3. What is your ethnic/racial background?

a. Are you Latino, Hispanic, or of Spanish origin?

(Please check Yes or No).

Yes _____ Please continue with question 3b

No _____ Please continue with question 3b

b. Which of the following best describes you? (You may check more than one.)

African American/Black _____

American Indian/Native American/Alaskan Native _____

Asian _____

Pacific Islander _____

White _____

Other (please specify): _____

4. How far did you go in school?

1 Some high school or less

2 High school graduate or equivalent (GED)

3 Some college or associate degree

4 Completed college

5 Advanced degree

5. How tall are you?

_____ feet _____ inches

6. How much do you weigh now (if you are unsure, please provide your best guess)?

_____ pounds

7. What has been your highest adult weight ever (for women, when not pregnant)?

_____ pounds

8. During the past three months, did you ever eat, in a short period of time? For example, a two hour period. What most people would think was an unusually large amount of food?

1 Yes

2 No → IF NO, SKIP TO QUESTION 21

9. During the times when you ate an unusually large amount of food, did you ever feel you could not stop eating or control what or how much you were eating?

1 Yes

2 No → IF NO, SKIP TO QUESTION 21

10. During the past three months, how often, on average, did you have episodes like this? That is, eating large amounts of food plus the feeling that you're eating was out of control? (There may have been some weeks when this did not happen, just average those in.)

1 Less than 1 episode per week

2 1 episode per week

3 2-3 episodes per week

4 4-7 episodes per week

5 8-13 episodes per week

6 14 or more episodes per week

11. Did you usually have any of the following experiences during these episodes?

| | | |
|--|-----|----|
| a. Eating much more rapidly than normal? | Yes | No |
| b. Eating until feeling uncomfortably full? | Yes | No |
| c. Eating large amounts of food when not feeling physically hungry? | Yes | No |
| d. Eating alone because of feeling embarrassed by how much you were eating? | Yes | No |
| e. Feeling disgusted with yourself, depressed, or feeling very guilty afterward? | Yes | No |

12. Think about a typical episode when you ate this way (That is, when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control):

a. What time of day did the episode start?

1 (8 AM to 12 Noon)

2 (12 Noon to 4 PM)

3 (4 PM to 8 PM)

4 (8 PM to 12 Midnight)

5 (12 Midnight to 8 AM)

b. Approximately how long did this episode of eating last? hours _____ minutes _____

c. As best you can remember, please list everything you ate and drank during that episode. Please list the foods eaten and liquids consumed during the episode. Be specific - include brand names where possible, and amounts or portion sizes as best you can estimate.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

d. At the time this episode started, how long had it been since you had previously finished eating a meal or snack?

hours _____ minutes _____

13. In general, during the past three months, how upset were you by these episodes? (When you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

1 Not at all

2 Slightly

3 Moderately

4 Greatly

5 Extremely

14. During the past three months, did you ever make yourself vomit in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

1 Yes

2 No

IF YES: How often, **on average**, was that?

1 Less than 1 episode per week

2 1 episode per week

3 2-3 episodes per week

4 4-7 episodes per week

5 8-13 episodes per week

6 14 or more episodes per week

15. During the past three months, did you ever take more than the recommended dose of laxatives in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

1 Yes

2 No

IF YES: How often, **on average**, was that?

1 Less than 1 time per week

2 1 time per week

3 2-3 times per week

4 4-5 times per week

5 6-7 times per week

6 8 or more times per week

16. During the past three months, did you ever take more than the recommended dose of diuretics (water pills) in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

1 Yes

2 No

IF YES: How often, **on average**, was that?

1 Less than 1 time per week

- 2 1 time per week
- 3 2-3 times per week
- 4 4-5 times per week
- 5 6-7 times per week
- 6 8 or more times per week

17. During the past three months, did you ever fast – for example, not eat anything at all for at least 24 hours -- in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

- 1 Yes
- 2 No

IF YES: How often, **on average**, was that?

- 1 Less than 1 day per week
- 2 1 day per week
- 3 2 days per week
- 4 3 days per week
- 5 4-5 days per week
- 6 More than 5 days per week

18. During the past three months, did you ever exercise excessively for example, exercised even though it interfered with important activities or despite being injured, specifically in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described. (When you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)? 1 Yes 2 No

IF YES: How often, **on average**, was that?

- 1 Less than 1 time per week
- 2 1 time per week

- 3 2-3 times per week
- 4 4-7 times per week

- 5 8-13 times per week
- 6 14 or more times per week

19. During the past three months, did you ever take more than the recommended dose of a diet pill in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described

(When you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

- 1 Yes
- 2 No

IF YES: How often, **on average**, was that?

1 Less than 1 time per week

2 1 time per week

3 2-3 times per week

4 4-5 times per week

5 6-7 times per week

6 8 or more times per week

20. During the past **three** months, on average, how important has your weight or shape been in how you feel about or evaluate yourself as a person as compared to other aspects of your life, such as your performance at work or as a parent, or how you get along with other people?

1 Weight and shape were **not very important**

2 Weight and shape **played a part** in how you felt about yourself

3 Weight and shape **were among the main things** that affected how you felt about

yourself

4 Weight and shape **were the most important things** that affected how you felt about yourself.

Continue here after completing question 20 OR if you skipped to question 21 from question 8 or 9.

21. During the past three months, did you ever have episodes during which you felt you could not stop eating or control what or how much you were eating but in which you did not consume what most people would think was an unusually large amount of food?

1 Yes

2 No ; IF NO, SKIP TO QUESTION 26

22. During the past three months how often did you have episodes like this -- the feeling that your eating was out of control, but you did not consume what most people would think was an unusually large amount of food? (There may have been some weeks when this did not happen -- just average those in.)

1 Less than 1 episode per week

4 4-7 episodes per week

2 1 episode per week

5 8-13 episodes per week

3 2-3 episodes per week

6 14 or more episodes per week

23. Did you usually have any of the following experiences during these episodes?

| | | |
|--|-----|----|
| a. Eating much more rapidly than normal? | Yes | No |
| b. Eating until feeling uncomfortably full? | Yes | No |
| c. Eating large amounts of food when not feeling physically hungry? | Yes | No |
| d. Eating alone because of feeling embarrassed by how much you were eating? | Yes | No |
| e. Feeling disgusted with yourself, depressed, or feeling very guilty afterward? | Yes | No |

24. Think about a typical episode when you ate this way (that is, when you felt you could not stop eating or control what or how much you were eating) but in which you did not consume an unusually large amount of food):

a. What time of day did the episode start?

1 (8 AM to 12 Noon)

4 (8 PM to 12 Midnight)

2 (12 Noon to 4 PM)

3 (4 PM to 8 PM)

5 (12 Midnight to 8 AM)

b. Approximately how long did this episode of eating last?

hours _____ minutes _____

c. As best you can remember, please list everything you ate and drank during that episode. Please list the foods eaten and liquids consumed during the episode. Be specific – include brand names where possible, and amounts or portion sizes as best you can estimate.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

d. At the time this episode started, how long had it been since you had previously finished eating a meal or snack?

hours_____ minutes_____

25. In general, during the past **three** months, how **upset** were you by these episodes (that is, when you felt you could not stop eating or control what or how much you were eating but in which you did not consume an unusually large amount of food)?

1 [] Not at all

2 [] Slightly

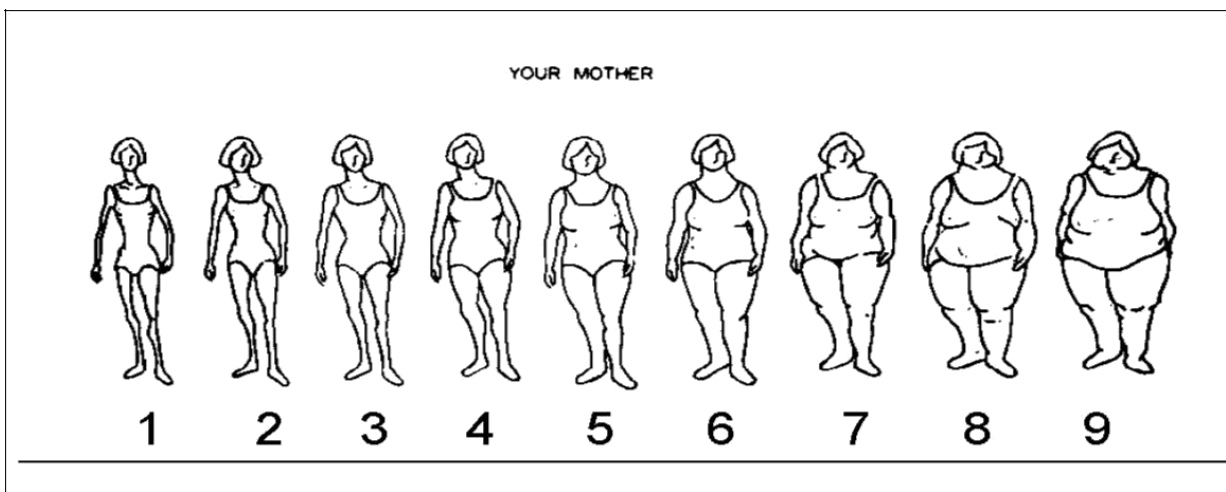
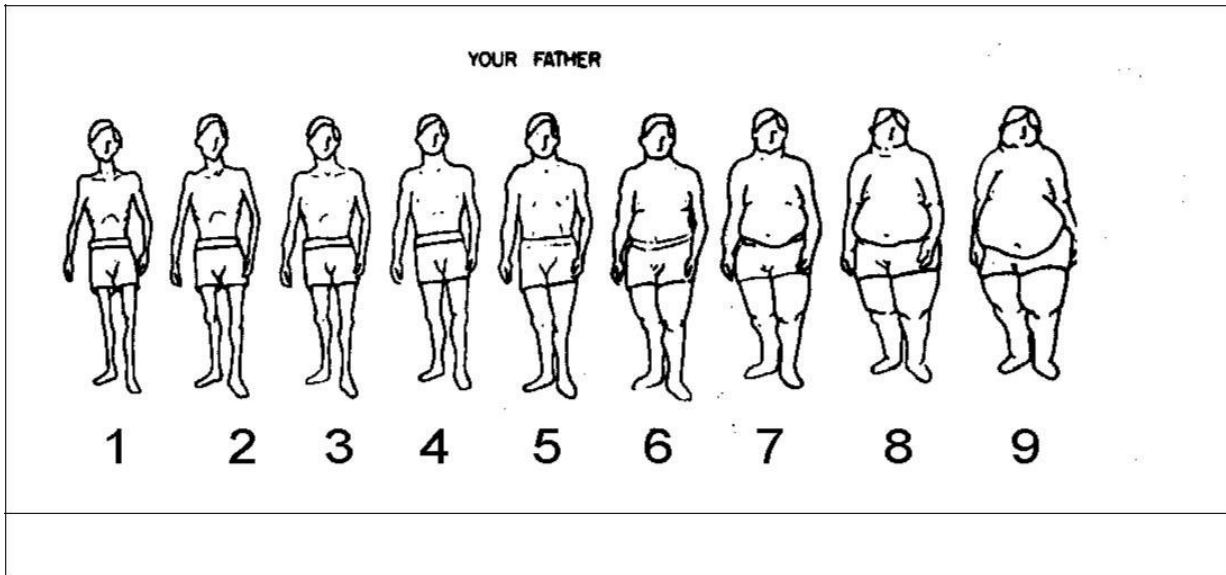
3 [] Moderately

4 [] Greatly

5 [] Extremely

26. Please take a look at these silhouettes. Put a circle around the silhouettes that most resemble the body builds of your biological father and mother **at their heaviest**.

If you have no knowledge of your biological father and/or mother, don't circle anything for that parent.



EK 6: Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri

Aşağıdaki anlatımlarla ilgili olarak size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

1.Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış

2.Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış

3.Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış

4.Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış

5.Kendimle gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış

6.Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış

7.Genel olarak kendimden memnunum.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış

8.Kendime karşı daha fazla saygı duymayı isterdim.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış

9.Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış

10.Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış

EK 7: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği

| Ayıklar | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--------------------------|---|----|---|---|---|
| GÖVDE | | | | | |
| Karın | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Kalpalar | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Bacak ve Bilekler | 5 | 4* | 3 | 2 | 1 |
| Boğazlar Ve Üst Bölge | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Cinsel Organ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

EK 7

BEDEN BÖLGELERİNDEN VE ÖZELLİKLERİNDEN HOŞNUT OLMA ÖLÇEĞİ

(KIZLAR)

| BEDENİN GENEL GÖRÜNÜMÜ | Son Derece Hoşnutlu 5 | Oldukça Hoşnutlu 4 | Kararsız 3 | Pek Hoşnut Değilim 2 | Hiç Hoşnut Değilim 1 |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | | | | | |
| Beden Oranları | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Bedenin Duruşu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Spor Yeteneği | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Ten Rengi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Kas Gücü | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Boy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Kilo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| YÜZ | | | | | |
| Yüz Güzellığı | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Saçlar | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Güzel | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Kulaklar | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Burun | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Ağız | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Dışlar | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Ses | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Çene | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| BEDEN ÜYELERİ | | | | | |
| Omuzlar | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Kollar | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Eller | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |