T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

VAJİNİSMUS TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA CİNSEL DANIŞMANLIĞIN VE PELVİK TABAN RELAKSASYONUNUN CİNSEL İŞLEVLERE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA

CANSU IŞIK

DANIŞMAN
PROF. DR. ERGÜL ASLAN

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2020

TEZ ONAYI

(Bu sayfa yerine, başarılı geçen Tez Sınavı sonrası sınav tutanağı ekinde yer alan Tez Onay sayfası gelecektir.)

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.



Cansu IŞIK

İTHAF

Bu zorlu süreçte her daim yanımda olan canım aileme ve gecelerce benimle birlikte uykusuz kalan canım annem Rabia GÜNAYDIN'a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince değerli bilgi ve görüşleri ile yoluma ışık tutan tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ergül ASLAN'a, tezimin şekillenmesinde değerli fikirlerini bizimle paylaşan ve geri bildirimleri ile katkı sağlayan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Nevin ŞAHİN ve veri toplama aşamasında desteğini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Funda GÜNGÖR UĞURLUCAN'a sonsuz saygı ve şükranlarımı sunarım.

Veri toplama aşamasında desteğini esirgemeyen değerli meslektaşım Sayın Sevcan YALÇIN'a, İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Cinsel Yaşam Polikliniği'nde görev yapan tüm hemşire, ebe, doktor, sekreter ve gönüllü olarak çalışmama katılmayı kabul eden tüm kadınlara,

Birlikte çalışmaktan onur duyduğum ve yoluma ışık tutan hocam Sayın Prof. Dr. Saadet YAZICI ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü hocalarıma,

Motivasyonel destekleriyle yardımlarını esirgemeyen, birlikte çalışmaktan keyif aldığım Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Hayatımın her adımında sonsuz sevgileri ile beni destekleyen, sabır gösteren ve desteklerini hep hissettiğim kıymetli babam Yaşar GÜNAYDIN, annem Rabia GÜNAYDIN ve abim Mustafa GÜNAYDIN'a, tanıdığım ilk günden beri sevgilerini ve desteklerini hep hissettiğim kıymetli kayınpederim ve kayınvalidem Can-Canan IŞIK'a,

Varlığı, sevgisi, saygısı ve desteğinden hep güç aldığım değerli eşim Burak Serkan IŞIK'a, gelişiyle dünyamı daha da güzelleştiren ve tez yazım sürecinde en çok fedakarlığı gösteren biricik kızım Bilge IŞIK'a,

Doktora eğitimim boyunca farklı zamanlarda yaşamıma dahil olup, bu süreçte desteklerini esirgemeyen herkese sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİ
ÖZET ..... Xİİİ
ABSTRACT ..... XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflaması ve Vajinismus 3
2.1.1. Kadın Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu 5
2.1.2. Orgazm Bozukluğu 6
2.1.3. Genito- Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu 6
2.1.4. Diğer Cinsel İşlev Bozuklukları 6
2.1.4.1. Madde ve İlaç Kullanımına Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları 7
2.1.4.2. Diğer Tanımlanmış Cinsel İşlev Bozuklukları ve Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu 7
2.1.5. ICD Cinsel İşlev Bozukluğu Sınıflamaları 7
2.2. Vajinismus Prevalansı 10
2.3. Vajinismus Etiyolojisi 11
2.3.1. Somatik Faktörler 11
2.3.2. Ruhsal Faktörler 12
2.3.3. Cinsel Travmalar 13
2.3.4. Sosyal/Kültürel Nedenler 13
2.3.5. Partner Faktörü 15
2.4. Vajinismusun Değerlendirilmesi 16
2.4.1. Tanılama 16
2.4.1.1. Cinsel Öykü Alma 16

2.4.1.2. Fiziksel Muayene 19
2.4.1.3. Laboratuvar Testleri 21
2.5. Vajinismus Tedavisi.....22
2.5.1. Vajinal Dilatör Kullanımı 22
2.5.2. Cinsel Terapi ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT).....23
2.5.3. Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme.....24
2.5.4. Hipnoterapi.....25
2.5.5. Farmakolojik Tedaviler.....25
2.5.6. Pelvik Taban Relaksasyonu 26
2.6. Cinsel Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık.....27
2.6.1. Cinsel Sağlık Eğitimi 27
2.6.2. Cinsel İşlev Bozukluklarında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları.....29
2.6.3. Cinsel Danışmanlık Modelleri 30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....37
3.1. Araştırmanın Amacı.....37
3.2. Araştırmanın Türü.....37
3.3. Araştırmanın Hipotezleri 37
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 37
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 38
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Veri Toplama Araçları.....40
3.6.1. Bilgi Formu.....48
3.6.2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) (The Female Sexual Function Index-FSFI) 48
3.6.3. Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ) (Vaginal Penetration Cognition Questionnaire-VPCQ).....49
3.6.4. Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction-GRISS).....49
3.6.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Beck Depression Inventory-BDI).....50
3.7. Verilerin Analizi 50
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....51
3.9. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri.....51
4. BULGULAR.....53

4.1. Kadınların ve Eş/Partnerlerinin Sosyo-Demografik, Genel Sağlık ve Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgular 54

4.2. Kadınların Tedavi Öncesi (TÖ), Tedavi Sonrası (TS) 3. Hafta ve TS 2. Aydaki Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) ve Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'nden Aldığı Puanlarının Karşılaştırılması ve Korelasyonuna İlişkin Bulgular 64

5. TARTIŞMA 103

5.1. Kadınların ve Eş/Partnerlerinin Sosyo-Demografik, Genel Sağlık ve Cinsel Yaşam Özelliklerine Ilişkin Bulguların Tartışılması 104

5.2. Kadınların Tedavi Öncesi (TÖ), Tedavi Sonrası (TS) 3. Hafta ve TS 2. Aydaki Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) ve Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'nden Aldığı Puanlarının Karşılaştırılması ve Korelasyonuna Ilişkin Bulguların Tartışılması 109

KAYNAKLAR 123

EKLER.....143

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI…….201

ÖZGEÇMİŞ 201

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları DSM-IV ve DSM-V Karşılaştırması……...5

Tablo 2-2: ICD 10 ve ICD 11 Cinsel İşlev Bozukluğu Sınıflamalarının Karşılaştırılması…..……...8

Tablo 2-3: Lamont Sınıflaması……..……...21

Tablo 3-1: Deney Grubu IMB Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitim Modülü……44

Tablo 4-1: Kadınların Sosyo-Demografik ve Genel Sağlık Özelliklerine İlişkin Bulgular …… 54

Tablo 4-2: Kadınların Eş/Partnerlerinin Sosyo-Demografik ve Genel Sağlık Özelliklerine İlişkin Bulgular……57

Tablo 4-3: Kadınların Cinsel Deneyimlerine İlişkin Bulgular……..59

Tablo 4-4: Kadınların Cinsel Yakınlaşma Öncesi, Sırası ve Sonrası Özelliklerinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular……...62

Tablo 4-5: Kadınların Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) Toplam Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular……...64

Tablo 4-6: Kadınların KCFİ'nin İstek Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……..67

Tablo 4-7: Kadınların KCFİ'nin Uyarılma Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……...68

Tablo 4-8: Kadınların KCFİ'nin Lubrikasyon Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……..69

Tablo 4-9: Kadınların KCFİ'nin Orgazm Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……...70

Tablo 4-10: Kadınların KCFİ'nin Doyum Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……...72

Tablo 4-11: Kadınların KCFİ'nin Ağrı Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……..73

Tablo 4-12: Kadınların Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ) Toplam Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular……...75

Tablo 4-13: Kadınların VPBÖ'nin Kontrol Bilişleri Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……..78

Tablo 4-14: Kadınların VPBÖ'nin Olumlu Bilişler Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……..79
Tablo 4-15: Kadınların VPBÖ'nin Benlik İmgesi Bilişler Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……..81
Tablo 4-16: Kadınların VPBÖ'nin Felaketleştirme ve Ağrı Bilişler Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……...82
Tablo 4-17: Kadınların VPBÖ'nin Cinsel Uyumsuzluk Bilişleri Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……..84
Tablo 4-18: Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) Toplam Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……...85
Tablo 4-19: Kadınların GRCDÖ'nin Sıklık Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……...88
Tablo 4-20: Kadınların GRCDÖ'nin İletişim Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……...89
Tablo 4-21: Kadınların GRCDÖ'nin Doyum Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……...90
Tablo 4-22: Kadınların GRCDÖ'nin Kaçınma Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……..91
Tablo 4-23: Kadınların GRCDÖ'nin Dokunma Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……..93
Tablo 4-24: Kadınların GRCDÖ'nin Vajinismus Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……..94
Tablo 4-25: Kadınların GRCDÖ'nin Anorgazmi Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları……..96
Tablo 4-26: Kadınların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular……98
Tablo 4-27: Kadınların KCFİ, VPBÖ, GRCDÖ ve BDÖ Toplam Puanlarının Korelasyonu……...101

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Vajinismus Döngüsü……12

Şekil 2-2: Vajinal Pamuklu Çubuk Muayenesi……20

Şekil3-1:Örneklem Büyüklüğü Analiz Görüntüsü……...39

Şekil 3-2: Araştırmanın CONSORT Akış Şeması……41

Şekil 3-3: Araştırmanın Akış Şeması……...42

Şekil 4-1: Gruplara Göre Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) Puanlarının Dağılımı…….....66

Şekil 4-2: Gruplara göre Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ) Puanlarının Dağılımı……...77

Şekil 4-3: Gruplara göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) Puanlarının Dağılımı……87

Şekil 4-4: Gruplara Göre BECK Depresyon Ölçeği (BDÖ) Puanlarının Dağılımı…….100

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory-BDI)

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials (Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar)

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization- WHO)

EMDR: Eye Movement Desensitization And Reprocessing (Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme)

GRCDÖ: Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği (The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction- GRISS)

ICD: Hastalıkların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması (International Statistical Classification of Diseases)

KCFİ: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index-FSFI)

SCL-90-R: Ruhsal Belirti Tarama Testi (Symptom Check List -90 Revised)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Birleşmiş (Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)

VPBÖ: Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (Vaginal Penetration Cognition Questionnaire-VPCQ)

VVS: Vulvar Vestibülit Sendromu

ÖZET

Işık, C. (2020). Vajinismus Tedavisi Gören Kadınlarda Cinsel Danışmanlığın ve Pelvik Taban Relaksasyonunun Cinsel İşlevlere Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu çalışma vajinismus tedavisi gören kadınlarda cinsel danışmanlığın ve pelvik taban relaksasyonunun cinsel işlevlere etkisini belirlemek amacıyla, randomize kontrollü deneysel tasarımda yapılmıştır. Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Cinsel Yaşam Polikliniği'nde Eylül 2018 – Eylül 2019 tarihleri arasında deneysel olarak yürütülmüştür. Vajinismus tedavi aşamasında olan 17 deney, 17 kontrol toplam 34 kadın örnekleme dahil edilmiştir. Deney grubundaki kadınlara rutin hemşirelik bakımı yanında pelvik relaksasyon ve 4 seanstan oluşan IMB model temelli cinsel danışmanlık verilmiştir. İlk ve son değerlendirmede; Bilgi Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır.

Deney grubunda; KCFİ toplam puanlarında zaman içinde görülen artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,01$). KCFİ alt boyutu olan istek ($p<0,05$), uyarılma ($p<0,01$), doyum ($p<0,05$) ve ağrı ($p<0,01$) puanlarında zaman içinde görülen artış istatistiksel olarak anlamlı saptanırken, lubrikasyon ve orgazm alt boyutu puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). VPBÖ toplam puanında tedavi sonrası puanda tedavi öncesine göre azalma gözlenirken, zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,01$). GRCDÖ ve BDÖ toplam puanlarında zaman içinde istatistiksel olarak anlamlı değişim saptanmıştır ($p<0,01$).

Sonuç olarak, vajinismus tedavi gören kadınlara IMB model temelli verilen cinsel danışmanlığın ve pelvik relaksasyonun cinsel işlevlere olumlu etki sağladığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Cinsel danışmanlık, cinsel işlev, IMB model, pelvik relaksasyon, vajinismus.

ABSTRACT

Işık, C. (2020). The Effect of Sexual Counseling and Pelvic Floor Relaxation on Sexual Functions in Women with Vaginismus Treatment: A Randomized Controlled Study. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Women Health and Disease Nursing Departmant. Doctoral Dissertation. İstanbul.

This study was conducted in a randomized controlled experimental design to determine the effect of sexual counseling and pelvic floor relaxation on sexual functions in women undergoing vaginismus treatment. The research was conducted between September 2018 and September 2019 at the Istanbul University Istanbul Medical Faculty, Department of Obstetrics and Gynecology, Sexual Life Clinic. 34 women in the vaginismus treatment stage, 17 experiments and 17 controls were included in the sample. In addition to routine nursing care, women in the experimental group were given pelvic relaxation and IMB model-based sexual counseling consisting of 4 sessions. In the first and last evaluation; Information Form, Female Sexual Function Index (FSFI), Vaginal Penetration Cognition Questionnaire (VPCQ), Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) and Beck Depression Inventory (BDI) were used. Evaluation was made before treatment, at the 3rd week after treatment and at the 2nd month after treatment.

In the experimental group; the increase in FSFI total scores over time was found statistically significant ($p<0.01$). While FSFI sub-dimension ($p<0.05$), arousal ($p<0.01$), satisfaction ($p <0.05$) and pain ($p<0.01$) scores were found to be statistically significant, there was no significant difference in the scores of lubrication and orgasm sub-dimensions ($p>0.05$). While a decrease in the post-treatment score compared to the pre-treatment score was observed in the total VPCQ score, the change over time was found to be statistically significant ($p<0.01$). The change in GRISS and BDI total scores over time was found statistically significant ($p<0.01$).

As a result, the IMB model-based sexual counseling and pelvic relaxation has been shown to provide positive effect on sexual function in women receiving vaginismus treatment.

Key Words: Sexual counseling, vaginismus, pelvic relaxation, IMB model, sexual function

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Vajinismus, kadınlarda cinsel ilişkiyi zor ve imkansız hale getiren vajinal girişin istemsiz olarak spazmını ifade eder (Melnik 2012). Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psyhiatric Association-APA) 'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition-DSM-V)'te yayınladığı değişikliklere göre vajinismus genito-pelvik ağrı birleşme bozukluğu başlığı altında ele alınmaktadır. Bu kapsamda; vajinal giriş/birleşmenin olmaması, vajinal giriş/birleşme denemelerinde belirgin vulvo-vajinal veya pelvik ağrıyla ya da vajinal girişle ilgili belirgin korku veya kaygı, vajinal giriş denemesi sırasında pelvik taban kaslarında belirgin gerginlik veya kasılmanın olması gibi durumlardan en az birine 6 ay boyunca sürekli veya tekrarlayan biçimde maruz kalmak ve bu problemin klinik anlamda belirgin bir sıkıntıya ve bozukluğa neden olması olarak tanımlanmaktadır (APA 2013, McCabe ve ark 2016).

Vajinismus cinsel işlev bozuklukları arasında en sık görülen sorun olmasına rağmen, gerek sağlık çalışanlarının bu sorunu gözardı etmeleri, gerek başvuranın çekincesi ve nereye başvuracağını bilememesinden genel popülasyon içindeki oranı net bilinmemektedir (Dyer ve Nair 2012, Doğan ve ark 2015). Batı ülkelerinde %0,5-6 arasında değişen oranlarda (Weijmar ve ark 2005, Graziottin 2006) ve %9 (Simonelli ve ark 2010) oranında vajinismus görüldüğünü belirtilen çalışmalar mevcuttur. İran (%73-Farnam ve ark 2014) ve (%68,1- Amidu ve ark 2010) Afrika gibi doğu ülkelerinde ise vajinismus görülme oranının daha yüksek olduğu çeşitli araştırmalarla ortaya konulmuştur. Türkiye'de cinsel işlev bozukluklarının araştırıldığı çeşitli çalışmalarda vajinismus görülme oranları %41 (Yıldırım ve ark 2011), %41,7 (Oniz ve ark 2007) ve %66-75,9 (Şimşek ve ark 2006, Doğan ve Özkorumak 2008) bildirilmiştir.

Vajinismusun etiyolojisi ve patogenezinde somatik faktörlerin, hipertonik pelvik taban kas yapısı, ruhsal faktörlerin, cinsel travmaların, sosyo/kültürel nedenlerin ve partner faktörünün rol oynadığı düşünülmektedir (Binik 2010, Bergeron ve ark 2015, Ter Kuile ve Weijenborg 2017).

Vajinismus tedavisinin birincil basamağını cinsellikle ilgili yanlış ve olumsuz tüm düşünce ve tutumları olumlu hale çevirmek oluşturmaktadır. Özellikle informal yollarla edinilen eksik ve yanlış cinsel bilgilerin vajinismus sorununa zemin hazırladığı

bilinmektedir (Apay ve ark 2013). Bu nedenle vajinismusun giderilmesinde bazen tek tedavi yöntemi yeterli olurken, bazen de birden çok tedavi yöntemi kullanılmaktadır. Sıklıkla uygulanan tedavi yöntemleri; vajinal dilatörler, cinsel terapi ve bilişsel davranışçı terapi (cinsel sağlık eğitimi, sistematik duyarsızlaştırma, derin kas gevşetme egzersizleri, pelvik taban rehabilitasyonu gibi), göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme, hipnoterapi ve farmakolojik tedavilerdir (Pacik ve Geletta 2017, Maseroli ve ark 2018).

Cinsel sağlığa ilişkin danışmanlık planı oluşturmada Bilgi Motivasyon Davranış Becerisi Modeli (Information - Motivation - Behavioural Skills Model – IMB) kapsamlı ve bütüncül bir çerçeve oluşturmaktadır. Aynı zamanda sağlık profesyonelleri için cinsel sağlıkla ilgili doğru bilgiyi sunma, böylelikle cinsel sorunları önleme, riskli davranışları azaltma ve cinsel sağlığı geliştirme hedeflerini düzenleme imkanı sunmaktadır (Fisher 2012).

"Down-training" veya "reverse Kegel" olarak adlandırılan pelvik rehabilitasyonu vajinismus gibi hipertonik pelvik taban kasına sahip olgularda, kasın gevşemesine yardımcı olan bir gevşeme egzersizidir. Bu durum kas farkındalığı, vajinal esneme ve cinsel sağlığı geliştirmeyi sağlar (Bradley ve ark 2017, Stein ve ark 2018).

Cinsel işlev bozukluklarında multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Sağlık ekibinin temel üyesi hemşire, cinsel işlev bozukluklarına bütünsel yaklaşımla birey/çiftin bilinç seviyesini artıracak, konuya ilişkin durum veya endişelerinin açıklığa kavuşturulmasına yardımcı olacak gerekli bilgiyi sağlayarak, danışmanlık rollerini yerine getirir (Adewole ve Ojewale 2018, Duman 2018). Bu rolleri yerine getirirken model kullanımı hemşire ve danışanın stres ve anksiyete düzeyinin azalmasına yardımcı olmaktadır (Zielinski 2013, Asadi ve ark 2018).

Bu çalışma, vajinismus tedavisi gören kadınlarda cinsel danışmanlığın ve pelvik taban relaksasyonunun cinsel işlevlere etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflaması ve Vajinismus

Cinsellik, insanın var oluşuyla başlayan ve yaşamın her evresini kapsayan iç güdüsel bir işlevdir. İnsan olmanın temel yönleri olan cinsiyet, cinsiyet kimlikleri ve rolleri, cinsel yönelim, üreme, zevk, erotizm ve samimiyeti kapsar. Fantezi, arzu, düşünce, inanç ve değerler cinselliğin ifade şeklini önemli ölçüde etkiler. Bunların yanı sıra ekonomik, kültürel, dini, sosyal, yasal ve manevi etkenlerin birleşimi de cinselliğin yaşanması ve ifade edilmesini etkilemektedir (WHO 2006a, WHO 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (World Health Organization-WHO) cinsel sağlığı yalnızca hastalık, işlev bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, zihinsel, duygusal ve sosyal yönden cinsellikle ilgili iyilik hali olarak tanımlamıştır. Cinselliğe ve cinsel ilişkilere olumlu ve saygılı bir yaklaşımın yanı sıra, zorlama, ayrımcılık ve şiddet içermeyen, zevkli ve güvenli cinsel deneyimleri kapsamaktadır. Bu nedenle cinsel sağlığın korunması ve sürdürülmesi için tüm kişilerin cinsel haklarına saygı gösterilmesi ve korunması gerekmektedir (WHO 2006a, WHO 2010).

Cinselliğin tam bir iyilik haliyle yaşanması hem bireysel hem de toplumsal iyilik hali için son derece önemlidir. Çünkü cinsellik genel sağlığın en önemli parçalarındandır. Bu nedenledir ki 1943 yılında Abraham Maslow tarafından oluşturulan ihtiyaçlar piramidinin en alt tabanında olmazsa olmaz ihtiyaçlar arasında belirtilmiştir. Temel sağlık bileşenlerinden olan cinsellik, genel sağlığı etkileyen her türlü durumdan etkilenir. Bu durumda bireyin yaşamını olumsuz etkileyen cinsel işlev bozuklukları ortaya çıkar (Maslow 1943, Basson ve ark 2000, Seker 2014).

Cinsel işlev bozukluğu, kadın ve erkekte cinsel yanıtta ve cinsel istekte bozulmalar ile karakterize, psikofizyolojik değişimlerden etkilenen bir durumdur. Master ve Johnson 1970'de cinsel yanıt siklusu modelini oluşturmuştur. Kaplan 1974'de bu modeli geliştirmiştir. Cinsel işlev bozuklukları sınıflandırma sistemleri geliştirilen bu model üzerine yapılandırılmıştır (Masters and Johnson 1970, Kaplan 1974).

Her ne kadar cinsel işlev bozuklukları için farklı sınıflandırma sistemleri önerilmiş olsa da, Dünya Sağlık Örgütü, Hastalıkların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması-11 (International Statistical Classification of Diseases-11- ICD-11) ve Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psyhiatric Association-APA) tarafından geliştirilen Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı-IV (Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders - Fourth Edition-DSM-IV) temel alınarak geliştirilen DSM-V uluslararası alanda en yaygın kullanılan sistemlerdir (APA 2013, McCabe ve ark 2016).

DSM-V'e kadar olan sınıflandırmalar uzman görüşlerine dayanırken, klinik çalışmaların yetersizliğinden sınıflandırmaların yeterli olmadığı düşünülmektedir. Tanı ölçütlerinde ifade edilen kısa süre, inatçı ve yineleyici gibi kelimelerin tam karşılığı olmadığı düşünülerek DSM-V'de yer verilmemiştir. Ayrıca kadın ve erkeklerin tanı ölçütlerine her grubun kendi içinde ayrı ayrı yer verilmiştir (APA 2013, Sungur ve Gunduz 2013). Mayıs 2013'de yayımlanan DSM-V sınıflamasında kadın cinsel işlev bozuklukları üç ana başlık altında toplanarak sadeleştirilmiştir. Yeni bir dışlama kriteri daha eklenmiştir. Bu dışlama kriteri; cinsel olmayan zihinsel bir bozukluk, ağır ilişki bozukluğu (örn: eş şiddeti gibi) veya diğer önemli stres unsurlarıyla ilgili bir bozukluk olmamasıdır. "Edinilen" veya "yaşam boyu" gibi tanımlanan alt tiplere ek olarak; hafif, orta ve ağır olmak üzere yeni bir şiddet skalası eklenmiştir. Etiyolojik faktörleri belirtilen alt tipleri (fiziksel veya ruhsal faktörler nedeniyle) çıkarılmıştır. DSM-V'de "ilişkili özellikler" olarak adlandırılan yeni bir ölçüt grubu da tanıtılmıştır. Bu ölçüt beş kategoriye ayrılmıştır;

1) Partner faktörleri (partnerin cinsel problemleri, partnerin sağlık durumu gibi)
2) İlişkisel faktörler (yetersiz iletişim, cinsel ilişki isteğinde tutarsızlıklar gibi)
3) Bireysel faktörler (olumsuz beden algısı, cinsel ya da duygusal istismar öyküsü gibi), psikiyatrik komorbidite (depresyon, anksiyete gibi) veya stresörler (iş kaybı veya bir yakının kaybı gibi)
4) Kültürel veya dini faktörler (cinselliğe veya cinsel hazza karşı yasaklamalarla ilgili engellemeler; cinselliğe karşı kısıtlayıcı tutumlar)
5) Prognoz, seyir veya tedaviyle ilgili tıbbi faktörler (Ishak ve Tobia 2013).

DSM-V'deki kadın cinsel işlev bozuklukları sınıflaması DSM-IV temel alınarak aşağıdaki tabloda karşılaştırılmıştır:

Tablo 2-1: Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları DSM-IV ve DSM-V Karşılaştırması (Ishak ve Tobia 2013)

Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu	
DSM-IV	**DSM-V**
• Hipoaktif cinsel istek bozukluğu • Cinsel uyarılma bozukluğu	**Kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu**
• Orgazm bozukluğu	**Değiştirilmemiştir**
• Disparoni • Vajinismus	**Genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu**
Diğer Cinsel İşlev Bozuklukları	
DSM-IV	**DSM-V**
• Cinsel tiksinti bozukluğu • Genel bir tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozuklukları	**Çıkarılmıştır**
• Madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozuklukları	**Değiştirilmemiştir**
• Başka türlü adlandırılamayan cinsel işlev bozuklukları	**Diğer tanımlanmış cinsel işlev bozuklukları ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu**

2.1.1. Kadın Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu

Cinsel işlev bozuklukları DSM-IV'de "hipoaktif cinsel istek bozukluğu" ve "cinsel uyarılma bozukluğu" olarak iki ayrı başlıkta iken DSM-V'te "kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu" olarak tek başlık altında toplanmıştır. Hastada aşağıdaki belirtilerden en az 3 tanesinin bulunması ve bu belirtilerin en az 6 ay süreyle kadında klinik sıkıntıya neden olması durumunda "kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu"ndan bahsedilebilir;

- Cinsel aktiviteye ilginin olmaması veya azalması,
- Erotik düşünce veya fantezilerin yokluğu veya azalması,
- Cinsel aktiviteyi başlatamama veya partnerin cinsel aktivite başlatma isteğine karşılık verilmemesi,

- Cinsel aktivite sırasında hemen hemen veya hepsinde (yaklaşık %75-100) cinsel hazzın az olması veya olmayışı,
- Herhangi bir içsel veya dışsal cinsel veya erotik kanala (örn; yazılı, sözlü veya görsel) cinsel ilginin olmaması veya cinsel yanıtın az olması,
- Cinsel aktivite sırasında hemen hemen veya hepsinde (yaklaşık %75-100) cinsel aktivite sırasında genital veya genital olmayan hislerin azalmış olması veya olmayışı (APA 2013, Chen ve ark. 2013, McCabe ve ark 2016).

2.1.2. Orgazm Bozukluğu

Orgazm olmada belirgin bir gecikme ya da orgazm olmama veya orgazm hissinin yoğunluğunun belirgin şekilde azalması durumlarından en az birinin varlığı durumunda orgazm bozukluğundan bahsedilir. Kadının en az 6 ay süreyle bu belirtilerden en az birini yaşaması ve cinsel aktivitelerinin büyük bir çoğunluğunda (en az %75) belirgin olarak sıkıntıya yol açmasıdır (APA 2013, Chen ve ark. 2013, McCabe ve ark 2016).

2.1.3. Genito- Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu

Disparoni ve vajinismus DSM-V'de "Genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu" başlığı altında birleştirilmiştir. Genito- Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu'ndan söz edebilmek için kadının aşağıda yer alan kalıcı veya tekrarlayan zorluklardan en az birine, minimum 6 süreyle ve cinsel aktivitelerinin en az %75'inde maruz kalması gerekmektedir;

- Koitus sırasında yaşanan belirgin zorlanma,
- Penetrasyon girişimleri sırasında belirgin vulvovajinal veya pelvik ağrı,
- Koitus öncesi veya sırasında ağrı beklentisine yönelik duyulan kaygı ve korku,
- Koitus sırasında pelvik taban kaslarının gerilmesi veya sıkıştırılması (APA 2013, McCabe ve ark 2016).

2.1.4. Diğer Cinsel İşlev Bozuklukları

DSM-IV'de 4 alt başlık altında incelenen diğer cinsel işlev bozuklukları DSM-V'de "Madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozuklukları" ve "Diğer Tanımlanmış Cinsel İşlev Bozuklukları ve Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu" olmak üzere iki alt başlık altında toplanmıştır. Bu iki başlık kadın ve erkek için ortaktır (APA 2013, Sungur ve Gunduz 2013).

2.1.4.1. Madde ve İlaç Kullanımına Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel fonksiyonda klinik olarak belirgin soruna veya bozulmaya neden olacak anlamlı rahatsızlık olması ile ortaya çıkar. Madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluklarından söz edebilmek için; madde/ilaca başlandıktan ya da kesildikten sonra, doz aşımından sonra cinsel fonksiyonlarda rahatsızlık olduğuna dair kanıtlar olmalı ve cinsel işlev bozukluğuna madde/ilaç kullanımı dışında neden olabilecek başka durumlar olmamalıdır (APA 2013, Ishak ve Tobia 2013).

2.1.4.2. Diğer Tanımlanmış Cinsel İşlev Bozuklukları ve Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu

Bu cinsel işlev bozukluğu, klinisyen tarafından saptanan fakat kategori dışında kalan cinsel işlev bozukluklarını ifade eder. Belirtilerin genel bir tıbbi durum ya da madde kullanımı kökenli olduğu tespit edilememiş, karışık ve atipik belirtiler mevcuttur (APA 2013).

2.1.5. ICD Cinsel İşlev Bozukluğu Sınıflamaları

ICD, evrensel sağlık trendleri ve istatistikleri belirlemede, hastalık ve sağlık durumlarının raporlanması ve standardın tanımlanmasında temel oluşturur. ICD-10 1990 yılında onaylanmış olup, dünya genelinde 100'den fazla ülke tarafından kullanılmaktadır. Üye devletlerin ICD'yi ulusal dillere çevirme de dahil olmak üzere, uygulamaya hazırlanmalarını sağlamak içim 2018'de ICD-11 versiyonu yayımlanmıştır. ICD-11 üye devletler tarafından onaylandıktan sonra 2022 yılında kullanılmaya başlanacaktır (WHO 2015).

ICD-11 için önerilen tanı klavuzlarında cinsel yanıt fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel, kişilerarası ve cinsiyet süreçlerinin karmaşık bir etkileşimi olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle bu faktörlerden herhangi biri cinsel işlev bozukluğuna yol açabilir (Kingsberg ve ark 2015).

ICD-11 cinsel işlev bozukluklarını dört ana grupta toplamıştır; 1) cinsel istek ve uyarılma bozuklukları, 2) orgazmik disfonksiyon, 3) boşalma sorunları, 4) diğer tanımlanmamış cinsel işlev bozuklukları. Ek olarak ayrı bir "cinsel ağrı bozukluğu" grubu eklenmiştir. Cinsel yanıttaki ortaklıklara dikkat çekmek için, önerilen klavuzda cinsel işlev bozukluğu sınıflamasındaki kategoriler hem kadınlar hem de erkekler için geçerli

sayılmıştır (Kingsberg ve ark 2015, Reed ve ark 2016). ICD-10 ve ICD-11 cinsel işlev bozukları sınıflamalarının karşılaştırılması aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 2-2: ICD-10 ve ICD- 11 Cinsel İşlev Bozukluğu Sınıflamalarının Karşılaştırılması (Reed ve ark 2016)

ICD-10	ICD-11
• Fizyolojik bozukluklarla ilgili davranışlar, sendromlar ve fiziksel faktörler Alt gruplama: cinsel disfonksiyon, organik bir bozukluk veya hastalık kaynaklı olmayan	• Cinsel işlev bozukluğu
• Cinsel istek eksikliği veya kaybı	• Hipoaktif cinsel istek bozukluğu
• Cinsel isteksizlik	• Çıkarılması için öneride bulunmuştur
• Genital cevabın başarısızlığı; cinsel zevk yoksunluğu	• Kadın cinsel uyarılma disfonksiyonu
• Orgazmik disfonksiyon	• Aynı kalmıştır
• Organik bozukluk veya hastalıktan kaynaklanmayan diğer cinsel disfonksiyon; diğer belirtilen penis bozuklukları; kadın genital organları ve adet döngüsü ile ilgili diğer tanımlanmış durumlar	• Diğer belirtilen cinsel disfonksiyon
• Organik bir bozukluğun veya hastalığın neden olmadığı tanımlanmamış cinsel disfonksiyon; tanımlanmamış penis bozukluğu, kadın genital organları ve adet döngüsü ile ilgili diğer tanımlanmamış durumlar	• Tanımlanmamış cinsel disfonksiyon
• Organik olmayan vajinismus/organik vajinismus	• Cinsel ağrı-penetrasyon bozukluğu (cinsel ağrı bozukluklarının ayrı gruplarında)

ICD-11'e göre vajinismus cinsel ağrı bozuklukları başlığıyla ilişkilendirilmiş olup, aşağıdaki cinsel ağrı-penetrasyon bozukluğu belirtilerinden en az birine maruz kalma şeklinde ölçütlendirilmiştir;

1) Penetrasyon sırasında pelvik taban kaslarının istemsiz kasılması veya gerginliği dahil olmak üzere penetrasyonla ilgili belirgin ve sürekli tekrarlayan zorluklar,
2) Penetrasyon sırasında belirgin, kalıcı veya tekrarlayan vulvovajinal veya pelvik ağrı,
3) Penetrasyon nedeniyle veya penetrasyon sırasında vulvovajinal veya pelvik ağrı beklentisiyle ilgili belirgin ve sürekli korku ve endişe

Yukarıda belirtilen semptomlar cinsel ilişki veya kısmi penetrasyon sırasında yeterli cinsel istek uyarıya rağmen tekrarlayan ve klinik olarak anlamlı bir sıkıntıya sebebiyet vermesiyle ilişkilendirilmiştir. Pelvik bölgeyi olumsuz etkileyen, genital ve penetratif ağrıya neden olabilecek mental bir sorun, yetersiz lubrikasyon veya menopoz sonrası/yaşa bağlı değişiklikler ekarte edilmelidir (ICD -11).

DSM-V'de genito-pelvik ağrı /penetrasyon bozukluğu başlığı altında yer alan vajinismus "*yaşam boyu"* ve "*edinilmiş"*olarak iki tipte sınıflandırılmıştır. Bireyin, cinsel aktif olduğundan beri şikayetlerinin olması "yaşam boyu" olarak belirtilirken, sorunun normal cinsel işlevden bir süre sonra başlaması "edinilmiş" olarak belirtilmiştir (APA 2013).

Vajinismus; primer ve sekonder olarak iki tipte tanımlanmıştır. Kadın daha önce hiç cinsel ilişkiyi gerçekleştirememişse primer (yaşam boyu süren) vajinismusdan söz edilir. İlk cinsel ilişki girişiminde veya jinekolojik muayene sırasında farkedilebilir. Daha önce cinsel ilişki deneyimlemiş fakat psikosomatik bozukluklar, tekrar eden vajinal enfeksiyonlar, cerrahi müdehale veya travma nedenli ilişkiye girmede sorun yaşanılıyorsa "sekonder (edinilmiş)" vajinismus olarak tanımlanmıştır (Ter Kuile ve ark. 2009).

ICD-11'de cinsel ağrı-penetrasyon bozukluğu başlığı altında yer alan vajinismus ise "*yaşam boyu, genelleştirilmiş*", "*yaşam boyu, durumsal*", "*edinilmiş, genelleştirilmiş*", "*edinilmiş, durumsal*" olarak tiplere ayrılmıştır. Bu sınıflamanın tanımlarına aşağıda yer verilmiştir:

- **Cinsel ağrı penetrasyon bozukluğu, yaşam boyu, genelleştirilmiş:** Kişi, ilgili cinsel aktivitenin başlangıcından itibaren her zaman genito-pelvik ağrı veya penetrasyon bozukluğu yaşamış ve şu anda mastürbasyon dahil olmak üzere tüm cinsel aktivitede istenen cinsel yanıtın azlığı veya olmaması durumudur.

- **Cinsel ağrı penetrasyon bozukluğu, yaşam boyu, durumsal:** Kişi, ilgili cinsel aktivitenin başlangıcından itibaren her zaman genito-pelvik ağrı veya penetrasyon bozukluğu yaşamış ve şu anda bazı durumlarda, bazı partnerlerle veya bazı cinsel uyaranlara yanıt olarak istenen cinsel yanıt yoktur veya azalır, ancak diğer durumlarda sorun söz konusu değildir.
- **Cinsel ağrı penetrasyon bozukluğu, edinilmiş, genelleştirilmiş:** Genito-pelvik ağrı veya penetrasyon bozukluğunun başlangıcı, kişinin onu tecrübe etmediği bir süre devam etmiştir ve şu anda mastürbasyon dahil olmak üzere tüm cinsel durumlarda istenen cinsel yanıtın azalması veya olmaması durumudur.
- **Cinsel ağrı penetrasyon bozukluğu, edinilmiş, durumsal:** Genito-pelvik ağrı veya penetrasyon bozukluğunun başlangıcı, kişinin onu tecrübe etmediği bir süre devam etmiştir ve şu anda bazı durumlarda, bazı partnerlerle veya bazı cinsel uyaranlara yanıt olarak istenen cinsel cevap yoktur veya azalmaktadır, ancak diğer durumlarda sorun söz konusu değildir (ICD-11).

2.2. Vajinismus Prevalansı

Vajinismusun cinsel işlev bozuklukları arasında en sık rastlanan rahatsızlık olduğu düşünülmektedir. Fakat genel popülasyon içindeki oranı net bilinmemektedir. Çünkü bireylere cinsellik her zaman konuşulması zor bir konu olarak görünmektedir. Bu nedenle cinsellik veya cinsel birleşme ile ilgili sorunlarda bireyler, sağlık kuruluşuna başvuruyu ertelemektedirler. Sağlık çalışanlarının da bu konuyu gözardı etmeleri eksik tanı konulmasına neden olmaktadır. Cinsel işlev bozuklukları üzerinde yapılan farklı çalışmalarla vajinismus prevalansı ile ilgili olarak farklı oranlar bildirilmektedir (Jayasuriya ve Dennick 2011, Dyer ve Nair 2012, Doğan ve ark 2015).

İran'da 1990 yılında aile planlaması merkezlerine başvuran kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığının incelendiği bir araştırmada kadınların %8 oranında vajinismus yaşadığı bildirilmiştir (Shokrollahi ve ark 1999). Farklı popülasyon üzerinde yapılan araştırmalarda Fransa'da vajinismus sıklığı %1-6 olarak tahmin edilirken (Weijmar ve ark 2005), Amerikalı fertil kadınların %0,5-1'inde görüldüğünü bildiren çalışmalarda mevcuttur (Graziottin 2006). Roy psikoseksüel terapi hastalarıyla yaptığı bir çalışmada kadınların %24,4'ünün vajinismus olduğunu belirtmiştir (Roy 2004). Grahana kadınlarında cinsel işlev bozukluğu insidansının incelendiği prospektif bir araştırmada

kadınların %68,1'inin vajinismus şikayeti olduğu bildirilmiştir (Amidu ve ark 2010). İtalya'da erkek ve kadınlar arasında cinsel sorunlara yardımcı olabilmek amacıyla oluşturulan yardım hattını telefonla arayan kadınların %9'unun vajinismus sorununa çözüm aramak için aradığı belirtilmiştir (Simonelli ve ark 2010).

Danimarka'da cinsel işlev bozuklukları ve zorlukların sıklığı ve ilişkili sosyodemografik faktörlerin değerlendirildiği bir araştırmada; vajinismus görülme oranı %0,4 olarak rapor edilmiştir. Aynı çalışmada vajinismus olan kadınların %3'ünün 16-19 yaş aralığında, %1'inin de 20-29 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (Christensen ve ark 2011). 2014 yılında yapılan başka bir çalışmada ise 22 İran'lı kadının %73'ünün primer vajinismus olduğu belirtilmiştir (Farnam ve ark 2014). Gebelikten önce, gebelik sırası ve postpartum dönemde cinsel işlev bozukluğu prevalansının araştırıldığı bir çalışmada, kadınların %16'ının gebelik öncesi dönemde vajinismus olduğu bildirilmiştir (Holanda ve ark 2014).

Türkiye'de premenopozal kadınlarda cinsel problemlerin değerlendirildiği bir prevalans çalışmasında vajinismus görülme oranı %41,7 olarak bildirilmiştir (Oniz ve ark 2007). Cinsel işlev bozuklukluğu polikliniklerinde yapılan araştırmalarda ise vajinismus sıklığı %66-75,9 olarak saptanmıştır (Şimşek ve ark 2006, Doğan ve Özkorumak 2008). Yılmaz ve ark.nın evli nüfusta cinsel sorunları inceledikleri bir araştırmada kadınların %15,3'ünün vajinismus sorunu yaşadığını bildirmişlerdir (Yılmaz ve ark 2010). Yıldırım ve ark.nın cinsel işlev bozuklukları kliniğine başvuran olgularda başvuru yakınması ile klinik tanı arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir araştırmada ise; kadınlarda en sık rastlanan cinsel işlev bozukluğunun vajinismus (%41) olduğunu belirtmişlerdir (Yıldırım ve ark 2011).

2.3. Vajinismus Etiyolojisi

2.3.1. Somatik Faktörler

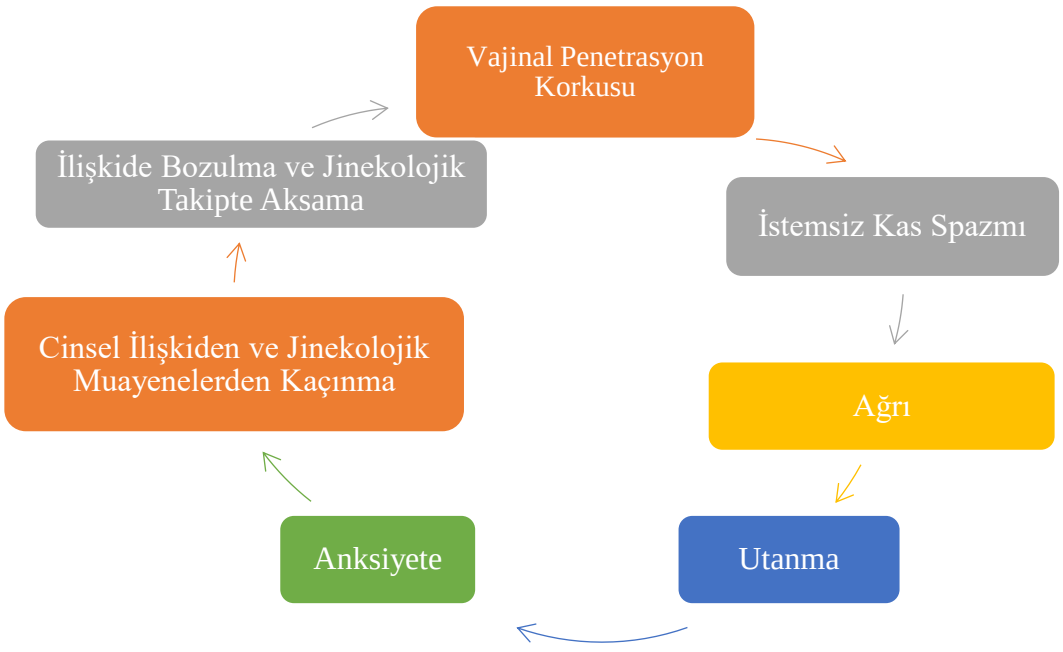
Vajinismusun somatik faktörleri arasında; konjenital himen veya vajinal anomaliler, vajinal atrofi ve atrofiye bağlı adhezyonlar, vulvar vestibülit sendromu (VVS), vulvar ağrı, vajinal operasyonlar, enfeksiyonlar ve hipertonik pelvik kas yapısı gibi faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (Binik 2010, Bergeron ve ark 2015, Ter Kuile ve Weijenborg 2017).

2.3.2. Ruhsal Faktörler

Anksiyete, depresyon, obsesif kompülsif bozukluk gibi psikiyatrik bozukluklar ile patolojik boyuttaki mükemmeliyetçilik gibi ilişki sorunlarına zemin hazırlayan yapısal özelliklerin vajinismusun psikolojik nedenleri arasında olabileceği düşünülmektedir (Özdel ve ark 2013).

Ruhsal Belirti Tarama Testi (Symptom Check List -90 Revised-SCL-90-R) kullanılarak cinsel işlev bozukluğu olan 126 kadın ile yapılan bir araştırmada depresyon ve kendini aşağılama/küçümseme boyutlarından en yüksek puan alan grupların disparoni ve vajinismus şikayeti olduğu bildirilmiştir (Hartmann 2007). Bodenmann ve ark.nın çeşitli cinsel işlev bozuklukları ile psikolojik belirti sıklığını karşılaştırdıkları bir çalışmada kadın cinsel işlev bozuklukları içinde psikolojik problemlerin en sık vajinismus olan kadınlarda gözlendiği saptanmıştır (Bodenmann 2006).

Butcher vajinismusu ağrılı vajinal penetrasyon döngüsüne bedenin gösterdiği vajinal tepki olarak sıralamıştır. Vajinal penetrasyon korkusu, istemsiz kas spazmına ve bu spazmın yol açtığı ağrıya neden olmaktadır. Ağrı hissine utanma duygusu ve anksiyete eşlik etmekte, bu durum cinsel ilişkiden ve jinekolojik muayeneden kaçınmaya neden olmaktadır. Bu kaçınma ilişkilerde bozulma ve jinekolojik takipte aksaklıklara neden olmaktadır. Bu kısır döngü her penetrasyonda meydana gelir ve "vajinal penetrasyon korkusu"nu oluşturur (Butcher 1999). (Şekil 2-1).



Şekil 2-1: Vajinismus Döngüsü (Butcher 1999)

Vlaeyen ve Linton'ın korku-kaçınma modeline göre vajinal giriş bir “felaket” olarak yorumlanır ve bu durum penetrasyon sırasında korkunun artmasına neden olur. Dikkat bedensel duyumlar ve ağrı üzerine odaklanır. Bu durumun sonucu penetrasyon sırasında pelvik kas spazmları oluşur. Tekrarlayan bu döngüde pelvik kas spazmları ağrılı ve başarısız penetrasyon denemelerine neden olarak, deneme sayısının artmasıyla birlikte kişide olumsuzluk duyguları güçlenir. Aynı zamanda penetrasyonun denemelere rağmen olmaması kişide yetersizlik duygusunun gelişmesine zemin hazırlar. Her ilişki denemesinde ağrı yaşama, kişinin ilişkiden korkmasına ve fobik bir tepki oluşmasına neden olmaktadır. Bu durum aynı zamanda cinsel isteksizlik, lubrikasyon ve orgazm sorunlarını da beraberinde getirerek çiftin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Vlaeyen ve Linton 2000, Ter Kuile ve ark 2010).

2.3.3. Cinsel Travmalar

Çocukluk çağında yaşanılan cinsel travmaların, yetişkin dönemde gerek cinsel işlevlerde gerekse duygusal ilişkilerde sorun yarattığı düşünülmektedir (DeSılva 2001). Reissing ve ark.nın 2003 yılında vajinismusun etiyolojisini araştırdıkları bir çalışmada çocukluk çağında yaşanan cinsel ve fiziksel istismarın, yaşanılan olumsuz cinsel deneyimlerin, cinselliği olumsuz etkileyerek, cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olduğunu belirtmişlerdir (Reissing ve ark 2003). Farklı çalışmalarda yaşanılan cinsel travmaların kadınlarda yetişkin dönemde yakın ilişkiler kurma ve güven sorunlarına neden olduğu, bunu takiben cinsel istek ve uyarılmada azalma, vajinismus ve orgazm sorunlarına yol açtığı saptanmıştır (Vearnals & Campbel 2001, Mills ve Turnbull 2004).

2.3.4. Sosyal/Kültürel Nedenler

İnsan yaşadığı toplumun değerleriyle sürekli bir etkileşim hali içindedir. Bu değerler insanlara rehberlik edebildiği gibi, denetleyici veya sınırlandırıcı etkiye de sahip olabilmektedir. Biyolojik, psikolojik ve fizyolojik farklılıklara sahip olan kadın ve erkek, aynı zamanda kültürel farklılıklara da sahiptir. Çünkü içinde bulunulan toplumun, kadın ve erkekten farklı cinsiyet rollerini yerine getirme beklentisi vardır. Bu beklenti, aynı zamanda sosyo-kültürel bir varlık olan kadın ve erkeğin cinselliği yaşamasında önemli bir belirleyici faktördür. Çünkü yaşanılan toplumun gelenek-göreneklerine ve değerlerine duyarsız kalmak mümkün olmamaktadır. Cinsellikle ilgili olumsuz öğretiler nesilden

nesile kültür aktarımıyla devam etmektedir. Bu durum cinselliğin algılanması ve yaşanmasına olumsuz etki etmektedir. Örneğin, geleneksel Hristiyanlıkta cinsellikteki asıl amaç çocuk yapmak olup, cinsellikten alınan doyum kişinin kirlenmesiyle eş tutulmaktadır. Ataerkil toplumlarda ise cinselliğin başlatılmasında aktif rol erkeklere yüklenip, kadının cinselliği talep etmesini belirtmesi "hafiflik" olarak görülmektedir. Katolikliğe dayanan "marianismo" kavramı Latin kadınını cinsel ahlak, onur, özveri, pasiflik ve bakım alma rolüne yerleştirirken, "machismo" kavramı ise bir erkeğin erkeklik ve maçoluk rolünü tanımlamaktadır (Ersoy 2009, Heinemann ve ark 2016, Çiftçi ve ark 2018).

Birçok cinsel işlev bozukluğunun temelinde yatan kültürel ve dini tutumlar vajinismusun ortaya çıkmasında önemli bir etkiye sahiptir. Yaşanılan toplumda hakim olan kültür olgusu ve dini tutumlar, kadınların bedenlerini nasıl algılaması gerektiği, bedenini kullanma ve davranış stillerini şekillendirir. Bu duruma göre kadın bedensel ve cinsel olarak ya baştan çıkarıcı ya da pasifize edilmiş haline göre bir yaşam stili ve cinselliği yaşar (Tuğrul 1999, Bilgin 2016). Özellikle tutucu ve ataerkil toplumlarda kadın cinselliği ciddi ölçüde denetlenmektedir. Kadınların cinsel arzu ve aktivitelerinin kısıtlanması beklenerek, "saflığın ve temizliğin" korunması beklenir. Katı dini kuralları olan toplumlarda ise bu saflık ve temizliğin korunması adına kadınlar daha çocukluktan itibaren cinselliğin ayıp ve günah olduğu öğretileriyle büyürler. Dolayısıyla erişkin çağda cinsel istek ve arzularını bastırmakta, cinsel ilişkiyi başlatma ve sürdürmede edilgen bir yapı sergilemektedirler (Dinç 2010, Bilgin 2016).

Cinsel mitler, cinsel rollerin ortaya çıkışını engelleyen, abartılı beklentiler sonucunda kişilerin suçluluk duygusu ve yetersizlik hissine kapılmasına neden olan gerçek dışı kalıplardır. Bu durumun bir sonucu olarak cinsel mitler cinselliği sınırlayarak cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir. Cinsel disfonksiyonu olan kişilerde ise tedavi süresinin uzamasına sebep olmaktadır (Keçe 2013, Keçe 2015).

Cinsel eğitim eksikliği cinsel mitlerin yaygınlaşmasını etkileyen faktörlerin başında gelmektedir (İncesu 2004, Torun ve ark 2011). Cinsel eğitim eksikliği doğru bilinen yanlışlar, kendi ve karşı cinsin bedenini tanımama, cinsel mitler kökenli cinsellikten abartılı beklentiler, vajinismus gibi cinsel işlev bozukluklarına zemin hazırlayabilmektedir. Özellikle cinselliğin konuşulmasının dahi tabu olduğu toplumlarda, aile içinde cinsellik konuşmak ayıp veya günah olarak algılanmaktadır. Bu durum

bireylerde cinsel eğitimin yeterince alınmamasına, bu bilgi ihtiyacının informal yollarla karşılanmasına neden olmaktadır (Yaşan ve Gürgen 2004, Apay ve ark 2013).

Apay ve ark. hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde cinsel mitleri inceledikleri bir araştırmada, toplam 8 mitin %50'nin üzerinde kabul görüldüğünü bildirmiştir. Bu mitler daha çok erkekleri cinsellikte aktif gören ve sorumluluk veren mitler olmuştur. Yine aynı çalışmada öğrencilerin cinsellikle ilgili bilgi kaynaklarının %58,8'i okuldaki derslerden, %15,7'si kitap ve yazılı materyallerden, %13,9'u arkadaş çevresinden ve %11,6'sı internetten olduğunu bildirmiştir (Apay ve ark 2013).

Uğuz ve ark. Türk erkeklerinde psikososyal faktörler ve cinsel işlev bozukluklarını inceledikleri bir araştırmada, erkeklerin çoğunluğunun cinsel bilgilerini pornografik yayın ve filmlerden edindiklerini, kadınların ise bu bilgileri daha çok arkadaşlarından edindiklerini saptamışlardır (Uğuz ve ark 2004).

Aslan ve ark.nın üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeyleri ve davranışlarını inceledikleri araştırmada, öğrencilerin %61,3'ü internet/tv, %38,7'si arkadaş, %33,3'ü kitap/dergi, %26,1'i sağlık personeli, %22,5'i aile, %15,0'i okul/öğretmenden cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgili bilgi edindiklerini bildirmişlerdir. Öğrencilerin çoğunun cinsel sağlık hakkında bilgi sahibi olduğu, fakat çoğunun bu konuda bir hizmet almadığı, çok azının (%11,7) cinsel/üreme sağlığına ilişkin bilgilendirme eğitimine katıldığı belirtilmiştir (Aslan ve ark 2014).

İlkokuldan liseye kadar okul müfredatlarında cinsellik ve üreme sağlığına dair yeterli bilgi yer almamaktadır. Lisede daha çok üreme organları anatomi ve fizyolojisini içeren bilgiler verilmekte, cinsel mitlere yönelik kapsamlı bilgiler verilmemektedir. Üniversitelerde ise cinsel sağlık dersleri genellikle seçmeli olarak okutulmaktadır. Bu durum cinsellik konusunda mitlere inanışın sürdürülmesine ve kişilerin gelecekte cinsel disfonksiyon yaşamalarına zemin hazırlamaktadır (CETAD 2006a).

2.3.5. Partner Faktörü

Vajinismuslu kadınların partnerlerinin anlayışlı, pasif, hoşgörülü ve iddiasız olduğu belirtilmektedir. Davis ve Reissing'in cinsel ağrı bozukluğu olan çiftlerde ilişki uyumu ve ikili etkileşimi inceledikleri bir literatür araştırmasında, partnerlerinde cinsel ağrı yakınması olan erkeklerin 3 değişik tepki verebileceğini belirtmişlerdir. Bunlar;

- Ağrıya eleştiri, öfke, onaylamama gibi tepkilerle, yardım isteklerini reddeden ***olumsuz yaklaşım***,
- Ağrı durumunda partnerinin çözümüne yönelik ***kolaylaştıran yaklaşım***,
- Ağrı ile ilgili tartışmalardan kaçınan ve sadece teselli etmeye odaklanan ***sempatik yaklaşım'***dır.

Davis ve Reissing aynı literatür incelemesinde vajinismuslu kadınların partnerlerinde sıklıkla "sempatik yaklaşım" görüldüğü, bu durumunda mevcut problemin sürmesine neden olduğunu bildirmişlerdir (Davis ve Reissing 2007). Vajinismus vakası 200 kadın ve eşlerinin psikolojik yönden incelendiği bir araştırmada katılımcılara vajinismus karşısında partnerlerinin gösterdiği tutum ve davranış sorgulandığında eşlerin %72,5'i anlayışlı, %17'si çok anlayışlı ve %10,5'i anlayışsız ve baskıcı olduğunu ifade etmiştir. Uzamış vajinismus vakalarında eşlerin çok anlayışlı bir tutum izlemelerinin nedeni partnerlerin kendi cinsel sorunlarıyla yüzleşmekten kaçınmak olduğuyla bağdaşlaştırılmıştır (Oktay ve Tombul 2003).

2.4. Vajinismusun Değerlendirilmesi

2.4.1. Tanılama

Cinsel işlev bozukluğu olan bireyler utanç, kaygı, bilgisizlik ve dışlanma korkuları nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmaktan çekinmektedir. Bu çekinceden dolayı da tanı ve tedavi süreci genellikle gecikmektedir. Tanı ve tedavinin gecikmesinin bir diğer nedeni olarak, sağlık personellerinin cinsel sorunları gözardı etmesi ve bilgi eksikliği belirtilmektedir. Cinsel işlev bozukluğu için kliniğe başvuran bireylere holistik ve multidisipliner bir anlayışla yaklaşılmalıdır. Multidisipliner ekipte; cinsel sağlık alanında uzmanlaşmış hekim, hemşire, psikolog veya sosyolog olmalıdır. Vajinismus değerlendirmesi ayrıntılı cinsel öykü alma, geçerlik ve güvenirliği yapılmış ölçek kullanımı, fiziksel muayene ve laboratuvar testlerini kapsar (Faubion ve Rullo 2015, Duman 2018).

2.4.1.1. Cinsel Öykü Alma

Cinsel işlevlerin değerlendirilmesinde ilk adım, alanında uzman bir sağlık profesyoneli tarafından cinsel öykünün alınmasıdır. Ayrıntılı ve sistematik bir şekilde alınan tıbbi ve cinsel öykü sağlık profesyonelini tanıya götüren en önemli araçtır Cinsel

öykü alınırken, önce genel bir tıbbi öykü alınır. Bundaki esas amaç var olan sorunun organik kökene dayanıp dayanmadığının tespit edilmesidir (Faubion ve Rullo 2015, Giraldi ve ark 2011).

Genel tıbbi öyküde;

- Yaş, cinsiyet,eğitim düzeyi, ırk, medeni durum, meslek, ekonomik durum, aile tipi, sosyal güvence, evlilik yaşı, evlilik sayısı ve cinsel partnerin yaşı gibi **sosyo-demografik özellikler**,
- Boy, kilo, Beden Kitle İndeksi (BKİ), kronik sistemik hastalıklar, cerrahi operasyon öyküsü (mastektomi, ampütasyon, histerektomi veya stoma gibi cinselliği etkileyebileyecek operasyonlar), kullanılan ilaçlar (antidepresan, antihipertansif gibi cinselliği etkileyebilecek ilaçlar) ve tedaviler, allerji öyküsü, ruhsal sorunlar (depresyon, kaygı, stres, obsesif kompulsif bozukluklar, anksiyete bozuklukları gibi), kadınlarda obstetrik (gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgiler) ve jinekolojik öykü (menarş yaşı, menstruasyon düzeni, menopoz yaşı gibi), uyuşturucu madde, alkol ve sigara kullanımı alışkanlıkları, soy geçmiş öyküsü gibi **geçmiş ve şimdiki tıbbi öykü** sorgulanmalıdır (Faubion ve Rullo 2015, Duman 2018).

Genel tıbbi öykü sorgulandıktan sonra cinsel öyküye geçilir. Cinsel öykü sırasında; ***bireyin cinsel gelişim öyküsü, cinsel yönelimleri, cinselliğe ilişkin bilgi düzeyi, cinsel rutinleri*** *ve* ***cinsel yakınmaları*** sorgulanır.

- Cinsel gelişim öyküsü sorgulanırken; ergenlikteki tepkiler, ilk cinsel deneyim, cinsel ilişki dışı yakınlaşmalar (öpüşme, sürtünme yoluyla orgazm, sevişme gibi), evlilik öncesi cinsel yaşam, cinsel ilişki özellikleri (düzenli bir partner varlığı, cinsel ilişkiden doyum alma veya cinsel yaşamdan memnuniyet, cinsel ilişki sıklığı gibi), cinsel partner sayısı, mastürbasyon alışkanlıkları, cinsel ilişki yolları (vajinal, oral, anal) sorulur ve menstrual öykü alınır.
- Homoseksüel veya heteroseksüel olma gibi cinsel yönelimleri sorulur.
- Cinsel sağlık eğitimi alma durumu veya cinselliğe ilişkin bilgi düzeyi sorulur.
- Cinsel uyarılma bölgeleri, cinsel istek, orgazm yaşama durumu (klitoral, vajinal orgazm, sıklığı ve niteliği), evlilik içi ve evlilik dışı ilişkileri, cinselliğe dair duygu durum değişiklikleri, geleneksel tutum ve inançları, cinsel gereksinimlerin

karşılanma düzeyi, cinsel yakınlaşmayı genelde kimin başlattığı ve disparoni varlığı gibi genel cinsel rutinler sorgulanır.

- Var olan cinsel yakınmalar, süresi ve artıran faktörler, vajinal akıntı, vulvada kaşıntı gibi cinselliği olumsuz etkileyebilecek genitoüriner problemler, çiftlerin cinsel sorunlara tepkisi, çiftlerin cinsel sorunları birbirleriyle konuşabilme durumu gibi cinsel yakınma soruları sorulmalıdır (Faubion ve Rullo 2015, Duman 2018).
- Vajinismuslu kadınlarda asla rahat bir ilişkiye girmemiş olma öyküsü, vajinismusu disparoniden ayırmada önem teşkil etmektedir. Bu nedenle bu ayrıntı muhakkak sorgulanmalıdır (De Kruiff ve ark 2000, Pacik 2011).

Cinsel İşlevi Sorgulama Formları

Cinsel sağlığın yanı sıra cinsel işlev bozukluğunu ve şiddetini belirlemede, geçerlik ve güvenirliği yapılmış ölçeklerin kullanımı önemlidir. Ölçekler yalnızca cinsel işlev bozukluğunu belirlemede değil, tedavi öncesi ve sonrası cinsel sağlıkta meydana gelen değişiklikler hakkında da bilgi verir. Ölçeklerden bazıları tek bir cinsiyete uygulanabilirken, bazıları da her iki cinsiyete uygulanabilmektedir (Giraldi ve ark 2011, Bhugra ve Colombini 2013).

Cinsel sağlığın değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan ölçeklerin bazılarına aşağıda yer verilmiştir;

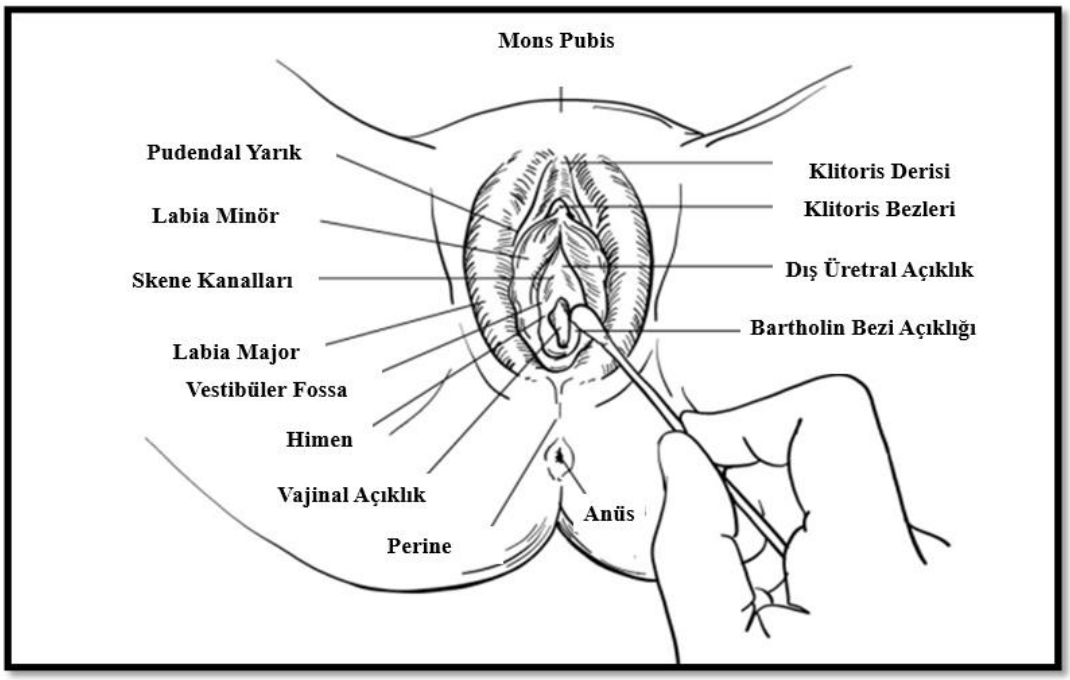
- Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index-FSFI)) (Rosen ve ark 2000),
- Kısaltılmış Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi Formu (Brief Index of Sexual Function for Women-BISFW) (Taylor ve ark 1994),
- Cinsel Fonksiyon Anketi Formu (Sexual Function Questionnaire- SFQ) (Quirk ve ark 2004),
- Cinsel Fonksiyon Anketinde Değişiklikler Formu (The Change in Sexual Functioning Questionnaire- CSFQ) (Clayton ve ark 1997),
- Derogatis Cinsel Fonksiyon Kişisel Görüşme Formu (The Derogatis Interview for Sexual Functioning – DISF) (Deragotis 1997),
- Golombok- Rust Cinsel Doyum Ölçeği (The Golombok-Rust Inventory of Golombok Rust Sexual Satisfaction-GRISS) (Rust ve Golombok 1986),

- Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (Sexual Satisfaction Scale for Women-SSS-W) (Meston ve Trapnell 2005),
- Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (Vaginal Penetration Cognition Questionnaire-VPCQ) (Klaassen ve Ter Kuile 2009),
- Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu (The Arizona Sexual Experience Scale- ASEX) 'dur (McGahvey ve ark 2000).

2.4.1.2. Fiziksel Muayene

Genital sistemin inspeksiyonu ve nörovasküler değerlendirmeyi kapsayan fiziksel muayene, cinsel işlev bozukluklarının organik bir nedene dayanıp dayanmadığını gösterir. Kadında vajinal orifis, vestibulum, labiumlar, klitoris, bartolin bezleri, cilt turgoru, ciltte renk ve yapı değişiklikleri değerlendirilir (Faubion ve Rullo 2015, Yeni 2016, Duman 2018).

Vajinismus şikayetiyle gelen hastaların ayrıntılı cinsel öyküsü alındıktan sonra Lamont sınıflandırmasına göre muaeyene izin veren hastaların jinekolojik muayeneleri yapılır. Muayenede vulvar vestibüliti ekarte etmek için pamuklu bir çubuk yardımıyla vulva ve vestibül üzerindeki altı anatomik alana duyusal muayene için dokunulur. Saat yönü vulva ve pelvik yapıların yerini tanımlarken referans olarak kullanılır. Kadından ağrıyı değerlendirmesi istenir. Kadına ağrı hakkında bilgi vermek çok önemlidir. Çünkü vajinismuslu kadınlar genital bölgeye dokunulmasından hoşlanmadıkları ve kendilerini güvensiz hissettikleri için, dokunma hissini ağrıyla karıştırabilmektedirler (Pacik 2011, Sorensen ve ark 2018). Şekil 2-2.



Şekil 2-2: Vajinal Pamuklu Çubuk Muayenesi (Sorensen ve ark. 2018)

Vajinismusda sınıflama hastanın mevcut şikayetine ve fizik muayene sırasında yaşanan kas spazmı derecesine göre yapılmaktadır. Perineal kas spazmının fiziksel görünümü sınıflamada önemli rol oynamaktadır. Lamont (1978) vajinismusu Derece 1 (en hafif form)'den Derece 4 (ileri derece)'e kadar sınıflamıştır (Lamont 1978). Bu sınıflamaya Pacik (2011) Derece 5 (en şiddetli, en ağır form) olarak bir derece daha eklemiştir (Pacik 2011). Lamont sınıflamasına aşağıdaki tabloda yer verilmiştir (Tablo 2-3).

Tablo 2-3: Lamont Sınıflaması

Derece	**Belirti ve Bulgular**
Derece 1 (en hafif formu)	Hastanın vajinal kasları gergin, fakat jinekolojik muayeneye izin verebilecek derecede.
Derece 2 (orta derecede)	Vajinal kaslar gergin, hasta muayene sırasında gevşeyemez, fakat yine de muayeneye izin verebilir.
Derece 3 (ortanın üstü)	Hasta muayeneden kaçınmak için kalçalarını yükseltir veya yana çeker.
Derece 4 (ileri derecede)	Jinekolojik muayene sırasında hasta kendini geri çeker, muayene olmamak için bacaklarını kapatır.
Derece 5 (en şiddetli, en ağır formu)	Jinekolojik muayene sırasında yaşanan yoğun korkuya bağlı 'adrenalin deşarjı' ortaya çıkar. Buna bağlı olarak bu hastalarda muayene sırasında titreme, hiperventilasyon, taşikardi, ağlama krizleri, bayılma nöbeti, öğürtü, bulantı, kusma, masadan kaçma, doktora saldırma gibi vücutsal tepkimeler ortaya çıkar.

2.4.1.3. Laboratuvar Testleri

Literatürde vajinismusa yönelik özel laboratuvar testlerine rastlanmamıştır. Bu nedenle cinsel işlev bozukluğunu değerlendirmede kullanılan laboratuvar testlerine yer verilmiştir. Cinsel işlev bozukluklarının etyolojisini anlaşılmasında fiziksel muayene ardından birtakım laboratuvar tetkikleri istenmektedir. Bu tetkiklerin bazıları; açlık kan şekeri (AKŞ), glikolize hemoglobin (Hb-A1c), östrojen düzeyi, testosteron düzeyi, prolaktin, kan lipit profili, folikül stimule edici hormon (FSH), luteinize edici hormon (LH), tam idrar tahlili ve tiroid-böbrek-karaciğer fonksiyon testleridir. Spesifik testlerde ise; vajinal lubrikasyon ölçümü, noninvaziv termografi, dupleks doppler usg, genital somatosensorial testler, vajinal/labial/klitoral fotopletismografi, oksijen-ısı probu ile vajinal kan akımı ölçümü ve MR görüntülemedir (Woodard ve Diamond 2009, Yeni 2016).

2.5. Vajinismus Tedavisi

Vajinismus olguları beden ve zihin arasında bir çatışma içindedir. Bu nedenle tedavide esas olan beden ve zihin arasındaki bu çatışmayı gidermektir. Vajinismusa neden olan faktör ortaya çıkarılarak, cinsellikle ilgili olumsuz olan tüm algı, düşünce ve tutumları olumlu hale çevirmek tedavinin birincil basamağını oluşturmaktadır. Tedavi yöntemine karar verirken, bireyi biyo-psiko-sosyal yönlerinin tümüyle değerlendirip, tedavi şekline ona göre karar vermek çok önemlidir. Bu nedenle vajinismus tedavisinde bazen tek tedavi yöntemi sorunun giderilmesinde yararlı olurken, bazen de birden çok tedavi seçenekleri ile vajinismusun çok yönlü ve karmaşık olan yönü tedavi edilebilmektedir. Yaşam kalitesi üzerinde ciddi olumsuz etki ve nispeten yüksek prevalansa rağmen, vajinismus için etiyolojik olarak geliştirilmiş ve standardize edilmiş terapötik girişimler geliştirilmemiştir. Literatürde sıklıkla uygulanan tedavi yöntemleri; vajinal dilatörler, cinsel terapi ve bilişsel davranışçı terapi, göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme, hipnoterapi ve farmakolojik tedaviler olarak belirtilmektedir (Lahaie ve ark 2010, Melnik 2012, Pacik ve Geletta 2017, Maseroli ve ark 2018).

2.5.1. Vajinal Dilatör Kullanımı

Vajinal dilatör tedavisi, vajinal agenezili hastalarda vajinal uzunluğu ve genişliği artıran, vajinal cerrahi, radyasyon ve vulvovajinal distrofi sonrası vajinal darlığı önleme ya da tedavi etmeyi amaçlayan bir dilatasyon tedavi yöntemidir (Oelschlager ve Debiec 2019). Vajinismus tedavisinde dilatör kullanımı ise penetrasyonla ilgili korku ve endişeyi azaltmak amacıyla sistematik duyarsızlaştırmayı hedefler. Kademeli olarak boyutu artan vajinal dilatör veya boğum hesabıyla parmağın vajinaya sokulmasıyla uygulanır. Derindeki vajinal kaslar gevşeyinceye kadar dilatör tedavisi devam eder (Melnik 2012).

Pacik, dilatasyonun vajinismus tedavisinin önemli bir parçası olduğunu ve kadınların dilatasyon için yeterince zaman harcaması gerekliliğine vurgu yapmıştır. Vajinismus tedavisinde dilatör kullanımı yaygın olmasına rağmen, litaretürde dilatör uygulama protokolüyle ilgili net kaynak belirtilmemiştir. Pacik 241 vajinismuslu kadını takip ettiği klinik çalışmasında, kendi tedavi programı içinde uyguladığı dilatör kullanım protokolünü tedavi sonrası (Botulinum toksin enjeksiyonu) 1. ayda; 1 saat sabah ve 1 saat akşam olmak üzere toplamda 2 saat, tedavi sonrası (Botulinum toksin enjeksiyonu) 2. ayda; uygulama saatini 1 saat azaltarak ve dilatörün boyutunu artırarak 1 saat, tedavi

sonrası (Botulinum toksin enjeksiyonu) 3. ayda; günlük 15-30 dakika olarak belirtmiştir (Pacik ve Geletta 2017).

2.5.2. Cinsel Terapi ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), psikoterapi alanında ruhsal hastalıkların tedavisinde sıklıkla kullanılan bir tedavi yöntemidir. Düşüncelerin, bireylerin yaşamındaki duygu ve davranışlarına yön verdiği teorisinden yola çıkarak yapılandırılmış bir psiko-terapi yaklaşımıdır. Sistematik bir takım yöntemlerle, bireylerin bilişsel çarpıtmalarıyla birlikte olumsuz temel inançlarının değiştirilmesi hedeflenir. Günümüzde BDT, depresyon, anksiyete bozukluğu gibi ruhsal hastalıklardan cinsel sağlık sorunlarının tedavisine kadar geniş bir yelpazede kullanılmaktadır (Bengisoy ve ark 2019).

Masters ve Johnson 1970 yılında "İnsanın Cinsel Yetersizliği" kitabını yayımlamıştır. Bu kitap günümüzde cinsel işlev bozukluklarında kullanılan cinsel terapilere model oluşturması açısından önemlidir. Masters ve Johnson uyguladıkları tedavide; cinsel probleme neden olan veya cinsel problemin sürdürülmesinde rol oynayan hatalı davranışların değiştirilmesine odaklanmıştır. Ayrıca cinsel sağlık eğitimi ve eşler/partnerler arasındaki iletişim biçimlerine ağırlık vererek, verdikleri ev ödevleri ile sürekliliği sağlamışlardır. Davranışların öğrenilerek kazanıldığı düşüncesinden yola çıkarak, doğru cinsel davranışların kazanılması davranışçı tedavilerin doğmasına yol açmıştır (Master ve Johnson 1970). Son yıllarda psikanalitik yaklaşımdan farklı olarak uygulanan davranışçı tedavi yaklaşımında, öğrenme kurallarına dayanan derin kas gevşetme egzersizleri, yanlış bilgilerin doğru bilgilere çevrilmesi ve sistematik duyarsızlaştırma teknikleri kullanılmaktadır (Oktay 2008, Melnik 2012).

Vajinismus olgularında BDT bilişsel yeniden yapılanma, cinsel terapi ve cinsel sağlık eğitiminden oluşan kompleks tedaviyi kapsar. Bilişsel yeniden yapılanma, cinsellikle ilgili olumsuz düşüncelerin olumlu hale dönüştürülmesidir. Bu da cinsel sağlık eğitimi ile yanlış bilinen doğruların düzeltilmesiyle sağlanmaktadır. BDT'nin amacı; empatik, destekleyici klinisyen-hasta ilişkisini sağlayarak, penetrasyon korkusu ve kaygıyı ortadan kaldırmak ve cinsel güven kazanmaya yardımcı olmaktır (Ter Kuile ve ark 2007, Melnik 2012).

Özdel ve ark. BDT'ye dayalı cinsel terapinin vajinismuslu kadınlar ve eşlerinin cinsel sorunları üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. BDT kapsamında edilen tüm çiftlere

cinsel organların anatomi ve fizyolojisi anlatılmış, yanlış cinsel inanışlar düzeltilmeye çalışılmıştır. Ayrıca duyulara odaklanma yöntemi, dilatasyon egzersizleri ve ev ödevleri verilmiştir. Araştırma sonucunda, vajinismuslu kadınların cinsel sorunlarının tedaviden sonra azaldığı gösterilmiştir (Özdel ve ark 2013).

Öztürk ve Arkar vajinismuslu kadınlar ve eşleri ile yaptıkları bir araştırmada çiftlere haftada 1 gün 50 dakikalık seanslarla BDT uygulamıştır. BDT kapsamında cinsel organlar, cinsel mitler anlatılmış, Kegel egzersizleri öğretilmiş ve psikoeğitim verilmiştir. Bunlara ek olarak duyulara odaklanma ve kademeli maruz bırakma egzersizleri (vajinal kendi kendine dilatasyon, başarılı olduktan sonra eşinin parmağı ile vajinal dilatasyon) öğretilerek, ev ödevleri ile tekrar edilmesi istenmiştir. Araştırma sonucunda uygulanan BDT'nin cinsel işlevlerde düzelme sağladığı, depresyon ve anksiyete düzeyini azalttığı bildirilmiştir (Öztürk ve Arkar 2017).

Mahshid ve Zahra beş vajinismuslu vaka ile yaptıkları bir araştırmada çift terapisinin etkilerini incelemiştir. Toplam 4-6 seanslık 45-60 dakika süren çift terapisi uygulamışlardır. Seanslarda kadın ve erkek üreme organları, Kegel egzersizleri, genital organlara odaklanma, pelvik kas relaksasyonu dilatasyon egzersizleri ve ev ödevleri verilmiştir. Tedavinin kadın cinsel fonksiyon indeksi puanlarına olumlu etki ettiği bildirilmiştir (Mahshid ve Zahran 2019).

2.5.3. Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme

Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme tekniği (eye movement desensitization and reprocessing-EMDR) göz hareketleri, işitme ve el hareketlerinin birlikte uygulandığı ve aynı zamanda BDT'yi de içeren yeni bir tedavi yöntemdir. Bilişsel, psikodinamik, danışan merkezli ve davranışçı öğeleri bir araya getirir. Bu yöntem bir terapist eşliğinde uygulanır ve hastaya göz hareketleri ile iki yönlü uyarı sağlanır. Uygulamadaki esas amaç; hasta terapistin iki yönde hareket eden elini gözleriyle takip ederken, bir yandan da yaşadığı travmatik olayın içselliğine odaklanmaktadır. Travmanın yarattığı sıkıntı azalıncaya veya ortadan kalkıncaya kadar devam eder (Kavakçı ve ark 2010, Rathschla ve Memmert 2014, Chamberlin 2019). Duygusal bilgiler doğal olarak işlenerek, kaygı ve anksiyete azalır, olumlu bilişin artması sağlanır. EMDR'nin Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tedavisinde etkili olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle günümüzde özellikle cinsel travmanın yol açtığı vajnismus

vakalarında etkili bir tedavi yöntemi olarak uygulanmaktadır (Torun 2010, Alıcı ve ark 2016, Jebelli ve ark 2017).

2.5.4. Hipnoterapi

Vajinismus tedavisinde hipnoterapi, vajinismusa zemin hazırlayan duyguları veya korkuları belirlemek ve bu duyguları olumlu duygulara çevirmeyi amaçlayan bir tedavi yöntemidir. Kadının bilinçaltı kendi isteği doğrultusunda telkin edilebilir hale gelerek, vajinal kas spazmının üstesinden gelebileceği konusunda kendini yönlendirebilir. Aynı zamanda zevkli zihinsel cinsel imgeler ile olumlu cinsel ilişki imgesi zihinde yaratılmış olur. Hipnoterapi haftada bir kez 60 dakika süreyle uygulanabilen terapötik bir girişimdir (Melnik ve ark 2012).

Pourhosein ve Ehsan, 35 yaşında sekonder vajinismus olan bir kadına uyguladıkları hipnoterapinin sonucu, hipnoterapiden bir hafta sonra kadının acı ve ağrı duymadan ilişkiye girebildiğini, 3 aylık izlemde de hipnoterapinin etkisinin sürdüğünü belirtmişlerdir (Pourhosein ve Ehsan 2011). Taştan ve Işık vajinismus nedeniyle cinsel ilişkiye giremeyen evli bir çift ile gerçekleştirdikleri hipnoterapinin olduğu sonucuna varmışlardır (Taşkan ve Işık 2015). Ulusoy tek vaka üzerinden yaptığı bir araştırmada, uyguladığı hipnoterapinin vajinismus tedavisinde etkin olduğunu, hızlı ve etkili bir tedavi olarak uygulanabileceğini belirtmiştir (Ulusoy 2018). Örneklem sayısının azlığı nedeniyle hipnoterapinin vajinismus tedavisindeki etkinliğiyle ilgili araştırma literatürde çok azdır.

2.5.5. Farmakolojik Tedaviler

Vajinismusun farmakolojik tedavisinde kas gevşeticiler (nitrogliserin pomad ve botulinum toksin enjeksiyonu gibi), anksiyolitik ilaçlar ve lokal anestetikler (lidokain gibi) oluşturmaktadır. Farmakolojik tedavilerin etkinliğiyle ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır (Lahaie ve ark 2010). Vajinal penetrasyon sırasında yaşanan kas spazmı kaynaklı ağrıyı azaltmak için uygulanan topikal lidokain sıklıkla tercih edilmese de farmakolojik tedavi yöntemlerinden biri olarak bildirilmiştir (Praharaj ve ark 2006).

İstemsiz vajinal kas spazmını önlemek için uygulanan botulinum toksin lokal olarak vajinal kasları fonksiyon kaybına uğratır. Klasik tedavi yöntemlerine cevap vermeyen vajinismuslu kadınlarda uygulanan bir farmakolojik tedavi yöntemidir (Lahaie ve ark

2010). Botulinum toksin enjeksiyonu etkinliği konusunda, daha çok randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Melnik ve ark 2012).

Ghazizadeh ve Nikzad 2004 yılında refrakter vajinismus tedavisinde botulinum toksinin etkisini inceldikleri bir araştırmada 24 vajinismuslu kadından 23'ünün botulinum toksin uygulamasından sonra 1 hafta içinde pelvik muayene olabildiğini belirtmişlerdir. Bu araştırma sonrası konvansiyonel tedavilerin başarısız olduğu vajinismus vakalarında botulinum toksin enjeksiyonun düşünülebileceği önerilmiştir (Ghazizadeh ve Nikzad 2004). Hamdy ve Elsheikh'nin 2018 yılında Mısır'da 42 vajinismuslu kadınla yaptıkları bir çalışmada botulinum toksin uygulanan kadınların %88,1'inde ağrı olmadan cinsel birliktelik sağlanmasına yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Araştırma sonucunda; Botox'un vajinismus tedavisinde güvenli ve etkili olduğunu öne sürmüşlerdir (Hamdy ve Elsheikh 2018).

2.5.6. Pelvik Taban Relaksasyonu

Pelvik taban rehabilitasyonu, pelvik taban bozukluklarında birinci basamakta yer alan konservatif bir tedavi yöntemidir (Bo ve ark 2017). Pelvik taban kasını koordine etmeyi, tonusuna göre güçlendirmeyi veya gevşemeyi öğretmek için kullanılan egzersizleri kapsar. Etyolojisine göre tedavide biofeedback, elektriksel stimülasyon, vajinal koniler veya vajinal dilatörler kullanılabilir. Davranışsal eğitim ve evde egzersiz programlarının oluşturulmasından oluşan tekli veya çoklu tedavileri içerebilir (Richmond ve ark 2016, Bo ve ark 2017, Wallace ve ark 2019).

Hipertonik pelvik taban kası kadınlarda miyofasyal ağrı, vulvodini, disparoni ve vajinismus ile ilişkilendirilir. Disparoni ve vajinismus gibi genito-pelvik ağrı bozukluklarında pelvik taban rehabilitasyonu, hipertonik olan pelvik taban kasının gevşemesini sağlama, istirahat halinde kas aktivitesini normalleştirme, kas farkındalığı ve vajinal esnekliğini sağladığı için multidisipliner yaklaşımda önemli bir tedavi yöntemidir (Bradley ve ark 2017, Wallace ve ark 2019).

Hipertonik pelvik tabanda kasın üzerindeki tonusun azaltılmasına yönelik yapılan pelvik taban rehabilitasyonu "down-training" veya "reverse Kegel" olarak adlandırılır. Reverse Kegel'de kas gevşemesini sağlama, cinsel sağlığı geliştirme ve kası gevşemeye yönelik eğitmek için aşağıdaki tekniklerden bazıları kullanılabilir:

- Yüzeyel elektromiyografi sırasında kas tonusunu azaltma,

- Odaklanmış ve bilinçli diyafragmatik solunum,
- Stres yönetimi,
- Pelvik taban kasını bilinçli uzatmak ve gevşemeyi sağlamak için perinenin şişmiş gibi hissedilmesi (diyafragmatik solunumda olduğu gibi veya hafif ıkınır gibi),
- Gevşemeyi teşvik eden görselleştirme,
- Sessizliğe odaklanma,
- Dolaşımı iyileştirme ve yumuşak doku esnekliğini sağlama için termoterapidir (Bradley ve ark 2017, Stein ve ark 2018).

Pedraza ve ark.nın pelvik kas rehabilitasyonu protokollerini sunduğu bir araştırmada pelvik kas tonusunu elektromiyografi (EMG) ve monometri ile değerlendirmişlerdir. 8 seanslık Reverse Kegel sonrası dinlenme halindeki kas tonusunda önemli ölçüde azalma olduğunu gösteren EMG sonucu bildirilmiştir (Pedraza ve ark 2014). Reverse Kegel uygulama protokolüne literatürde rastlanamamıştır.

2.6. Cinsel Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık

2.6.1. Cinsel Sağlık Eğitimi

Cinsellik, bireylerin beden ve ruh iyilik durumunu etkiyen, genel sağlığın en önemli bileşenlerinden biridir. Bu nedenle, cinsellik ve cinsel sağlıkla ilgili var olan soruna çözüm bulabilmek, oluşabilecek sorunlardan korumak ve genel iyilik halini sürdürebilmek için cinsel sağlık eğitimi önemli bir yere sahiptir. Cinsel sağlık eğitiminin amaçlarından bazıları şunlardır;

- Cinsellikle ilgili bireylere tam ve güvenilir bilgiler sağlama, inanç, değer ve davranış kazandırma,
- Cinsel iyilik halini sürdürmek ve korumak için, bireylere ihtiyacı olan davranış becerilerini kazandırma, motivasyon sağlama,
- Doğru kaynaklardan verilen tam ve güvenilir bilgiler ışığında kendi cinsel anlayışının gelişmesini sağlama, bireysel davranış ve değer oluşturma,
- Bireylerde cinselliğe karşı pozitif algı oluşturma,

- Cinsel yaşamda bilinçli ve özgür olma, (Yücesay ve Alkaya 2018, Zeren ve Gürsoy 2018).

DSÖ cinsel sağlık eğitimini bir ihtiyaç olarak belirtmiştir (WHO 2010). Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization-UNESCO) tarafından yayınlanan uluslararası rehberde cinsellik eğitimi konusunda "Kapsamlı Cinsellik Eğitimi"ne vurgu yapılmıştır. Kapsamlı cinsellik eğitiminin okuldan çağından başlayarak müfredatlar doğrultusunda oluşturulması önerilmiştir. Bireylerin yaş aralıklarına özgü, bilgi, beceri ve davranış geliştirebilecekleri cinsel eğitimin mevcut eğitim müfredatına entegre edilmesinin bireylerin tüm yaşamlarına olumlu katkı sağlayacağı belirtilmektedir (UNESCO 2018).

Kapsamlı cinsellik eğitiminde yaş aralıkları doğrultusunda (5-8 yaş, 9-12 yaş, 13-15 yaş, 16-18+ yaş) karmaşıklığı artan bir konu sıralamasıyla çocuk ve gençlerin cinselliğe dair bilgi, tutum ve beceri geliştirmesi hedeflenmektedir. Temel olarak 8 ana konu belirlenmiştir. Bunlar sırasıyla;

- İlişkiler,
- Değerler, doğrular, kültür ve cinsellik,
- Cinsiyeti algılama,
- Şiddet ve güvende kalma,
- Sağlık becerileri ve iyilik hali,
- İnsan vücudu ve gelişimi,
- Cinsellik ve cinsel davranış,
- Cinsellik ve üreme sağlığıdır (UNESCO 2018).

Cinsellik konusunda eksik ve yanlış bilinenlerin cinsel işlev bozukluğuna zemin hazırladığı bilinmektedir. Özellikle informal yollarla edinilen bilgiler, cinselliğin tabu olduğu ülkelerde vajinismusun temellerini oluşturmaktadır (Apay ve ark 2013). Doğan ve Saraçoğlu'nun yaşam boyu vajinismusu olan kadınlarla yaptıkları bir araştırmada kadınların cinsel bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. (Doğan ve Saraçoğlu 2009). Konkan ve ark.nın vajinismuslu kadınlarda cinsel işlev ve doyum üzerine yaptıkları bir diğer araştımada da vajinismuslu kadınlarda cinsel bilgi eksikliği

anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Konkan ve ark 2012). Bu nedenle cinsel işlev bozukluklarını önleme, güvenli ve doyum veren bir cinsellik için UNESCO'nun tanımladığı rehber doğrultusunda cinsel sağlık eğitimini çocukluktan başlayarak yaşam boyu formal yollarla ve bu alanda yetkin kişilerden sağlamak önem teşkil etmektedir (UNESCO 2018).

2.6.2. Cinsel İşlev Bozukluklarında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Cinsel işlev bozukluklarında yeterli ve uygun verilen cinsel danışmanlığın, farklı örneklem gruplarında yapılan araştırmalarda cinsellikle ilgili sorunları büyük ölçüde çözebildiği; cinsel memnuniyette iyileşme sağladığı belirtilmektedir. Bu nedenle cinsel işlev bozukluklarında cinsel danışmanlık önemli bir yere sahiptir (Steinke ve ark 2013, Zargar Shoushtari ve ark. 2015).

Hemşireliğin bakım verici, eğitici, araştırıcı, yönetici, karar verici, savunucu, iletişim ve koordinatörlüğü sağlayıcı, rehabilite edici, rahatlatıcı, tedavi edici, kariyer geliştirici, özerk ve sorumluluk sahibi olma ve danışmanlık rolleri vardır (Gedük 2018, Adewole ve Ojewale 2018). 8/3/2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinin 7.'nci maddesiyle uzmanlık alanına ayrılmış olan Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinin de en önemli görevlerinden biri olan danışmanlık rolü ön plana çıkarılmıştır. "Ana çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde kadına eğitim ve danışmanlık yapar. (aile planlaması danışmanlığı, emzirme danışmanlığı, sağlıklı cinsel yaşam, genetik hastalık riski taşıyan ailelere danışmanlık, periyodik jinekolojik ve meme kontrolü, pap smear vb. testler için yol gösterir ve yardımcı olur)" maddesiyle Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşirelerine cinsel danışmanlıktaki görevi vurgulanmıştır (Hemşirelik Yönetmeliği 2011).

Danışmanlık sürecinde ilk adım her bireyin kendine özgü bir değerinin olduğuna inanmaktır. Bu inançtan yola çıkarak, cinsel işlev bozukluklarında çiftlerin gereksinimini saptayıp, danışmanlık yaklaşımını planlamak önemlidir. Gerçekçi hedefler belirlenip, danışanın gereksinim duyduğu konuya yönelik mevcut olanaklar sunulmalıdır. Hemşirelerin danışmanlık rollerinde başarılı ve etkin olabilmeleri, danışmanlık verecekleri konuda özelleşmiş bilgi sahibi olması ve deneyim ile mümkün olmaktadır. Bu nedenle çiftlerin kendilerini ifade etmekte ve sorunlarını dile getirmekte zorlandıkları cinsel konularda, hemşirelerin cinsellik ve cinsel sağlıkla ilgili konulara hakim olması

önem teşkil etmektedir (Akcan ve ark 2006, Kotrotsiou ve ark 2008, Gölbaşı ve Evcili 2013).

Cinsel sağlığın değerlendirilmesinde ve danışmanlık sürecinde danışmanın birtakım özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bunlar;

- Cinsel sağlık eğitimlerine, seminerlere katılmış olmalı,
- Konu ile ilgili bilimsel yayınları takip ediyor olması,
- Yaşam dönemlerine göre cinsel kimlik gelişim sürecine hakim olmalı,
- Görüşme için uygun ortamın sağlanması ve mahremiyete önem vermeli,
- Danışan ile güvenli ilişki başlattıktan sonra görüşme için uygun zamanı planlayabilmeli ve yeterli zaman ayırabilmeli,
- Objektif olmalı, kendi duygu, düşünce ve görüşünü danışmanlık sürecine yansıtmamalı,
- Mümkünse görüşmeler eş/partner katılımı ile gerçekleştirilmesi,
- Beden diline hakim olmalı, jest ve mimiklerine dikkat etmeli,
- Danışanın içinde bulunduğu toplum yapısını iyi bilmeli,
- Tıbbi kelimeler yerine danışanın anlayacağı düzeydekelimeler ile anlatımı yapabilmeli,
- Danışana eğitim materyalleri (broşür, kitapçık gibi) sunabilmeli,
- Danışana bilgileri düzenli bir akış halinde vermeli, bunun için cinsel sağlıkta kullanılan modellere hakim olmalı ve danışmanlıkta bu modellerden birini kullanabilmelidir (Bates 2011, Gölbaşı ve Evcili 2013, Saunamäki ve Engström 2014, Başçı ve Karataş 2018, Gültürk ve ark 2018, Adewole ve Ojewale 2018).

2.6.3. Cinsel Danışmanlık Modelleri

Modeller sağlık profesyonellerinin cinsel sağlığı değerlendirme ve sorunların çözümünde etkin cinsel danışmanlık için oluşturulmuştur. Cinsel danışmanlık modelleri, cinsel öykü almada ve cinsel sorunların belirlenmesinde rehber niteliğinde olup, zaman tasarrufu sağlar (Zielinski 2013, Asadi ve ark 2018, Duman 2018). Aynı zamanda

Holistik bakımın bir bileşeni olan cinselliği, mesleki standartlara göre değerlendirmeye ve çözümlemeye olanak verir (Abay ve Kaplan 2017).

Cinsel sağlığın değerlendirilmesinde kullanılan modeller değerlendirme amacı taşıyan, çözümü amaçlayan ve hem değerlendirme hem de çözümü sağlayan kombine modeller olarak kategorize edilmektedir. ALARM ve KAPLAN modelleri cinselliği değerlendirme amacı taşımaktadır (Anderson ve Lamb 1995, Kaplan 1983). PLISSIT (Annon 1976) ve Ex-PLISSIT (Davis ve Taylor 2006) cinsel sorunların çözümünü amaçlarken, ALLOW, BETTER (Mick ve ark 2004) ve IMB (Fisher ve Fisher 1992) hem değerlendirme hem de çözüm önerileri sağlamayı amaçlayan modellerdir (Krebs 2011, Duman 2018).

ALARM Modeli

Cinsel sağlığı değerlendirmeyi hedefleyen Anderson ve Lamb tarafından 1995 yılında geliştirilen modellerden biridir. Altı basamaktan oluşmaktadır ve her bir harf cinselliğin hangi aşamasının değerlendirileceğine işaret etmektedir.

A (Activity-Cinsel aktivite): Cinsel ilişkinin varlığı ve sıklığı,

L (Libido-Cinsel istek): Cinsel ilişkiye dair istek ve ilgi,

A (Arousal- Uyarılma): Uyarılma, doyum ve orgazm olabilme,

R (Resolution- Çözülme): Cinsellik sonrası rahatlama ve gevşeyebilme,

M (Medical History-Tıbbi Öykü): Geçmiş ve şuandaki tıbbi öyküsünü değerlendirmeyi içermektedir (Anderson ve Lamb 1995, Hordern 2008, Krebs 2011, Tuğut ve Gölbaşı 2014).

KAPLAN Modeli

Helen Kaplan tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Bireylerin cinsel işlev bozukluklarını kapsamlı bir şekilde değerlendirmeye ve önerilerde bulunmayı sağlar. Cinsel öykü alma ve öneriler olmak üzere iki aşamadır. Bu model çerçevesinde kapsamlı cinsel öykü alınırken bireylerin genel sağlık durumu, cinsel işlevlerinin durumu (sıklık, istek, uyarılma, orgazm ve çözülme), ilaç kullanımı (özellikle cinselliği etkileyebilecek ilaçların varlığı), cinselliği etkileyebilecek mitler, cinsel eğilimleri (heteroseksüalite, homoseksüalite gibi), obstetrik öykü, sosyo-kültürel özellikleri, dini inançları ve yaşadığı ailenin cinselliğe bakışı detaylı bir şekilde değerlendirilir. Bu değerlendirmenın ardından

sağlık profesyoneli bireyi tekrar kontrole çağırabilir, tedaviye gerek görmeyebilir, spesifik önerilerde bulunabilir veya sevk edebilir (Kaplan 1983, Bartlik ve ark 2005, Duman 2018).

PLISSIT Modeli

Jack S. Annon tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir**. P-Permission (İzin verme), LI- Limited Information (Sınırlı bilgi), SS-Specific Suggestions (Özel öneriler), IT-Intensive Therapy (Yoğun terapi)** basamaklarından oluşur. Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin cinsel danışmanlık ve işbirliği ile sorunlarının çözülmesi amaçlanır (Annon 1976, Uslu ve ark 2016, Asadi ve ark 2018).

P-Permission (İzin verme): Cinselliğe dair duygu ve düşüncelerin ifade edildiği, açık uçlu soruların sorulduğu, modelin ilk basamağı olan cinsel öykü alma aşamasıdır. Terapötik ortam sağlamak ve mahremiyete dikkat etmek önemlidir. Bireylerin güvenini kazanma, cesaret sağlama ve rahat konuşanilmeleri için konular genelden özele olacak şekilde sıralanmalıdır.

LI- Limited Information (Sınırlı Bilgi): Bireye cinsel işlevine yardımcı olacak kadar bilgi verilmelidir. Örneğin; hastalığının ve varsa tedaviisnin cinsel işlevleri üzerinde oluşturabileceği olumsuzluklat hakkında bilgilendirilmelidir. Ayrıca bireylerin cinsel mitleri açıpa çıkarılarak danışmanlık planlabilir ve eğitim materyali (kitapçık, broşür gibi) verilebilir. Bunun için cinsel danışmanlıkta uzmanlaşmış olmak ve geniş bir bilgi birikimine sahip olmak gerekir.

SS-Specific Suggestions (Özel Öneriler): Tıbbi ve psikoseksüel önerileri kapsayan yüksek derecede uzmanlık gerektiren bir basamaktır. Danışman bireylerin cşnsel ilişkiden daha fazla doyum alabilmeleri için özel önerilerde bulunur. Eğer sorun bu basamakta çözülemezse bir üst basamaktaki yoğun terapiye geçiş yapılır.

IT-Intensive Therapy (Yoğun Terapi): Özel eğitimli bir danışman veya cinsel terapistin değerlendirmesini ve çözümlemesini gerektiren yoğun tedaviyi içeren basamaktır (Annon 1976)

Ex-PLISSIT Modeli

PLISSIT modelinin geliştirilmesiyle Davis ve Taylor tarafından 2006 yılında oluşturulmuştur. Bu modelde izin verme aşaması, diğer aşamaların merkezinde yer alarak, aşama aşama değil iç içe bir yöntemle gerçekleşmektedir. Bu durum bireylerin

kendini ifade etme fırsatını sadece bir aşamada değil, modelin her aşamasında gerçekleştirilebilmesini imkan sağlamaktadır (Davis ve Taylor 2006, Duman 2018).

ALLOW Modeli

Değerlendirme ve çözüm önerilerini kapsayan model beş aşamadan oluşmaktadır; **A– Ask (Sor)**, **L – Legitimize (Onayla)**, **L–Limitation (Sınırları belirle)**, **O–Open up (Aç)**, **W–Work Together (Birlikte çalış)** basamaklarından oluşur. Çözüm önerileri danışmanlık, cinsel sağlık eğitimi veya yoğun tedavi programı gerektiren cinsel tedaviler olabilmektedir (Hatzichristou ve ark 2004, Tuğut ve Gölbaşı 2014).

BETTER Modeli

Mick ve ark. tarafından 2004 yılında onkoloji hastaları için geliştirilmiş, altı basamaktan oluşan bir cinsel sağlık modelidir. Bireyi anlama ve saygı duymayı destekler (Mick ve ark 2004, Southard ve Keller 2009, Quin ve Happell 2012).

B- Bringing up The Topic (Konuyu gündeme getirme): Model onkoloji hastaları temel alınarak geliştirildiği için hastaların fizyolojik sorunları çözümlendikten sonra cinsellik konusu gündeme getirilir. Dikkatli seçilen açık uçlu sorularla birlikte bireyin cinsel hayatına dair sorular sorulur ve duyguları açığa çıkarılır.

E- Explaining That Sex Is an Important Part of Quality of Life (Cinselliğin hayatın önemli bir parçası olduğunu açıklama): Cinselliğin temel bir ihtiyaç ve hayatın önemli bir parçası olduğuna vurgu yapmaya, bireyleri cinsellikleriyle ilgili konuşmaya cesaretlendirir.

T- Telling Patients That Resources Will Be Found To Adres Their Concerns (Hastaya kaygılarına dair yeni kaynaklar bulacağını söyleme): Bireylerin diğer basamaklarda belirlenen sorunlarına çözümsüz kalınması durumunda yeni kaynaklar bulunur ve uzmana sevk edilir.

T- Timing of Intervention (Görüşme zamanı): Kanser hastalarında rahatsız edici semptomların (ağrı, bulantı gibi) az olduğu zamanlarda görüşmenin planlanması, zamanlama için önemlidir. Bu nedenle cinsel danışmanlık seanslara bölünerek hasta/birey ile birlikte zamanlama belirlenir.

E- Education Regarding Sexual Side Effect of Treatment (Tedavinin yan etkileri konusunda eğitim): Çeşitli eğitim materyalleri ile uygulanan tedavinin cinsellik üzerindeki etkileri konusunda bilgi verilir.

R- Recording (Kaydetme): Danışman tarafından cinsellikle ilgili görüşmeler kayıt altına alınır (Mick ve ark 2004, Krebs 2011, Wang ve ark 2018).

IMB Modeli

Fisher ve Fisher tarafından 1992 yılında geliştirilmiş, **I-Information (Bilgi), M-Motivation (Motivasyon), Behavioural Skills (Davranış becerileri)**'i içeren üç aşamalı bir cinsel sağlık modelidir. Bilgi, motivasyon ve davranış becerileri üzerine temellendirilmiştir. Bireyde davranış değişikliği geliştirmede güçlü bir teorik çerçeveye sahiptir. Bireylerin bilgi ve motivasyon seviyelerine dair farkındalık sağlanır ve bu doğrultuda eğitim programları yapılandırılır. Bu nedenle cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitim programlarını oluşturmada son derece etkili olduğu belirtilmektedir (Fisher ve Fisher 1992, Konkle-Parker ve ark 2014, Ybarra ve ark 2015, Yılmazer ve Tüzer 2017, Peyman ve Abdollahi 2017).

I-Information (Bilgi): Bireylerin cinsellikleriyle ilgili etkin ve güncel bilgi sahibi olmalarını sağlayan bilgi aşamasıdır. Bu nedenle oluşturulacak cinsel sağlık eğitim programının bireylerin cinsel sağlık bilgilerini artıracak, cinsel sorunları önleyecek ve davranışa yansıması kolay olacak bilgileri içermesi gerekmektedir. Bu aşamada verilecek bilgi; kültürel olarak duyarlı, uyarlanabilir ve kolay olmalı, istendik davranışın sağlanabilmesi için kolay olma ve bireylerin gelişimsel dönemlerine, yaş aralıklarına ve cinsiyetlerine uygun olmalıdır (Fisher ve Fisher 1992, Vural ve Zencir 2010, Walsh ve ark 2011).

M- Motivation (Motivasyon): Bireylere verilen bilginin uygun ve istendik davranışa dönüşebilmesi için motivasyon faktörleri sağlanmalıdır. Bu motivasyon üç şekilde gerçekleşir;

- Duygusal motivasyon: Bireylerin cinselliğe karşı göstermiş olduğu duygusal tepkileri kapsar. Bu duygusal tepkiler kişinin cinsel sorunlara çözüm arama veya aramama durumunu etkiler.

- Kişisel motivasyon: Bireylerin cinsellikle ilgili sahip olduğu tutum ve inançları kapsar. Cinsel sağlığa dair olan tutum ve inançlar, davranışa yansır ve davranışın yapılıp yapılmayacağına dair bir işaret olur.
- Sosyal motivasyon: Bireylerin sosyal destek algısı ve sosyal normlarla ilgili inançlarını kapsar (Fisher ve Fisher 1992, Vural ve Zencir 2010, Walsh ve ark 2011).

Bireyler, beklenilen davranış değişikliğinin oluşmasında duygusal, kişisel ve sosyal motivasyon kaynaklarını kullanarak, doğru cinsel bilgiyi kullanma için istekli olmalıdırlar. Bu amaçla "motivasyonel görüşme" prensipleri kullanılabilir. Motivasyonel görüşme, yüzyüze olabileceği gibi telefonla da sağlanabilir. Bireyin motivasyonunu sağlarken, tartışmadan kaçınma, karşı koyma/direnci kırma, verilen ödevleri yapılabilme ve istendik sağlık davranışının oluşması için öz-etkililiği desteklenme ve empatik yaklaşım içinde olunmalıdır (Vural ve Zencir 2010, Brobeck ve ark 2011, Kızılırmak ve Demir 2018).

B- Behavioural Skills (Davranış Becerileri): Bilginin verilmesi ve motivasyon faktörlerinin sağlanması, bireylere davranış kazanımı sağlar. Davranış becerisine sahip olma, davranış değişimi için önemlidir. Objektif beceriler (davranışı yerine getirmek için) ve özetkililik becerilerine (davranışı gerçekleştirebilmek için) sahip olma önemli davranış becerileridir (Fisher ve Fisher 1992, Vural ve Zencir 2010, Walsh ve ark 2011).

Ndebele ve ark. IMB modeli doğrultusunda uyguladıkları HIV önleme programında, adölesanların bilgi, motivasyon ve davranış becerileri düzeyinde olumlu değişimler olduğunu bildirmişlerdir (Ndebele ve ark 2012).

Kudo IMB model temelli eğitimin prezervatif kullanımına etkisini araştırmıştır. IMB model temelli eğitimi her biri 90 dakikadan oluşan 2 seanslık toplamda 2 gün süre ile sağlamıştır. Modelin Bilgi aşamasında, HIV ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi vermiştir. Cinsel üreme organları görseli, prezervatif takma görseli ve rol-pay ile prezervatif kullanımını yaptırarak motivasyonu sağlamıştır. Prezervatif kullanımı önerildiğinde, doğru kullanılması ve öz-yeterliğin sağlanması davranış değişikliği olarak kabul edilmiştir. Araştırma sonucunda, IMB model temelli eğitimin prezervatif kullanımı için etkin davranış değişikliği yaratmasa da HIV/cinsel yolla bulaşan hastalıklar,

prezervatif kullanımının öz-etkinliği ve prezervatif kullanımına karşı direncin azalması ile ilgili bilgileri artırdığı bildirilmiştir (Kudo 2013).

Ybarra ve ark. Ugandalı adölesanlarda IMB modeli ile yapılandırılmış internet tabanlı HIV önleme programı etkinliğini incelemişlerdir. Her biri 45 dakikadan oluşan 5 modül eşliğinde eğitim vermişlerdir. Modül 1 bilgi odaklı olup, HIV hakkında bilgiler verilmiştir. Modül 2, problem çözme ve iletişim becelerine odaklı olup, motivasyon yönleri ele alınmıştır. Modül 3, cinselliği yaşama veya uzak durma motivasyonlarını belirlemeye odaklıdır. Modül 4, doğru prezervatif kullanımını destekleyen motivasyonel görüşmeye odaklıdır. Modül 5, gençler arasındaki zorlayıcı cinsel ilişkiler ve romantik ilişkilere odaklı olup, HIV'I önleyici davranışla ilgili kültürel spesifik konular tartışılmıştır. Araştırma sonucunda, prezervatif kullanma tutum ve becerisinin IMB modeli doğrultusunda verilen eğitimle cinsel deneyimi olmayan gençlerde daha belirgin olduğu, 13 yaşından küçük tüm gençlerin HIV önleme programına dahil edilmesi gerektiği önerilmiştir (Ybarra ve ark 2015).

Literatürde belirtilen çalışmalardan farklı olarak IMB modelini kullanarak Akgün ve Taştekin Bilgi-Motivasyon-Davranış becerilerinin emzirme başarısına etkisini incelemişlerdir. Bilgi-Motivasyon-Davranış becerisi modelinin tüm basamaklarını postpartum kadınlara uyguladıkları ön test-son test yöntemiyle değerlendirmişlerdir. Araştırma sonucunda, kadınların emzirme ile ilgili bilgilerini geliştiren, motivasyonel kaynaklar sağlayan ve kadınları uygun davranış becerileri ile donatan girişimlerin emzirme başarısını olumlu etkileyebileceğini bildirmişlerdir. Kültürel olarak uyumlu hemşirelik girişimlerini geliştirmede modelin kullanılabileceğini belirtmişlerdir (Akgün ve Taştekin 2019).

Literatürde IMB Modeli kullanılarak yapılan çalışmalar; sıklıkla cinsel sağlık, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, madde bağımlılığı ve kronik hastalıklar olarak belirtilmiştir (Yılmazer ve Tüzer 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma vajinismus tedavisi gören kadınlarda cinsel danışmanlığın ve pelvik taban relaksasyonunun cinsel işlevlere etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Türü

Bu araştırma prospektif, deneysel, randomize kontrollü tasarımdadır.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

Tedavi sonrası;

H_1 Deney grubundaki kadınların cinsel işlevlerindeki iyileşme düzeyi kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksektir.

H_2 Deney grubundaki kadınların cinsel memnuniyet düzeyindeki artış kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksektir.

H_3 Deney grubundaki kadınların depresif semptom düzeyi kontrol grubundaki kadınlardan daha düşüktür.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Cinsel Yaşam Polikliniği'nde 13/09/2018 – 12/09/2019 (12 ay) tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Danışmanlık ve görüşmelerin mahrem bir ortamda yapılabilmesi için klinikte özel bir oda sağlanmıştır.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na bağlı Cinsel Yaşam Polikliniği 2014 yılında kurulmuştur. Hastalar Cinsel Yaşam Polikliniğinde muayene olmak için kayıt sistemi üzerinden online olarak randevu almaktadır. Cinsel istek azlığı veya fazlalığı, orgazm bozukluğu, genito-pelvik ağrı bozukluklarından vajinismus, disparoni, vulvar vestibülit gibi sorunları olan hastalar değerlendirilmekte ve tedavi edilmektedir. Cinsel Yaşam Polikliniği haftanın bir günü (Perşembe) 08:30-12:30 saaatleri arasında, bir kadın doğum hekimi ve bir hemşire ile hizmet vermektedir.

Cinsel Yaşam Polikliniği vajinismus tedavi protokolünde, vajinismus şikayetiyle gelen hastaların ilk olarak ayrıntılı anamnezi kadın doğum hekimi veya klinik hemşiresi tarafından alındıktan sonra Lamont sınıflandırmasına göre muayeneye izin veren hastaların (1-3 derece arası) jinekolojik değerlendirmeleri yapılmaktadır (Lamont 1978) (Tablo 2-3). Jinekolojik muayene sırasında diğer cinsel işlev bozuklukları dışlanarak vajinismus tanısı konulan hastalarda cam molt tedavisine başlanmaktadır.

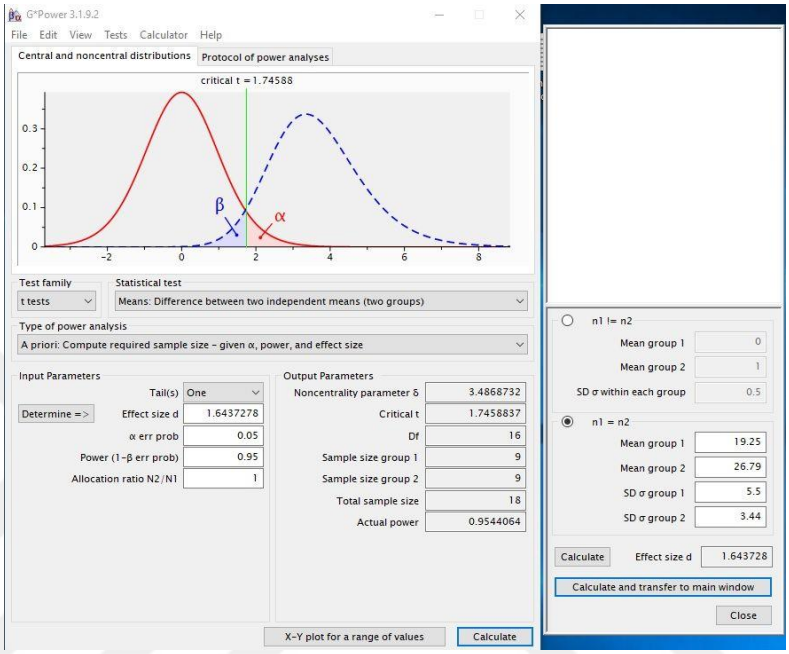
Molt, uzunlukları ve çapları kademeli olarak artan, en son boyutu bir erkeğin erektil penisine benzer, dışı pürüzsüz, kalın cam yapıda, vajina içerisine yerleştirilen uzun tüplerdir. Bu tedavide amaç, kadınların vajinal giriş korkusunu azaltıp, pelvik taban kaslarında istemli kontrol sağlayarak, pelvik taban relaksasyonunu koitus benzeri bir şekilde uyararak geçişe yardımcı olmaktır. Bu amaçla hastanın vajinal girişe izin verdiği en küçük ölçüdeki molt ile tedaviye başlanır. Molt uygulamasını kadın doğum hekimi, hasta eğitimi ve takibini ise klinik hemşiresi yapmaktadır. Evde kadın ya da eşi tarafından bir hafta boyunca aynı molt ile sabah ve akşam günde 2 kez olmak üzere vajinaya yerleştirme ve çıkarma şeklinde egzersiz yapması istenir. Moltun temizliği için sadece su kullanılması ardından kurulanması ve uygulamada kolaylık olması adına su bazlı kayganlaştırıcı önerilir. Haftada bir hasta kontrole çağırılır, moltun uzunluk ve genişliği artırılıp yine vajinal girişe izin verdiği bir üst ölçüdeki moltla tedaviye devam edilir. Bu süreç yaklaşık olarak penis uzunluk ve genişliğine uyumlu molt rahatça uygulanıncaya kadar sürdürülür. Hastadan hastaya değişmekle birlikte bu süreç ortalama 5-6 hafta kadardır. Molt tedavisinde başarıya ulaşan çiftler koitusta bulunmaya cesaretlendirilir.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini araştırmanın yürütüldüğü süre boyunca, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Cinsel Yaşam Polikliniği'nde vajinismus tanısı konulan tüm kadınlar oluşturmuştur.

Polikliniğe yıllık (Nisan 2017- Nisan 2018) vajinismuslu hasta başvuru sayısı 93'tür. Grupların örneklem sayısını belirleyebilmek için literatür doğrultusunda vajinismuslu kadınlarda cinsel fonksiyon göz önünde bulundurularak güç analizi uygulanmıştır. Örneklem sayısını belirlemek amacıyla çalışmanın gücü, G*Power (v3.1.7) programında hesaplanmıştır. Çalışmada ana parametre olarak Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) baz alınmıştır. Akgün yaptığı bir çalışmada; cinsel terapi öncesi KCFİ toplam puan ortalamasını 19,25±5,53, cinsel terapi sonrası ise 26,79±3,44

olarak bulmuştur (Akgün 2017). Bu çalışmanın sonuçları esas alınarak yapılan istatistiksel analizde %95 güven aralığında, %5 hata payı, etki büyüklüğü 0.80, %90 güç ile hesaplandığında; en az 9 deney, 9 kontrol toplam 18 katılımcı sayısı belirlenmiştir. Vaka kayıpları göz önünde bulundurularak 17 deney, 17 kontrol toplam 34 hasta randomize olarak örnekleme dahil edilmiştir.



Şekil 3-1: Örneklem Büyüklüğü Analiz Görüntüsü

Randomizasyon:

Deney-kontrol grubunun belirlenmesi için rastgele sayılar tablosu kullanılarak 1-34 arasında sayı üretilmiştir. Örnekleme girecek numaralar EXCEL bilgisayar programındaki "S_SAYI_ÜRET" fonksiyonu kullanılarak belirlenmiştir.

Deney grubu: 1, 3, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 34.

Kontrol grubu: 2, 4, 5, 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 29, 32, 33.

Cinsel Yaşam Polikliniği'ndeki randevusuna gelenler arasından vajinismus tanısı konulan kadınlar klinik hemşiresi tarafından sıra ile kaydedilmiştir. Deney ve kontrol grubunun ayrımı araştırmada yer almayan ayrı bir klinik hemşiresi tarafından yapılmıştır. Klinik hemşiresine verilen sayılar tablosuna göre kadınlara üzerinde sıra numarası yazılı olan kapalı zarf verilmiştir. Kadınlar bu zarfları araştırmacıya vermiş, zarfların üzerine yalnızca sayı yazılı olup, içerisinde katılımcının hangi grupta olduğunu bildiren bir not bulunmamaktadır. Zarfı araştırmacı açmış ve kadının hangi gruba dahil olduğunu not

etmiştir. Örneklem grubuna alınan kadınlardan ve çalışanlarından deney ve kontrol grubunun bilgisi gizlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların birbirleriyle iletişime geçmeleri her biriyle tek görüşülerek ve farklı saatlere randevu verilerek engellenmiştir.

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri:

- 19-45 yaş aralığında olması,
- En az 6 aydır eşi/partneri olması,
- Vajinismus tanısı konulup, tedavi başlangıç aşamasında olması,

Örnekleme Dahil Edilme Edilmeme Kriterleri:

- Evlilik/ilişkisinde ciddi sorunu olması,
- Eşinde herhangi bir cinsel işlev bozukluğu olması,
- Psikiyatrik tanı konulmuş olması,
- İletişim sorunu (dil vb.) olmasıdır.

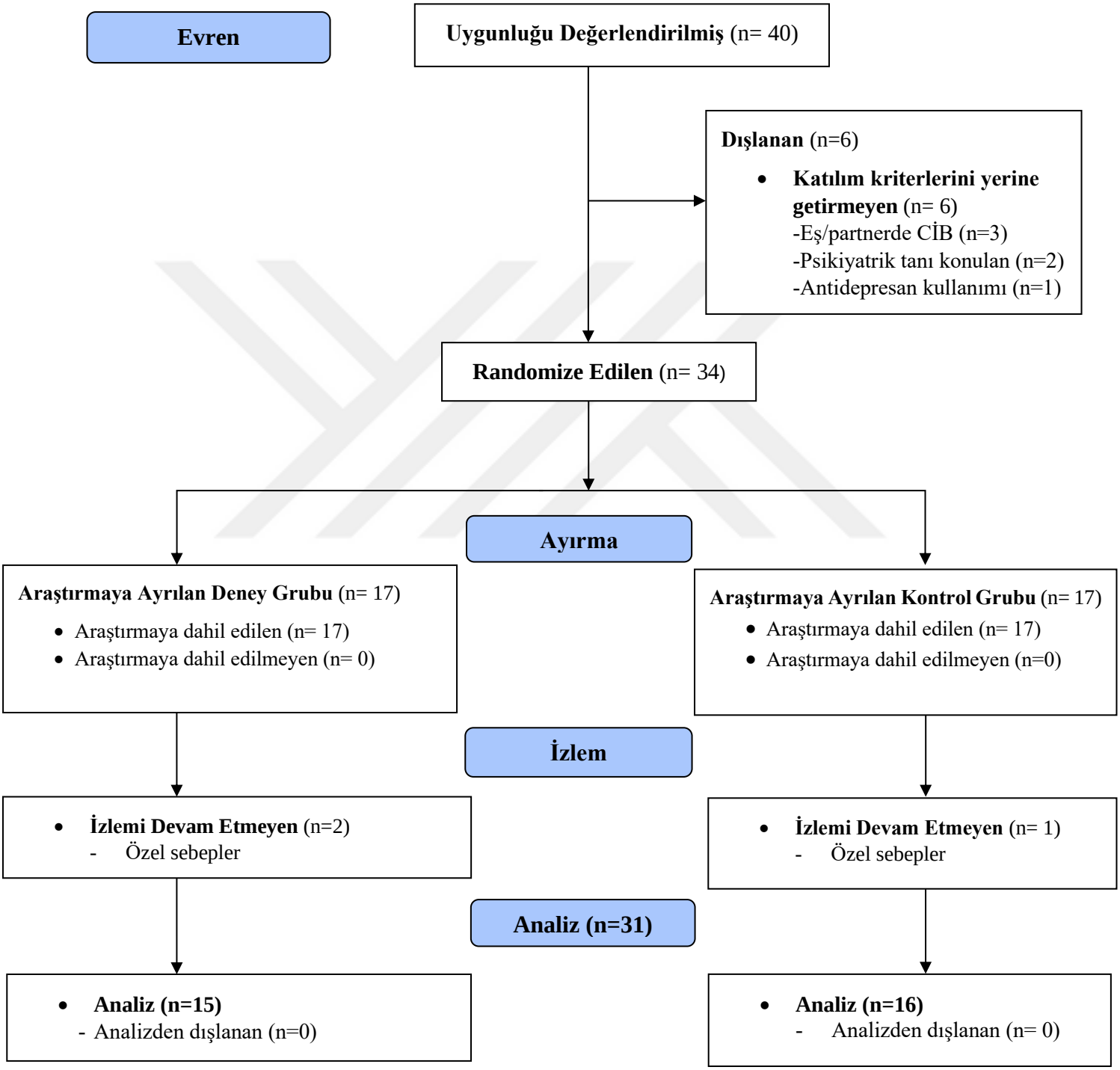
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Araştırma, Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar (Consolidated Standards of Reporting Trials-CONSORT) doğrultusunda yürütülmüş olup akış şeması Şekil 3-2'de belirtilmiştir.

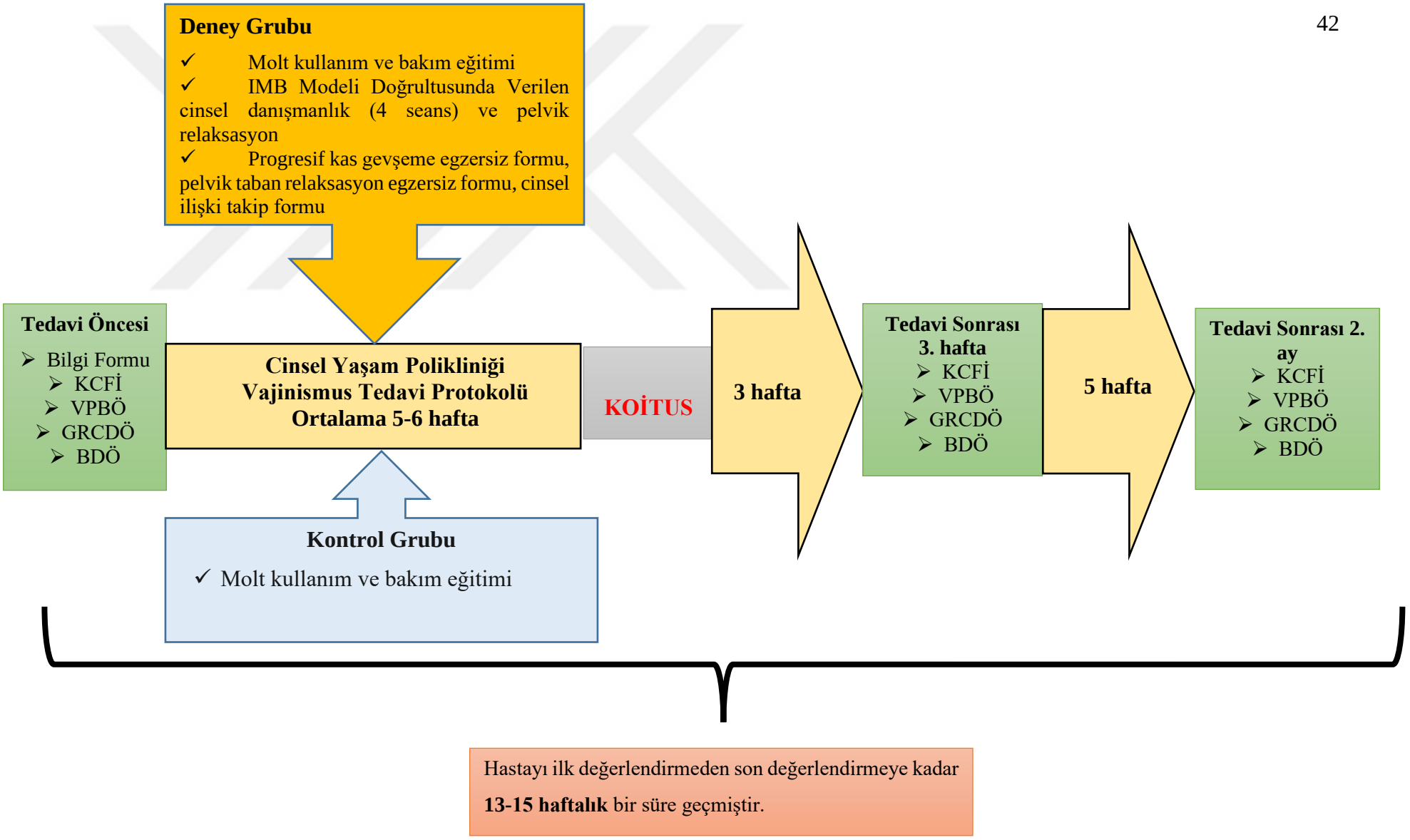
Randomizasyon yöntemiyle belirlenen deney ve kontrol grubuyla görüşmeler, zarfın araştırmacı tarafından açılması ve kadının hangi grupta olduğunun belirlenmesiyle başlamıştır. İlk görüşmede, çalışmanın amacı kadına anlatılmış, deney grubunda olan kadınlara Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (A) (EK 1.), kontrol grubunda olan kadınlara Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (B) (EK 2.) imzalatılmıştır. Her iki gruba da tedavi öncesi araştırmacı tarafından hazırlanan Bilgi Formu (EK 3.), Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) (EK 4.), Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ) (EK 5.), Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) (EK 6.), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK 7.) doldurtulmuştur. Tedavi sonrası olarak koitus baz alınmış, koitus sonrası 3.hafta ve 2. ay KCFİ, VPBÖ, GRCDÖ ve BDÖ tekrar doldurultulmuştur (Şekil 3-3).

CONSORT
TRANSPARENT REPORTING of TRIALS

CONSORT 2010 Akış Diyagramı



Şekil 3-2: Araştırmanın CONSORT Akış Şeması



Şekil 3-3: Araştırmanın Akış Şeması

Deney ve kontrol grupları ile görüşmeler, araştırmanın yürütüleceği klinikte daha önceden belirlenen özel bir odada yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır. Veri toplama aşamasında toplam 46 kadın ile görüşülmüştür. Bu kadınlardan 3'ünün eş/partnerinde cinsel işlev bozukluğu olması, 2'sinin psikiyatrik tanı konulmuş hastalığı olması ve 1'inin sürekli psikiyatrik ilaç kullanımından kaynaklı örneklem dışı bırakılmıştır. Formların anlaşılırlığı açısından pilot çalışma yapılan 5 kadın örnekleme dahil edilmemiştir. Deney grubundaki 2 kadın ve kontrol grubundaki 1 kadın tedaviye başladıktan sonra özel sebeplerden tedaviye devam edemeyeceklerini bildirmiş ve araştırmadan kendi istekleri ile çekilmiştir.

Kontrol Grubu

Kontrol grubundaki kadınlara Cinsel Yaşam Polikliniği vajinismus tedavi protokolü kapsamında, muayene sonrası verilen moltu evde önce kadın sonra da eşi tarafından bir hafta boyunca sabah ve akşam günde 2 kez olmak üzere vajinaya yerleştirme ve çıkarma şeklinde egzersiz yapması istenmiş, moltun bakımı ile ilgili ve su bazlı kayganlaştırıcı kullanması yönünde bilgiler verilmiştir. Bir hafta sonraki kontrole kadar telefonla aranmış ve moltu uygulama durumu değerlendirilmiştir.

Deney Grubu

Deney grubundaki kadınlara Cinsel Yaşam Polikliniği vajinismus tedavi protokolü girişimine ek olarak, araştırmacının literatür ve klinik tedavi protokollleri doğrultusunda hazırlamış olduğu "Vajinismus Hastaları İçin Cinsel Danışmanlık Kitapçığı"ndan (EK 8.) yola çıkarak, her seans için birebir eğitim verilmiş, egzersizler öğretilmiş, sonrasında kadının soruları cevaplandırılmıştır. Kitapçık için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Leyla Küçük'ten alınan uygunluk yazısı (EK 9.)'da yer almaktadır. Ayrıca Vajinismus Hastaları için Cinsel Danışmanlık Kitapçığı tez izleme komitesinde yer alan Prof. Dr. Nevin Şahin ve Doç. Dr. Funda Güngör Uğurlucan'ın uygunluğuna sunulmuştur.

Deney grubundaki kadınlara 4 seans IMB Modeli doğrultusunda hazırlanmış cinsel sağlık eğitimi verilmiştir. Eğitim modülü Tablo 3-1'de yer almaktadır.

Tablo 3-1: Deney Grubu IMB Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitim Modülü

		HEDEF	KONU	SEANSA ALINAN KİŞİ	YÖNTEM	ARAÇ-GEREÇ	SÜRE
I. Seans	**Bilgi (I) Aşaması**	− Hasta ile cinsel danışmanlığın sağlanması amacıyla güven verici bir ilişki kurma − Kadın ve erkek üreme organları hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlama	− Tanışma, hasta tanılama formlarını doldurtma − Üreme organları anatomisi ve fizyolojisi	-Vajinismus şikayetiyle başvuran kadın	- Birebir eğitim Soru-cevap	− Hasta bilgilendirme I. Seans kitapçığı − Kadın ve erkek üreme organı görselleri	- 45 dakika
	Motivasyon (M) Aşaması	- Güven verici iletişimin etkisiyle verilen egzersizleri yapmaya cesaretlendirme	- Üreme organlarının tanınmasıyla birlikte, verilen moltun doğru teknik ve sıklıkla uygulanması		- Her hafta bir sonraki seansa kadar haftada bir motivasyonel görüşme prensipleri kapsamında telefon ile görüşme	- Kadın ve erkek üreme organı görselleri - Molt	- Sabah-akşam günde 2 kez
	Davranış Becerileri (BS)	- Vajinasını tanıyabilme - Moltu doğru teknik ve sıklıkla uygulama					

I: Information M: Motivation BS: Behavioral Skills

		HEDEF	KONU	SEANSA ALINAN KİŞİ	YÖNTEM	ARAÇ-GEREÇ	SÜRE
II.Seans	**Bilgi (I) Aşaması**	− Cinsellik, cinsel sağlık kavramlarını açıklayabilme − Tüm vücudun gevşeyebilmesi amaçlanan progresif kas gevşeme egzersizi hakkında bilgi sahibi olma ve uygulayabilme − Bedeni keşfetmenin cinsellik açısından önemi kavrayabilme	− Cinsellik, cinsel sağlık − Progresif kas gevşeme teknikleri − Bedeni keşfetme egzersizi	-Vajinismus şikayetiyle başvuran kadın	− Birebir eğitim − Soru-cevap	− Hasta bilgilendirme II. Seans kitapçığı − Progresif kas gevşeme egzersizi takip formu (EK 11)	- 45 dk
	Motivasyon (M) Aşaması	- Progresif kas gevşeme teknikleri ve Bedeni keşfetme egzersizini uygulaması için cesaretlendirme	- Progresif kas gevşeme teknikleri, Bedeni keşfetme egzersizini ve moltun uygulaması		- Progresif gevşeme egzersizleri yapma için hatırlatıcı notlar yerleştirme ve günlüğünü doldurma - Beden algısını güçlendirmek amacıyla bedeni keşfetme egzersizini uygulamak için hatırlatıcı notlar yerleştirme - Her hafta bir sonraki seansa kadar haftada bir motivasyonel görüşme prensipleri kapsamında telefon ile görüşme	−Progresif kas gevşeme egzersizi takip formu - Molt	- Sabah-akşam günde 2 kez
	Davranış Becerileri (BS)	- Kendi bedeni ve cinsel organlarıyla ilgili zihninde olumlu düşüncüler geliştirme - Tüm vücudu gevşetebilme					

I: Information M: Motivation BS: Behavioral Skills

		HEDEF	KONU	SEANSA ALINAN KİŞİ	YÖNTEM	ARAÇ-GEREÇ	SÜRE
III.Seans	**Bilgi (I) Aşaması**	- Cinsel organları keşfetmenin cinsellik açısından önemi kavrayabilme - Pelvik tabanın gevşemesini sağlayacak pelvik taban relaksasyonun önemini kavrayabilme ve uygulayabilme	− Cinsel organları keşfetme egzersizi − Pelvik taban relaksasyon egzersizi	- Vajinismus şikayetiyle başvuran kadın	− Birebir eğitim − Soru-cevap	− Hasta bilgilendirme III. Seans kitapçığı − Pelvik taban relaksasyon egzersizi takip formu	− 45 dakika
	Motivasyon (M) Aşaması	- Cinsel organları keşfetme ve pelvik taban relaksasyon egzersizini uygulaması için cesaretlendirme	−Cinsel organları keşfetme egzersizi, Pelvik taban relaksasyon egzersizi ve moltun uygulanması		- Pelvik taban relaksasyon egzersizleri yapma için hatırlatıcı notlar yerleştirme ve günlüğünü doldurma - Cinsel organları keşfetme egzersizini uygulamak için hatırlatıcı notlar yerleştirme - Her hafta bir sonraki seansa kadar haftada bir motivasyonel görüşme prensipleri kapsamında telefon ile görüşme	- Pelvik taban relaksasyon egzersizi takip formu (EK 11.) - Molt	- Sabah akşam günde 2 kez - 10'ar kez - Sabah-akşam günde 2 kez
	Davranış Becerileri (BS)	- Rahatça cinsel organlarına dokunabilme - Pelvik relaksasyonun sağlanması					

I: Information M: Motivation BS: Behavioral Skills

		HEDEF	KONU	SEANSA ALINAN KİŞİ	YÖNTEM	ARAÇ-GEREÇ	SÜRE
IV.Seans	**Bilgi (I) Aşaması**	− Mastürbasyon egzersizinin tedavi açısından önemini kavrayabilme − Cinsel pozisyonlar hakkında bilgi sahibi olma	− Mastürbasyon egzersizi − Cinsel birleşme pozisyonları	Vajinismus şikayetiyle başvuran kadın	- Birebir eğitim - Soru-cevap	− Hasta bilgilendirme IV. Seans kitapçığı	− 45 dakika
	Motivasyon (M) Aşaması	- Koitus öncesi mastürbasyon egzersizlerini uygulamaya cesaretlendirme - Cinsellik hakkında eş ile konuşmaya cesaretlendirme	- Cinsel pozisyonlar hakkında bilgi sahibi olma, mastürbasyon egzersizi ve moltun uygulanması		- Mastürbasyon egzersizini uygulamak için hatırlatıcı notlar yerleştirme - Her hafta bir sonraki seansa kadar haftada bir motivasyonel görüşme prensipleri kapsamında telefon ile görüşme	- Hasta bilgilendirme IV. Seans kitapçığı - Molt - Cinsel ilişki takip formu (EK 10.)	- Gün içerisinde rahat hissettiği zamanda 15 dk - Sabah-akşam günde 2 kez
	Davranış Becerileri (BS)	- Koitus öncesi lubrikasyonun sağlanması - Cinsel doyumun artması					

I: Information M: Motivation BS: Behavioral Skills

3.6.1. Bilgi Formu

Literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen Bilgi Formu, 47 sorudan oluşmaktadır. Kadının sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan 11 soru (yaş, eğitim, evlilik/birliktelik süresi, çalışma durumu, ekonomik durum vb.), eşinin/partnerinin sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan 7 soru (yaş, eğitim, çalışma durumu, ekonomik durum vb.) ve cinsel yaşamı sorgulayan 29 (cinsel yaşamını tanımlama, evlilik öncesi cinsel bilgi düzeyi, cinsel sağlık eğitimi alma, cinsel yakınlaşmaya yönelik düşünce, cinsel deneyim, fiziki görünümden memnun olma, cinsel ilişki isteğini olduğunu ifade eden kişi, ön sevişme durumu, cinsel yakınlaşma sırasında eşin tavrı, klitoral orgazm yaşama durumu, cinsel yakınlaşma sonrası yaşanan duygu durumu, eşi/partneri çekici bulma durumu vb.) sorudan oluşmaktadır. (EK 3.)

3.6.2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) (The Female Sexual Function Index-FSFI)

Rosen ve ark. tarafından 2000 yılında Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla ABD'de geliştirilen 19 maddeden oluşan çok boyutlu bir ölçektir (Rosen ve ark 2000) (EK 4.). Aygin ve Aslan tarafından ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmalası yapılmıştır (Aygin ve Aslan 2005).

Ölçek son 4 haftadaki cinsel işlev ya da sorunları değerlendirmektedir. Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır. Bu ölçekte her bir başlık 0 veya 1 ile 6 arasında puanlanmıştır. Toplam puan aralığı 2 (en az) ile 36 (en fazla) arasındadır. Yüksek puan, daha iyi cinsel fonksiyona işaret eder. Cinsel işlev durumu KCFİ puanı 30 puan ve üzeri ise iyi, 23-29 puan arası ise orta, 23 puandan az ise kötü olarak sınıflandırılmıştır. KCFİ ölçeğinin kesme noktası 26.55'tir. KCFİ'nin toplam puanının "26.55 ve altında olması" cinsel işlev bozukluğu olduğunu gösterir. Ölçeğin, test tekrar test güvenilirlik ölçümü r=0.79 ile 0.82 aralığında, Cronbach alfa değeri 0.82 ve daha yüksek bulunmuştur (Rosen ve ark 2000, Wiegel ve ark 2005). Araştırmada KCFİ için elde edilen Cronbach's Alpha katsayıları sırasıyla 0,792; 0,941 ve 0,957 olup, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir. Ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için e-posta yolu ile Türkçe dil geçerliğini yapmış olan Dilek Aygin'den kullanım izni alınmıştır. (EK 12.)

3.6.3. Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ) (Vaginal Penetration Cognition Questionnaire-VPCQ)

Klaassen ve Ter Kuile tarafından geliştirilen 22 maddelik vajinal penetrasyonla ilgili kaygıların ciddiyetini ve ağırlığını ölçmede kullanılan yedili Likert tipi bir ölçektir. Ölçek maddeleri 0 (hiç uygun değil) – 6 (tamamen uygun) arasında puanlanmaktadır (Klaassen ve Ter Kuile 2009). (EK 5.) Doğan ve ark tarafından VPBÖ'nin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır (Doğan ve ark 2015). Ölçeğin, vajinal penetrasyonla ilişkili bilişleri gösteren beş alt ölçeği vardır. Bunlar; "Kontrol Bilişleri (1, 2, 6, 13, 16, 17, 20, 21)", "Olumlu Bilişler (3, 4, 12, 14, 18, 22) ", "Benlik-imgesi Bilişleri (15, 19)", "Felaketleştirme ve Ağrı Bilişleri (7, 9, 11)", "Cinsel (genital) Uyumsuzluk Bilişleri (5, 8, 10)"dir. Ölçekten alınan yüksek puan penetrasyonla ilgili kaygının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu beş alt ölçeğin güvenirliği 0.56-0.93 arasında bulunmuştur. Araştırmada toplam VPBÖ için elde edilen Cronbach's Alpha katsayıları sırasıyla 0,865; 0,859 ve 0,874 olup, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir. Ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için e-posta yolu ile Sultan Doğan'dan kullanım izni alınmıştır. (EK 13.)

3.6.4. Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction-GRISS)

Rust ve Golombock (1986) tarafından geliştirilmiş, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu yapılan analizler ile ortaya konulan bir ölçektir. Cinsel işlevlerin ve cinsel yaşam niteliğini değerlendirmeye yönelik geliştirilmiş bir ölçektir. GRCDÖ, kadın ve erkekler için iyi ayrı formda hazırlanmıştır. Kadın için geliştirilmiş GRCDÖ toplam 7 alt boyuttan oluşmaktadır ve toplam madde sayısı 28'dir (Rust ve Golombock 1986). (EK 6.) Maddelerin cevaplandırılması beşli likert tipi bir ölçek üzerinden yapılmakta "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "çoğunlukla", "her zaman" seçenekleri üzerinden yapılmaktadır. Her soru için sırası değişen 0-1-2-3-4 olarak puanlandırılmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde hem toplam hem alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilmektedir (Rust ve Golombock 1986). GRCDÖ Alt Boyutları; Sıklık (3, 15), İletişim (2, 16), Doyum (5, 10, 18, 22), Kaçınma (7, 13, 20, 23), Dokunma (9, 12, 19, 25), Vajinismus (6, 11, 17, 24), Orgazm bozukluğu (8, 14, 21, 28).

Genel cinsel işlevselliğin değerlendirmesinde yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Ham puanlar 1 ile 9 arasında

standart puanlara dönüştürülebilmekte, 5 ve üzerindeki puanlar cinsel soruna işaret etmektedir. Elde edilen toplam puan ilişkinin niteliği ile ilgili genel bir fikir vermekte olup, tanı koydurmaz. Alt boyut puanları ise ilişkinin çeşitli yönleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgi ortaya koymaktadır. Cronbach alfa iç tutarlılık değeri 0.94 belirtilmiştir. (Rust ve Golombock 1986). Araştırmada toplam GRCDÖ için elde edilen Cronbach's Alpha katsayıları sırasıyla 0,886; 0,936 ve 0,943 olup, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir. Tuğrul, Öztan ve Kabakçı tarafından GRCDÖ'nin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır (Tuğrul ve ark 1993). Ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için e-posta yolu ile Elif Kabakcı Barışkın'dan kullanım izni alınmıştır. (EK 14.)

3.6.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Beck Depression Inventory-BDI)

Beck (1961) tarafından geliştirilmiş, bireyin depresyon yönünden riskini belirlemeyi ve depresif belirtilerin düzey ve şiddet değişimini ölçen bir ölçektir. Ölçek tanı koydurmaz, depresyon belirtilerinin derecesini objektif sayılara döker (Beck 1961). Her madde, depresyona dair davranışsal bir örüntüyü belirler ve 0-3 arasında puan alır. Toplam puan 0-63 arasında değişir. 0-9 puan hiç yok/minimal, 10-18 puan hafif, 19-29 orta, 30-63 şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir. Ölçekteki maddeler, depresyon belirtilerine ilişkindir. Bu belirtiler sırasıyla; depresfif ruh durumu, karamsarlık, başarısızlık, doyumsuzluk, suçluluk duyguları, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, cezalandırılma isteği, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imaj, iş yapamama, uyku bozukluğu, çabuk yorulma, iştah kaybı, kilo kaybı, somatik kaygılar ve libido kaybıdır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Hisli (1989) tarafından yapılmış olup, kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir (Hisli 1989) (EK 7.) Araştırmada toplam BDÖ için elde edilen Cronbach's Alpha katsayıları sırasıyla 0,925; 0,932 ve 0,935 olup, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir. BDÖ'nin çalışmada kullanılabilmesi için Nesli Hisli Şahin'den e-posta yoluyla izin alınmıştır. (EK 15.)

3.7. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel

değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin takiplerinin değerlendirilmesinde Repeated Measures test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni test; normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin takiplerinin değerlendirilmesinde ise Friedman test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni-Dunn test kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton testi ve Fisher's Exact testi kullanılmıştır. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik izni için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Sayı: 893 Tarih: 11.06.2018) (EK-16). Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı (EK-17) ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan (EK 18) yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın amacı ve elde edilen verilerin bilimsel amaçlar için yayınlanacağına dair açıklamaları içeren şekilde Helsinki Bildirgesi'ne göre onam formu hem deney (EK 1.) hem de kontrol grubu (EK 2.) için ayrı ayrı hazırlanmış ve araştırma kapsamına alınan kadınlardan yazılı onam alınmıştır. Deney grubuna cinsel danışmalık sırasında verilen "Vajinismus Hastaları İçin Cinsel Danışmanlık Kitapçığı"nın araştırma bitiminde kontrol grubundaki kadınlara verilmiştir.

3.9. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Güçlü Yönleri

- Randomize kontrollü deneysel tasarımlı bir araştırma olması,
- Cinsel danışmanlıkta verilen eğitimin IMB Modeli eşliğinde planlanması ve yürütülmesi,
- "Vajinismus Hastaları İçin Cinsel Danışmanlık Kitapçığı" geliştirilmesi,

Sınırlı Yönleri

- Türkiye'de vajinismus ile ilgili yapılmış benzer çalışmaya rastlanmaması ve dünyada vajinismus ile ilgili sınırlı kaynak bulunmasının tezin "Tartışma" bölümünü sınırlaması,
- Cinsel danışmanlığın eş/partnerlerinin iş yerinden izin alamaması nedeniyle sadece kadınlara verilmesi,
- Eve ödev olarak verilen egzersizlerde kadının yanında olunmaması ve bu nedenle egzersizleri düzenli uyguladığına dair sözlü ve yazılı (takip formu aracılığıyla) beyanına güvenilmesi,
- Uzun dönem izlemlerin yapılamaması,
- Farklı modellerle karşılaştırmalı grupların olmamasıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın sonuçları, tablolar, grafikler eşliğinde istatistiksel analizleriyle 2 başlık altında sunulmuştur;

4.1. Kadınların ve eş/partnerlerinin sosyo-demografik, genel sağlık ve cinsel yaşam özelliklerine ilişkin bulgular,

4.2. Kadınların Tedavi Öncesi (TÖ), Tedavi Sonrası (TS) 3. Hafta ve TS 2. Aydaki Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) ve Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'nden aldığı puanlarının karşılaştırılması ve korelasyonuna ilişkin bulgular.

4.1. Kadınların ve Eş/Partnerlerinin Sosyo-Demografik, Genel Sağlık ve Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların ve partnerlerinin sosyo-demografik, genel sağlık ve cinsel yaşam özelliklerine ilişkin bulgulara tablolar ve istatistiksel analizler eşliğinde yer verilmiştir. Çalışma %50,0'si (n=17) deney grubunda, %50,0'si (n=17) kontrol grubunda yer alan toplam 34 kadın olgu ile gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4-1: Kadınların Sosyo-Demografik ve Genel Sağlık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler		Toplam (n=34)	Deney Grubu (n=17)	Kontrol Grubu (n=17)	*p*
Yaş (yıl)	*Min-Mak (Medyan)*	19-41 (26,5)	19-37 (26)	20-41 (27)	[a]*0,410*
	Ort±Ss	27,59±5,32	26,82±5,54	28,35±5,15	
BKİ (kg/m^2)	*Min-Mak (Medyan)*	15,8-39,6 (22,9)	15,8-39,6 (23,4)	19,5-30,4 (22,7)	[a]*0,500*
	Ort±Ss	23,93±4,64	24,47±5,81	23,38±3,15	
Evlilik/Birliktelik süresi (ay)	*Min-Mak (Medyan)*	2-168 (12)	2-144 (10)	6-168 (12)	[e]*0,945*
	Ort±Ss	33,44±42,11	34,59±42,29	32,29±43,19	
Eğitim durumu	**Lise ve altı**	10 (29,4)	5 (29,4)	5 (29,4)	[b]*1,000*
	Ön lisans ve üzeri	24 (70,6)	12 (70,6)	12 (70,6)	
Çalışma durumu	**Evet**	13 (38,2)	8 (47,1)	5 (29,4)	[b]*0,290*
	Hayır	21 (61,8)	9 (52,9)	12 (70,6)	
Gelir durumu	**Gelir giderden az**	4 (11,8)	2 (11,8)	2 (11,8)	[c]*1,000*
	Gelir gidere eşit	22 (64,7)	11 (64,7)	11 (64,7)	
	Gelir giderden fazla	8 (23,5)	4 (23,5)	4 (23,5)	
Sigara kullanımı	**Evet**	28 (82,4)	14 (82,4)	14 (82,4)	[d]*1,000*
	Hayır	6 (17,6)	3 (17,6)	3 (17,6)	
Alkol kullanımı	**Evet**	29 (85,3)	12 (70,6))	0 (0)	***[d]0,044****
	Hayır	5 (14,7)	5 (29,4	17 (100)	
Ameliyat olma durumu	**Evet**	7 (20,6)	4 (23,5)	3 (17,6)	[d]*1,000*
	Hayır	27 (79,4)	13 (76,5)	14 (82,4)	

[a]*Student t Test* [b]*Pearson Chi-Square Test* [c]*Fisher Freeman Halton Test*
[d]*Fisher's Exact Test* [e]*Mann Whitney U Test* **p<0,05*

Kadınların ve eş/partnerlerinin sosyo-demografik, genel sağlık ve cinsel yaşam özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4-1'de verilmiştir.

Kadınların yaşları 19 ile 41 arasında değişmekte olup, ortalama 27,59±5,32 yıldır. Boy ölçümleri 1,5 ile 1,7 m arasında değişmekte olup, ortalama 1,61±0,06 m; kilo ölçümleri 43 ile 100 kg arasında değişmekte olup, ortalama 61,94±11,71 kg; BKİ ölçümleri 15,8 ile 39,6 kg/m^2 arasında değişmekte olup, ortalama 23,93±4,64 kg/m^2 olup, normal kilodadır.

Evli olanların oranı %94,1 (n=32) olup, tümünün ilk evliliği olduğu saptanmıştır. Evlilik/Beraberlik süreleri 2 ile 168 ay arasında değişmekte olup, ortalama 33,44±42,11 aydır.

Eğitim durumları incelendiğinde; %14,7 (n=5) ilkokul mezunu, %2,9 (n=1) ortaokul mezunu, %11,8 (n=4) lise mezunu, %5,9 (n=2) ön lisans mezunu, %58,8 (n=20) lisans mezunu ve %5,9 (n=2) lisansüstü mezun olduğu gözlenmiştir.

Olguların %38,2'si (n=13) çalışırken, %61,8'i (n=21) çalışmamaktadır. Ev hanımı oranı %50,0 (n=17), serbest meslekte çalışan oranı %17,6 (n=6), işçi oranı %5,9 (n=2), memur oranı %20,6 (n=7) ve öğrenci oranı %5,9 (n=2) olarak bulunmuştur.

Geliri giderden az olan %11,8 (n=4), geliri giderine denk %64,7 (n=22) ve geliri giderinden fazla %23,5 (n=8) oranında olgu vardır.

Olguların %82,4'ü (n=28) sigara kullanmakta, %85,3'ü (n=29) alkol kullanmaktadır. Kronik hastalığı olan bir olgu bulunmaktadır ve bu olgu tiroid hastasıdır. Daha önce ameliyat olan %20,6 (n=7) oranında, sürekli ilaç kullanan %5,9 (n=2) oranında olgu bulunmaktadır.

Olguların kimlerle birlikte yaşadığı incelendiğinde; %79,5'inin (n=27) sadece eşiyle, %2,9'unun (n=1) eşi ve çocuklarıyla, %8,8'inin (n=3) eşi ve aile büyükleriyle, %5,9'unun (n=2) yalnız, %2,9'unun (n=1) öğrenci yurdunda yaşadığı bilgisine ulaşılmıştır.

Gruplara göre yaş ve BKİ ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre evlilik/birliktelik süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sigara kullanımına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Alkol kullanımına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,044$; $p<0,05$); kontrol grubunda alkol kullanma oranı deney grubundan yüksek bulunmuştur.

Daha önce ameliyat olma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplar sosyo-demografik ve genel sağlık özellikleri açısından benzerdir.

Tablo 4-2: Kadınların Eş/Partnerlerinin Sosyo-Demografik ve Genel Sağlık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler		Toplam (n=34)	Deney grubu (n=17)	Kontrol grubu (n=17)	*p*
Eş/Partner yaşı (yıl)	*Min-Mak (Medyan)*	20-45 (30)	24-45 (29)	20-40 (32)	[a]*0,975*
	Ort±Ss	30,97±5,40	30,94±5,65	31,00±5,32	
Eş/Partner eğitim durumu	**Lise ve altı**	9 (26,5)	5 (29,4)	4 (23,5)	[d]*1,000*
	Ön lisans ve üzeri	25 (73,5)	12 (70,6)	13 (76,5)	
Eş/Partner mesleği	**Serbest meslek**	16 (47,1)	7 (41,2)	9 (52,9)	[c]*0,665*
	İşçi	7 (20,6)	3 (17,6)	4 (23,5)	
	Memur	11 (32,4)	7 (41,2)	4 (23,5)	
Eş/Partner sigara kullanma durumu	**Evet**	19 (55,9)	7 (41,2)	12 (70,6)	[b]*0,084*
	Hayır	15 (44,1)	10 (58,8)	5 (29,4)	
Eş/Partner alkol kullanma durumu	**Evet**	26 (76,5)	11 (64,7)	15 (88,2)	[d]*0,225*
	Hayır	8 (23,5)	6 (35,3)	2 (11,8)	

[a]*Student t Test* [b]*Pearson Chi-Square Test* [c]*Fisher Freeman Halton Test*
[d]*Fisher's Exact Test*

Kadınların eş/partnerlerinin sosyo-demografik, genel sağlık ve cinsel yaşam özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4-2'de verilmiştir.

Eş/Partner yaşları 20 ile 45 arasında değişmekte olup, ortalama 30,97±5,40 yıldır. Eş/Partner eğitim durumları incelendiğinde; %5,9 (n=2) ilkokul mezunu, %14,7 (n=5) ortaokul mezunu, %5,9 (n=2) lise mezunu, %5,9 (n=2) ön lisans mezunu, %52,9 (n=18) lisans mezunu ve %14,7 (n=5) lisansüstü mezun olduğu belirlenmiştir.

Eşlerin/Partnerlerin %94,1'i (n=32) çalışırken, %5,9'u (n=2) çalışmamaktadır. Serbest meslekte çalışan oranı %44,1 (n=15), işçi oranı %20,6 (n=7), memur oranı %32,4 (n=11) ve öğrenci oranı %2,9 (n=1) olarak bulunmuştur.

Eşlerin/Partnerlerin %55,9'u (n=19) sigara kullanmakta, %76,5'i (n=26) alkol kullanmaktadır.

Gruplara göre eş/partner yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Eş/Partner eğitim durumu ve mesleğine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Eş/Partner sigara ve alkol kullanımına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kadınların eş/partnerlerinin sosyo-demografik ve genel sağlık özellikleri açısından gruplar benzerdir.

Tablo 4-3: Kadınların Cinsel Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Değişkenler		Toplam (n=34)	Deney Grubu (n=17)	Kontrol Grubu (n=17)	*p*
Cinsel deneyim yaşama	**Cinsel ilişkiye hiç girememiş**	23 (67,6)	12 (70,6)	11 (64,7)	[d]*0,273*
	Denemiş ancak sürdürememiş	9 (26,5)	3 (17,6)	6 (35,3)	
	Klitoral orgazm yaşamış	2 (5,9)	2 (11,8)	0 (0)	
Cinsel yakınlaşma sıklığı	**Günde 1 ve üstü**	6 (17,6)	5 (29,4)	1 (5,9)	[c]*0,057*
	İki günde1 kez	5 (14,7)	0 (0)	5 (29,4)	
	Haftada 1-2 kez	15 (44,1)	8 (47,1)	7 (41,2)	
	İki haftada 1 veya daha az	8 (23,5)	4 (23,5)	4 (23,5)	
Şu anki cinsel yaşam tanımlaması	**Çok kötü-Kötü**	13 (38,2)	6 (35,3)	7 (41,2)	[c]*0,825*
	Orta	13 (38,2)	6 (35,3)	7 (41,2)	
	İyi	8 (23,5)	5 (29,4)	3 (17,6)	
Evlilik/İlişki öncesi yeterli cinsel bilgiye sahip olma	**Evet**	7 (20,6)	1 (5,9)	6 (35,3)	[c]*0,085*
	Hayır	27 (79,4)	16 (94,1)	11 (64,7)	
Cinsel sağlık eğitimi alma	**Evet**	11 (32,4)	5 (29,4)	6 (35,3)	[b]*0,714*
	Hayır	23 (67,6)	12 (70,6)	11 (64,7)	
Cinsel ilişki denildiğinde ilk akla gelen şey	**Zevk**	5 (14,7)	3 (17,6)	2 (11,8)	[c]*0,796*
	Gereklilik	9 (26,5)	5 (29,4)	4 (23,5)	
	Acı/Ağrı/Korku	20 (58,8)	9 (52,9)	11 (64,7)	
Bekâretin evliliğe kadar saklanması gerektiğini düşünme durumu	**Evet**	28 (82,4)	15 (88,2)	13 (76,5)	[d]*0,656*
	Hayır	6 (17,6)	2 (11,8)	4 (23,5)	
Eş/Partner ile tanışma şekli	**Kendi kararları**	29 (85,3)	15 (88,2)	14 (82,4)	[d]*1,000*
	Kendilerinin ve ailenin kararı	5 (14,7)	2 (11,8)	3 (17,6)	
Eş/Partner ile geçim durumu	**Çok iyi**	16 (47,1)	9 (52,9)	7 (41,2)	[c]*0,822*
	İyi	11 (32,3)	5 (29,4)	6 (35,3)	
	Orta	7 (20,6)	3 (17,6)	4 (23,5)	
Eşi/Partneri çekici bulma durumu	**Hayır/Nadiren**	5 (14,7)	2 (11,8)	3 (17,6)	[c]*0,621*
	Sıklıkla	8 (23,5)	3 (17,6)	5 (29,4)	
	Her zaman	21 (61,8)	12 (70,6)	9 (52,9)	
Kliniğe başvurmak isteyen kişi	**Kendisi**	15 (44,1)	8 (47,1)	7 (41,2)	[c]*1,000*
	Eşi/Partneri	4 (11,8)	2 (11,8)	2 (11,8)	
	Her ikisi de	15 (44,1)	7 (41,2)	8 (47,1)	

[b]*Pearson Chi-Square Test* [c]*Fisher Freeman Halton Test* [d]*Fisher's Exact Test*

Kadınların cinsel deneyimlerine ilişkin bulguları Tablo 4-3'de verilmiştir.

Cinsel deneyimler incelendiğinde; %67,6'sının (n=23) cinsel ilişkiye hiç giremediği, %26,5'inin (n=9) kanama ve/veya acı sonrası ilişkiye devam edemediği ve %5,9'unun (n=2) klitoral orgazm yaşadığı gözlenmiştir.

Cinsel yakınlaşma (penetrasyon dışı öpüşme, ön sevişme, mastürbasyon gibi aktiviteleri kapsar) sıklıkları incelendiğinde; %17,6 (n=6) günde 1 ve daha çok kez, %14,7 (n=5) iki günde 1 kez, %44,1 (n=15) haftada 1-2 kez, %11,8 (n=4) iki haftada 1 kez ve %11,8 (n=4) ayda 1 kez ilişki olduğu bildirilmiştir. Olguların %5,9'u (n=2) şu anki cinsel yaşamını çok kötü, %32,4'ü (n=11) kötü, %38,2'si (n=13) orta ve %23,5'i (n=8) iyi olarak tanımlamıştır.

Evlilik/İlişki öncesi cinsel bilgiye sahip olan %20,6 (n=7) oranında olgu bulunmaktadır. Olguların %67,6'sı (n=23) cinsellik hakkında bilgi almazken, %5,9'u (n=2) anneden, %11,8'i (n=4) akrabadan, %11,8'i (n=4) internetten ve %2,9'u (n=1) okuldan bilgi almıştır.

Olgulara cinsel ilişki denildiğinde ilk akıllarına gelen şey sorulduğunda; %14,7'si (n=5) zevk, %26,5'i (n=9) gereklilik, %32,4'ü (n=11) acı/ağrı, %23,5'i (n=8) korku ve %2,9'u (n=1) günah yanıtını vermiştir.

Olguların %82,4'ü (n=28) bekâretin evliliğe kadar saklanması gerektiğini düşünmektedir. Evlenmeden önce eşiyle cinsel ilişkiye giren olgu oranı %20,6 (n=7) olarak bulunmuştur.

Tanışma şekilleri incelendiğinde; %85,3'ünün (n=29) kendi kararlarıyla, %11,8'inin (n=4) kendi kararları ve aile kararıyla, %2,9'unun (n=1) ise aile kararıyla tanıştığı belirlenmiştir.

Olguların %47,1'i (n=16) eşi/partneri ile çok iyi geçindiğini, %32,3'ü (n=11) iyi geçindiğini ve %20,6'sı (n=7) orta halli geçindiğini belirtmiştir. Olguların %2,9'u (n=1) eşini/partnerini çekici bulmazken, %11,8'i (n=4) nadiren, %23,5'i (n=8) sıklıkla ve %61,8'i (n=21) her zaman çekici bulduğunu ifade etmiştir.

Kliniğe ilk olarak başvurmak isteyen kişiler incelendiğinde; %44,1 (n=15) olgunun kendisi, %11,8 (n=4) eşi/partneri, %44,1 (n=15) her ikisinin de olduğu belirlenmiştir.

Gruplara göre cinsel deneyim durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Gruplara göre cinsel ilişki sıklığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken (p=0,057; p>0,05); deney grubunda günde 1 ve daha çok kez ilişki oranının kontrol grubundan yüksek olması; kontrol grubunda iki günde 1 kez ilişki oranın deney grubundan yüksek olması dikkat çekicidir.

Gruplara göre şu anki cinsel yaşam tanımlaması istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Evlilik/İlişki öncesi yeterli cinsel bilgiye sahip olma durumu ve cinsel bilgi alma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Gruplara göre cinsel ilişki denildiğinde ilk akla gelen durumlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Bekâretin evliliğe kadar saklanması gerektiğini düşüncesi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Gruplara göre tanışma şekli istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Eş/Partner ile geçim durumu ve eşi/partneri çekici bulma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Gruplara göre kliniğe ilk başvurmak isteyen kişi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Gruplar cinsel deneyim özellikleri açısından benzerdir.

Tablo 4-4: Kadınların Cinsel Yakınlaşma Öncesi, Sırası ve Sonrası Özelliklerinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Değişkenler		Toplam (n=34)	Deney grubu (n=17)	Kontrol grubu (n=17)	*p*
Fiziki görünümden memnun olma	**Hiç/Biraz**	20 (58,8)	11 (64,7)	9 (52,9)	[b]*0,486*
	Çok	14 (41,2)	6 (35,3)	8 (47,1)	
Eşin/Partnerin yanında soyunmaktan rahatsız olma	**Evet**	7 (20,6)	2 (11,8)	5 (29,4)	[d]*0,398*
	Hayır	27 (79,4)	15 (88,2)	12 (70,6)	
Eşin/Partnerin vajinaya dokunmasından rahatsız olma	**Evet**	9 (26,5)	3 (17,6)	6 (35,3)	[d]*0,438*
	Hayır	25 (73,5)	14 (82,4)	11 (64,7)	
Eşin/Partnerin penisine dokunmaktan rahatsız olma	**Evet**	7 (20,6)	1 (5,9)	6 (35,3)	[d]*0,085*
	Hayır	27 (79,4)	16 (94,1)	11 (64,7)	
Meniye dokunmaktan rahatsız olma	**Evet**	19 (55,9)	9 (52,9)	10 (58,8)	[b]*0,730*
	Hayır	15 (44,1)	8 (47,1)	7 (41,2)	
Evlendikten sonra mastürbasyon yapma	**Evet**	17 (50,0)	9 (52,9)	8 (47,1)	[b]*0,732*
	Hayır	17 (50,0)	8 (47,1)	9 (52,9)	
Cinsel konuları eş/partner ile konuşma	**Evet**	28 (82,4)	13 (76,5)	15 (88,2)	[d]*0,656*
	Hayır	6 (17,6)	4 (23,5)	2 (11,8)	
Cinsel ilişki isteği olduğunu ifade eden kişi	**Eş/Partner**	28 (82,4)	16 (94,1)	12 (70,6)	[d]*0,175*
	Kendisi	6 (17,6)	1 (5,9)	5 (29,4)	
Cinsel yakınlaşma sırasında eşin/partnerin tavrı	**Kendisini düşünür**	6 (17,6)	3 (17,6)	3 (17,6)	[c]*0,713*
	Beni de düşünür	7 (20,6)	5 (29,4)	2 (11,8)	
	Daha çok beni düşünür	7 (20,6)	3 (17,6)	4 (23,5)	
	Birlikte hareket edilir	14 (41,2)	6 (35,3)	8 (47,1)	
Klitoral orgazm yaşama durumu	**Evet**	24 (70,6)	14 (82,4)	10 (58,8)	[b]*0,132*
	Hayır	10 (29,4)	3 (17,6)	7 (41,2)	
Cinsel yakınlaşma sonrası hissiyat	**Rahat**	19 (55,9)	11 (64,7)	8 (47,1)	[c]*0,524*
	Gergin	8 (23,5)	4 (23,5)	4 (23,5)	
	Kirli-Suçlu	7 (20,6)	2 (11,8)	5 (29,4)	

[b]*Pearson Chi-Square Test* [c]*Fisher Freeman Halton Test* [d]*Fisher's Exact Test*

Kadınların cinsel yakınlaşma öncesi, sırası ve sonrası özelliklerinin değerlendirilmesine ilişkin bulgular Tablo 4-4'de verilmiştir.

Olguların %8,8'i (n=3) fiziki görünümünden hiç memnun olmadığını, %50,0'si (n=17) biraz memnun olduğunu ve %41,2'si (n=14) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Eşin/Partnerin yanında soyunmaktan rahatsız olan olgu oranı %20,6 (n=7) olarak bulunmuştur.

Eşin/Partnerin vajinaya dokunmasından rahatsız olan olgu oranı %26,5 (n=9), eşin/partnerin penisine dokunmaktan rahatsız olan olgu oranı %20,6 (n=7), meniye dokunmaktan rahatsız olan olgu oranı %55,9 (n=19) saptanmıştır.

Evlendikten sonra mastürbasyon yapma durumu incelendiğinde; %2,9'unun (n=1) sık sık, %17,7'sinin (n=6) bazen, %29,4'ünün (n=10) nadiren yaptığı, %50,0'sinin (n=17) ise hiç yapmadığı gözlenmiştir.

Olguların %82,4'ü (n=28) cinsel konuları eşi/partneri ile konuşurken, %17,6'sı konuşmamaktadır. Cinsel ilişki isteğinin eşten/partnerden gelme oranı %82,4 (n=28), olgunun kendisinden gelme oranı %17,6 (n=6) olarak bulunmuştur. Ön sevişme yapan %94,1 (n=32) oranında olgu bulunmaktadır.

Cinsel yakınlaşma sonrasında eşin/partnerin tavrı sorulduğunda; olguların %17,6'sı (n=6) kendisini düşünür, %20,6'sı (n=7) beni de düşünür, %20,6'sı (n=7) daha çok beni düşünür ve %41,2'si (n=14) birlikte hareket ederiz yanıtını vermiştir.

Olguların %2,9'u (n=1) kadının, %8,9'u (n=3) erkeğin, %88,2'si (n=30) her iki tarafın da orgazma ulaşmasının önemli olduğunu düşünmektedir. Klitoral orgazm yaşayan olgu oranı %70,6 (n=24) iken, %29,4'lük (n=10) kısım hiç orgazm olmamıştır.

Cinsel yakınlaşma sonrası olguların %55,9'u (n=19) rahat, %23,5'i (n=8) gergin, %11,8'i (n=4) kirli ve %8,8'i (n=3) suçlu hissetmektedir.

Fiziki görünümden memnun olma ve eşin/partnerin yanında soyunmaktan rahatsız olma durumlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Eşin/Partnerin vajinaya dokunmasından, eşin/partnerin penisine dokunmaktan ve meniye dokunmaktan rahatsız olma durumlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre evlendikten sonra mastürbasyon yapma durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Cinsel konuları eş/partner ile konuşma durumu, cinsel ilişki isteği olduğunu ifade eden kişi ve cinsel ilişki sırasında eşin/partnerin tavrına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Klitoral orgazm yaşama durumu ve cinsel yakınlaşma sonrası hissiyata göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplar cinsel yakınlaşma özellikleri açısından benzer bulunmuştur.

4.2. Kadınların Tedavi Öncesi (TÖ), Tedavi Sonrası (TS) 3. Hafta ve TS 2. Aydaki Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'nden Aldığı Puanlarının Karşılaştırılması ve Korelasyonuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınların tedavi öncesi, tedavi sonrası 3. hafta ve tedavi sonrası 2. ay değerlendirmede KCFİ, VPBÖ, GRCDÖ ve BDÖ'nden aldığı puanların karşılaştırılması ve korelasyonuna ilişkin bulgular, istatistiksel analiz, tablolar ve grafikler eşliğinde sunulmuştur.

Tablo 4-5: Kadınların Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) Toplam Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Değişkenler		**Toplam (n=31)**	**Deney Grubu (n=15)**	**Kontrol Grubu (n=16)**	***p***
TÖ Toplam Cinsel Fonksiyon	*Min-Mak (Medyan)*	34-79 (58)	38-79 (67)	34-68 (55)	[a]*0,228*
	Ort±Ss	57,68±11,22	60,27±13,27	55,25±8,63	
TS 3.hafta Toplam Cinsel Fonksiyon	*Min-Mak (Medyan)*	30-88 (61)	54-88 (71)	30-85 (55,5)	***[a]0,003****
	Ort±Ss	64,16±14,69	71,80±11,69	57,00±13,81	
TS 2.ay toplam Cinsel Fonksiyon	*Min-Mak (Medyan)*	33-90 (67)	58-90 (73)	33-87 (59)	***[a]0,001****
	Ort±Ss	66,32±15,19	75,47±9,88	57,75±14,44	
		[f]p	***0,001****	*0,539*	
Fark (TS 3. hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-13-33 (7)	-1-23 (13)	-13-33 (-0,5)	***[e]0,007****
	Ort±Ss	6,48±11,23	11,53±7,99	1,75±11,97	
Fark (TS 2. ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-14-35 (7)	3-30 (17)	-14-35 (0)	***[e]0,003****
	Ort±Ss	8,65±12,52	15,20±8,88	2,50±12,51	
Fark (TS 2. ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-9-16 (2)	-5-16 (3)	-9-11 (2)	[e]*0,203*
	Ort±Ss	2,16±5,56	3,67±5,73	0,75±5,17	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası
[a]*Student t Test* [e]*Mann Whitney U Test* [f]*Repeated Measures Test* **p<0,01

Kadınların KCFİ toplam puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulgular Tablo 4-5'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi toplam cinsel fonksiyon puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,228; p>0,05).

Gruplara göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,003) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,001) toplam cinsel fonksiyon puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,01); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

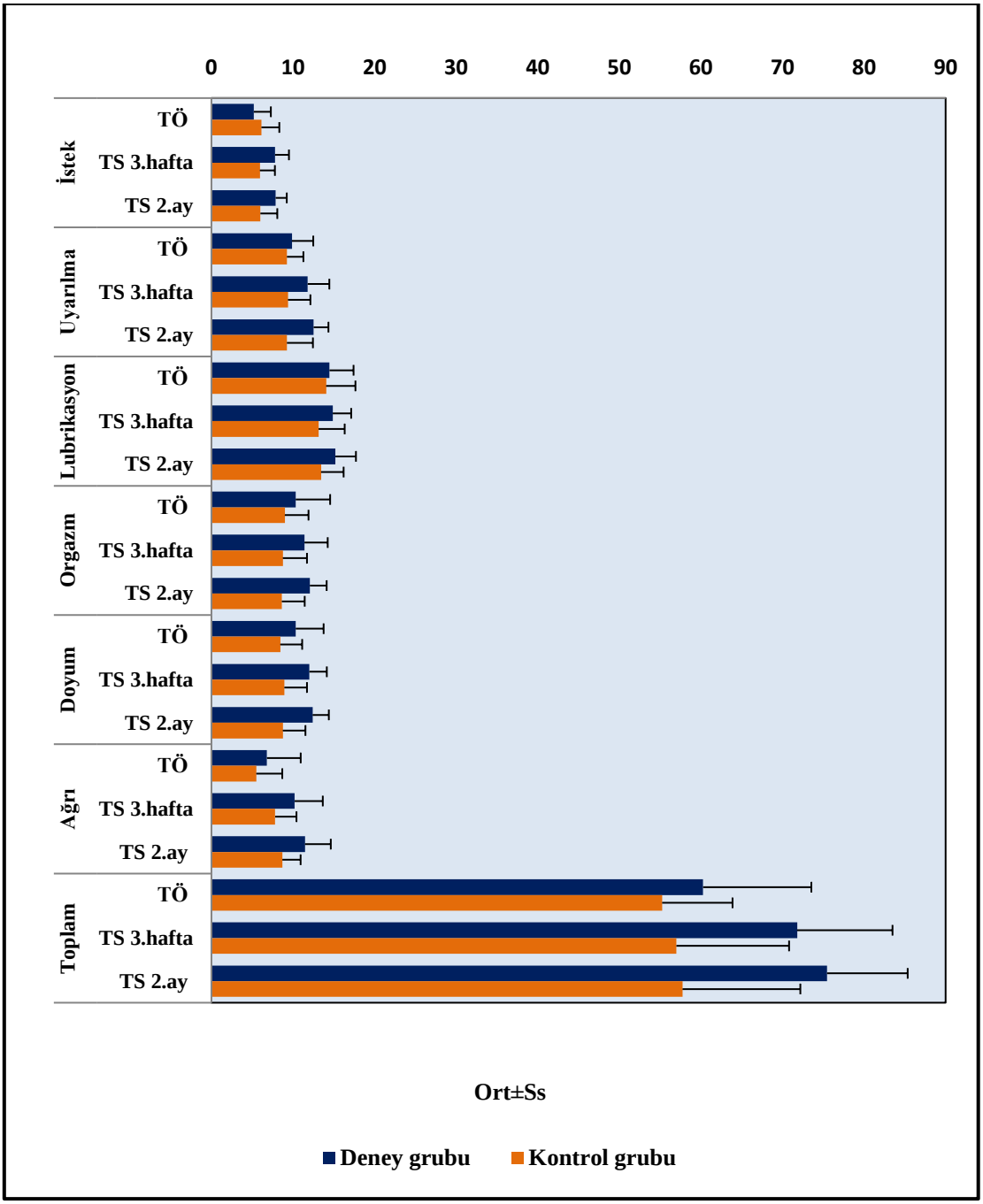
Deney grubunda; toplam cinsel fonksiyon puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,001) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,001) toplam cinsel fonksiyon puanlarındaki artış anlamlı bulunmuştur (p<0,01). Tedavi sonrası 3. hafta ve 2.ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; toplam cinsel fonksiyon puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,539; p>0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta toplam cinsel fonksiyon puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,007; p<0,01).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay toplam cinsel fonksiyon puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,003; p<0,01).

Tedavi sonrası 3. hafta toplam cinsel fonksiyon puanlarına göre tedavi sonrası 2.ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,203; p>0,05).



Şekil 4-1: Gruplara Göre Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) Puanlarının Dağılımı

Tablo 4-6: Kadınların KCFİ'nin İstek Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		Toplam (n=31)	Deney Grubu (n=15)	Kontrol Grubu (n=16)	*p*
TÖ İstek	*Min-Mak (Medyan)*	2-10 (6)	2-9 (5)	2-10 (6)	[a]*0,238*
	Ort±Ss	5,68±2,15	5,20±2,08	6,13±2,19	
TS 3.hafta İstek	*Min-Mak (Medyan)*	2-10 (7)	4-10 (8)	2-9 (6)	***[a]0,007****
	Ort±Ss	6,84±1,98	7,80±1,70	5,94±1,84	
TS 2.ay İstek	*Min-Mak (Medyan)*	2-10 (7)	6-10 (8)	2-8 (6,5)	***[a]0,006****
	Ort±Ss	6,90±1,97	7,87±1,36	6,00±2,07	
		[f]p	***0,018****	*0,971*	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-8-8 (2)	-5-8 (4)	-8-6 (-1)	***[e]0,041****
	Ort±Ss	1,16±3,91	2,60±3,58	-0,19±3,82	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-8-8 (2)	-3-8 (3)	-8-6 (0)	[e]*0,057*
	Ort±Ss	1,23±3,74	2,67±3,13	-0,13±3,84	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-2-3 (0)	-2-2 (0)	-2-3 (0)	[e]*0,884*
	Ort±Ss	0,06±1,24	0,07±1,16	0,06±1,34	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

[a]*Student t Test* [e]*Mann Whitney U Test* [f]*Repeated Measures Test*

**p<0,05* ***p<0,01*

Kadınların KCFİ'nin istek alt boyutu puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-6'da verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi istek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,238; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3.hafta (p=0,007) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,006) istek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,01); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Deney grubunda; istek puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,018; p<0,05). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3.hafta (p=0,042) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,016) istek puanlarındaki artış anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Tedavi sonrası 3.hafta ve 2.ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; istek puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,971; p>0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3.hafta istek puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,041; p<0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2.ay istek puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken (p=0,057; p>0,05); deney grubundaki değişimin kontrol grubundan yüksek olması dikkat çekicidir.

Tedavi sonrası 3.hafta istek puanlarına göre tedavi sonrası 2.ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,884; p>0,05).

Tablo 4-7: Kadınların KCFİ'nin Uyarılma Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		**Toplam (n=31)**	**Deney Grubu (n=15)**	**Kontrol Grubu (n=16)**	***p***
TÖ Uyarılma	*Min-Mak (Medyan)*	2-12 (10)	2-12 (11)	3-12 (9)	*[a]0,466*
	Ort±Ss	9,55±2,31	9,87±2,61	9,25±2,02	
TS 3.hafta Uyarılma	*Min-Mak (Medyan)*	5-15 (10)	7-15 (12)	5-15 (8,5)	***[a]0,019****
	Ort±Ss	10,55±2,93	11,80±2,65	9,38±2,75	
TS 2.ay Uyarılma	*Min-Mak (Medyan)*	5-15 (11)	9-15 (12)	5-15 (9,5)	***[a]0,002****
	Ort±Ss	10,84±3,07	12,53±1,81	9,25±3,19	
		[f]p	***0,001****	*0,959*	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-3-5 (1)	-1-5 (2)	-3-3 (-0,5)	***[e]0,016****
	Ort±Ss	1,00±2,02	1,93±1,67	0,13±1,96	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-5-9 (2)	0-9 (2)	-5-4 (0)	***[e]0,009****
	Ort±Ss	1,29±2,73	2,67±2,19	0±2,61	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-3-6 (0)	-2-4 (0)	-3-6 (0)	*[e]0,220*
	Ort±Ss	0,29±2,10	0,73±1,91	-0,13±2,25	

TÖ: Tedavi öncesi; *TS: Tedavi sonrası*

[a]Student t Test *[e]Mann Whitney U Test* *[f]Repeated Measures Test*

**p<0,05* ***p<0,01*

Kadınların KCFİ'nin uyarılma alt boyutu puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-7'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi uyarılma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,466; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3.hafta (p=0,019) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,002) uyarılma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,05); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Deney grubunda; uyarılma puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3.hafta (p=0,002) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,001) uyarılma puanlarındaki artış anlamlı bulunmuştur (p<0,01). Tedavi sonrası 3.hafta ve 2.ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; uyarılma puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,959; p>0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3.hafta uyarılma puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,016; p<0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2.ay uyarılma puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,009; p<0,01).

Tedavi sonrası 3.hafta uyarılma puanlarına göre tedavi sonrası 2.ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,220; p>0,05).

Tablo 4-8: Kadınların KCFİ'nin Lubrikasyon Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		Toplam (n=31)	Deney Grubu (n=15)	Kontrol Grubu (n=16)	*p*
TÖ Lubrikasyon	*Min-Mak (Medyan)*	9-20 (14)	9-20 (14)	10-20 (12,5)	[a]*0,735*
	Ort±Ss	14,26±3,25	14,47±2,95	14,06±3,59	
TS 3.hafta Lubrikasyon	*Min-Mak (Medyan)*	9-20 (13)	12-20 (15)	9-19 (12)	[a]*0,093*
	Ort±Ss	13,97±2,88	14,87±2,26	13,13±3,20	
TS 2.ay Lubrikasyon	*Min-Mak (Medyan)*	10-20 (13)	12-20 (14)	10-19 (12)	[a]*0,074*
	Ort±Ss	14,29±2,75	15,20±2,51	13,44±2,76	
		[f]p	*0,499*	*0,432*	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-9-8 (0)	-6-4 (0)	-9-8 (-1)	[e]*0,068*
	Ort±Ss	-0,29±3,08	0,40±2,44	-0,94±3,53	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-7-8 (0)	-6-4 (1)	-7-8 (-0,5)	[e]*0,059*
	Ort±Ss	0,03±2,98	0,73±2,58	-0,63±3,26	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-2-4 (0)	-2-4 (0)	-2-2 (0)	[e]*0,696*
	Ort±Ss	0,32±1,17	0,33±1,35	0,31±1,01	

TÖ: Tedavi öncesi; *TS: Tedavi sonrası*

[a]*Student t Test* [e]*Mann Whitney U Test* [f]*Repeated Measures Test*

Kadınların KCFİ'nin lubrikasyon alt boyutu puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-8'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi (p=0,735), tedavi sonrası 3.hafta (p=0,093) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,074) lubrikasyon puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Deney grubunda; lubrikasyon puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,499; p>0,05).

Kontrol grubunda; lubrikasyon puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,432; p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3.hafta lubrikasyon puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken (p=0,068; p>0,05); deney grubunda artış kontrol grubunda ise düşüş olması dikkat çekicidir.

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2.ay lubrikasyon puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken (p=0,059; p>0,05); deney grubunda artış kontrol grubunda ise düşüş olması dikkat çekicidir.

Tedavi sonrası 3.hafta lubrikasyon puanlarına göre tedavi sonrası 2.ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,696; p>0,05).

Tablo 4-9: Kadınların KCFİ'nin Orgazm Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		**Toplam (n=31)**	**Deney Grubu (n=15)**	**Kontrol Grubu (n=16)**	***p***
TÖ Orgazm	*Min-Mak (Medyan)*	3-14 (10)	3-14 (13)	4-13 (9)	[a]*0,318*
	Ort±Ss	9,65±3,60	10,33±4,22	9,00±2,90	
TS 3.hafta Orgazm	*Min-Mak (Medyan)*	3-15 (9)	6-15 (11)	3-14 (9)	***[a]0,017****
	Ort±Ss	10,03±3,16	11,40±2,85	8,75±2,96	
TS 2.ay Orgazm	*Min-Mak (Medyan)*	3-15 (10)	9-15 (12)	3-14 (9)	***[a]0,001***
	Ort±Ss	10,29±2,99	12,07±2,05	8,63±2,80	
		[f]p	*0,127*	*0,800*	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-5-5 (0)	-3-5 (1)	-5-5 (-0,5)	[e]*0,104*
	Ort±Ss	0,39±2,32	1,07±2,34	-0,25±2,18	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-4-8 (0)	-2-8 (1)	-4-5 (-0,5)	***[e]0,044****
	Ort±Ss	0,65±2,79	1,73±2,94	-0,38±2,28	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-3-4 (0)	-2-4 (0)	-3-2 (0)	[e]*0,289*
	Ort±Ss	0,26±1,48	0,67±1,72	-0,13±1,15	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası
[a]Student t Test *[e]Mann Whitney U Test* *[f]Repeated Measures Test*
**p<0,05* ***p<0,01*

Kadınların KCFİ'nin orgazm alt boyutu puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-10'da verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi orgazm puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,318; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3.hafta (p=0,017) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,001) orgazm puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,05); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Deney grubunda; orgazm puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,127; p>0,05).

Kontrol grubunda; orgazm puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,800; p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3.hafta orgazm puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,104; p>0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2.ay orgazm puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,044; p<0,05).

Tedavi sonrası 3.hafta orgazm puanlarına göre tedavi sonrası 2.ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,289; p>0,05).

Tablo 4-10: Kadınların KCFİ'nin Doyum Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		Toplam (n=31)	Deney Grubu (n=15)	Kontrol Grubu (n=16)	*p*
TÖ Doyum	*Min-Mak (Medyan)*	3-15 (9)	3-15 (10)	3-13 (9)	[a]*0,095*
	Ort±Ss	9,35±3,16	10,33±3,42	8,44±2,68	
TS 3.hafta Doyum	*Min-Mak (Medyan)*	4-15 (10)	9-15 (12)	4-14 (9)	***[a]0,002***
	Ort±Ss	10,42±2,90	12,00±2,14	8,94±2,77	
TS 2.ay Doyum	*Min-Mak (Medyan)*	4-15 (11)	9-15 (12)	4-13 (9)	***[a]0,001***
	Ort±Ss	10,52±3,02	12,40±1,99	8,75±2,77	
		[f]p	***0,017****	*0,642*	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-6-9 (0)	-2-6 (1)	-6-9 (0)	[e]*0,149*
	Ort±Ss	1,06±2,72	1,67±2,38	0,50±2,97	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-6-8 (0)	-1-6 (1)	-6-8 (0)	[e]*0,060*
	Ort±Ss	1,16±2,72	2,07±2,37	0,31±2,82	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-2-2 (0)	-1-2 (0)	-2-2 (0)	[e]*0,090*
	Ort±Ss	0,10±0,94	0,40±0,99	-0,19±0,83	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası
[a]Student t Test [e]Mann Whitney U Test [f]Repeated Measures Test
**p<0,05 **p<0,01*

Kadınların KCFİ'nin doyum alt boyut puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-10'da verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,095; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,002) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,001) doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,01); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Deney grubunda; doyum puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,017; p<0,05). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,049) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,014) doyum puanlarındaki artış anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Tedavi sonrası 3. hafta ve 2. ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; doyum puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,642; p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta doyum puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,149; p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay doyum puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken (p=0,060; p>0,05); deney grubundaki değişimin kontrol grubundan yüksek olması dikkat çekicidir.

Tedavi sonrası 3. hafta doyum puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,090; p>0,05).

Tablo 4-11: Kadınların KCFİ'nin Ağrı Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		**Toplam (n=31)**	**Deney Grubu (n=15)**	**Kontrol Grubu (n=16)**	***p***
TÖ Ağrı	*Min-Mak (Medyan)*	0-15 (5)	3-15 (5)	0-12 (5)	[a]*0,334*
	Ort±Ss	6,13±3,68	6,80±4,14	5,50±3,18	
TS 3.hafta Ağrı	*Min-Mak (Medyan)*	3-15 (9)	5-15 (11)	3-12 (8,5)	***[a]0,037****
	Ort±Ss	8,97±3,23	10,20±3,45	7,81±2,61	
TS 2.ay Ağrı	*Min-Mak (Medyan)*	4-15 (10)	5-15 (12)	4-14 (9)	***[a]0,008***
	Ort±Ss	10,03±3,03	11,47±3,16	8,69±2,24	
		[f]p	***0,007****	***0,008****	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-3-9 (3)	-3-9 (4)	-3-7 (2)	[e]*0,382*
	Ort±Ss	2,84±3,52	3,40±4,01	2,31±3,03	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-4-10 (5)	-4-10 (6)	-4-9 (3,5)	[e]*0,211*
	Ort±Ss	3,90±4,04	4,67±4,67	3,19±3,35	
Fark (TS2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-1-5 (1)	-1-4 (1)	-1-5 (0,5)	[e]*0,463*
	Ort±Ss	1,06±1,61	1,27±1,58	0,88±1,67	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

[a]*Student t Test* [e]*Mann Whitney U Test* [f]*Repeated Measures Test*

**p<0,05* ***p<0,01*

Kadınların KCFİ'nin ağrı alt boyut puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-11'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi ağrı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,334; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,037) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,008) ağrı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık

göstermekte olup (p<0,05); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Deney grubunda; ağrı puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,007; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,016) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,005) ağrı puanlarındaki artış anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Tedavi sonrası 3. hafta ağrı puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki artış da anlamlı bulunmuştur (p=0,023; p<0,05).

Kontrol grubunda; ağrı puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,008; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,024) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,005) ağrı puanlarındaki artış anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Tedavi sonrası 3. hafta ve 2. ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta ağrı puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,382; p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay ağrı puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,211; p>0,05).

Tedavi sonrası 3. hafta ağrı puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,463; p>0,05).

Tablo 4-12: Kadınların Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ) Toplam Puanlarınının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Değişkenler		Toplam (n=31)	Deney Grubu (n=15)	Kontrol Grubu (n=16)	^{e}p
TÖ Toplam Puan	*Min-Mak (Medyan)*	18-98 (75)	18-91 (76)	20-98 (74)	*0,921*
	Ort±Ss	66,13±23,70	65,53±23,94	66,69±24,24	
TS 3.hafta Toplam Puan	*Min-Mak (Medyan)*	18-94 (38)	18-67 (32)	33-94 (58)	***0,001***
	Ort±Ss	45,74±20,16	33,60±11,70	57,13±19,98	
TS 2.ay Toplam Puan	*Min-Mak (Medyan)*	10-94 (36)	10-65 (29)	34-94 (53,5)	***0,001***
	Ort±Ss	42,55±20,05	29,93±11,74	54,38±19,15	
	^{g}p		***0,001****	*0,064*	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-64-15 (-15)	-64-7 (-38)	-44-15 (-4,5)	***0,008****
	Ort±Ss	-20,39±23,25	-31,93±23,33	-9,56±17,75	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-62-15 (-22)	-62/-8 (-40)	-46-15 (-8)	***0,005****
	Ort±Ss	-23,58±23,35	-35,60±21,24	-12,31±19,73	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-17-5 (-1)	-15-5 (-3)	-17-3 (0)	*0,271*
	Ort±Ss	-3,19±5,39	-3,67±5,16	-2,75±5,73	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

*^{e}Mann Whitney U Test ^{g}Friedman Test **p<0,01*

Kadınların VPBÖ toplam puanlarınının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-12'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi toplam biliş puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,921; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3.hafta (p=0,001) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,001) toplam biliş puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,01); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

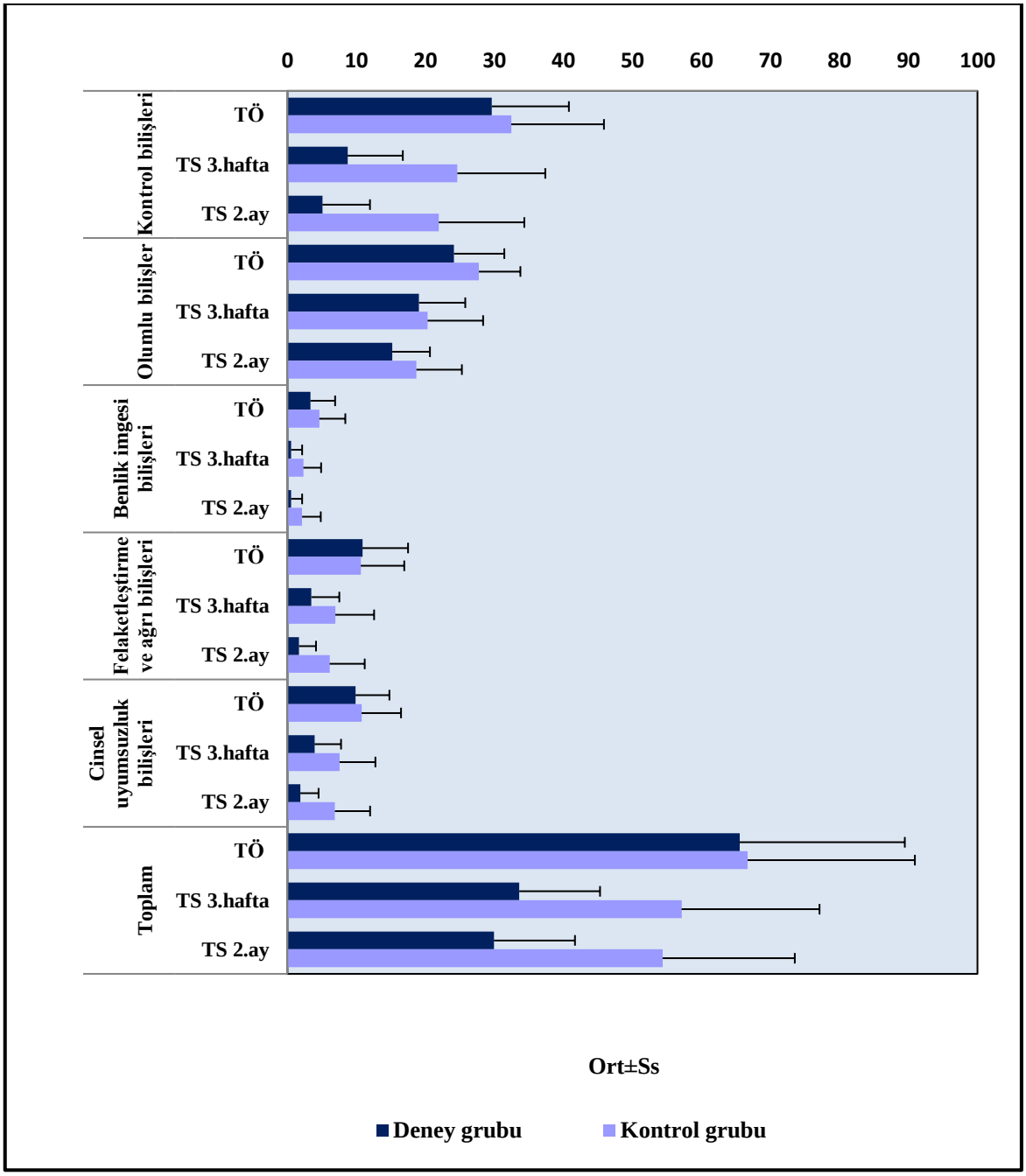
Deney grubunda; toplam biliş puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3.hafta (p=0,032) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,001) toplam biliş puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Tedavi sonrası 3.hafta ve 2.ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; toplam biliş puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,064; p>0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3.hafta toplam biliş puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,008$; $p<0,01$).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2.ay toplam biliş puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,005$; $p<0,01$).

Tedavi sonrası 3.hafta toplam biliş puanlarına göre tedavi sonrası 2.ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,271$; $p>0,05$).



Şekil 4-2: Gruplara göre Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ) Puanlarının Dağılımı

Tablo 4-13: Kadınların Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ)'nin Kontrol Bilişleri Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		Toplam (n=31)	Deney Grubu (n=15)	Kontrol Grubu (n=16)	^{e}p
TÖ Kontrol Bilişleri	*Min-Mak (Medyan)*	8-46 (32)	8-44 (32)	8-46 (39)	*0,302*
	Ort±Ss	31,06±12,28	29,60±11,19	32,44±13,43	
TS 3.hafta Kontrol bilişleri	*Min-Mak (Medyan)*	0-45 (14)	0-27 (6)	4-45 (26,5)	***0,001***
	Ort±Ss	16,94±13,27	8,73±7,99	24,63±12,74	
TS 2.ay Kontrol bilişleri	*Min-Mak (Medyan)*	0-46 (9)	0-26 (2)	4-46 (23,5)	***0,001***
	Ort±Ss	13,77±13,13	5,07±6,89	21,94±12,39	
	^{g}p		***0,001***	***0,017****	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-44-11 (-17)	-44-5 (-22)	-38-11 (-3,5)	***0,013****
	Ort±Ss	-14,13±14,28	-20,87±12,68	-7,81±13,02	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-44-11 (-18)	-44/-6 (-27)	-38-11 (-5,5)	***0,005****
	Ort±Ss	-17,29±14,13	-24,53±10,66	-10,50±13,84	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-19-2 (-1)	-19-2 (-2)	-13-1 (-1)	*0,356*
	Ort±Ss	-3,16±4,71	-3,67±5,26	-2,69±4,25	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

*^{e}Mann Whitney U Test ^{g}Friedman Test *p<0,05 **p<0,01*

Kadınların VPBÖ'nin kontrol bilişleri alt boyutu puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-13'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi kontrol bilişleri puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,302; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3.hafta (p=0,001) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,001) kontrol bilişleri puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,01); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Deney grubunda; kontrol bilişleri puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3.hafta (p=0,001) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,019) kontrol bilişleri puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Tedavi sonrası 3.hafta ve 2.ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; kontrol bilişleri puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,017; p<0,05). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2.ay kontrol bilişleri puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p=0,031;

p<0,05). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3.hafta kontrol bilişleri puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,013; p<0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2.ay kontrol bilişleri puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,005; p<0,01).

Tedavi sonrası 3.hafta kontrol bilişleri puanlarına göre tedavi sonrası 2.ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,356; p>0,05).

Tablo 4-14: Kadınların VPBÖ'nin Olumlu Bilişler Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		**Toplam (n=31)**	**Deney Grubu (n=15)**	**Kontrol Grubu (n=16)**	^{e}p
TÖ Olumlu Bilişler	*Min-Mak (Medyan)*	10-34 (29)	10-33 (24)	14-34 (29)	*0,159*
	Ort±Ss	26,00±6,80	24,13±7,30	27,75±6,01	
TS 3.hafta Olumlu Bilişler	*Min-Mak (Medyan)*	7-35 (20)	9-35 (20)	7-33 (21,5)	*0,501*
	Ort±Ss	19,71±7,33	19,07±6,70	20,31±8,05	
TS 2.ay Olumlu Bilişler	*Min-Mak (Medyan)*	7-28 (16)	7-28 (16)	7-28 (19)	*0,132*
	Ort±Ss	17,00±6,22	15,20±5,45	18,69±6,59	
		^{g}p	***0,001***	***0,003***	
Fark (TS 3. hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-27-11 (-5)	-20-11 (-4)	-27-4 (-6,5)	*0,579*
	Ort±Ss	-6,29±8,12	-5,07±7,57	-7,44±8,69	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-27-5 (-8)	-23-5 (-6)	-27-3 (-9,5)	*0,921*
	Ort±Ss	-9,00±8,05	-8,93±8,11	-9,06±8,25	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-26-4 (-2)	-26-4 (-2)	-8-3 (-0,5)	*0,356*
	Ort±Ss	-2,71±5,29	-3,87±6,93	-1,63±2,94	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

*^{e}Mann Whitney U Test ^{g}Friedman Test **p<0,01*

Kadınların VPBÖ'nin olumlu bilişler alt boyut puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-14'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi (p=0,159), tedavi sonrası 3. hafta (p=0,501) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,132) olumlu bilişler puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Deney grubunda; olumlu bilişler puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay olumlu bilişler puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,01). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; olumlu bilişler puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,003; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay olumlu bilişler puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p=0,006; p<0,01). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta olumlu bilişler puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,579; p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay olumlu bilişler puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,921; p>0,05).

Tedavi sonrası 3. hafta olumlu bilişler puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,356; p>0,05).

Tablo 4-15: Kadınların VPBÖ'nin Benlik İmgesi Bilişler Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		Toplam (n=31)	Deney Grubu (n=15)	Kontrol Grubu (n=16)	^{e}p
TÖ Benlik Imgesi Bilişleri	*Min-Mak (Medyan)*	0-12 (5)	0-10 (2)	0-12 (5,5)	*0,345*
	Ort±Ss	4,00±3,67	3,33±3,58	4,63±3,76	
TS 3.hafta Benlik Imgesi Bilişleri	*Min-Mak (Medyan)*	0-7 (0)	0-6 (0)	0-7 (1,5)	***0,016****
	Ort±Ss	1,45±2,31	0,53±1,60	2,31±2,57	
TS 2.ay Benlik Imgesi Bilişleri	*Min-Mak (Medyan)*	0-7 (0)	0-6 (0)	0-7 (1)	***0,020****
	Ort±Ss	1,35±2,35	0,53±1,60	2,13±2,70	
		^{g}p	***0,001***	***0,044****	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-9-1 (-1)	-9-0 (-2)	-9-1 (0)	*0,399*
	Ort±Ss	-2,55±3,14	-2,80±3,03	-2,31±3,32	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-11-1 (-1)	-9-0 (-2)	-11-1 (0)	*0,447*
	Ort±Ss	-2,65±3,29	-2,80±3,03	-2,50±3,61	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-2-1 (0)	0-0 (0)	-2-1 (0)	*0,309*
	Ort±Ss	-0,10±0,47	0±0	-0,19±0,66	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

*^{e}Mann Whitney U Test ^{g}Friedman Test *p<0,05 **p<0,01*

Kadınların VPBÖ'nin benlik imgesi bilişler alt boyutu puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-15'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi benlik imgesi bilişleri puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,345; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,016) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,020) benlik imgesi bilişleri puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,05); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Deney grubunda; benlik imgesi bilişleri puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,019) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,019) benlik imgesi bilişleri puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Tedavi sonrası 3. hafta ve 2. ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; benlik imgesi bilişleri puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,044; p<0,05). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi

öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,042) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,043) benlik imgesi bilişleri puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Tedavi sonrası 3. hafta ve 2. ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta benlik imgesi bilişleri puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,339; p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay benlik imgesi bilişleri puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,447; p>0,05).

Tedavi sonrası 3. hafta benlik imgesi bilişleri puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,309; p>0,05).

Tablo 4-16: Kadınların VPBÖ'nin Felaketleştirme ve Ağrı Bilişler Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		**Toplam (n=31)**	**Deney Grubu (n=15)**	**Kontrol Grubu (n=16)**	^{e}p
TÖ Felaketleştirme ve Ağrı Bilişleri	*Min-Mak (Medyan)*	0-18 (12)	0-18 (14)	0-18 (11)	*0,953*
	Ort±Ss	10,74±6,35	10,87±6,61	10,63±6,30	
TS 3.hafta Felaketleştirme ve Ağrı Bilişleri	*Min-Mak (Medyan)*	0-17 (4)	0-11 (2)	0-17 (5,5)	***0,048****
	Ort±Ss	5,26±5,15	3,47±4,05	6,94±5,62	
TS 2.ay Felaketleştirme ve Ağrı Bilişleri	*Min-Mak (Medyan)*	0-16 (3)	0-8 (0)	0-16 (6)	***0,005***
	Ort±Ss	3,97±4,56	1,67±2,47	6,13±5,07	
		^{g}p	***0,001****	***0,021****	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-18-5 (-6)	-18-5 (-10)	-12-4 (-1)	*0,120*
	Ort±Ss	-5,48±6,61	-7,40±7,65	-3,69±5,07	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-18-4 (-8)	-18-1 (-10)	-12-4 (-4)	*0,060*
	Ort±Ss	-6,77±6,46	-9,20±6,89	-4,50±5,27	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-9-2 (0)	-9-2 (0)	-8-1 (0)	*0,389*
	Ort±Ss	-1,29±2,65	-1,80±3,05	-0,81±2,20	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

*^{e}Mann Whitney U Test ^{g}Friedman Test *p<0,05 **p<0,01*

Kadınların VPBÖ'nin felaketleştirme ve ağrı bilişler alt boyutu puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-16'da verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi felaketleştirme ve ağrı bilişleri puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,953; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,048) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,005) felaketleştirme ve ağrı bilişleri puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,05); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Deney grubunda; felaketleştirme ve ağrı bilişleri puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay felaketleştirme ve ağrı bilişleri puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p=0,003; p<0,01). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; felaketleştirme ve ağrı bilişleri puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,021; p<0,05). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay felaketleştirme ve ağrı bilişleri puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p=0,049; p<0,05). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta felaketleştirme ve ağrı bilişleri puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,120; p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay felaketleştirme ve ağrı bilişleri puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,060; p>0,05).

Tedavi sonrası 3. hafta felaketleştirme ve ağrı bilişleri puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,389; p>0,05).

Tablo 4-17: Kadınların VPBÖ'nin Cinsel Uyumsuzluk Bilişleri Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		Toplam (n=31)	Deney Grubu (n=15)	Kontrol Grubu (n=16)	^{e}p
TÖ Cinsel Uyumsuzluk Bilişleri	*Min-Mak (Medyan)*	0-18 (10)	2-17 (10)	0-18 (11,5)	*0,526*
	Ort±Ss	10,32±5,27	9,87±4,91	10,75±5,71	
TS 3.hafta Cinsel Uyumsuzluk Bilişleri	*Min-Mak (Medyan)*	0-17 (4)	0-10 (3)	0-17 (8,5)	***0,049****
	Ort±Ss	5,81±4,87	3,93±3,84	7,56±5,19	
TS 2.ay Cinsel Uyumsuzluk Bilişleri	*Min-Mak (Medyan)*	0-17 (4)	0-8 (0)	0-17 (7)	***0,005***
	Ort±Ss	4,45±4,77	1,87±2,64	6,88±5,10	
		^{g}p	***0,001****	***0,003****	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-18-3 (-3)	-17-3 (-7)	-18-3 (-1)	*0,177*
	Ort±Ss	-4,52±5,95	-5,93±6,25	-3,19±5,52	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-18-3 (-4)	-17/-2 (-9)	-18-3 (-2)	***0,010****
	Ort±Ss	-5,87±5,61	-8,00±4,69	-3,88±5,80	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-10-3 (-1)	-10-0 (-1)	-3-3 (0)	*0,196*
	Ort±Ss	-1,35±2,32	-2,07±2,81	-0,69±1,54	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

*^{e}Mann Whitney U Test ^{g}Friedman Test *p<0,05 **p<0,01*

Kadınların VPBÖ'nin cinsel uyumsuzluk bilişleri alt boyutu puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-17'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi cinsel uyumsuzluk bilişleri puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,526; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,049) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,005) cinsel uyumsuzluk bilişleri puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,05); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Deney grubunda; cinsel uyumsuzluk bilişleri puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay cinsel uyumsuzluk bilişleri puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,01). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; cinsel uyumsuzluk bilişleri puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,003; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay cinsel uyumsuzluk bilişleri puanlarındaki düşüş anlamlı

bulunmuştur (p=0,011; p<0,05). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta cinsel uyumsuzluk bilişleri puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,177; p>0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay cinsel uyumsuzluk bilişleri puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,010; p<0,05).

Tedavi sonrası 3. hafta cinsel uyumsuzluk bilişleri puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,196; p>0,05).

Tablo 4-18: Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) Toplam Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		**Toplam (n=31)**	**Deney Grubu (n=15)**	**Kontrol Grubu (n=16)**	^{e}p
TÖ Toplam Puan	*Min-Mak (Medyan)*	2-9 (5)	2-9 (5)	2-9 (5,5)	*0,548*
	Ort±Ss	5,71±2,12	5,47±2,13	5,94±2,14	
TS 3.hafta Toplam Puan	*Min-Mak (Medyan)*	1-9 (4)	1-8 (3)	2-9 (6)	***0,002***
	Ort±Ss	4,61±2,56	3,20±2,18	5,94±2,21	
TS 2.ay Toplam Puan	*Min-Mak (Medyan)*	1-9 (5)	1-8 (2)	1-9 (6)	***0,001***
	Ort±Ss	4,48±2,73	2,73±2,22	6,13±2,09	
		^{g}p	***0,001****	*0,598*	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-4-2 (-1)	-4-0 (-3)	-3-2 (0)	***0,001****
	Ort±Ss	-1,10±1,70	-2,27±1,22	0±1,32	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-5-3 (-1)	-5/-1 (-3)	-4-3 (0)	***0,001****
	Ort±Ss	-1,23±2,14	-2,73±1,39	0,19±1,72	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-2-1 (0)	-2-0 (0)	-1-1 (0)	***0,012****
	Ort±Ss	-0,13±0,72	-0,47±0,64	0,19±0,66	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

*^{e}Mann Whitney U Test ^{g}Friedman Test *p<0,05 **p<0,01*

Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) toplam puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-18'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi toplam cinsel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,548; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,002) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,001) toplam cinsel doyum puanları

istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,01); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

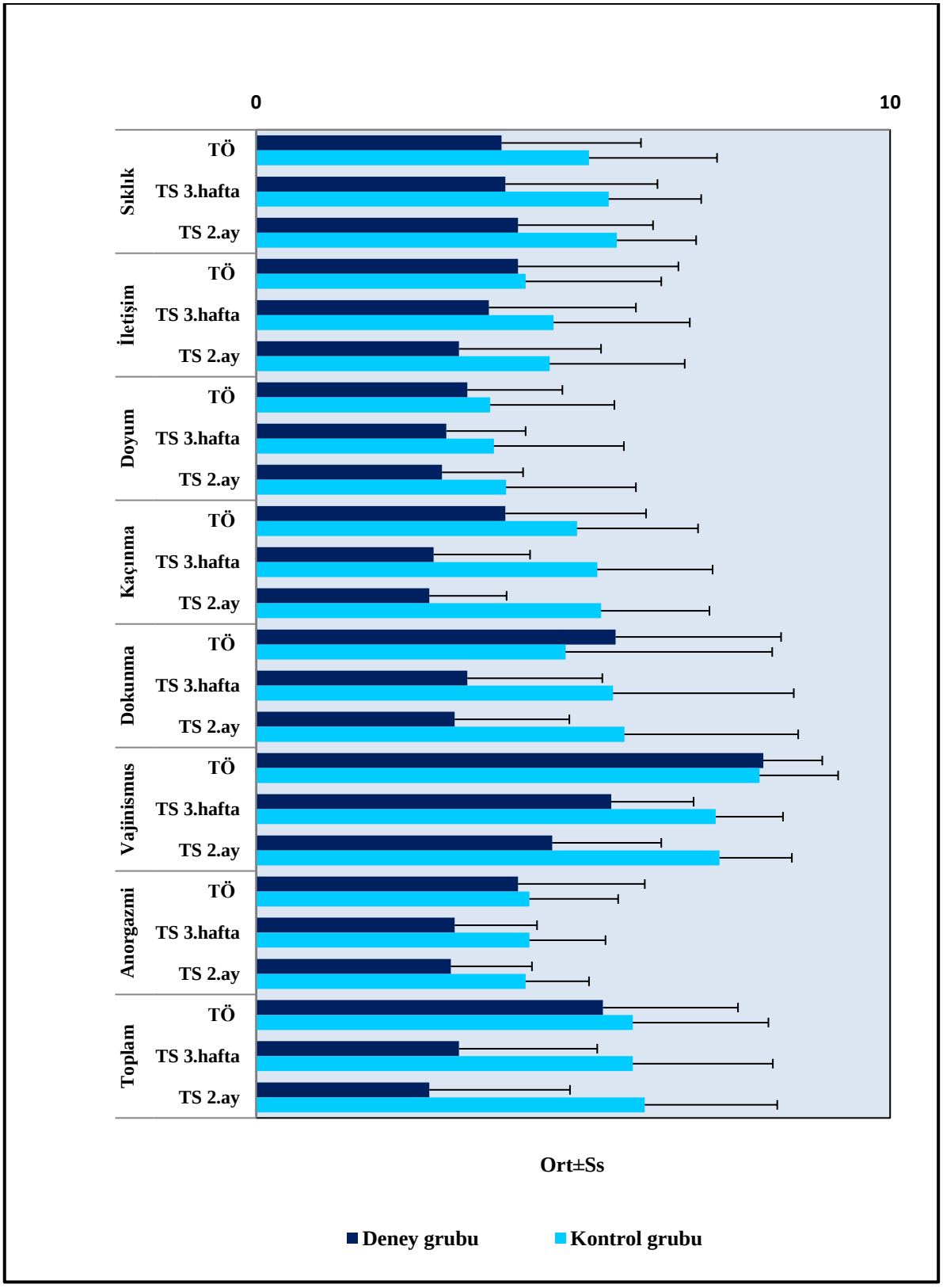
Deney grubunda; toplam cinsel doyum puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,002) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,001) toplam cinsel doyum puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p<0,01). Tedavi sonrası 3. hafta ve 2. ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; toplam cinsel doyum puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,598; p>0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta toplam cinsel doyum puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay toplam cinsel doyum puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Deney grubunda 3. hafta toplam cinsel doyum puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,012; p<0,05).



Şekil 4-3: Gruplara göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) Puanlarının Dağılımı

Tablo 4-19: Kadınların GRCDÖ'nin Sıklık Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		Toplam (n=31)	Deney Grubu (n=15)	Kontrol Grubu (n=16)	^{e}p
TÖ Sıklık	*Min-Mak (Medyan)*	1-9 (5)	1-7 (3)	3-9 (6)	*0,060*
	Ort±Ss	4,58±2,19	3,87±2,20	5,25±2,02	
TS 3.hafta Sıklık	*Min-Mak (Medyan)*	1-9 (5)	1-9 (3)	3-9 (6)	***0,033****
	Ort±Ss	4,77±2,11	3,93±2,40	5,56±1,46	
TS 2.ay Sıklık	*Min-Mak (Medyan)*	1-9 (5)	1-9 (4)	4-9 (6)	***0,014****
	Ort±Ss	4,94±1,88	4,13±2,13	5,69±1,25	
		^{g}p	*0,747*	*0,575*	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-2-3 (0)	-1-2 (0)	-2-3 (0)	*0,628*
	Ort±Ss	0,19±1,19	0,07±0,80	0,31±1,49	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-2-3 (0)	-2-2 (0)	-2-3 (0)	*0,707*
	Ort±Ss	0,35±1,40	0,27±1,10	0,44±1,67	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-1-3 (0)	-1-3 (0)	-1-2 (0)	*0,962*
	Ort±Ss	0,16±0,82	0,20±0,94	0,13±0,72	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

*^{e}Mann Whitney U Test ^{g}Friedman Test *p<0,05*

Kadınların GRCDÖ'nin sıklık alt boyutu puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-19'da verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi sıklık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,060; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,033) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,014) sıklık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,05); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Deney grubunda; sıklık puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,747; p>0,05).

Kontrol grubunda; sıklık puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,575; p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta sıklık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,628; p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay sıklık puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,707; p>0,05).

Tedavi sonrası 3. hafta sıklık puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,962; p>0,05).

Tablo 4-20: Kadınların GRCDÖ'nin İletişim Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

		Toplam (n=31)	Deney Grubu (n=15)	Kontrol Grubu (n=16)	^{e}p
TÖ İletişim	*Min-Mak (Medyan)*	1-9 (4)	1-8 (4)	1-9 (4)	*0,905*
	Ort±Ss	4,19±2,30	4,13±2,53	4,25±2,14	
TS 3.hafta İletişim	*Min-Mak (Medyan)*	1-9 (4)	1-8 (4)	1-9 (4,5)	*0,204*
	Ort±Ss	4,19±2,26	3,67±2,32	4,69±2,15	
TS 2.ay İletişim	*Min-Mak (Medyan)*	1-9 (4)	1-8 (3)	1-9 (5)	***0,045****
	Ort±Ss	3,94±2,26	3,20±2,24	4,63±2,13	
		^{g}p	***0,009*** **	*0,187*	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-3-3 (0)	-3-3 (-1)	-1-2 (0)	***0,018****
	Ort±Ss	0±1,29	-0,47±1,55	0,44±0,81	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-3-3 (0)	-3-3 (-1)	-1-2 (0)	***0,005**** *
	Ort±Ss	-0,26±1,46	-0,93±1,58	0,38±1,02	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-3-1 (0)	-3-0 (0)	-1-1 (0)	*0,245*
	Ort±Ss	-0,26±0,77	-0,47±0,92	-0,06±0,57	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

*^{e}Mann Whitney U Test ^{g}Friedman Test *p<0,05 **p<0,01*

Kadınların GRCDÖ'nin iletişim alt boyutu puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-20'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi (p=0,905) ve tedavi sonrası 3. hafta (p=0,204) iletişim puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 2. ay iletişim puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p=0,045; p<0,05); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Deney grubunda; iletişim puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,009; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay dokunma puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p=0,032; p<0,05). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; iletişim puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,187; p>0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta iletişim puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,018; p<0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay iletişim puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,005; p<0,01).

Tedavi sonrası 3. hafta iletişim puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,245; p>0,05).

Tablo 4-21: Kadınların GRCDÖ'nin Doyum Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		Toplam (n=31)	Deney Grubu (n=15)	Kontrol Grubu (n=16)	[e]p
TÖ Doyum	*Min-Mak (Medyan)*	1-8 (3)	2-7 (3)	1-8 (4)	*0,656*
	Ort±Ss	3,52±1,73	3,33±1,50	3,69±1,96	
TS 3.hafta Doyum	*Min-Mak (Medyan)*	1-7 (3)	1-6 (3)	1-7 (3,5)	*0,375*
	Ort±Ss	3,39±1,73	3,00±1,25	3,75±2,05	
TS 2.ay Doyum	*Min-Mak (Medyan)*	1-7 (3)	1-6 (3)	1-7 (3,5)	*0,165*
	Ort±Ss	3,45±1,77	2,93±1,28	3,94±2,05	
		[g]p	***0,236***	***0,597***	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-3-4 (0)	-3-1 (0)	-3-4 (0)	*0,511*
	Ort±Ss	-0,13±1,28	-0,33±1,05	0,06±1,48	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-3-4 (0)	-3-1 (0)	-3-4 (0)	*0,201*
	Ort±Ss	-0,06±1,34	-0,40±0,99	0,25±1,57	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-1-1 (0)	-1-0 (0)	-1-1 (0)	*0,102*
	Ort±Ss	0,06±0,44	-0,07±0,26	0,19±0,54	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

[e]Mann Whitney U Test [g]Friedman Test

Kadınların GRCDÖ'nin doyum alt boyutu puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-21'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi (p=0,656), tedavi sonrası 3. hafta (p=0,375) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,165) doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Deney grubunda; doyum puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,236; p>0,05).

Kontrol grubunda; doyum puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,597; p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta doyum puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,511; p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay doyum puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,201; p>0,05).

Tedavi sonrası 3. hafta doyum puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,102; p>0,05).

Tablo 4-22: Kadınların GRCDÖ'nin Kaçınma Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		**Toplam (n=31)**	**Deney Grubu (n=15)**	**Kontrol Grubu (n=16)**	^{e}p
TÖ Kaçınma	*Min-Mak (Medyan)*	1-9 (5)	1-9 (4)	1-8 (5,5)	*0,102*
	Ort±Ss	4,52±2,11	3,93±2,22	5,06±1,91	
TS 3.hafta Kaçınma	*Min-Mak (Medyan)*	1-8 (4)	1-6 (2)	1-8 (5,5)	***0,001***
	Ort±Ss	4,13±2,11	2,80±1,52	5,38±1,82	
TS 2.ay Kaçınma	*Min-Mak (Medyan)*	1-8 (4)	1-5 (3)	1-8 (5)	***0,001***
	Ort±Ss	4,13±2,01	2,73±1,22	5,44±1,71	
		^{g}p	*0,094*	*0,135*	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-4-4 (0)	-4-4 (-1)	0-2 (0)	***0,007***
	Ort±Ss	-0,39±1,67	-1,13±2,10	0,31±0,60	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-4-2 (0)	-4-2 (-2)	-1-2 (0)	***0,032****
	Ort±Ss	-0,39±1,75	-1,20±2,08	0,38±0,89	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-2-2 (0)	-2-1 (0)	-1-2 (0)	*0,905*
	Ort±Ss	0±0,73	-0,07±0,80	0,06±0,68	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

*^{e}Mann Whitney U Test ^{g}Friedman Test *p<0,05 **p<0,01*

Kadınların GRCDÖ'nin kaçınma alt boyutu puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-22'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi kaçınma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,102; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,001) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,001) kaçınma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,01); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Deney grubunda; kaçınma puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,094; p>0,05).

Kontrol grubunda; kaçınma puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,135; p>0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta kaçınma puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,007; p<0,01).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay kaçınma puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,032; p<0,05).

Tedavi sonrası 3. hafta kaçınma puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,905; p>0,05).

Tablo 4-23: Kadınların GRCDÖ'nin Dokunma Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		Toplam (n=31)	Deney Grubu (n=15)	Kontrol Grubu (n=16)	^{e}p
TÖ Dokunma	*Min-Mak (Medyan)*	1-12 (6)	1-12 (6)	1-9 (6)	*0,936*
	Ort±Ss	5,26±2,94	5,67±2,61	4,88±3,26	
TS 3.hafta Dokunma	*Min-Mak (Medyan)*	1-9 (5)	1-6 (3)	1-9 (6,5)	***0,019****
	Ort±Ss	4,52±2,74	3,33±2,13	5,63±2,85	
TS 2.ay Dokunma	*Min-Mak (Medyan)*	1-9 (5)	1-6 (3)	1-9 (6,5)	***0,005***
	Ort±Ss	4,52±2,67	3,13±1,81	5,81±2,74	
		^{g}p	***0,003****	***0,005****	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-11-4 (0)	-11-1 (-1)	0-4 (0)	***0,001****
	Ort±Ss	-0,74±2,84	-2,33±3,24	0,75±1,18	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-11-4 (0)	-11-2 (-2)	-1-4 (0,5)	***0,001****
	Ort±Ss	-0,74±2,99	-2,53±3,18	0,94±1,48	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-2-2 (0)	-2-2 (0)	-1-2 (0)	*0,132*
	Ort±Ss	0±0,82	-0,20±0,94	0,19±0,66	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

*^{e}Mann Whitney U Test ^{g}Friedman Test *p<0,05 **p<0,01*

Kadınların GRCDÖ'nin dokunma alt boyutu puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-23'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi dokunma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,936; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,019) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,005) dokunma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,05); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Deney grubunda; dokunma puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,003; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay dokunma puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p=0,014; p<0,05). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; dokunma puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,005; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay dokunma puanlarındaki artış anlamlı bulunmuştur (p=0,042; p<0,05).

Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta dokunma puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay dokunma puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Tedavi sonrası 3. hafta dokunma puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,132; p>0,05).

Tablo 4-24: Kadınların GRCDÖ'nin Vajinismus Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		**Toplam (n=31)**	**Deney Grubu (n=15)**	**Kontrol Grubu (n=16)**	***[e]p***
TÖ Vajinismus	*Min-Mak (Medyan)*	6-9 (8)	6-9 (8)	6-9 (8,5)	*0,901*
	Ort±Ss	7,97±1,08	8,00±0,93	7,94±1,24	
TS 3.hafta Vajinismus	*Min-Mak (Medyan)*	3-9 (7)	3-7 (6)	6-9 (7)	***0,001*****
	Ort±Ss	6,45±1,43	5,60±1,30	7,25±1,06	
TS 2.ay Vajinismus	*Min-Mak (Medyan)*	2-9 (7)	2-8 (5)	5-9 (7)	***0,001*****
	Ort±Ss	6,03±1,96	4,67±1,72	7,31±1,14	
		[g]p	***0,001*****	***0,072***	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-5-1 (-2)	-5-1 (-2)	-3-1 (0)	***0,001*****
	Ort±Ss	-1,52±1,5	-2,40±1,40	-0,69±1,08	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-6-2 (-2)	-6-2 (-4)	-3-1 (0)	***0,001*****
	Ort±Ss	-1,94±2,08	-3,33±1,91	-0,63±1,20	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-4-1 (0)	-4-1 (-1)	-1-1 (0)	***0,007*****
	Ort±Ss	-0,42±1,06	-0,93±1,22	0,06±0,57	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

*[e]Mann Whitney U Test [g]Friedman Test *p<0,05 **p<0,01*

Kadınların GRCDÖ'nin vajinismus alt boyutu puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-24'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi vajinismus puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,901; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,001) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,001) vajinismus puanları istatistiksel olarak

anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,01); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Deney grubunda; vajinismus puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,014) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,001) vajinismus puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Tedavi sonrası 3. hafta ve 2. ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; vajinismus puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,072; p>0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta vajinismus puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay vajinismus puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Deney grubunda tedavi sonrası 3. hafta vajinismus puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,007; p<0,01).

Tablo 4-25: Kadınların GRCDÖ'nin Anorgazmi Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguları

Değişkenler		Toplam (n=31)	Deney Grubu (n=15)	Kontrol Grubu (n=16)	^{e}p
TÖ Anorgazmi	*Min-Mak (Medyan)*	1-9 (4)	2-9 (4)	1-7 (4,5)	*0,397*
	Ort±Ss	4,23±1,69	4,13±2,00	4,31±1,40	
TS 3.hafta Anorgazmi	*Min-Mak (Medyan)*	2-6 (4)	2-5 (3)	2-6 (4,5)	***0,022****
	Ort±Ss	3,74±1,37	3,13±1,30	4,31±1,20	
TS 2.ay Anorgazmi	*Min-Mak (Medyan)*	2-6 (4)	2-5 (3)	2-6 (4)	***0,013****
	Ort±Ss	3,68±1,28	3,07±1,28	4,25±1,00	
		^{g}p	***0,012****	*0,727*	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-4-2 (0)	-4-2 (-1)	-4-2 (0)	***0,017****
	Ort±Ss	-0,48±1,48	-1,00±1,56	0±1,26	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-4-2 (0)	-4-2 (-1)	-4-2 (0)	***0,048****
	Ort±Ss	-0,55±1,59	-1,07±1,71	-0,06±1,34	
Fark (TS 2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-1-1 (0)	-1-1 (0)	-1-1 (0)	*0,977*
	Ort±Ss	-0,06±0,44	-0,07±0,46	-0,06±0,44	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası
*^{e}Mann Whitney U Test ^{g}Friedman Test *p<0,05*

Kadınların GRCDÖ'nin anorgazmi alt boyutu puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulguları Tablo 4-25'de verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi anorgazmi puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,397; p>0,05). Gruplara göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,022) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,013) anorgazmi puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup (p<0,05); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Deney grubunda; anorgazmi puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,012; p<0,05). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta (p=0,045) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,036) anorgazmi puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Tedavi sonrası 3. hafta ve 2. ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; anorgazmi puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,727; p>0,05).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta anorgazmi puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,017$; $p<0,05$).

Deney grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay anorgazmi puanlarındaki değişim kontrol grubundaki değişimden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,048$; $p<0,05$).

Tedavi sonrası 3. hafta anorgazmi puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,977$; $p>0,05$).

Tablo 4-26: Kadınların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

		Toplam (n=31)	Deney Grubu (n=15)	Kontrol Grubu (n=16)	^{e}p
TÖ Depresyon	*Min-Mak (Medyan)*	1-40 (10)	2-31 (9)	1-40 (13)	*0,812*
	Ort±Ss	13,58±10,91	12,13±8,38	14,94±12,98	
	Minimal	15 (48,4)	8 (53,3)	7 (43,8)	
	Hafif	8 (25,8)	3 (20,0)	5 (31,3)	
	Orta	4 (12,9)	3 (20,0)	1 (6,3)	
	Şiddetli	4 (12,9)	1 (6,7)	3 (18,8)	
TS 3.hafta Depresyon	*Min-Mak (Medyan)*	0-38 (7)	0-20 (7)	0-38 (10)	*0,499*
	Ort±Ss	9,87±9,71	7,53±5,57	12,06±12,21	
	Minimal	16 (51,6)	9 (60)	7 (43,7)	
	Hafif	9 (29,0)	5 (33,3)	4 (25,0)	
	Orta	4 (12,9)	1 (6,7)	3 (18,8)	
	Şiddetli	2 (6,5)	0 (0)	2 (12,5)	
TS 2.ay Depresyon	*Min-Mak (Medyan)*	0-31 (4)	0-15 (3)	0-31 (7)	*0,605*
	Ort±Ss	7,35±8,56	5,20±5,06	9,38±10,66	
	Minimal	23 (74,2)	12 (80,0)	11 (68,7)	
	Hafif	5 (16,1)	3 (20,0)	2 (12,5)	
	Orta	2 (6,5)	0 (0)	2 (12,5)	
	Şiddetli	1 (3,2)	0 (0)	1 (6,3)	
		^{g}p	***0,001*****	***0,005*****	
Fark (TS 3.hafta-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-29-12 (-3)	-19-7 (-3)	-29-12 (-2)	*0,331*
	Ort±Ss	-3,71±7,53	-4,60±6,75	-2,88±8,33	
Fark (TS 2.ay-TÖ)	*Min-Mak (Medyan)*	-30-5 (-6)	-22-3 (-7)	-30-5 (-4,5)	*0,452*
	Ort±Ss	-6,23±7,24	-6,93±6,09	-5,56±8,32	
Fark (TS2.ay-TS 3.hafta)	*Min-Mak (Medyan)*	-10-4 (-1)	-8-2 (-1)	-10-4 (-1,5)	*0,661*
	Ort±Ss	-2,52±3,42	-2,33±3,27	-2,69±3,66	

TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası

*^{e}Mann Whitney U Test ^{g}Friedman Test **p<0,01*

Kadınların BDÖ puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulgular Tablo 4-26'da verilmiştir.

Gruplara göre tedavi öncesi (p=0,812), tedavi sonrası 3. hafta (p=0,499) ve tedavi sonrası 2. ay (p=0,605) depresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

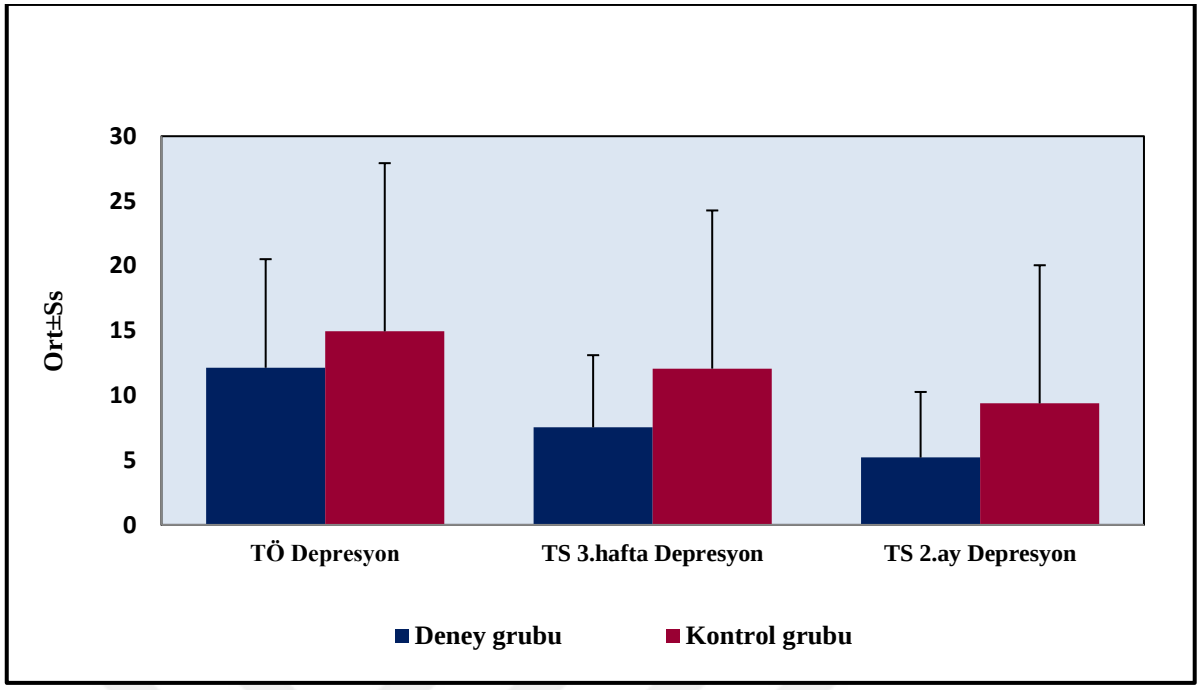
Deney grubunda; depresyon puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay depresyon puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,01). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubunda; depresyon puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,005; p<0,01). Anlamlılığın hangi takipten kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay depresyon puanlarındaki düşüş anlamlı bulunmuştur (p=0,006; p<0,01). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta depresyon puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,331; p>0,05).

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 2. ay depresyon puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,452; p>0,05).

Tedavi sonrası 3. hafta depresyon puanlarına göre tedavi sonrası 2. ay puanlarındaki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,661; p>0,05).



Şekil 4-4: Gruplara Göre BECK Depresyon Ölçeği (BDÖ) Puanlarının Dağılımı

Tablo 4-27: Kadınların KCFİ, VPBÖ, GRCDÖ ve BDÖ Toplam Puanlarının Korelasyonu

		TÖ	TS 3.hafta	TS 2.ay
FSFI-VPBÖ	**r**	-0,510	-0,696	-0,770
	p	***0,003****	***0,001****	***0,001****
FSFI-GRCDÖ	**r**	-0,672	-0,813	-0,845
	p	***0,001****	***0,001****	***0,001****
FSFI-BDÖ	**r**	-0,292	-0,352	-0,381
	p	***0,111***	***0,052***	***0,034****
VPBÖ-GRCDÖ	**r**	0,517	0,642	0,794
	p	***0,003****	***0,001****	***0,001****
VPBÖ-BDÖ	**r**	0,402	0,574	0,473
	p	***0,025****	***0,001****	***0,007****
GRCDÖ-BDÖ	**r**	0,242	0,325	0,364
	p	***0,190***	***0,074***	***0,044****

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı **p<0,05* ***p<0,01*

Kadınların KCFİ, VPBÖ, GRCDÖ ve BDÖ toplam puanlarının korelasyonu Tablo-27'de verilmiştir.

Tedavi Öncesinde:

Cinsel fonksiyon puanları ile vajinal penetrasyon biliş puanı ve cinsel doyum puanı arasında negatif yönlü (vajinal penetrasyon biliş puanı ve cinsel doyum puanı düştükçe cinsel fonksiyon puanı artan) ve çok zayıf istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla r:-0,510; r:-0,672; p<0,01). Cinsel fonksiyon puanı ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Vajinal penetrasyon biliş puanı ile cinsel doyum puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ve orta büyüklükte, depresyon puanı arasında ise pozitif yönlü anlamlı ve zayıf bir ilişki (vajinal penetrasyon biliş puanı arttıkça doyum ve depresyon puanı artan) saptanmıştır (sırasıyla r:0,517; r:0,402; p<0,05).

Cinsel doyum puanı ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tedavi sonrası 3. haftada:

Cinsel fonksiyon puanları ile vajinal penetrasyon biliş puanı ve cinsel doyum puanı arasında negatif yönlü anlamlı ve çok zayıf (vajinal penetrasyon biliş puanı ve cinsel doyum puanı düştükçe cinsel fonksiyon puanı artan) bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla r:-0,696; r:-0,813; p<0,01). Cinsel fonksiyon puanı ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Vajinal penetrasyon biliş puanı ile cinsel doyum ve depresyon puanı arasında pozitif yönlü ve orta büyüklükte (vajinal penetrasyon biliş puanı arttıkça cinsel doyum ve depresyon puanı artan) anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla r:0,642; r:0,574; p<0,05).

Cinsel doyum puanı ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tedavi sonrası 2. ayda:

Cinsel fonksiyon puanları ile vajinal penetrasyon biliş puanı, cinsel doyum puanı ve depresyon puanı arasında negatif yönlü anlamlı ve zayıf (vajinal penetrasyon biliş puanı, cinsel doyum puanı ve depresyon puanı düştükçe cinsel fonksiyon puanı artan) bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla r:-0,770; r:-0,845; r:-0,381; p<0,05).

Vajinal penetrasyon biliş puanı ile cinsel doyum puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ve iyi, depresyon puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ve zayıf (vajinal penetrasyon biliş puanı arttıkça cinsel doyum ve depresyon puanı artan) bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla r:0,794; r:0,473; p<0,01).

Cinsel doyum puanı ile depresyon puanı arasında pozitif yönlü 0,364 düzeyinde ve zayıf istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r:0,364; p=0,044; p<0,05).

5. TARTIŞMA

Genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu başlığı altında yer alan vajinismus, kadın cinsel işlev bozukluğu arasında önemli bir yere sahiptir. Vajinismusun etyolojik sebeplerinden biri olan cinsel mitlere inanma ve cinsel eğitim eksikliği, batılı ülkelere nazaran ülkemizde vajinismus prevalansının yüksek olmasına neden olmaktadır (Christensen ve ark 2011, Keçe 2015, CİSED 2019). Bu nedenle vajinismus tedavisinde verilen cinsel danışmanlığın ve cinsel sağlık eğitiminin vajinismusu yenme konusunda son derece etkili olduğu düşünülmektedir (Melnik 2012). "Sağlıklı cinsel yaşam" kapsamında Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğine verilen danışmanlık rolü, vajinismus gibi genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğunun giderilmesinde önemli bir yere sahiptir (Hemşirelik Yönetmeliği 2011).

Bu araştırma, vajinismus tedavisi gören kadınlarda cinsel danışmanlığın ve pelvik taban relaksasyonunun cinsel işlevlere etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda 2 ana başlık halinde tartışılmıştır;

5.1. Kadınların ve eş/partnerlerinin sosyo-demografik, genel sağlık ve cinsel yaşam özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,

5.2.Kadınların TÖ, TS 3. Hafta ve TS 2. Aydaki Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'nden aldığı puanlarının karşılaştırılması ve korelasyonuna ilişkin bulguların tartışılması,

5.1. Kadınların ve Eş/Partnerlerinin Sosyo-Demografik, Genel Sağlık ve Cinsel Yaşam Özelliklerine Ilişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadın ve eş/partnerinin yaş, eğitim, çalışma durumu, ekonomik durum vb. gibi özelliklerin sorgulandığı sosyo-demografik özellikleri, cinsel yaşamını tanımlama, evlilik öncesi cinsel bilgi düzeyi, cinsel ilişkiye yönelik düşünce, cinsel deneyim, fiziki görünümden memnun olma, cinsel ilişki isteğini ifade eden kişi, ön sevişme durumu, cinsel yakınlaşma sırasında eş/partnerin tavrı, klitoral orgazm yaşama durumu, cinsel yakınlaşma sonrası yaşanan duygu durumu, eşi/partneri çekici bulma durumu vb. gibi özelliklerin sorgulandığı cinsel yaşama ilişkin bulgular tartışılmıştır. Gruplar arasında anlamlı farkın olmayışı ve grupların benzerlik göstermesi, araştırma sonuçlarının doğru ve güvenilir olabilmesi açısından önem teşkil etmektedir.

Araştırmamızda deney ve kontrol gruplarındaki kadınların yaş, BKİ, evlilik/birliktelik süresi, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, daha önce ameliyat geçirme ve sigara kullanım gibi kişisel özellikleri benzer bulunmuştur **(p>0,05 Tablo 4-1).** Kadınların eş/partnerlerinin yaş, eğitim durumu, meslek, sigara ve alkol kullanımı gibi kişisel özellikleri açısından, gruplar arasında bir fark yoktur **(p>0,05 Tablo 4-2).** Deney ve kontol grubundaki kadınların cinsel deneyim, cinsel yakınlaşma sıklığı, şu anki cinsel yaşam tanımı, evlilik/ilişki öncesi yeterli cinsel bilgiye sahip olma ve cinsel sağlık eğitimi alma, cinsel ilişki denildiğinde ilk akla gelen durum, bekâretin evliliğe kadar saklanması gerektiğini düşünme, tanışma şekli, eş/partner ile geçim durumu, eşi/partneri çekici bulma ve kliniğe ilk başvurmak isteyen kişi açısından da anlamlı farklılık saptanmamıştır **(p>0,05 Tablo 4-3).**

Gruplara göre fiziki görünümden memnun olma, eşin/partnerin yanında soyunmaktan rahatsız olma, eşin/partnerin vajinaya dokunmasından, eşin/partnerin penisine ve meniye dokunmaktan rahatsız olma, evlendikten sonra mastürbasyon yapma, cinsel konuları eş/partner ile konuşma durumu, cinsel yakınlaşma isteği olduğunu ifade eden kişi, cinsel yakınlaşma sırasında eşin/partnerin tavrı, klitoral orgazm yaşama durumu ve cinsel yakınlaşma sonrası hissiyat durumu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır **(p>0,05 Tablo 4-4).**

Araştırma örneklemine dahil edilen kadınların yaş ortalaması 27,59±5,32 **(Tablo 4-1)**, eş/partnerlerin yaş ortalaması 30,97±5,40 **(Tablo 4-2)**, olduğu tespit edilmiştir. Öztürk ve Arkar'ın vajinismuslu çiftlerde BDT'nin cinsel doyum, evlilik uyumu,

depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri üzerine etkisini inceledikleri bir araştırmada (n=20) kadınların yaş ortalaması 25,70±4,62, eşlerin yaş ortalaması ise 29,55±4,21 olarak bulunmuştur (Öztürk ve Arkar 2017). Özdel ve ark.nın bilişsel davranışçı yöntemlere dayalı cinsel terapinin vajinismuslu kadınlar ve eşlerinin cinsel sorunları üzerindeki etkilerini araştırdıkları bir çalışmada (n=28) örnekleme dahil edilen kadınların yaş ortalamasını 25,20±3,99, eşlerin yaş ortalamasını 28,53±3,27 olarak bulmuşlardır (Özdel ve ark 2013). Reissing ve ark.nın vajinismusta vajinal spazm, ağrı, davranış rolleri ile psikologların, jinekologların ve fizyoterapistlerin vajinismus tanısı üzerinde anlaşabilme yeteneği üzerine yaptıkları bir araştırmada (n=110) vajinismuslu kadınların yaş ortalamasını 27,45±5,02 olarak bulmuşlardır (Reissing ve ark 2004). Fadul ve arkadaşlarının (n=40) vajinismus tanısının psikososyal korelasyonlarını inceledikleri bir vaka-kontrol çalışmasına dahil ettikleri kadınların yaş ortalamasını ise; 28,15±6,29 olarak saptamışlardır (Fadul ve ark 2018). Araştırmadaki kadınların ve eşlerin yaş ortalamasının literatürle paralellik gösterdiği saptanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen tüm kadınların BKİ 23,93±4,64 olarak bulunmuştur. Deney grubundaki kadınların BKİ 24,47±5,81, kontrol grubundakilerin ise 23,38±3,15 olarak saptanmıştır. WHO'nun 20 yaş üzerindeki yetişkinler için BKİ referans aralıklarına göre BKİ<18,5 düşük kilolu, 18,5≤ BKİ ≤24,9 normal kilolu, BKİ>30 obez olarak tanımlanmaktadır (WHO-BMI) **(Tablo 4-1).** WHO'nun BKİ referansları temel alındığında araştırma örneklemine dahil edilen tüm kadınların ortalaması ile deney ve kontrol grubundaki kadınların ortalaması normal kilolu sınıfındadır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre 15-49 yaş arasındaki kadınların devam ettikleri veya tamamladıkları en yüksek eğitim düzeyinin yüzde dağılımları incelendiğinde kadınların %41'inin lise ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu bildirilmiştir (TNSA 2018). Araştırmada kadınların büyük çoğunluğunun (%70,6) ön lisans ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu bulunmuştur **(Tablo 4-1).** Bu sonuç, çalışmadaki kadınların eğitim düzeyinin Türkiye genelinin üzerinde olduğunu göstermektedir.

TNSA 2018 verilerine göre 15-49 yaş arasındaki kadınların son 12 ayda çalışmamış/hiç çalışmamış kadınların ortalaması %64 olarak bildirilmiştir. Araştırmada örnekleme dahil edilen kadınların %61,8'inin gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı

bulunmuştur **(Tablo 4-1).** Bu sonuç, Türkiye geneli ile benzerlik göstermektedir (TNSA 2018).

Öztürk ve Arkar'ın vajinismuslu çiftlerde BDT'nin cinsel doyum, evlilik uyumu, depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri üzerine etkisini inceledikleri bir araştırmada (n=20) kadınların %75'inin ev hanımı olduğunu bildirmişlerdir. Moghadam ve arkdaşlarının 2016 yılında İran'daki kadınların cinsel sağlığını etkileyen faktörleri incelediği 337 kadın ile yaptıkları çalışmada cinsel işlev bozukluğu olan kadınların (n=185) %76,4'ünün ev hanımı olduğunu bildirmişlerdir (Moghadam ve ark 2016). Araştırmaya dahil edilen kadınların büyük çoğunluğunun gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı bulunmuştur **(Tablo 4-1).** Araştırma örneklem grubunun kadın çalışma durumu literatürle benzerdir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine göre 25 yaş ve üzeri erkeklerin bitirilen son eğitim kurumu yüksekokul ve fakülte olanların oranı %19,4 olarak bildirilmiştir (TÜİK 2018). Araştırmada kadınların eş/partnerlerinin eğitim durumlarının büyük oranda (%73,5) ön lisans ve üzeri olduğu görülmektedir **(Tablo 4-2)**. Bu sonuç, araştırmaya dahil edilen kadınların eş/partnerlerinin eğitim durumunun Türkiye genelinden yüksek olduğunu göstermektedir.

Öztürk ve Akar'ın çalışmasında örnekleme dahil edilen kadınların eşlerinin büyük oranda herhangi bir işte çalıştığı, sadece %5'inin işsiz olduğu belirtilmiştir (Öztürk ve Arkar 2017). Moghadam ve arkdaşlarının 2016 yılında İran'daki kadınların cinsel sağlığını etkileyen faktörleri incelediği 337 kadın ile yaptıkları çalışmada cinsel işlev bozukluğu olan kadınların eşlerinin %75,9'unun çalıştığını bildirmişlerdir (Moghadam ve ark 2016). Araştırmaya dahil edilen kadınların eş/partnerlerinin hepsinin herhangi bir işte çalıştığı saptanmıştır **(Tablo 4-2).** Araştırma örneklem grubunun kadınların eş/partnerlerinin çalışma durumu literatürle benzerdir.

Genito- Pelvik Ağrı/Penetresyon Bozukluğu'ndan söz edebilmek için kadının; koitus sırasında yaşanan belirgin zorlanma, penetrasyon girişimleri sırasında belirgin vulvovajinal veya pelvik ağrı, koitus öncesi veya sırasında ağrı beklentisine yönelik duyulan kaygı ve korku, koitus sırasında pelvik taban kaslarının gerilmesi veya sıkıştırılması gibi kalıcı veya tekrarlayan zorluklardan en az birine, minimum 6 ay süreyle ve cinsel aktivitelerinin en az %75'inde maruz kalması gerekmektedir (APA 2013). Araştırmada evlilik/birliktelik süresi ortalama tüm kadınlarda 33,44±42,11 ay, deney

grubunda 34,59±42,29 ay, kontrol grubunda 32,29±43,19 ay olarak bulunmuştur **(Tablo 4-1).** Bu sonuç APA'nın vajinismus için belirttiği minimum süreyi fazlasıyla karşılamaktadır. Doğan ve ark.nın yaptığı vajinismus ve disparonisi olan bir grup kadında Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği'nin Türkçe sürümünün geçerlik ve güvenirlik çalışmasında vajinismus grubundaki kadınların (n=70) evlilik süresi ortalaması 2.17±2.16 yıl olarak bulunmuştur (Doğan ve ark 2015). Akhavan-Taghavi ve ark. İran'da aile sağlığı kliniğine gelen vajinismuslu kadınların (n=115) demografik özelliklerini belirlemek amacıyla tez merkezli bir araştırma yapmışlardır. Araştırmada vajinismuslu kadınların büyük çoğunluğunun (%43) evlilik süresinin 1-3 yıl arası olduğu bildirilmiştir (Akhavan-Taghavi ve ark 2015). Bu sonuçlar çalışma ile benzerlik göstermektedir. Profesyonel ve klinik yardım alma sürecinin minimum 2-3 yıl arasında olması ve bu kadar uzun süre vajinismus ile yaşamanın belli nedenleri olmaktadır. Bu nedenlerin; çiftlerin vajinismusun üstesinden kendiliğinden geleceklerini düşünmeleri, cinsel danışmanlık almaktan çekinme veya utanma, cinsel yaşam polikliniklerinin sayıca az olması, var olanların da bilinmemesi gibi nedenler olduğu düşünülmektedir.

Fageeh'in Batı Suudi Arabistan'da vajinismus için farklı tedavi yöntemlerini incelediği araştırmada vajinismuslu kadınların tıbbi yardım aramadan önceki evlilik süresi ortalaması 12 ay olarak belirtilmiştir (Fageeh 2011). Fageeh'in araştırmasıyla olan bu farkın; kültürel olarak toplumun evlilikten çocuk beklentisinin baskın olması ve bunun bir sonucu olarak daha kısa sürede sağlık arama davranışına kadınların ve çiftlerin yönelmesi olarak düşünebilir.

Araştırmada kadınların eş/parner ile tanışma şekli %85,3 oranında kendi kararları ile olmuştur. Deney grubundaki kadınların %88,2'si, kontrol grubundaki kadınların ise %82,4'ü kendi kararları ile tanışmıştır. Eş/partner ile geçim durumunu tüm kadınların %47,1'i, deney grubundakilerin %52,9'u, kontrol grubundakiler %41,2'u çok iyi olarak bildirmişlerdir. Kadınların toplamının %61,8'i, deney grubundakilerin %70,6'sı, kontrol grubundakilerin %52,9'u eş/partnerini çekici bulmaktadırlar **(Tablo 4-2).** Bu sonuçlardan yola çıkarak, tanışma şeklinin ikili ilişkilerdeki geçim hali ve eş/partneri çekici bulma arasında bir ilişki yarattığı düşünebilir.

Kadın Genito Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu (GPAPB)'na dair ilgili faktörlerin ve genel yaklaşımın gözden geçirildiği bir araştırmada; GPAPB ile ilgili sosyokültürel sebeplerin en başında; cinsel bilgi eksikliği ve ilişkide içsel olumsuz cinsel

mesajlar gelmektedir. Bilişsel nedenler arasında ise; temel düşünceler, ağrının anlamı ve buna odaklanma derecesi, kullanılan başa çıkma stratejileri, tutumlar ve inançlar belirtilmiştir. Cinsel eğitim eksikliğinin bir sonucu olarak gelişen cinselliğe dair yanlış tutum ve inanışlar ile cinsel mitlere inanmanın cinsel işlev bozuklukluğuna yol açtığı bilinmektedir (Dias-Amaral ve Marques-Pinto 2018). Konkan ve ark.nın vajinismuslu kadınlarda cinsel işlev ve doyumu inceledikleri bir araştırmada (n=40); kadınların %57,5'i cinsel bilgi düzeyini yetersiz olarak belirtmiştir. Yine aynı araştırmada; aileden cinselliğe dair olumsuz mesaj alan kadınların oranı %35, aileden kızlık zarı uyarı mesajı alanların oranı ise %32,5 olarak belirtilmektedir (Konkan ve ark 2012). Muammar ve ark. Arap kadınlarının vajinal penetrasyon fobisi üzerine retrospektif bir araştırma yapmışlardır. Araştırma sonucunda kadınların (n=100) %97'si vajinal penetrasyon fobisinin gelişimi için potansiyel risk faktörlerinden en başta gelen nedeni yetersiz cinsel eğitim olarak bildirmişlerdir (Muammar ve ark 2015). Türkiye'de faklı örneklem gruplarında yapılan araştırmalarda cinsel mitlere inanma düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Aygin var ark 2017, Ekmen ve ark 2017, Özsoy ve Bulut 2017). Bu araştırmada kadınların büyük çoğunluğu (%79,4) evlilik/ilişki öncesinde yeterli bilgiye sahip olmadığını ve araştırma kapsamındaki kadınların %67,6'sı cinsel sağlık eğitimi almadığını belirtmişlerdir. Cinsel ilişki denildiğinde ilk akla gelen ifadenin deney grubundaki kadınların %52,9'u, kontrol grubundaki kadınların %64,7'si acı/ağrı/korku olduğunu belirtmiştir. Deney grubundaki kadınların %88,2'si, kontrol grubundaki kadınların %76,5'i bekâretin evliliğe kadar saklanması gerektiğini düşünmektedirler **(Tablo 4-3).** Bu sonuçlar literatürde belirtilen cinsel bilgi eksikliğinin vajinismusa yol açabileceğini destekler niteliktedir. Türkiye'de cinsel mitlere inanma ile ilgili araştırmalar temel alındığında, cinsel ilişki denildiğinde kadınların büyük çoğunluğunun aklına ilk acı/ağrı/korku gelmesi ve bekâretin evliliğe kadar saklanması görüşünün ağır basması, araştırma sonucunun bu çalışmalarla paralellik gösterdiğini belirtir niteliktedir.

Bireylerin fiziksel görünüşü hakkındaki düşünceleri yani kendi zihnindeki beden imajı benlik saygısını etkileyen en önemli etkenlerden biri olarak görülmektedir. Beden imajı bireyin sosyal kaygılarından cinsel davranışlarına kadar geniş bir yelpazede yaşamını etkilemektedir (Cash 2004, Tylka 2012). Karaaslan'ın 18-50 yaş arasındaki 30 cinsel işlev bozukluğu olan kadın ve 28 sağlıklı kadında sosyal anksiyete bozukluğunun beden algısı ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirdiği bir araştırmada; beden memnuniyetsizliği arttıkça cinsel işlev bozuklarının bazı alanlarında kötüleşme olduğu

sonucuna varmıştır (Karaaslan 2017). Koqure ve ark. polikistik over sendromlu kadınlarda (n=94) beden imajı ve beden imajı memnuniyetinin, antropometrik indeksler, cinsel işlev, anksiyete ve depresyon ile ilişkisini değerlendirmişlerdir. Araştırma sonucunda; algı, bilişsel-duygusal boyutların beden imajı disfonksiyonunda önemli rol oynadığı, bu durumun cinsel disfonksiyon ve depresyona yol açabileceği sonucuna varmışlardır (Koqure ve ark 2019). Çalışmada deney (%64,7) ve kontrol (%52,9) grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun fiziksel görünümünden memnun olmadıkları bulunmuştur **(Tablo 4-4).** Bu sonuç, olumsuz beden algısının cinsel işlev bozukluğuna yol açabileceği dayanaklı literatürü destekler niteliktedir.

5.2. Kadınların Tedavi Öncesi (TÖ), Tedavi Sonrası (TS) 3. Hafta ve TS 2. Aydaki Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'nden Aldığı Puanlarının Karşılaştırılması ve Korelasyonuna Ilişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların TÖ, TS 3. hafta ve TS 2. aydaki Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'nden aldığı puanların karşılaştırılması ve korelasyonuna ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir. Literatürde araştırma örneklemine uyan ve benzer ölçeklerin ilişkisinin incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle, bu bölümdeki bulgular farklı örneklem grubunda ve benzer ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarla tartışılmıştır.

Vajinismus her ne kadar psikososyal bir sağlık sorunu olsa da; özellikle toplum ve kültür dayatmalarının vajinismusun gelişiminde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Cinselliği merak etmenin suç veya günah kabul edildiği toplumların neden olduğu bir sonuç olarak, kadınlar kendi cinsel organlarını tanıyamamakta ve cinsellikle ilgili birçok yanlış bilgiye sahip olabilmektedirler. Cinsel sağlık eğitimi eksikliğinden kaynaklanan "bilgisizlik" cinsel işlevler üzerinde olumsuz etki yaratabilmektedir (CETAD 2006, Doğan ve Saraçoğlu 2009, Heinemann ve ark 2016). Ayrıca vajinismus tedavisinin başarı ölçütü penetrasyon olarak görülmektedir. Oysa cinsel işlevin diğer alanlarının da değerlendirilmesi gerekmektedir. Vajinismus tedavisi gören kadınlarda cinselliğin diğer alanlarının değerlendirildiği sınırlı sayıdaki araştırmalarda, %97 oranında duyarsızlaştırma teknikleri ile cinsel birleşme sağlandığı,

fakat kadınların %50'sinin cinsel birleşmeden doyum aldığını gösteren sonuçlar vardır (Seo ve ark 2005). Bu nedenle verilecek cinsel danışmanlığın cinsellik hakındaki yanlış bilgi ve inanışları ortadan kaldıracağı, hem danışmanlık hem de pelvik relaksasyonun cinsel işlevlerde olumlu etki edeceği düşünülmektedir.

Araştırmada toplam KCFİ puanları tedavi öncesinde ortalama 57,00±11,07; tedavi sonrası 3.haftada ortalama 64,16±14,69; tedavi sonrası 2.ayda ortalama 66,32±15,19 olarak bulunmuştur. KCFİ toplam puan aralığı 2 (en az) ile 36 (en fazla) arasındadır. Yüksek puan, daha iyi cinsel fonksiyona işaret eder. Cinsel işlev durumu KCFİ puanı 30 puan ve üzeri ise iyi, 23-29 puan arası ise orta, 23 puandan az ise kötü olarak sınıflandırılmıştır (Rosen ve ark 2000, Wiegel ve ark 2005). Araştırmaya dahil edilen deney grubundaki kadınların %82,4'ü, kontrol grubundaki kadınların %58,8'i klitoral orgazm yaşadıklarını belirtmiştir. Kadınların büyük çoğunluğunun (%41,2) cinsel yakınlaşma sırasında çift olarak birlikte hareket ettikleri saptanmıştır **(Tablo 4-4).** Bu sonuçlardan yola çıkarak, TÖ kadınların KCFİ puanlarının yüksek olması, kadınların cinsel işlevlerini yaşamada penetrasyon hariç bir sorun olmadığını düşündürmektedir.

Mahshid ve Zahra vajinismus şikayeti yaşayan beş çifte çift terapisi kapsamında danışmanlık vermişlerdir. 45-60 dakika süren 4-6 oturumluk terapide kapsamlı cinsel danışmanlık verilmiş olup, danışmanlık öncesi, her danışmanık sonrası ve son danışmanlık seansından 4 hafta sonra KCFİ uygulanmıştır. Katılımcıların KCFİ puanlarının başlangıca oranla danışmanlık sonrası arttığı ve cinsel işlevlerde iyileşme sağladığı belirtilmiştir (Mahshid ve Zahra 2019).

Eserdağ ve ark. 460 vajinismuslu kadının tedavi sonuçlarını paylaştıkları bir araştırma yayımlamışlardır. Bilişsel davranışçı tedavi tekniğinin kullandığı tedavi programının içinde; genital anatomi ve fizyoloji, ayna egzersizleri, nefes teknikleri, Kegel egzersizleri, progresif dilatör egzersizleri ve duyusal odaklanma gibi yöntemleri kullanmışlardır. Tedavi sonunda ve takiplerinin 3. ayında kadınların birliktelik yaşadığı, takiplerinin 1. yılında kadınların büyük çoğunluğunun (%85,2) orgazm yaşadığı, %8,69'u orgazm olmasa da ilişkiden keyif aldığını belirtmiştir (Eserdağ ve ark 2011).

Marvi ve ark. Cinsel Sağlık Modeline dayalı cinsel eğitimin infertil kadınlarda (n=108) cinsel işlevlere etkisini incelemiştir. Bir hafta boyunca 90 dakikalık seanslarla cinsel eğitim vermişlerdir. Bu eğitimin başlıkları; cinsel anatominin işleyişi, kültür ve cinsel kimlik, cinsel sağlık ve güvenli cinsel ilişki, pozitif cinsellik, beden imajı, fantazi,

ilişkiler, samimiyet ve mahremiyet olmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası KCFİ puanları değerlendirildiğinde deney grubunda eğitim sonrası KCFİ puanlarında artış saptanmıştır. Araştırma sonucunda cinsel sağlık modeline dayalı cinsel eğitimin kadınların cinsel işlev puanını artırmak için etkili bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır (Marvi ve ark 2019).

Sahraeian ve ark. infertil kadınlarda (n=52) bilişsel davranışçı terapinin cinsel işlev üzerine etkisini inceledikleri randomize kontrollü klinik araştırma yapmışlardır. Deney grubundaki kadınlara her seansı 90-120 dakika arasında süren, haftada bir 6-8 kişiden oluşan gruba bilişsel davranışçı bir yaklaşımla cinsel danışmanlık verilmiştir. Cinsel danışmanlık konuları; kadın-erkek üreme organları ve işleyişi, iletişim teknikleri, pozitif düşünceler, bedensel relaksasyon egzersizleri, Kegel egzersizleri, vücut masajı ve duyusal odaklanma gibi konulardan oluşmaktadır. Cinsel işlevi tedavi öncesi, tedavi sonrası hemen ve tedaviden bir ay sonra KCFİ ile değerlendirmişlerdir. Danışmanlık sonrası deney ve kontrol grubu arasında cinsel işlevde anlamlı fark bulunmuş olup, danışmanlık alan grupta KCFİ toplam ve alt gruplarından (istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı) yüksek puanlar elde edilmiştir. Araştırma sonucunda cinsel danışmanlığın, infertil kadınlarda cinsel sorunların azalmasında önemli bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır (Sahraeian ve ark 2019).

Babakhani ve ark. İran Hamadan'daki bir sağlık merkezine başvuran 15-45 yaş arasında cinsel olarak aktif olan kadınlara (n=198) verilen bilişsel davranışçı danışmanlığın cinsel işlevlere etkisini incedikleri randomize kontrollü bir araştırma yapmışlardır. Danışmanlık deney grubundaki kadınlara 4 seanstan oluşan 2 saatlik süreyle verilmiş olup, KCFİ ile cinsel işlevler değerlendirilmiştir. Bilişsel davranışçı yönteme dayalı cinsel danışmanlığın konu başlıklarını; cinsellikle ilgili düşünceleri tanımlama, olumsuz düşünceler ve cinsel işlev bozukluğuna yol açan davranış ve düşüncelerle başa çıkma yöntemleri, cinsel işlevleri iyileştirmeye yönelik girişimler ve ev ödevleri oluşturmuştur. Araştırma sonucunda; danışmanlık sonrası deney grubunun KCFİ'nden aldığı toplam puan ve alt gruplarından (istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı) aldıkları puanda kontrol grubuna kıyasla önemli bir artış yaşandığı bildirilmiştir. Cinsel işlevlerin geliştirilmesinde cinsel danışmanlığın etkili olduğuna vurgu yapılmıştır (Babakhani ve ark 2018).

Rostamkhani ve ark. birinci basamakta PLISSIT modeli kapsamında verilen cinsel danışmanlığın etkinliğini değerlendirmişlerdir. Cinsel işlevler danışmanlık öncesi,

danışmanlık sonrası 2. hafta ve danışmanlık sonrası 4. hafta olmak üzere üç kez KCFİ ile değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda kontrol grubu KCFİ puanlarında anlamlı bir değişiklik olmazken, deney grubu KCFİ puanlarında anlamlı bir artış olduğu bildirilmiştir (Rostamkhani ve ark 2015).

Mahmodi ve Valiee İran'da evli Müslüman kadınlara verilen cinsel sağlık eğitiminin evlilik memnuniyetleri ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini inceleyen bir araştırma yapmışlardır. Araştırma gruplarını cinsel sağlık eğitimi verilen deney grubu (n=30) ve kontrol grubu (n=30) oluşturmuştur. Deney grubundaki kadınlara toplam 3 seanstan oluşan 45 dakikalık cinsel sağlık eğitimi verilmiştir. Cinsel sağlık eğitimlerinin içeriği; kadın-erkek üreme organları anatomisi, cinsel ve üreme sağlığı, cinsel aktivite, eş ile nasıl daha iyi ilişki kurulacağına dair iletişim teknikleri (duygusal, mental ve cinsel), cinsel ve evlilik memnuniyetini teşvik edecek bilgiler (cinselliğe ve cinsel ilişkiye olumlu ve saygılı yaklaşım) oluşturmaktaydı. Cinsel sağlık eğitiminden sonra katılımcılar tekrar değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda; cinsel sağlık eğitimi alan grubun yaşam kalitesi puanlarında yükselme olduğu bildirilmiştir. Cinsel sağlık eğitiminin, kadınların cinsel ve evlilik memnuniyetlerini artırarak, cinsel sağlıklarını geliştirerek, yaşam kalitesini iyileştirdiği vurgulanmıştır (Mahmodi ve Valiee 2015).

Bu araştırmada deney grubundaki kadınlara IMB modeli doğrultusunda planlanan her seansı 45 dakikadan oluşan toplam 4 seans birebir danışmanlık verilmiştir. Danışmanlık konuları; kadın-erkek üreme organları, cinsellik ve cinsel sağlık kavramları, progresif kas egzersizleri, bedeni keşfetme, cinsel organları keşfetme, pelvik relaksasyon, mastürbasyon ve cinsel ilişki pozisyonlarından oluşmaktadır. "Vajinismus Hastaları İçin Cinsel Danışmanlık Kitapçığı"ndan ilgili seansa ait bölümler eşiyle de paylaşmak üzere kadına verilmiştir. Ayrıca ev ödevleri ve haftalık telefon görüşmeleri ile motivasyon sağlanmaya çalışılmıştır. Gruplar arası toplam KCFİ puanları incelendiğinde; deney grubunda; toplam cinsel fonksiyon puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$) **(Tablo 4-5).** Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 3. hafta ($p=0,001$) ve tedavi sonrası 2.ay ($p=0,001$) toplam cinsel fonksiyon puanlarındaki artış anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) **(Tablo 4-5).** Bu sonuç verilen danışmanlığın etkinliğini göstermesi yönüyle literatürdeki diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. Ayrıca cinsel danışmanlıkta verilen eğitimler literatürdeki cinsel işlevleri iyileştirmek amacıyla verilen cinsel danışmanlık eğitimleri ile benzer olmasının yanında, araştırmadaki eğitim ve davranışsal boyutun daha kapsamlı olduğu söylenebilir (Eserdağ

ve ark 2011, Rostamkhani ve ark 2015, Mahmodi ve Valiee 2015, Babakhani ve ark 2018, Mahshid ve Zahra 2019, Marvi ve ark 2019, Sahraeian ve ark 2019).

Vajinismus etyolojisinde bilişsel nedenlerin yer aldığı bilinmesine rağmen, vajinal penetrasyon bilişlerini değerlendiren bir araç olmayışı, VPBÖ'nin geliştirilmesine zemin hazırlamıştır. Bu amaçla Klaassen ve Ter Kuile VPBÖ'nin geliştirmeye yönelik bir validasyon çalışması yapmıştır. Araştırma örneklemini vajinismus (n=122), disparoni (n=125), cinsel ağrısı olmayan (n=117) üç grup olmakla beraber toplamda 364 kadın oluşturmuştur. Araştırma sonucunda vajinismusu olan kadınlar, disparonili kadınlarla karşılaştırıldığında algılanan penetrasyon kontrolü daha düşük ve katastrofik ve ağrı bilişleri, olumsuz benlik bilişleri ve genital uyumsuzluk bilişleri daha yüksek rapor edilmiştir (Klaassen ve Ter Kuile 2009).

Cherner ve Reissing yaşam boyu vajinismusu olan kadınlarda cinsel işlev, davranış ve bilişleri karşılaştırmıştır. Örneklemi vajinismusu olan (n=46), disparonisi olan (n=59) ve cinsel ağrısı olmayan (n=47) kadınlar oluşturmuştur. Cinsel işlevler KCFİ, Cinsel İşlev Anketi, Genişletilmiş Cinsel Uyarı Ölçeği ve VPBÖ ile değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda vajinismus ve disparonili grupta, cinsel ağrısı olmayan gruba göre penetrasyon hakkında (kontrol kaybı, felaket/ağrı ile ilgili düşünceler, benlik imajı ve genital uyumsuzluk) olumsuz düşüncelerin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ayrıca vajinismus grubunun cinsel ilişki sırasında kontrolü kaybetmeyle ilgili endişesi disparonili gruba göre daha fazla bulunmuştur ($p = .001$) (Cherner ve Reissing 2013).

Doğan ve ark. vajinismus, disparoni ve cinsel yakınması olmayan kadınlarda (n=210) vajinal penetrasyon bilişlerini ve genel cinsel işlevselliği karşılaştırdıkları bir araştırmada örneklemi vajinismuslu 70 kadın, disparonili 70 kadın ve cinsel aktivitede ağrısı olmayan 70 kadından oluşmaktadır. VPBÖ ve GRCDÖ ile cinsel işlevleri değerlendirmişlerdir. Araştırma sonucunda cinsel yakınması olmayan gruba (41.66±26.54) ve disparonili gruba (73.89±20.64) göre vajinismus grubundaki kadınların VPBÖ toplam puanı (79.86±20.04) yüksek olup, vajinal penetrasyonla ilgili sorunların varlığına işaret etmektedir. Ayrıca cinsel yakınması olmayan gruba göre hem vajinismuslu, hem de disparonili kadınlar daha fazla olumsuz benlik bilişleri, felaketleştirme/ağrı bilişleri, cinsel (genital) uyumsuzluk bilişlerine sahip olduğu sonucuna varılmıştır. GRCDÖ toplam puanları incelendiğinde vajinismuslu grubun

(5,05±2,29) cinsel yakınması olmayan gruba (2,75±2,05) göre daha yüksek olduğu, bu sonucun cinsel işlevlerdeki soruna dikkat çektiği bulunmuştur (Doğan ve ark 2018).

Araştırmada kadınların toplam VPBÖ puanları tedavi öncesi 66,13±23,70 olarak ve alt boyut bilişleri de (kontrol bilişleri, olumlu bilişler, benlik imgesi bilişleri, felaketleştirme ve ağrı bilişleri ve cinsel uyumsuzluk bilişleri) yüksek bulunmuştur. Bu sonuç vajinismuslu kadınların vajinal penetrasyonla ilgili bilişlerinde soruna dikkat çekmektedir **(Tablo 4-12).** Kadınların toplam GRCDÖ'den aldıkları puanlar tedavi öncesi deney grubu için 5,47±2,13, kontrol grubu için ise 5,94±2,14 olup, cinsel işlevlerdeki soruna işaret etmektedir (TS 3. hafta: 3,20±2,18, TS 2. ay: 2,73±2,22) **(Tablo 4-18).** Bu sonuçlar vajinal penetrasyonda bilişleri ve cinsel doyumu değerlendiren diğer çalışmalarla uyumludur (Cherner ve Reissing 2013, Doğan ve ark 2018). Ayrıca kadınların VPBÖ toplam puanları tedavi öncesinde deney grubunda 65,53±23,94, kontrol grubunda 66,69±24,24'dür. Deney grubunun VPBÖ toplam puanı TS 3. haftada 33,60±11,70 iken; TS sonrası 2. ayda 29,93±11,74'e düşmüştür. Kontrol grubunda ise TS 3. haftada 57,13±19,98 olan toplam VPBÖ puanı, TS 2.ayda 54,38±19,15 olarak bulunmuştur **(Tablo 4-12).** Deney grubu toplam VPBÖ puanında TS 3. hafta ve TS 2. ayda meydana gelen belirgin düşüşün ve kontrol grubuna kıyasla TS dönemlerdeki toplam puanlarının düşük olması verilen cinsel danışmanlığın etkinliği olarak düşünülmektedir.

Karagüzel ve ark. yaşam boyu vajinismusu olan kadınlar (n=50) ile vajinal penetrasyonla ilgili sorunu olmayan kadınları (n=50) depresyon, anksiyete ve cinsel işlevler açısından değerlendirmiştir. Değerlendirmeyi GRCDÖ, BDÖ ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile yapmışlardır. Araştırma sonucunda vajinismus olan grupta GRCDÖ toplam puanı 5,16±2,25, BDÖ toplam puanı ise 16,24±10,10 olarak bildirilmiştir (Karagüzel ve ark 2016). Araştırmadan elde edilen GRCDÖ ve BDÖ verileri Karagüzel ve ark.nın çalışması ile uyumludur.

Literatürde IMB modelli çalışmalar genellikle riskli cinsel davranışlar azaltmaya yönelik kullanılmıştır. Sağlıklı cinsel davranışları teşvik ederek, cinsel memnuniyeti artırmaya yönelik kullanıldığı çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmalardan biri Moeini ve ark. tarafından İran'da bir aile sağlığı merkezine başvuran yeni evli çiftlerle yapılan çalışma protokolünün sunulduğu bir araştırma protokolüdür. 100 çift (n=200) ile yapılan çalışmada; bilgi, motivasyon ve davranış becerileri kullanılarak verilen eğitimin, çiftlerin

cinsel memnuniyetlerine etkisi incelemiştir. Modelin birinci basamağı olan bilgi aşamasında; çiftlere "Ruh Eşim" adlı kitap ücretsiz olarak verilerek, her seansı 3 saatten oluşan 6 haftalık toplamda 18 saatlik cinsel sağlık eğitimi verilmiştir. Kitapta ve aynı zamanda eğitimde yer alan başlıca konuları; etkili iletişim, cinsel ve üreme organları anatomisi, cinsel yanıt döngüsü, cinsel iletişim becerileri, cinsel sağlık ve cinsel problemler oluşturmuştur. Motivasyon aşamasını; grup tartışması, rol play, problem çözme egzersizleri ve eş ile olan ödevler oluşturmuştur. Davranış becerisinde; doğru cinsel davranış için objektif beceriler ve bu becerileri cinsel yaşam durumlarında kullanmada öz-yeterlik sağlaması beklenmiştir. Araştırma henüz tamamlanmamış olup, değerlendirme Larson'un Cinsel Memnuniyet Ölçeği ile eğitim öncesi, eğitim sonrası, eğitim sonrası 4. ayda yapılacağı belirtilmektedir. Araştırma sonucunda IMB modelli eğitimin çiftlerin cinsel sağlık bilgisi ve cinsel memnuniyetlerine olumlu etki sağlaması durumunda, sonuçlar ulusal düzeyde uygulama için politika yapıcılara sunalacak olup, çalışma protokolünü literatürde yayımlamışladır (Moeini ve ark 2019).

Khoei ve ark. IMB modelini kullanarak, yeni evli çiftlerin cinsel bilgilerini, motivasyonunu ve davranış becerilerini araştırdıkları nitel bir araştırma gerçekleştirmiştir. Araştırmanın örneklemini 22 çift (n= 22 kadın, n=21 erkek) oluşmuştur. Veriler, derinlemesine, yüz yüze yarı yapılandırılmış görüşmeler ile toplanmıştır. Veri analiz süreci çiftlerin cinsel ve evlilik yaşamlarının anlaşılması için potansiyel bir çerçeve olarak IMB modeli tarafından yönlendirilmiştir. Araştırma sonucunda; IMB'nin evli çiftlerin cinsel yaşamını anlamadaki faydasını destekler nitelikte olduğu sonucuna varılmıştır (Khoei ve ark 2019).

Vural ve Temel evlilik öncesi verilen cinsel danışmanlık programının yeni evli çiftlerin cinsel doyumlarına etkisini incelemiştir. Cinsel danışmanlık eğitimi IMB modeli doğrultusunda yapılandırılmıştır. Araştırma sonucunda; deney grubundaki IMB model temelli verilen cinsel sağlık danışmanlığını alan çiftlerde, kontrol grubundaki çiftlere göre cinsel doyum düzeylerinde artış görülmüştür (Vural ve Temel 2009).

Tuğut ve Gölbaşı cinselliği değerlendirme becerisi geliştirme programının öğrenci hemşirelerin bilgi, tutum ve davranışlarına olan etkisini incelemiştir. Araştırma kapsamında deney grubunda yer alan öğrenciler 18 saatlik IMB modeline göre hazırlanan cinselliği değerlenme programına alınmıştır. Araştırma sonucu; cinselliği değerlendirme

becerisini geliştirme programının öğrenci hemşirelerin bilgi, tutum ve becerisi üzerinde olumlu etkisi olduğunu destekler niteliktedir (Tuğut ve Gölbaşı 2015).

Özdilek 2016 yılında IMB model temelli postpartum cinsel danışmanlığın kadın cinsel sağlığına etkisini incelediği doktora tezini yayımlamıştır. Araştırma sonucunda IMB modeli temel alınarak verilen cinsel danışmanlığın, kadınların cinsel doyumlarını artırdığını bildirmiştir (Özdilek 2016).

Araştırmada KCFİ'nin alt boyutu olan doyum puanlarının gruplara göre tedavi sonrası 3.hafta (p=0,002) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,001) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermesi (p<0,01); deney grubunun puanlarının kontrol grubundan yüksek olması dikkat çekicidir **(Tablo 4-10).** Bu sonuç IMB modeli temel alınarak verilen cinsel danışmanlığın ve pelvik relaksasyonun etkisinin olumlu katkısı olduğunu düşündürmektedir. Araştırma sonuçlarımız, bu bağlamda literatürde IMB modeli temel alınarak yapılan çalışmalarla uyumluluk göstermektedir (Vural 2007, Tuğut 2012, Özdilek 2016, Moeini ve ark 2019, Khoei ve ark 2019).

Normal cinsel işlev biyolojik, psikolojik ve sosyal bir süreci kapsar. Depresyon cinsel işlevin herhangi bir evresinde bozulma meydana getirebilir. Depresyonda yaşanan düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon, hayattan zevk alamama, ilgi ve enerji azalması gibi durumlar, kişilerarası ilişkileri etkilediği gibi cinsel yaşamı da olumsuz etkilemektedir. Cinsel işlev bozukluğu ve depresyon sıklıkla birlikte görülmesine rağmen, depresyonun mu cinsel işlev bozukluğuna yol açtığı yoksa cinsel işlev bozukluğunun mu depresyona sebep olduğu konusunda aralarındaki ilişki net değildir. (Özerdoğan 2009, Doğan 2011, Montejo 2018). Literatürdeki bazı çalışmalar, depresyonun cinsel işlev bozukluğu riskini arttırabileceği gibi, cinsel işlev bozukluğunun da depresyon olasılığını arttırabileceğini belirten iki yönlü çalışmalara rastanmaktadır (Atlants ve Sullivan 2012, Chaudhury ve Mujawar 2017).

Shahraki ve ark. 189 İranlı infertil kadınla yaptıkları bir araştırmada, depresyon, cinsel işlev bozukluğu ve yaşam kalitesini değerlendirmişlerdir. Araştırma sonucunda; BDÖ ve KCFİ puanları arasında negatif korelasyon olduğunu ve bu sonucun depresyon ve anksiyetenin cinsel işlev bozukluğu üzerindeki olumsuz etkisini gösterdiğini belirtmişlerdir (Shahraki ve ark 2019).

Yılmaz ve ark. 530 postpartum kadınla yaptıkları bir araştırmada; cinsel işlev bozukluğu ve depresyon arasındaki ilişkiyi ve bazı risk faktörlerini incelemişlerdir.

Araştırma sonucunda, cinsel işlev bozukluğu ile postnatal depresyon arasında orta derecede negatif korelasyon olduğunu bildirmişlerdir (Yılmaz ve ark 2018).

Shahraki ve ark. 264 kadınla (n=115 sağlıklı grup, n=78 primer infertil, n=71 sekonder infertil) yaptıkları bir araştırmada; infertilite ile depresyon, cinsel işlev bozukluğu ve cinsel yaşam kalitesini incelemişlerdir. Değerlendirme aracı olarak; KCFİ, BDÖ ve Cinsel Yaşam Anketi (CYA)- Kadın Formunu kullanmışlardır. Araştırma sonucunda; CYA ile KCFİ arasında anlamlı pozitif korelasyon, CYA ile BDÖ arasında anlamlı negatif korelasyon saptamışladır (Shahraki ve ark 2018).

Yazdanpanahi ve ark. İran'da postmenopozal kadınlarda stres, anksiyete, depresyon ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Örneklemini 310 kadının oluşturduğu araştırmada, değerlendirme aracı olarak KCFİ ve Depresyon Anksiyete Stres Skalası kullanılmıştır. Araştırma sonucunda regresyon analizinde depresyonun cinsel işlev bozukluğu açıklayan en önemli faktörlerinden biri olduğu belirtilmiştir (Yazdanpanahi ve ark 2018).

Araştırmaya dahil edilen kadınların toplam BDÖ'den aldıkları puanlar tedavi öncesi deney grubu için 12,13±8,38, kontrol grubu için 14,94±12,98'dir. Gruplara göre tedavi öncesi (p=0,812), tedavi sonrası 3.hafta (p=0,499) ve tedavi sonrası 2.ay (p=0,605) depresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemezken (p>0,05); deney grubunda; depresyon puanlarında zaman içinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,001; p<0,01) **(Tablo 4-26).**

Araştırmada kadınların **tedavi öncesi** KCFİ ile VPBÖ ve GRCDÖ puanı arasında negatif yönlü ve çok zayıf istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,01). VPBÖ ile GRCDÖ puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ve orta büyüklükte, BDÖ puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ve zayıf bir ilişki saptanmıştır (p<0,05). **Tedavi sonrası 3. haftada** KCFİ ile VPBÖ ve GRCDÖ puanı arasında negatif yönlü anlamlı ve çok zayıf bir ilişki bulunmuştur (p<0,01). VPBÖ ile GRCDÖ ve BDÖ puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ve orta büyüklükte bir ilişki tespit edildi (p<0,05). **Tedavi sonrası 2. Ayda** ise KCFİ ile VPBÖ, GRCDÖ ve BDÖ puanı arasında negatif yönlü anlamlı ve zayıf bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). VPBÖ ile GRCDÖ puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ve iyi, BDÖ puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ve zayıf bir ilişki saptanmıştır (p<0,01). GRCDÖ ile BDÖ puanı arasında pozitif yönlü 0,364 düzeyinde ve zayıf istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,05) **(Tablo 4-27).** Farklı örneklem gruplarıyla

yapılan çalışmalar temel alındığında, araştırma sonucumuz literatürdeki diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (Yılmaz ve ark 2018, Shahraki ve ark 2018, Yazdanpanahi ve ark 2018, Shahraki ve ark 2019).

KCFİ puanının artması daha iyi cinsel fonksiyona işaret etmektedir (Rosen ve ark 2000, Wiegel ve ark 2005). VPBÖ puanının artması vajinal penetrasyon ilgili olumsuz algının yüksek olduğunu ifade eder (Doğan ve ark 2018). GRCDÖ'den alınan yüksek puan cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya dikkat çekmektedir (Rust ve Golombock 1986, Tuğrul ve ark 1993). BDÖ puanının artması ise, bireyin depresyon yönünden riskinin arttığını, depreyon belirtilerinin düzey ve şiddetinin arttığına dair bilgi verir (Beck 1961, Hisli 1989). Ölçeklerin sonuçları dikkate alındığında tedavi öncesi VPBÖ yüksek olması; örneklemin vajinismuslu hastalardan oluşması, penetrasyon korkusunun varlığı, cinselliğe dair olumsuz düşünceler ve penetrasyonla ilgili bilişlerde sorun olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Penetrasyonla ilgili bilişlerdeki korkunun artması, cinsel ilişkiden alınan doyumun azalmasına ve depresif belirtilerin görülmesine zemin hazırlayabilmektedir. Bu nedenle VPBÖ'nin artması ile GRCDÖ ve BDÖ'nden alınan puanların artış göstermesi beklenen bir durumdur. Tedavi sonrası 3. hafta ve tedavi sonrası 2. ayda VPBÖ, GRCDÖ ve BDÖ ölçeğinden alınan puanlar azalırken, KCFİ puanlarının artışı; örneklem grubundaki tüm vajinismuslu kadınların penetrasyonu sağlaması, deney grubundaki kadınların aldıkları cinsel danışmanlık ve pelvik relaksasyonun etkisi olduğu söylenebilir.

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Sonuçlar

- Araştırmaya dahil edilen kadınların yaş ortalaması deney grubunda 26,82±5,54 iken; kontrol grubunda 28,35±5,15'dir. Hem deney hem kontrol grubundaki kadınların %29,4'ü lise ve altı mezunuyken, %70,6'sı ön lisans ve üzeri mezunudur. Deney grubundaki kadınların %47,1'i çalışıyorken; kontrol grubundaki kadınların %29,4'ü çalışmaktadır. Gelir durumu incelendiğinde hem deney hem kontrol grubundaki kadınların %64,7'sinin gelirinin giderine eşit olduğu görülmüştür. Evlilik/birliktelik süresi ortalaması deney grubunda 34,59±42,29 ay iken; kontrol grubunda 32,29±43,19 aydır. (Tablo 4-1).
- Eş/partnerlerinin yaş ortalaması ise deney grubunda 30,94±5,65 iken; kontrol grubunda 31,00±5,32'dir. Eş/partnerlerin eğitim durumu incelendiğinde deney grubundaki eş/partnerlerin %70,6'sının, kontrol grubundakilerin %76,5'inin ön lisans ve üzeri olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki eş/parnerlerin %64,7'si, kontrol grubundaki eş/partnerlerin %88,2'sinin alkol kullandığı görülmüştür (Tablo 4-2).
- Araştırmaya dahil edilen kadınların cinsel deneyime ilişkin özellikleri incelendiğinde, deney grubundaki kadınların %44,1'inin, kontrol grubundakilerin %41,2'sinin haftada bir-iki kez cinsel yakınlaşma yaşadığı belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınların %94,1'i, kontrol grubundaki kadınların %64,7'sinin evlilik/ilişki öncesi yeterli cinsel bilgisi olmadığı saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların %70,6'sı, kontrol grubundaki kadınların %64,7'si cinsel sağlık eğitimi almamıştır. Cinsel ilişki denildiğinde ilk akla gelen şeyi deney grubundaki kadınların %52,9'u ile, kontrol grubundaki kadınların %64,7'sinin acı/ağrı/korku olarak belirtmişlerdir. Deney grubundaki kadınların %88,2'si ile, kontrol grubundaki kadınların %76,5'i bekaretin evliliğe kadar saklanması gerektiğini düşünmektedir. Deney grubundaki kadınların %70,6'sı, kontrol grunundaki kadınların %52,9'unun eşi/partnerinin her zaman çekici bulmaktadır. (Tablo 4-3).
- Deney grubundaki kadınların %64,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların %52,9'unun fiziki görünümden memnun olmadığı veya biraz memnun olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınların %88,2'sinin , kontrol grubundaki kadınların %70,6'sı eşin/partnerin yanında soyunmaktan rahatsız olduğunu

belirtmiştir. Deney grubundaki kadınların %82,4'ü, kontrol grubundaki kadınların %64,7'si eşin/partnerin vajinaya dokunmasından rahatsız olmadığı saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların %94,1'i, kontrol grubundaki kadınların %64,7'sinin eşin/partnerin penisine dokunmaktan rahatsız olmadığı, deney grubundaki kadınların %52,9'unun, kontrol grubundaki kadınların %58,8'inin meniye dokunmaktan rahatsızlık duyduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınların %76,5'i, kontrol grubundaki kadınların %88,2'si cinsel konuları eş/partner ile konuşabildiği görülmüştür. Deney grubundaki kadınların %94,1'inde; kontrol grubundaki kadınların %70,6' sında cinsel ilişki isteği olduğunu ifade eden kişi eş/partnerdir. Deney grubundaki kadınların %82,4'ü, kontrol grubundaki kadınların %58,8'i klitoral orgazm yaşamıştır (Tablo 4-4).

- Deney ve kontrol gruplarına göre kadınların KCFİ'inden aldıkları tedavi öncesi toplam cinsel fonksiyon puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p=0,228$; $p>0,05$), tedavi sonrası 3. hafta ($p=0,003$) ve tedavi sonrası 2.ay ($p=0,001$) toplam cinsel fonksiyon puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup ($p<0,01$); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur (Tablo 4-5) (**H_1 hipotezi doğrulanmıştır).**
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların VPBÖ toplam puanlarınının gruplara göre tedavi öncesi toplam biliş puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,921$; $p>0,05$). Gruplara göre tedavi sonrası 3.hafta ($p=0,001$) ve tedavi sonrası 2.ay ($p=0,001$) toplam biliş puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup ($p<0,01$); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur (Tablo 4-12).
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların GRCD ölçeğinden aldıkları tedavi öncesi toplam cinsel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,548$; $p>0,05$). Gruplara göre tedavi sonrası 3.hafta ($p=0,002$) ve tedavi sonrası 2.ay ($p=0,001$) toplam cinsel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup ($p<0,01$); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur (Tablo 4-18) (**H_2 hipotezi doğrulanmıştır).**
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların BDÖ'nden aldıkları puan tedavi öncesi ($p=0,812$), tedavi sonrası 3.hafta ($p=0,499$) ve tedavi sonrası 2.ay ($p=0,605$)

depresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 4-26). (**H_3 hipotezi doğrulanamamıştır).**

- Kadınların KCFİ, VPBÖ, GRCDÖ ve BDÖ toplam puanlarının birbirleri ile olan ilişkisi incelendiğinde tedavi öncesinde; cinsel fonksiyon puanları ile vajinal penetrasyon biliş puanı ve cinsel doyum puanı arasında negatif yönlü ve çok zayıf istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla r:-0,510; r:-0,672; p<0,01). Cinsel fonksiyon puanı ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).Vajinal penetrasyon biliş puanı ile cinsel doyum puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ve orta büyüklükte, depresyon puanı arasında ise pozitif yönlü anlamlı ve zayıf bir ilişki tespit edildi (sırasıyla r:0,517; r:0,402; p<0,05). Cinsel doyum puanı ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4-27).
- Tedavi sonrası 3. haftada; cinsel fonksiyon puanları ile vajinal penetrasyon biliş puanı ve cinsel doyum puanı arasında negatif yönlü anlamlı ve çok zayıf bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla r:-0,696; r:-0,813; p<0,01). Cinsel fonksiyon puanı ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Vajinal penetrasyon biliş puanı ile cinsel doyum ve depresyon puanı arasında pozitif yönlü ve orta büyüklükte anlamlı bir ilişki tespit edildi (sırasıyla r:0,642; r:0,574; p<0,05). Cinsel doyum puanı ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4-27).
- Tedavi sonrası 2. ayda; cinsel fonksiyon puanları ile vajinal penetrasyon biliş puanı, cinsel doyum puanı ve depresyon puanı arasında negatif yönlü anlamlı ve zayıf bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla r:-0,770; r:-0,845; r:-0,381; p<0,05). Vajinal penetrasyon biliş puanı ile cinsel doyum puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ve iyi, depresyon puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ve zayıf bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla r:0,794; r:0,473; p<0,01). Cinsel doyum puanı ile depresyon puanı arasında pozitif yönlü 0,364 düzeyinde ve zayıf istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi (r:0,364; p=0,044; p<0,05) (Tablo 4-27).

Öneriler

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Birinci basamak sağlık kuruluşuna veya jinekoloji polikliniğine cinsel işlev bozukluğu nedeniyle başvuran kadınların, cinsel yaşam polikliniğine yönlendirilmesi, burada cinsel işlevlerinin değerlendirilip, sorunların belirlenmesi ve cinsel danışmanlığın verilmesi,
- Cinsel danışmanlığın sadece kadınlara değil eş/partneri ile beraber verilmesi,
- Cinsel işlev bozukluğunun ayrıntılı ve sistematik bir şekilde değerlendirilebilmesi için, hemşireler tarafından cinsel işlevleri değerlendirmeye yönelik modellerin kullanılması ve geliştirilmesi,
- Cinsel danışmanlığı daha etkin ve verimli hale getirmek için farklı görüşme tekniklerinin (telekominikasyon, online vb) kullanılması,
- Vajinismus ve diğer cinsel işlev bozukluklarına yönelik hasta bilgilendirme eğitim materyalleri hazırlanması, sayısının artırılması ve klinikte kullanılması,
- Cinsel bilgi eksikliği ve cinsel mitlerin vajinismusa zemin hazırlayacağı düşünülerek, UNESCO'nun 2018 önerileri doğrultusunda kapsamlı cinsellik eğitiminde belirtilen yaş aralıkları doğrultusunda (5-8 yaş, 9-12 yaş, 13-15 yaş, 16-18+ yaş) karmaşıklığı artan bir konu sıralamasıyla çocuk ve gençlerin cinselliğe dair bilgi, tutum ve beceri geliştirmesine yönelik danışmanlık yapılması,
- Vajinismusun önemli bir genito-pelvik ağrı bozukluğu olduğunun farkına varıp, konuyla ilgili daha çok randomize kontrollü araştırmaların yapılması ve sayısının artırılması,
- IMB modelinin hemşirelere tanıtılması, IMB model temelli genito-pelvik ağrı bozukluğuna yönelik danışmanlığın farklı örneklem gruplarına uygulanması,
- Cinsel sağlık dersinin öneminin kavranarak, güncel literatür eşliğinde hemşirelik lisans ve lisanüstü eğitim müfredatlarında yer verilmesi,
- Hemşirelerin cinsel sağlığı kapsamlı değerlendirebilme ve etkili iletişim becerilerini kazanabilmeleri için hizmet içi eğitim/kurs/seminer/kongrelere katılması ve desteklenmesi önerilir.

KAYNAKLAR

- Abay H, Kaplan S. Histerektomi Sonrası Cinsel Sorunların Değerlendirilmesinde Plıssıt Modelinin Kullanılması. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 2017; 11: 184-200.
- Adewole AD, Ojewale MO. Sexuality: Assessment, Challenges and Way Forward In Nursing Profession. Educational Research, 2018; 9(1): 16-20.
- Akcan F, Özsoy A, Ergül Ş. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Danışmanlık Becerilerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 9(4): 10-21.
- Akgün M.E. Vajinismus Tedavi Sonrasında Kadınların Psikiyatrik Belirtileri, Cinselliğe Bakışları ve Evlilik Doyumlarındaki Değişimin İncelenmesi, T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, İstanbul, 2017.
- Akgün P, Taştekin A. The Effect of Information–Motivation–Behavioral Skills on Breastfeeding Success: A Hypothetical Model. Journal of Transcultural Nursing, 2019: 1-7.
- Akhavan-Taghavi MH, Asghari-Moghaddam MA, Froutan SK, Jadid-Milani M. Vaginismus In Iran: A Single Center Report of 7 Years Experience. Nephro Urol Mon, 2015; 7(6): 2-5.
- Alıcı YH, Kapucu BB, Kaya B. Çocukluk Çağında Yineleyici Tecavüz Ve Cinsel Taciz Öyküsü Bulunan Bir Vajinismus Olgusunda EMDR'nin Etkinliği. Klinik Psikiyatri 2016; 19: 97-100.
- American Psychiatric Association (APA) Sexual Dysfunctions. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC: 2013, p: 283-310.
- Amidu N, Owiredu W, Woo E, Addai-Mensah O, Quaye L, Alhassan A, et al. Incidence Of Sexual Dysfunction: A Prospective Survey In Ghanaian Females. Reproductive Biology and Endocrinology. 2010; 8(1): 106-111.

- Anderson BL, Lamb M. Sexuality and Cancer. In: Murphy GP, Lawrence W., Lenhard RE, (Eds.) American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology. Atlanta, GA: American Cancer Society; 1995, p: 699-713.
- Annon JS. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. Journal of Sex Education and Therapy, 1976;2(1): 1-15.
- Apay ES, Akpınar RB, Arslan S. Öğrencilerin Cinsel Mitlerinin İncelenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013; 16(2): 96–102.
- Asadi L, Ziaei T, Koochak HE, Montazeri A, Elham Rezaei E, Moghadam ZB, Shahmohammadi L. Effect of Counseling Based On PLISSIT Model On Sexual Function Of HIV-Positive Married Women. HIV & AIDS Review 2018; 17(3): 170-175.
- Aslan E, Bektaş H, Başgöl Ş, Demir S, Vural PI. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Davranışları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), 2014; 23(5): 174-182.
- Atlants E, Sullivan T. Bidirectonal Associaton Between Depression And Sexual Dysfuncton: A Systematc Review And Metaanalysis. Journal of Sexual Medicine, 2012; 9: 1497-1507.
- Aygin D , Aslan FE. Kadın Cinsel İşlev Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. Türkiye Klinikleri Dergisi, 2005; 25: 393-399.
- Aygin D, Açıl H, Yaman Ö, Yılmaz AÇ. Üniversitede Okuyan Kadın Öğrencilerin Cinsel Mitler Ile Ilgili Görüşleri. Androloji Bülteni, 2017; 19(2):44−49.
- Babakhani N, Taravati M, Masoumi Z, Garousian M, Faradmal J, Shayan A. The Effect Of Cognitive-Behavioral Consultation On Sexual Function Among Women: A Randomized Clinical Trial. Journal of Caring Sciences, 2018; 7 (2): 83-88.
- Bartlik BD, Rosenfeld S, Beaton C. Assessment of Sexual Functioning: Sexual History Taking For Health Care Practitioners. Epilepsy&Behavior, 2005; 7(2): 15-21.

- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J et al. Report of The International Consensus Development Conference On Female Sexual Dysfunction: Definitions And Classifications. The Journal of Urology, 2000, 163(3): 888-893.
- Başçı AB, Karataş N. Birinci Basamakta Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesi. İçinde: Cinsel Sağlık (Ed: Nuriye Büyükkayacı Duman). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2018, s: 69-92.
- Bates J. Broaching Sexual Health Issues With Patients. Nursing Times 2011;107(48): 20-22.
- Beck A.T. An Inventory For Measuring Depression. Archives of General Psychiatry, 1961; 4: 561-571.
- Bergeron S., Munt S.C., Aerts L., Rancourt K., Rosen N. Female Sexual Pain Disorders: A Review of the Literature on Etiology and Treatment. Current Sexual Health Reports, 2015; 7: 159-169.
- Bengisoy A, Özdemir MB, Erkıvanç F, Şahin S, İskifoğlu TÇ. Bilişsel Davranışcı Terapi Kullanılarak Yapılan Araştırma Makalelerinin İçerik Analizi 1997-2018. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2019; 9(54): 745-793.
- Bilgin R. Geleneksel ve Modern Toplumda Kadın Bedeni ve Cinselliği. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2016; 26: 219–243.
- Binik Y.M. The DSM. Diagnostic Criteria for Vaginismus. Archives of Sexual Behavior, 2010; 39 (2): 278–291.
- Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida GF, Berghmans B, Bortolini M. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on The Terminology for The Conservative and Nonpharmacological Management of Female Pelvic Floor Dysfunction. International Urogynecology Journal, 2017; 36: 221-244.
- Bodenmann G, Ledermann, T, Blattner D, Galluzzo C. Associations Among Everyday Stress, Critical Life Events, and Sexual Problems. The Journal of Nervous and Mental Disease, 2006; 194 (7): 494-501.
- Bradley MH, Rawlins A, Brinker CA. Physical Therapy Treatment of Pelvic Pain. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 2017; 28: 589–601.

- Brobeck E, Bergh H, Odencrants S, Hildingh C. Primary Healthcare Nurses' Experiences With Motivational Interviewing In Health Promotion Practice. Journal of Clinical Nursing, 2011; 20(23-24): 3322-3320.
- Bhugra D, Colombini G. Sexual Dysfunction: Classifcation and Assessment. Advances in Psychiatric Treatment, 2013; 19(1): 48-55.
- Butcher J. ABC of Sexual Health: Female Sexual Problems II: Sexual Pain and Sexual Fears. British Medical Journal, 1999; 318: 110-112.
- Cash TF. Body Image: Past, Present, and Future: Body Image, 2004; 1: 1-5.
- Chamberlin DE. The Predictive Processing Model of EMDR. Frontiers in Psychology, 2019; 10 (2267): 1-14.
- Chaudhury S, Mujawar S. Depression and Female Sexual Dysfuncton. Journal of Psychiatric Research, 2017; 1(1): 1-2.
- Cherner RA, Reissing ED. A Comparative Study of Sexual Function, Behavior, and Cognitions of Women with Lifelong Vaginismus. Archives of Sexual Behavior, 2013; 42: 1605–1614.
- Chen, C.H., Lin, Y.C., Chiu, L.H., Chu, Y.H., Ruan, F.F., Liu, W.M. et al. Female Sexual Dysfunction: Definition, Classification, and Debates. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, 2013; 100(4): 898-904.
- Christensen BS, Gronback M, Osler M., Pedersen BV, Graugaard C &Frisch M. Sexual Dysfunctions and Difficulties In Denmark: Prevalence and Associated Sociodemographic Factors" Archives of Sexual Behavior, 2011; 40(1): 121-132.
- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Merkezi (CETAD). Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması, 2006a. (Erişim Tarihi: 21.02.2019). www.cetad.org.tr/menu/38/cinsel-saglik-ve-ureme-sagligi-arastirmasi-2006
- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Merkezi (CETAD). Bilgilendirme Dosyası 5. "Kadın Cinselliği". Ed: Yüksel Ş, Cindoğlu D, Şimşek F, Seyisoğlu H. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, 2006.
- Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CİSED). Cinsel Mitler. (Erişim Tarihi: 21.01.2019) https://www.cised.org.tr/sayfa146.html

- Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Development, Reliability, and Validity. Psychopharmacol Bull, 1997; 33: 731- 745.
- Çiftçi H, Pelit ES, Katı B. Kadın Cinselliğinde Kültürel Farklılıkların Rolü. Androloji Bülteni, 2018; 20: 95-98.
- Davis S, Taylor B. From PLISSIT to Ex-PLISSIT. In: Davis, S. (ed.) Rehabilitation: The Use of Theories and Models in Practice, Edinburgh, Churchill Livingstone, 2006; pp: 101–129.
- Davis HJ, Reissing ED. Relationship Adjustment and Dyadic Interaction In Couples with Sexual Pain Disorders: A Critical Review of the Literature. Sexual and Relationship Therapy, 2007; 22(2): 245-254.
- De Kruiff ME, Ter Kuile PTM, Weijenborg PTM, Van Lankveld J. Vaginismus and Dyspareunia: Is There A Difference İn Clinical Presentation? Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 2000; 21: 149–155.
- Derogatis LR The Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR): An Introductory Report, Journal of Sex & Marital Therapy, 1997; 23(4) 291-304.
- DeSılva P. Impact of Trauma on Sexual Functioning and Sexual Relationships. Sexual and Relationship Therapy, 2001; 16(3): 269 – 278.
- Dias-Amaral A, Marques-Pinto A. Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach. Rev Bras Ginecol Obstet 2018;40:787–793.
- Dinç Kahraman S. Kadınların Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2010;3: 30–35.
- Doğan S., Özkorumak E. Ağrılı Genital Cinsel Aktivite ve Vajinismus Tanısında Yaşanan Yaşanan Güçlükler. Klinik Psikiyatri, 2008; 11:135-142.
- Doğan S, Saraçoğlu GV. Yaşam Boyu Vajinismusu Olan Kadınlarda Cinsel Bilgi, Evlilik Özellikleri, Cinsel İşlev ve Doyumun Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2009; 26(2): 151-158.
- Doğan S. Cinsel İşlev Bozuklukları, Depresyon ve Antidepresanlar. Journal of Mood Disorders 2011;1(2):81-86.

- Doğan S., Saraçoğlu G.V., Erbek E. Vajinismus ve Disparonisi Olan Bir Grup Kadında Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeğinin Türkçe Sürümünün Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2015; 16(Özel sayı.1): 1-9.
- Doğan S., Saraçoğlu G.V., Erbek E. The Assessment Of Penetration Cognitions and Sexual Functionality Of Women With Sexual Pain Disorder In A Turkish Sample: A Comparative Study. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2018; 19(3):227-234.
- Duman NB, Vural G. Cinsel Sağlık Değerlendirilmesi. İçinde: Cinsel Sağlık. (Ed: Nuriye Büyükkayacı Duman) Aralık 2018, İstanbul. s: 47-58.
- Duman NB. Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesinde Model Kullanımı. İçinde: Cinsel Sağlık (Ed: Nuriye Büyükkayacı Duman), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2018, s: 59-66.
- Dyer K, Nair R. Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review Of Recent Qualitative Studies Conducted In The United Kingdom. Journal of Sexual Medicine, 2012;10: 2658-2670.
- Ekmen BU, Özkan M, Gül T. İnfertilite Tedavisi Göre Kadınlarda Cinsel Mitlere İnanma Düzeyi. Klinik Psikiyatri, 2017;20: 209-217.
- Ersoy E. Cinsiyet Kültürü İçerisinde Kadın ve Erkek Kimliği (Malatya Örneği). Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2009; 19: 209–230.
- Eserdağ S, Zülfikaroğlu E, Akarsu S, Micozkadıoğlu S. Treatment Outcome of 460 Women with Vaginismus. European Journal of Surgical Sciences, 2011; 2(3): 73-79.
- Fadul R, Garcia R, Zapata-Boluda R, Aranda-Pastor C, Brotto L, Parron-Carreño T, Alarcon-Rodriguez R. Psychosocial Correlates of Vaginismus Diagnosis: A Case-Control Study. Journal of Sex & Marital Therapy, 2018; 1-24.
- Fageeh WMK. Different Treatment Modalities For Refractory Vaginismus In Western Saudi Arabia. Journal of Sexual Medicine, 2011;8: 1735–1739.
- Faubion SS, Rullo JE. Sexual Dysfunction In Women: A Practical Approach. American Family Physician, 2015; 92(4): 281-288.
- Farnam F, Janghorbani M, Merghati-Khoei E, Raisi F. Vaginismus and Its Correlates In An Iranian Clinical Sample. International Journal of Impotence Research, 2014; 26(6): 230-234.

- Fisher CM. Adapting The Information-Motivation-Behavioral Skills Model: Predicting HIV-Related Sexual Risk Among Sexual Minority Youth. Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education, 2012; 39(3): 290–302.
- Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS Risk Behavior. Psychological Bulletin, 1992; 111: 455–474.
- Gedük EA. Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Rolleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2018;5 (2):253-258.
- Ghazizadeh S, Nikzad M. Botulinum Toxin In The Treatment of Refractory Vaginismus. Journal of Obstetrics & Gynecology, 2004; 104(5): 922-925.
- Giraldi, A., Rellini, A., James, G., Bitzer, J., Laan, E., Jannini, E.A. Questionnaires For Assessment Of Female Sexual Dysfunction: A Review And Proposal For A Standardized Screener. The Journal Sexual Medicine, 2011; 8(10): 2681-2706.
- Gölbaşı Z, Evcili F. Hasta Cinselliğinin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik: Engeller ve Öneriler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16(3): 182-189.
- Graziottin A. Sexual Pain Disorders: Dyspareunia And Vaginismus. Standard Practice In Sexual Medicine, 2006: 342-350.
- Gültürk E, Akpınar A, Şen ŞR, Balcı H. Cinselliğin Değerlendirilmesi: Hemşirelerin Cinsellikle İlgili Tutum ve İnançları. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi, 2018; 4(1): 63-70.
- Hamdy A, Elsheikh M. Botox Injection For Treatment Of Refractory Vaginismus In Egyptian Women. Life Science Journal 2018;15(1): 45-50.
- Hartmann U. Depression and Sexual Dysfunction. The Journal of Men's Health & Gender, 2007; 4(1): 18-22.
- Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G, Clayton A, Cuzin B, Derogatis L, et al. Clinical Evaluation And Management Strategy For Sexual Dysfunction In Men And Women. Journal of Sexual Medicine, 2004; 1(1): 49-57.

- Heinemann J, Atallah S, Rosenbaum T. The Impact of Culture and Ethnicity On Sexuality And Sexual Function. Current Sexual Health Reports, 2016; 8: 144–150.
- Hemşirelik Yönetmeliği 2011. Türk Hemşireler Derneği. (Erişim Tarihi: 24.08.2019)

  http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/hemsirelik-yonetmeligi-2010-2011/hemsirelik-yonetmeligi-2011.aspx
- Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği ve Güvenirliği. Psikoloji Dergisi, 1989; 7: 3-13.
- Holanda JB, Abuchaim ES, Coca KP, Abrão AC. Sexual Dysfunction and Associated Factors Reported In The Postpartum Period. Acta Paulista de Enfermagem, 2014; 27(6): 573-588.
- Hordern A. Intimacy and Sexuality After Cancer: A Critical Review Of The Literature. Cancer Nursing, 2008; 31(2): 9-17.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 04 / 2019). HA20 Sexual pain-penetration disorder. Erişim Tarihi: 05.08.2019. https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f1932194482
- Ishak, W.W. ve Tobia, G. DSM-5 Changes In Diagnostic Criteria Of Sexual Dysfunctions. Reproductive System ve Sexual Disorders, 2013; 2: 122-123.
- İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Klinik Psikiyatri, 2004; 7(ek 3): 3- 13.
- Jayasuriya AN, Dennick R. Sexual History-Taking: Using Educational Interventions to Overcome Barriers to Learning. Sex Education, 2011; 11(1): 99-112.
- Jebelli F, Maaroufi M, Maracy MR, Molaeinezhad M. Effectiveness Of Eye Movement Desensitization And Reprocessing (EMDR) On The Sexual Function Of Iranian Women With Lifelong Vaginismus. Sexual and Relationship Therapy, 2017; 2-14.
- Kaplan HS. The Evaluation of Sexual Disorders: Psychological & Medical Aspects. New York: Brunner/Mazel, 1983, p: 289.

- Kaplan HS. The New Sex Therapy: Active Treatment Of Sexual Dysfunctions. Brunner/Mazel . New York, 1974, p: 413-429
- Karaaslan Ö. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Hastalarında Beden Algısı ve Cinsel İşlev Bozukluklarının Değerlendirilmesi. Bozok Tıp Dergisi, 2017;7(2): 45-50.
- Karagüzel EÖ, Arslan FC, Tiryaki A, Osmanağaoğlu MA, Kaygusuz EŞ. Sociodemographic Features, Depression And Anxiety In Women With Life-Long Vaginismus. Anatolian Journal of Psychiatry 2016; 17(6): 489-495.
- Kavakçı Ö, Doğan O, Kuğu N. EMDR (Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme): Psikoterapide Farklı Bir Seçenek. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2010;23: 195-205.
- Keçe C. Cinselliğin Dayanılmaz Ağırlığı (1. Basım), Yavuzyılmaz M (Ed), Pusula Yayınevi, Ankara, 2013.
- Keçe C. Yatak Efsaneleri (2. Basım), Yağcı S (Ed), Pusula Yayınevi, Ankara, 2015.
- Kızılırmak M, Demir S. Motivasyonel Görüşme ve Hemşirelikte Kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018; 7(4): 103- 109.
- Kingsberg SA, Clayton AH, Pfaus JG. The Female Sexual Response: Current Models, Neurobiological Underpinnings and Agents Currently Approved Or Under Investigation For The Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder. CNS Drugs, 2015; 29: 915-933.
- Klaassen M., Ter Kuile M.M. Development And Initial Validation Of The Vaginal Penetration Cognition Questionnaire (VPCQ) In A Sample Of Women With Vaginismus And Dyspareunia. Journal of Sexual Medicine, 2009; 6: 1617-1627.
- Konkan R., Bayrak M., Gönüllü O. G., Şenormancı Ö., Sungur MZ. Vajinusmuslu Kadınlarda Cinsel İşlev ve Doyum. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2012; 25: 305-311.
- Konkle-Parker DJ, Amico KR, McKinney VE. Effects Of An Intervention Addressing Information, Motivation, and Behavioral Skills on HIV Care Adherence in a Southern Clinic Cohort. AIDS Care, 2014; 26(6): 674–683.

- Khoei EM, Moeini B, Barati M, Soltanian AR, Shahpiri E, Ghaleiha A, Bagherikholenjani F. A Qualitative Inquiry Of Sexuality In Iranian Couples Using The Information-Motivationbehavioral Skills Paradigm. Journal of the Egyptian Public Health Association, 2019; 94(27): 2-12.
- Koqure GS, Ribeiro VB, Lopes IP, Furtado CLM, Kodato S, Silva MF, Ferriani RA, Lara LAS, Reis RM. Body Image And Its Relationships With Sexual Functioning, Anxiety, And Depression In Women With Polycystic Ovary Syndrome. Journal of Affective Disorders, 2019; 253: 385-393.
- Kotrotsiou S, Lavdaniti M, Psychogiou M, Paralikas Th, Papathanasiou I, Lahana E. Community Nurses' Role As Counsellors In Primary Health Care. International Journal of Caring Sciences, 2008;1(2): 93-98.
- Krebs LU. Sexual and Reproductive Dysfunction. In: Cancer Nursing Principles and Practices. (Eds: Connie Henke Yarbro, Debra Wujcik, Barbara Holmes Gobel), Seventh Edition, USA, 2011, p: 880-906.
- Kudo Y. Effectiveness of A Condom Use Educational Program Developed On The Basis Of The Information–Motivation–Behavioral Skills Model. Japan Journal of Nursing Science, 2013; 1-17. doi:10.1111/j.1742-7924.2012.00207.x
- Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: A Review of The Literature On The Classification/Diagnosis, Etiology And Treatment. Women's Health, 2010; 6(5): 705-719.
- Lamont J.A. Vaginismus. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 1978; 131: 633–636.
- Mahmodi Y, Valiee S. A Clinical Trial Of The Effect Of Sexual Health Education On The Quality Of Life Of Married Muslim Women In Iran. Women Birth, 2015; 1-5. doi: 10.1016/j.wombi.2015.08.001.
- Mahshid B, Zahra BK. Couple Therapy and Vaginismus: A Single Case Approach. Journal of Sex & Marital Therapy, 2019; 1-7. DOI: 10.1080/0092623X.2019.1610126
- Marvi N, Golmakani N, Miri HH, Esmaily H. The Effect of Sexual Education based on Sexual Health Model on the Sexual Function of Women with Infertility. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 2019; 24(6): 444-450.

- Maseroli E, Scavello I, Rastrelli G, Limoncin E, Cipriani S, Corona G, Fambrini M et all. Outcome of Medical and Psychosexual Interventions for Vaginismus: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Sexual Medicine, 2018; 15(12): 1752-1764.
- Maslow AH. A Theory of Human Motivation. Psychological Review, 1943; 50: 370-396.
- Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Inadequacy. Boston, MA: Little, Brown, 1970, p:199.
- Meston C, Trapnell, P. Development And Validation Of A Five-Factor Sexual Satisfaction And Distress Scale For Women: The Sexual Satisfaction Scale For Women (SSS-W). The Journal of Sexual Medicine, 2005; 2: 66–81.
- McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, Lee SW et all. Definitions of Sexual Dysfunctions In Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation On Sexual Medicine 2015. The Journal of Sexual Medicine 2016;13: 135- 143.
- McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno AF, Delgado PL, McKnight KM, Manber R. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and Validity. Journal of Sex & Marital Therapy, 2000; 26(1): 25-40.
- Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions For Vaginismus (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; 12: 2-37.
- Mick J, Hughes M, Cohen MZ. Using the BETTER Model to Assess Sexuality. Clınıcal Journal of Oncology Nursing, 2004; 8(1): 84-86.
- Mills B, Turnbull, G. Broken Hearts and Mending Bodies: The Impact of Trauma on Intimacy. Sexual and Relationship Therapy, 2004; 19(3): 265-289.
- Muammar T, McWalter P, Alkhenizan A, Shoukri M, Gabr A, Muammar AAB. Management of Vaginal Penetration Phobia In Arab Women: A Retrospective Study. Annals of Saudi Medicine, 2015; 35(2): 120-126.
- Moeini B, Khoei EM, Barati M, Soltanian A, Sharma M, Khadivi R, Ghaleiha A, et all. Randomized Controlled Trial Protocol To Evaluate The Effect Of An Educational Intervention Using Information, Motivation And Behavioral Skills Model On Sexual Satisfaction Of New Couples In Iran. Reproductive Health, 2019; 16 (168): 1-10.

- Montejo AL, Montejo L, Baldwin DS. The Impact Of Severe Mental Disorders And Psychotropic Medications On Sexual Health And Its Implications For Clinical Management. World Psychiatry, 2018; 17: 3–11.
- Moghadam AD, Suhrabi Z, Akbari M. Prevalence And Predictive Factors Of Sexual Dysfunction In Iranian Women: Univariate And Multivariate Logistic Regression Analyses. Korean Journal of Family Medicine, 2016; 37(5): 293-298.
- Ndebele M, Kasese-Hara M, Greyling M. Application Of The Information, Motivation And Behavioural Skills Model For Targeting HIV Risk Behaviour Amongst Adolescent Learners In South Africa, SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS, 2012; 9(1): 37-47.
- Oelschlager AMA, Debiec K. Vaginal Dilator Therapy: A Guide for Providers for Assessing Readiness and Supporting Patients Through the Process Successfully. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2019; 32: 354-358.
- Oktay M. Cinsel Terapiler. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, 2008; 323-328.
- Oktay M., Tombul K. 200 Vajinismus Vak'ası ve Eşlerinin Psikolojik Yönden İncelenmesi. Yeni Symposium, 2003; 41(3): 115-119.
- Oniz A., Keskinoğlu P., Bezircioğlu I. The Prevalence and Causes of Sexual Problems Among Premenopausal Turkish Women. The Journal of Sexual Medicine, 2007; 4(6): 1575-1581.
- Özdel O, Tümkaya S, Levent N, Atesci FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Varma G. Bilişsel Davranışçı Yöntemlere Dayalı Cinsel Terapinin Vajinismuslu Kadınlar ve Eşlerinin Cinsel Sorunları Üzerindeki Etkileri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2013; 14: 129-135.
- Özdilek R. IMB Model Temelli Postpartum Cinsel Danışmanlığın Kadın Cinsel Sağlığına Etkisi. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2016.
- Özerdoğan N, Sayıner FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 40–65 Yaş Grubu Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Prevalansı, Depresyon Ve Diğer İlişkili Faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009; 2(2): 47-59.

- Özsoy S, Bulut S. Cinsel Sağlık Bilgisi Dersinin Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsel Mitleri Üzerine Etkisi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2017; 3 (2): 54-67.
- Öztürk CŞ, Arkar H. Vajinismuslu Çiftlerde Bilişsel Davranışçı Terapinin Cinsel Doyum, Evlilik Uyumu, Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyleri Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2017; 28(3): 172-180.
- Pacik PT, Geletta S. Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. Journal of Sexual Medicine, 2017; (2): e114-e123.
- Pacik PT. Vaginismus: Review of Current Concepts and Treatment Using Botox Injections, Bupivacaine Injections, and Progressive Dilation with the Patient Under Anesthesia. Aesth Plast Surg 2011; 35: 1160–1164.
- Pedraza R, Nieto J, Ibarra S, Haas EM. Pelvic Muscle Rehabilitation: A Standardized Protocol for Pelvic Floor Dysfunction. Advances in Urology, 2014; 487436. doi: 10.1155/2014/487436.
- Peyman, N., Abdollahi, M. Using Of Information–Motivation–Behavioral Skills Model On Nutritional Behaviors In Controlling Anemia Among Girl Students. Journal of Research & Health, 2017; 7(2): 736- 744.
- Pourhosein R, Ehsan ZB. Using Hypnosis In A Case Of Vaginismus: A Case Report. Procedia Social and Behavioral Sciences, 2011; 15: 3886–3889.
- Praharaj SK, Verma P, Arora M. "Topical Lignocaine For Vaginismus: A Case Report" International Journal of Impotence Research, 2006; 18: 68-69.
- Quin C, Happell B. Getting BETTER: Breaking The Ice And Warming To The Inclusion Of Sexuality In Mental Health Nursing Care. International Journal of Mental Health Nursing, 2012; 21(2): 154-162.
- Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, Laan E, Smith MD, Boolell M. Development Of A Sexual Function Questionnaire For Clinical Trials of Female Sexual Dysfunction. Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 2004; 11: 277-289.
- Rathschla M, Memmert D. Reducing Anxiety and Enhancing Physical Performance By Using An Advanced Version Of EMDR: A Pilot Study. Brain and Behavior, 2014; 4(3): 348–355.

- Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB 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: 205–221.
- 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. Journal of Sex & Marital Therapy, 2003; 29(1): 47-59.
- Reissing ED., Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Vaginal Spasm, Pain, and Behavior: An Empirical Investigation Of The Diagnosis of Vaginismus. Archives of Sexual Behavior, 2004; 33(1): 5-17.
- Richmond CF, Martin DK, Yip SO, Dick MA, Erekson EA. Effect of Supervised Pelvic Floor Biofeedback And Electrical Stimulation In Women With Mixed And Stress Urinary Incontinence. Female. Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery, 2016; 22(5): 324-327.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum Si Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino RJR. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument For The Assessment Of Female Function. Journal Sexual & Marital Therapy, 2000; 26(2): 191-208.
- Rostamkhani F, Jafari F, Ozgoli G, Shakeri M. Addressing The Sexual Problems Of Iranian Women In A Primary Health Care Setting: A Quasi-Experimental Study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 2015; 20(1): 139-146.
- Roy J. A Survey Of Relate Psychosexual Therapy Clients, January To March 2002. Sexual and Relationship Therapy, 2004; 19(2): 155-166.
- Rust J., Golombock, S. The GRISS: A Psychometric Instrument For The Assessment Of Sexual Dysfunction. Archives Sexual Behavior, 1986; 15: 157-165.
- Sahraeian M, Lotfi R, Qorbani M, Faramarzi M, Dinpajooh F, Tehrani FR. The Effect of Cognitive Behavioral Therapy On Sexual Function In Infertile Women: A Randomized Controlled Clinical Trial, Journal of Sexual & Marital Therapy, 2019: 1-23.

- Saunamäki N, Engström M. Registered Nurses' Reflections On Discussing Sexuality With Patients: Responsibilities, Doubts And Fears. Journal of Clinical Nursing, 2014; 23(3-4). 531-540.
- Seker SE. Maslow'un İhtiyaçlar Piramiti (Maslow Hierarchy of Needs). Yönetim Bilişim Sistemleri Ansiklopedisi, 2014; 1(1): 43-45.
- Seo J. T, Choe J. H, Lee W. S, Kim K. H. Efficacy Of Functional Electrical Stimulationbiofeedback With Sexual Cognitivebehavioral Therapy As Treatment Of Vaginismus. The Journal of Urology, 2005; 66: 77-81.
- Simonelli C, Tripodi F, Cosmi V, Rossi R, Fabrizi A, Silvaggi C, et al. What Do Men and Women Ask A Helpline On Sexual Concerns? Results Of An Italian Telephone Counselling Service. International Journal of Clinical Practice, 2010; 64(3): 360-370.
- Shahrakı Z, Ghajarzadeh M, Ganjalı M. Depression, Anxiety, Quality of Life And Sexual Dysfunction In Zabol Women With Infertility. Journal of Clinical Medicine, 2019; 14(2): 131-134.
- Shahraki Z, Tanha FD, Ghajarzadeh M. Depression, Sexual Dysfunction And Sexual Quality Of Life In Women With Infertility. BMC Women's Health, 2018; 18(92): 2-5.
- Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F, Babaei G. Prevalence Of Sexual Dysfunction In Women Seeking Services At Family Planning Centers In Tehran. Journal Of Sex & Marital Therapy, 1999; 25(3): 211-215.
- Sorensen J, Bautista KE, Lamvu G, Feranec J. Evaluation and Treatment of Female Sexual Pain: A Clinical Review. Cureus, 2018; 27;10(3): e2379. doi: 10.7759/cureus.2379.
- Southard NZ, Keller J. The Importance of Assessing Sexuality: A Patient Perspective. Clinical Journal of Oncology Nursing, 2009; 13(2): 213-217.
- Stein A, Sauder SK, Reale J. The Role of Physical Therapy In Sexual Health In Men And Women: Evaluation and Treatment. Sexual Medicine Reviews, 2018; 7(1):46-56.
- Steinke EE, Mosack V, Hertzog J, Wright DW. A Social-Cognitive Sexual Counseling Intervention Post-MI-Development And Pilot Testing. Perspectives In Psychiatric Care, 2013; 49(3): 162-170.

- Sungur MZ, Gündüz A. Critiques and Challenges To Old and Recently Proposed American Psychiatric Association's Website DSM 5 Diagnostic Criteria for Sexual Dysfunctions. Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 2013; 23(1):113-128.
- Şimsek F, Ozdemir YO, İncesu C, Koç K Sociodemographic And Clinical Characteristics Of Subjects Referred To A Multidisciplinary Sexual Dysfunction Outpatient Clinic. European Journal Of Sexual Health, 2006; 14: 137-144.
- Taşkan T, Işık M. Vajinismus Tedavisinde Hipnoterapi: Bir Olgu Sunumu. Ankara Medical Journal, 2015; 15(1): 35-37.
- Taylor JF, Rosen RC, Lieblum SR. Self Reaport Assessment of Female Sexual Function: Psychometric Evalution Of The Brief Index Of Sexula Functioning For Women. Archives of Sexual Behavior, 1994; 23: 627-643.
- Ter Kuile MM., Van Lankveldb JDM, De Groota E, Mellesb R., Neffsa J, Zandbergenb M. Cognitive-Behavioral Therapy For Women With Lifelong Vaginismus: Process And Prognostic Factors. Behaviour Research and Therapy, 2007; 45: 359-373.
- Ter Kuile MM, Bulté I., Weijenborg P, Beekman A, Melles R & Onghena P. Therapist-Aided Exposure For Women With Lifelong Vaginismus: A Replicated Single-Case Design. Journal of Consultingand Clinical Psychology, 2009; 77(1): 149-159.
- Ter Kuile MM, Both S, van Lankveld JJ. Cognitive Behavioral Therapy For Sexual Dysfunctions In Women. Psychiatric Clinics of North, 2010; 33: 595-610.
- Ter Kuile MM, Weijenborg PTM. A Woman Who Never Could Have Coitus: Treatment of Lifelong Vaginismus. Bio-psycho-social Obstetrics And Gynecology: A Competency-Oriented Approach, 2017: 297–309. doi.org/10.1007/978-3-319-40404-2_17
- Torun F, Torun SD, Özaydın AN. Erkeklerde Cinsel Mitlere İnanma Oranları ve Mitlere İnanmayı Etkileyen Faktörler. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2011; 24(1): 24-31.
- Torun F. Vajinismusun EMDR Yöntemi ile Tedavisi: İki Olgu Sunumu.Türk Psikiyatri Dergisi, 2010; 21(3): 243-248.
- Tuğrul C. Cinsel İşlev Bozukluklarının Psikolojik Nedenleri. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi, 1999; 2: 29-33.

- Tuğrul C., Öztan N., Kabakçı E. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin Standardizasyon Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 1993; 4: 83-88.
- Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinselliğin Değerlendirilmesi: Hemşireler İçin Öneriler ve Klinik Stratejiler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2014; 11 (2): 59-64.
- Tuğut N, Gölbaşı Z. Sexuality Assessment Knowledge, Attitude, and Skill of Nursing Students: An Experimental Study with Control Group. International Journal of Nursing Knowledge, 2015: 1-8.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Kadınların Temel Özellikleri-3, 2018.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Bitirilen eğitim düzeyine göre nüfusun dağılımı (25+ yaş), 2018. (Erişim Tarihi: 24.12.2019) http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018
- Tylka TL. Positive Psychology Perspectives on Body Image. Encyclopedia of Body Image and Human Appearance, 2012: 657-663.
- Uğuz S, Soylu L, Ünal M, Diler RS, Evlice YE. Psychosocial Factors And Sexual Dysfunctions: A Descriptive Study In Turkish Males, Psychopathology, 2004; 37(3): 145–151.
- Ulusoy M. Vajinismusta Hipnoz Tedavisi ve Psoas Kası. Üsküdar Üniversitesi Klinik Hipnoz ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi, 2018; 1(1): 1-3.
- UNESCO. International Technical Guidance On Sexuality Education- Revised Edition (An evidence-informed approach), 2018. (Erişim tarihi: 23.08.2019). https://www.who.int/reproductivehealth/publications/technical-guidance-sexuality-education/en/
- Uslu E, İnfal S, Menekşe Ulusoy MN. Cinsel Sorunların Çözümünde PLISSIT Modelinin Etkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2016; 8(1): 52-63.
- Vearnals S, Campbell T. Male Victims of Male Sexual Assault: A Review Of Psychological Consequences And Treatment. Sexual And Relationship Therapy, 2001; 16(3): 279-286.
- Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-Avoidance And Its Consequences In Chronic Musculoskeletal Pain: A State of The Art. Pain. 2000; 85(3): 317-332.

- Vural BK, Temel AB. Effectiveness Of Premarital Sexual Counselling Program On Sexual Satisfaction Of Recently Married Couples. Sexual Health, 2009; 6: 222-232.
- Vural BK, Zencir G. Cinsel Sağlık Eğitim Modeli: IMB Modeli. Gaziantep Tıp Dergisi, 2010; 16(3): 01-05.
- Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic Floor Physical Therapy In The Treatment Of Pelvic Floor Dysfunction In Women. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 2019; 31(6): 485-493.
- Walsh JL, Senn TE, Scott-Sheldon LAJ, Vanable PA, Carey MP. Predicting Condom Use Using the Information-MotivationBehavioral Skills (IMB) Model: A Multivariate Latent Growth Curve Analysis. Annals of Behavioral Medicine, 2011; 42(2): 235–244.
- Wang K, Ariello K, Choi M, Turner A, Wan BA, Yee C, Rowbottom L, Macdonald R, Lam H, Drost L, Chow E. Sexual Healthcare for Cancer Patients Receiving Palliative Care: A Narrative Review. Annals of Palliative Medicine, 2018; 7(2):256-264.
- Weijmar Schultz W., Basson R., Binik Y., Eschenbach D., Wesselmann U., Van Lankveld J. Women's Sexual Pain And Its Management. Journal of Sexual Medicine, 2005; 2: 301-316.
- WHO, 2006a Sexual and Reproductive Health. Erişim Tarihi: 10.07.2019 https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Wiegel M., Meston, C., Rosen, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation And Development Of Clinical Cutoff Scores. Journal of Sexual & Marital Therapy, 2005; 31: 1-20.
- Woodard TL, Diamond MP. Physiologic Measures Of Sexual Function In Women: A Review. Fertility and Sterility Fertil Steril. 2009; 92(1): 19–34.
- World Health Organization (WHO) (2010). Developing Sexual Health Programmes. Erişim Tarihi: 10.07.2019 https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/

- World Health Organization (WHO) (2015). Classification (ICD-11). (Erişim Tarihi: 05.08.2019) https://www.who.int/classifications/icd/en/
- World Health Organization (WHO). Body Mass İndex – BMI. (Erişim Tarihi: 24.12.2019) http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi
- Yaşan A, Gürgen F. Cinsel Partneri Olan Bir Hemşire Grubu İle Hiç Partneri Olmamış Bir Hemşire Grubunun Cinsel Bilgi Edinme Yolları ve Cinsel Mitlerin Yaygınlığının Karşılaştırılması. Yeni Symposium, 2004; 42(2): 72-76.
- Yazdanpanahi Z, Nikkholgh M, Akbarzadeh M, Pourahmad S. Stress, Anxiety, Depression, And Sexual Dysfunction Among Postmenopausal Women In Shiraz, Iran, 2015. Journal of Family and Community Medicine, 2018; 25(2): 82–87.
- Ybarra ML, Korchmaros JD, Prescott TL, Birungi R. A Randomized Controlled Trial To Increase Information, Motivation, And Behavioral Skills In Ugandan Adolescents. Annals of Behavioral Medicine, 2015; 49(3): 473–485.
- Yeni E. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları. İçinde: Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı (Editörler: Sefa Resim, Ateş Kadıoğlu). Türk Üroloji Akademisi Yayın No: 8, 2016: 359-374.
- Yıldırım EA, Akyüz F, Hacıoğlu M, Eşsizoğlu A, Çakmak AC, Çakmak E, Erdiman S. Cinsel İşlev Bozuklukları Kliniğine Başvuran Olgularda Başvuru Yakınması ile Klinik Tanı Arasındaki İlişki. Noropsikiyatri Arşivi 2011; 48(1): 24-30.
- Yılmaz E, Zeytinci İE, Sarı S, Karababa İF, Çilli AS, Kucur R. Konya İl Merkezinde Yaşayan Evli Nüfusta Cinsel Sorunların Araştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi, 2010; 21(2): 126-134.
- Yılmaz FA, Avcı D, Aba YA, Ozdilek R, Dutucu N. Sexual Dysfunction In Postpartum Turkish Women: It's Relationship With Depression and Some Risk Factors. African Journal of Reproductive Health December, 2018; 22 (4): 54-63.
- Yılmazer T, Tüzer H. Sağlıkta Davranış Değişikliği Oluşturmada Bilgi, Motivasyon, Davranış Becerileri (IMB) Modeli. Sağlık Akademisi, 2017; 2(3): 199-210.

- Yücesay A, Alkaya SA. Okullarda Göz Ardı Edilen Bir Konu: Cinsel Sağlık Eğitimi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak Dergisi, 2018; 25(2): 200-209.
- Zargar Shoushtari S, Afshari P, Abedi P, Tabesh H. The Effect Of Face-To-Face With Telephone-Based Counseling On Sexual Satisfaction Among Reproductive Aged Women In Iran. Journal of Sexual and Marital Therapy, 2015; 41(4): 361-367.
- Zeren F, Gürsoy E. Neden Cinsel Sağlık Eğitimi? Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2018; 8(1): 29-33.
- Zielinski ZE. Assessment Of Women's Sexual Health Using A Holistic, Patient-Centered Approach. American College of Nurse-Midwives, 2013; 58(3): 321-327.

EKLER

EK 1. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (A-Deney Grubu)

EK 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (B-Kontrol Grubu)

EK 3. Bilgi Formu

EK 4. Kadin Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ)

EK 5. Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği (VPBÖ)

EK 6. Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) Kadin Soru Formu

EK 7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

EK 8. Vajinismus Hastalari İçin Cinsel Danişmanlik Kitapçığı

EK 9. Vajinismus Hastaları İçin Cinsel Danışmanlık Kitapçığı Uygunluk Yazısı

EK 10. Cinsel İlişki Takip Formu

EK 11. Pelvik Relaksasyon ve Progresif Kas Gevşeme Egzersizi Takip Formu

EK 12. Kadin Cinsel Fonksiyon İndeksi Kullanım İzni

EK 13. Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği Kullanım İzni

EK 14. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kullanım İzni

EK 15. Beck Depresyon Ölçeği Kullanım İzni

EK 16. Etik Kurul Kararı

EK 17. İTF Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD İzin Yazısı

EK 18. İTF Dekanlık İzin Yazısı

EK 19. İntihal Raporu İlk Sayfası

EK 20. Ürojinekoloji ve Cinsel Disfonksiyon Toplantısı Katılım Belgesi

EK 21. Vajinismus Workshopu Katılım Sertifikası

EK 22. Jinekolojik Hastalıklar Jinekolojik Ultrasonografi-Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Toplantısı Katılım Belgesi

EK 1. ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (A-DENEY GRUBU)

Sayın katılımcı;

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği doktora programında öğrenciyim. "Vajinismus tedavisi gören kadınlarda cinsel danışmanlığın ve pelvik taban relaksasyonunun cinsel işlevlere etkisi: Randomize kontrollü çalışma" başlıklı bu araştırma, doktora tezi olarak hazırlanacaktır. Bu çalışma, vajinismus tedavisi gören kadınlarda cinsel danışmanlığın ve üreme organı bölgesini gevşetmenin cinsel işlevlere etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmaya kura yöntemi ile dahil oldunuz. Katılmayı kabul ederseniz, bu ilk görüşmede sizleri tanımamıza yarayacak bir "Bilgi formu" ile ardından cinsellikle ilgili "Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Vajinal Penetrasyon (Giriş) Biliş Ölçeği, "Cinsel Doyum Ölçeği ve Depresyon Ölçeği" sorularını cevaplamanızı isteyeceğiz. Bu görüşmeler toplam 30 dakika sürecektir. Klinikte size uygulanacak tıbbi tedavi süreci yanı sıra size ve eşinize Cinsel Sağlık Danışmanlığı (toplam 4 kez) verilecek ve gevşeme teknikleri gösterilecektir. Her danışmanlık oturumu 45 dakika sürecektir, ilgili sorularınız ayrıca cevaplanacaktır. Tedaviniz bittikten ve ilişki önerildikten 3 hafta sonra ve 2 ay sonra ilk görüşmeden cevapladığınız soruları tekrar cevaplamanız istenecektir.

Bu çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sırasında size ait bilgilerin gizliliğine önem verilecek, vermiş olduğunuz bilgiler kesinlikle kimse ile paylaşılmayacak, sadece eğitim ve bilimsel amaçlarla araştırma için kullanılacaktır. Çalışma esnasında ilaç kullanılmayacağı için gönüllü katılımcılara herhangi bir zararı yoktur. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilme hakkınız vardır. Çalışma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ayrıca size de bir ödeme yapılmayacaktır. Yol masrafı ve sigorta ödenekler mevcut değildir. Sizden numune (kan vs.) alınmayacaktır. Muhtemel zarar görülme veya sorunuz olduğu durumunda aşağıdaki telefon numarasından bana ulaşabilirsiniz; İlginiz ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırmacının Adı: Bilim uzmanı Cansu IŞIK

Kurum Adı ve Açık Adresi: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü. Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane Selimiye Mah. Tıbbiye Cad. No: 3834668 Üsküdar/ İstanbul.

Yukarıda bahsedilen araştırma konusunda bilgilendirildim. Araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı
Gönüllü Bireyin Adı, Soyadı: **Telefon:** **İmza/Tarih:**

EK 2. ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (B-KONTROL GRUBU)

Sayın katılımcı;

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği doktora programında öğrenciyim. "Vajinismus tedavisi gören kadınlarda cinsel danışmanlığın ve pelvik taban relaksasyonunun cinsel işlevlere etkisi: Randomize kontrollü çalışma" başlıklı bu araştırma, doktora tezi olarak hazırlanacaktır. Bu çalışma, kadınlarda vajinismus tedavisinde üreme organı bölgesini gevşetmenin cinsel işlevlere etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmaya kura yöntemi ile dahil oldunuz. Katılmayı kabul ederseniz, bu ilk görüşmede sizleri tanımamıza yarayacak bir "Bilgi formu" ile ardından cinsellikle ilgili "Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Vajinal Penetrasyon (Giriş) Biliş Ölçeği, "Cinsel Doyum Ölçeği ve Depresyon Ölçeği" sorularını cevaplamanızı isteyeceğiz. Bu görüşmeler toplam 30 dakika sürecektir. Klinikte size tıbbi tedavi süreci uygulanacak, tedaviniz bittikten ve ilişki önerildikten 3 hafta sonra ve 2 ay sonra ilk görüşmede cevapladığınız soruları tekrar cevaplamanız istenecektir.

Bu çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sırasında size ait bilgilerin gizliliğine önem verilecek, vermiş olduğunuz bilgiler kesinlikle kimse ile paylaşılmayacak, sadece eğitim ve bilimsel amaçlarla araştırma için kullanılacaktır. Çalışma esnasında ilaç kullanılmayacağı için gönüllü katılımcılara herhangi bir zararı yoktur. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilme hakkınız vardır. Çalışma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ayrıca size de bir ödeme yapılmayacaktır. Yol masrafı ve sigorta ödenekler mevcut değildir. Sizden numune (kan vs.) alınmayacaktır. Muhtemel zarar görülme veya sorunuz olduğu durumunda aşağıdaki telefon numarasından bana ulaşabilirsiniz; İlginiz ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırmacının Adı: Bilim uzmanı Cansu IŞIK

Kurum Adı ve Açık Adresi: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü. Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane Selimiye Mah. Tıbbiye Cad. No: 3834668 Üsküdar/ İstanbul.

Yukarıda bahsedilen araştırma konusunda bilgilendirildim. Araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı
Gönüllü Bireyin Adı, Soyadı: **Telefon:** **İmza/Tarih:**

EK 3. BİLGİ FORMU

1. Yaşınız....
2. Boy:___.... Kilo:___.... BKİ:___.....

3. Eğitim durumunuz?
1)Okur yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Lisans 6) Lisansüstü

4. Çalışma durumunuz?
1) Hayır 2) Evet

5. Mesleğiniz nedir?
1)Ev hanımı 2) Serbest meslek 3) İşçi 4) Memur 5) Emekli 6) Diğer (belirtiniz).....

6. Ailenizin aylık gelir durumu
1) Gelirim giderimden az 2) Gelirim giderime eşit 3) Gelirim giderimden fazla

7. Sigara kullanıyor musunuz? 1) Hayır 2) Evet (günde ..... adet)

8. Aşağıda belirtilen kronik hastalıklardan sizde olan var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).
1) Diyabet mellitus (şeker hastalığı)/süre....
2) Hipertansiyon / süre___
3) KOAH (Akciğer hastalığı) / süre....
4) Parkinson hastalığı / süre___
5) Multiple skleroz (MS) / süre___
6) Tiroid hastalığı / süre.....
7) Diğer:___.....

9. Daha önce hiç ameliyat oldunuz mu? 1)Evet:___..... 2) Hayır

10. Sürekli olarak kullandığınız ilaç var mı? 1) Evet:___..... 2) Hayır

11. Alkol kullanıyor musunuz? 1) Hayır 2) Evet (ne sıklıkta.....)

12. Eşinizin yaşı: ....

13. Eşinizin eğitim durumu
1) Okur yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Lisans 6) Lisansüstü

14. Eşinizin çalışma durumu: 1) Hayır 2) Evet

15. Eşinizin mesleği nedir?
1) Yok 2) Serbest meslek 3) İşçi 4) Memur 5) Emekli 6) Diğer (belirtiniz).....

16. Eşiniz sigara kullanıyor mu? 1) Hayır 2) Evet (günde ..... adet)

17. Eşiniz alkol kullanıyor mu? 1) Hayır 2) Evet (ne sıklıkta.....)

18. Evinizde kimlerle birlikte oturuyorsunuz?
1) Sadece ben ve eşim

2) Eşim, ben ve çocuklarım
3) Eşim ve aile büyüklerimiz
4) Eşim, ben, çocuklarım ve aile büyükleriniz
5) Diğer (belirtiniz)……

19. Kaçıncı evliliğiniz? 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4 ve üzeri

20. Kaç yıldır evlisiniz? ……

21. Eşinizle ne sıklıkta cinsel yakınlaşma yaşarsınız? (Cinsel ilişki; sadece cinsel birleşmeyi değil, cinsel birleşme olmaksızın sevişmeyi de ifade eder)
1) Günde 1 ve üstü
2) 2 günde 1 kez
3) Haftada 1- 2 kez
4) İki haftada 1 veya daha az
5) Ayda bir

22. Şu anki cinsel hayatınızı nasıl tanımlarsınız?
1) Çok kötü 2) Kötü 3) Fena değil 4) İyi 5) Çok iyi

23. Eşinizle nasıl evlendiniz?
1) Kendiniz tanışarak
2) Kendinizin ve ailelerinizin kararı ile
3) Ailelerinizin kararı ile
4) Diğer ……

24. Eşinizle ilişkinizi tanımlayınız
1) Çok iyi geçiniyoruz
2) İyi geçiniyoruz
3) Orta halli geçiniyoruz
4) Geçinemiyoruz

25. Evlilik/ilişki öncesi yeterli cinsel bilginiz var mıydı? 1) Evet 2) Hayır

26. Cinsel sağlık eğitimi aldınız mı? 1) Evet 2) Hayır

27. Cinsel konularda ilk bilgilerinizi kimden aldınız?
1) Kimseden bilgi almadım
2) Anne
3) Baba
4) Teyze, hala
5) Diğer…

28. Cinsel ilişki denildiğinde aklınıza ilk gelen şey nedir?
1) Zevk 2) Gerekililik 3) Acı/ağrı 4) Korku 5) Günah

29. Evlilik öncesi herhangi bir cinsel deneyiminiz oldu mu?
1) Mastürbasyon
2) Sadece öpüşme
3) Cinsel birleşme olmaksızın sevişme
4) Cinsel ilişki
5) Taciz

6) Tecavüz

30. Bekaretin evliliğe kadar korunması gerektiği görüşüne katılıyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır

31. Evlenmeden önce eşinizle cinsel ilişkide bulundunuz mu?
1) Evet 2) Hayır

32. İlk cinsel deneyiminiz nasıl geçti?
1) Cinsel ilişkiye hiç giremedim
2) Kanama ve/veya acı sonrası cinsel ilişkiyi devam ettiremedik
3) Mecbur olduğum için cinsel ilişkiye razı oldum
4) Mecbur olduğum için başladım ama keyif aldım
5) Keyif aldım, orgazm yaşamadım
6) Klitoral orgazm yaşadım

33. Fiziki görünümünüzden memnun musunuz?
1) Hiç memnun değilim 2) Biraz memnunum 3) Çok memnunum

34. Eşinizin yanında soyunmak veya çıplak kalmak sizi rahatsız eder mi?
1) Evet rahatsız olurum 2) Hayır sorun olmaz

35. Eşinizin vajinanıza dokunması sizi rahatsız eder mi?
1) Evet rahatsız olurum 2) Hayır rahatsız olmam

36. Eşinizin penisine dokunmak sizi rahatsız eder mi?
1) Evet rahatsız olurum 2) Hayır rahatsız olmam

37. Memiye dokunmak ya da üzerinize bulaşması sizi rahatsız eder mi?
1) Evet rahatsız olurum 2) Hayır rahatsız olmam

38. Evlendikten sonra hiç mastürbasyon yaptınız mı?
1) Sık sık 2) Bazen 3) Nadiren 4) Hiç yapmadım

39. Cinsel konuları eşinizle rahatlıkla konuşur musunuz?
1) Evet 2) Hayır

40. Genellikle cinsel ilişki isteği kimden gelir?
1) Eşimden 2) Benden

41. Cinsel ilişkiye girmeden önce ön sevişme yapar mısınız?
1) Evet 2) Hayır

42. Cinsel ilişki sırasında eşinizin tavrı nasıldır?
1) Eşim kendisini düşünür 2) Eşim beni de düşünür 3) Eşim daha çok beni düşünür
4) Birlikte hareket ederiz

43. Sizce cinsel ilişkide orgazma ulaşmak kimin için daha önemlidir?
1) Kadın 2) Erkek 3) Her ikisi için de önemlidir

44. Hiç orgazm yaşadınız mı? 1) Evet 2) Hayır

45. Cinsel ilişkiden sonra kendinizi nasıl hissedersiniz?
1) Rahat 2) Gergin 3) Kirli 4) Suçlu

46. Eşinizi çekici buluyor musunuz?
1) Hayır 2) Nadiren 3) Sıklıkla 4) Her zaman

47. Kliniğe başvurma isteği ilk kimden geldi?
1) Benden 2) Eşimden 3) Her ikimizden 4) Diğer .....

EK 4. KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ (KCFİ)

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

Teşekkür ederiz.

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

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

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

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

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?
   - ❑ Hemen hemen her zaman
   - ❑ Çoğu zaman (15 günden fazla)
   - ❑ Bazen (15 günde)
   - ❑ Birkaç kez (15 günden az)
   - ❑ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?
   - ❑ Çok yüksek
   - ❑ Yüksek
   - ❑ Orta
   - ❑ Düşük
   - ❑ Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında ne sıklıkta uyanıldığınızı hissettiniz?
   - ❑ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
   - ❑ Hemen hemen her zaman
   - ❑ Çoğu zaman (15 günden fazla)
   - ❑ Bazen (15 günde)
   - ❑ Birkaç kez (15 günden az)
   - ❑ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?
   - ❑ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
   - ❑ Çok yüksek
   - ❑ Yüksek
   - ❑ Orta
   - ❑ Düşük
   - ❑ Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?
   - ❑ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
   - ❑ Çok emindim
   - ❑ Emindim
   - ❑ Oldukça emindim
   - ❑ Az emindim
   - ❑ Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki**sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?
   - ❑ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
   - ❑ Hemen hemen her zaman
   - ❑ Çoğu zaman (15 günden fazla)
   - ❑ Bazen (15 günde)
   - ❑ Birkaç kez (15 günden az)
   - ❑ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı ?
   - ❑ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
   - ❑ Hemen hemen her zaman
   - ❑ Çoğu zaman (15 günden fazla)
   - ❑ Bazen (15 günde)
   - ❑ Birkaç kez (15 günden az)
   - ❑ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?
   - ❑ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
   - ❑ Çok çok zor veya imkansızdı
   - ❑ Çok zordu
   - ❑ Zordu
   - ❑ Biraz zordu
   - ❑ Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?
   - ❑ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
   - ❑ Hemen hemen her zaman
   - ❑ Çoğu zaman (15 günden fazla)
   - ❑ Bazen (15 günde)
   - ❑ Birkaç kez (15 günden az)
   - ❑ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EK 5. VAJİNAL PENETRASYON BİLİŞ ÖLÇEĞİ (VPBÖ)

Vajinal penetrasyon penisin, sizin veya partnerinizin parmağının, tampon ve/veya herhangi bir nesnenin vajina içine girmesidir. Aşağıdaki sorular vajinal penetrasyonla ilişkili düşüncelerinizi araştıracaktır. Lütfen size uygun olan yanıtı işaretleyin veya daire içine alın. Olası yanıtlar 'hiç uygun değil', 'tamamen uygun' arasında değişmektedir.

Düşünce	Hiç uygun değil						Tamamen uygun
1. Penetrasyon için vajinam çok dar diye korkuyorum.	0	1	2	3	4	5	6
2. Penetrasyon süresince kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum.	0	1	2	3	4	5	6
3. Penetrasyon olunca iyi hissedeceğim.	0	1	2	3	4	5	6
4. Penetrasyon eşimle yakınlaştığım bir andır.	0	1	2	3	4	5	6
5. Penetrasyon sırasında ağrıyı azaltacak hiçbir şey yapamamak beni korkutuyor.	0	1	2	3	4	5	6
6. Penetrasyon sırasında panik olacağımdan korkuyorum.	0	1	2	3	4	5	6
7. Penetrasyonun gelecekte giderek daha zor olmasından korkuyorum.	0	1	2	3	4	5	6
8. Sadece penetrasyon başarılı olursa tam bir kadın olurum.	0	1	2	3	4	5	6
9. Penetrasyon sırasındaki ağrının gelecekte daha da artmasından korkuyorum.	0	1	2	3	4	5	6
10. Penetrasyon gerçekleşmediğinde kendimi zavallı hissediyorum.	0	1	2	3	4	5	6
11. Penetrasyon kesinlikle başarılı olmayacak.	0	1	2	3	4	5	6
12. Penetrasyonla cinsel olarak zevk verecek/uyarılacağım.	0	1	2	3	4	5	6
13. Eşimin penisi vajinam için çok büyük.	0	1	2	3	4	5	6
14. Penetrasyon gerçekleşirse zevk alacağım.	0	1	2	3	4	5	6
15. Penetrasyonu başaramayan dünyadaki tek kişiyim.	0	1	2	3	4	5	6
16. Penetrasyon sırasında kasılıp kalmaktan korkuyorum.	0	1	2	3	4	5	6
17. Penetrasyon mümkün olmadığında suçluluk duyuyorum.	0	1	2	3	4	5	6
18. Penetrasyon orgazm ile sonuçlanacak.	0	1	2	3	4	5	6
19. Penetrasyon başarılı olmadığında eşimin beni terk edeceğinden/bir daha asla bir eş bulamayacağımdan korkuyorum.	0	1	2	3	4	5	6
20. Penetrasyon sırasında olacaklar üzerinde etkim olamayacağından korkuyorum.	0	1	2	3	4	5	6
21. Penetrasyon sırasında vücudumda ne olduğunu bilmemekten dolayı korku duyuyorum.	0	1	2	3	4	5	6
22. Penetrasyon gerçekleşmese bile, ben hala iyi bir eşim.	0	1	2	3	4	5	6

EK 6. GOLOMBOK–RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ (GRCDÖ) KADIN SORU FORMU

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için 'hiçbir zaman', 'nadiren', 'bazen' ,'çoğu zaman', 'her zaman' şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır.
Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı gözönüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.
Cevaplandırırken:
1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun son 1 aydır ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki karenin içini (X) işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.
Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz.
Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın Formu	Hiçbir zaman (0)	Nadiren (1)	Bazen (2)	Çoğu zaman (3)	Her zaman (4)
1. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız					
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını, sorar mısınız?					
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)?					
4.Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?					
5. Sizce, sizin ve eşinizin ön-oynamaya (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?					
6. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının sizemeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?					
7. Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?					
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?					
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?					
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz?					
11. Gerekirse rahatlıkla ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?					
12. Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız olur musunuz?					
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız olur musunuz?					
14. Sizin için doyuma (orgazm) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?					

15. Haftada iki defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?					
16. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?					
17. Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?					
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?					
19. Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır musunuz?					
20.Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?					
21. Cinsel ilişki sırasında eşiniz bazırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazma) ulaşır musunuz?					
22. Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?					
23.Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar musunuz?					
24. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?					
25. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır musunuz?					
26. Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?					
27.Cinsel birleşme anından hoşlanır musunuz?					
28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma)ulaşır musunuz?					

EK 7. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekten umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekten beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarının olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışamıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok

19)	a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20)	a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21)	a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 23, 3-13.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma, Psikoloji Dergisi, 22, 118-126.

EK 8. VAJİNİSMUS HASTALARI İÇİN CİNSEL DANIŞMANLIK KİTAPÇIĞI



VAJİNİSMUS HASTALARI İÇİN CİNSEL DANIŞMANLIK KİTAPÇIĞI

Hazırlayanlar

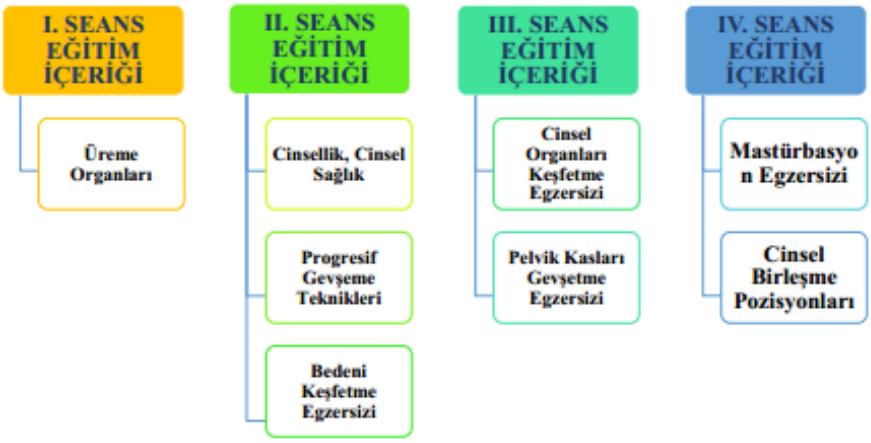
Arş. Gör. MSc. Cansu IŞIK

Prof. Dr. Ergül ASLAN

İstanbul

2018

İÇERİK

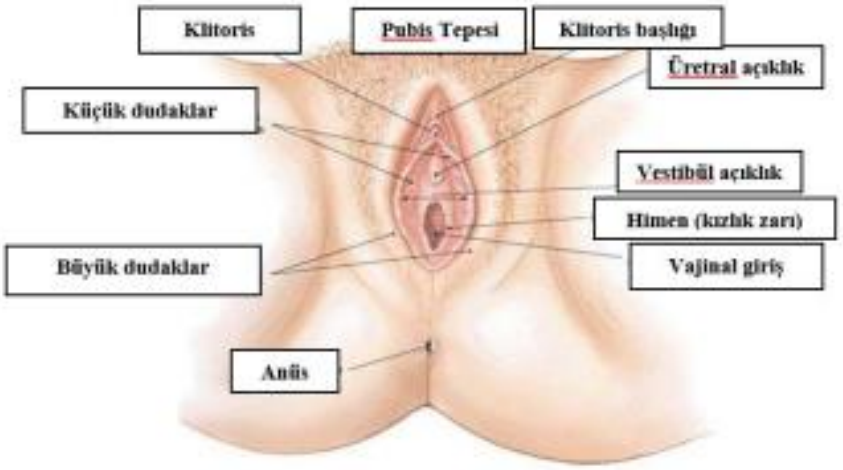

I. SEANS EĞİTİM İÇERİĞİ
Üreme Organları
II. SEANS EĞİTİM İÇERİĞİ
Cinsellik, Cinsel Sağlık
Progresif Gevşeme Teknikleri
Bedeni Keşfetme Egzersizi
III. SEANS EĞİTİM İÇERİĞİ
Cinsel Organları Keşfetme Egzersizi
Pelvik Kasları Gevşetme Egzersizi
IV. SEANS EĞİTİM İÇERİĞİ
Mastürbasyon Egzersizi
Cinsel Birleşme Pozisyonları

I. SEANS
EĞİTİM İÇERİĞİ

Kadın ve Erkek Üreme Organları

DIŞ ÜREME ORGANLARININ YAPISI

Kadın Üreme Organları



Pubis Tepesi: Simfizis pubis (çatı) kemiğinin üzerini örten gevşek bağ dokusu ve deri altı yağ dokusundan oluşan kabarıklıktır.

Büyük Dudaklar: İç üreme organlarının korunmasını sağlar.

Küçük Dudaklar: Büyük dudakların altında yer alan iki ince deri kıvrımıdır.

Himen (Kızlık Zarı): Vajinal girişin önünde bulunan ince, elastik bir yapıdır. Şekil ve üzerindeki deliklerin varlığı kişiden kişiye değişebilir. İlk cinsel ilişki sırasında bütünlüğünde bozulma olabilir veya çok elastik olan zar yapılarında bütünlüğünde bozulma olmayabilir.

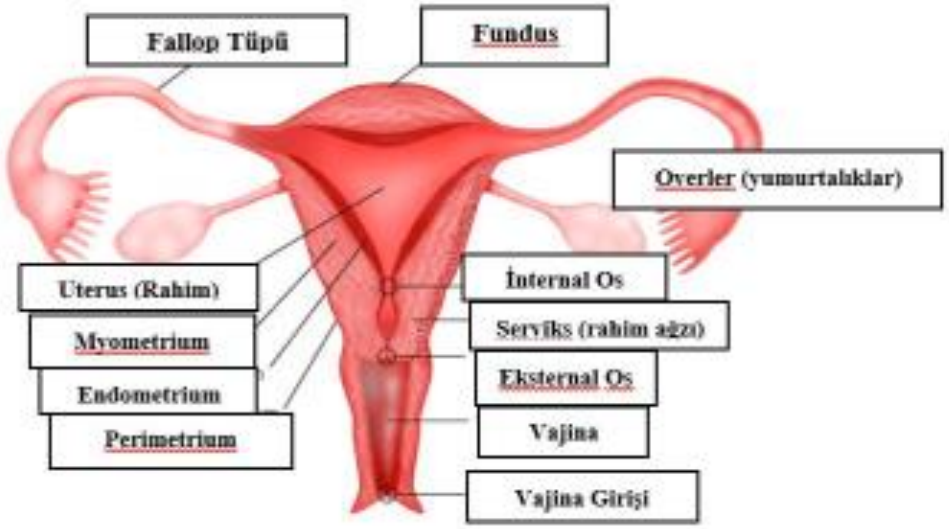
Klitoris (Bızır): Sinirlerden zengin, 2-4 cm uzunluğunda ve 1-2 cm genişliğinde olan bir haz bölgesidir. Erkekteki penise karşılık gelmektedir ve cinsel ilişki veya mastürbasyon sırasında sertleşebilmektedir. Kadınlar, klitorisin elle uyarılmasıyla da orgazm yaşayabilmektedirler.

Üretral Açıklık: Kadınlarda idrarın yapıldığı kanalın çıkış noktasıdır. Kadınlar idrarlarını erkekler gibi cinsel organlarından değil ayrı bir kanaldan yaparlar.

Vestibül Açıklık: Küçük dudaklar açıldığında görülen üçgen bölgedir. Alt kısmındaki bezler, vajina girişinin kayganlaşmasını sağlayan salgı salgılar. Vajina girişini oluşturan kısımdır.

Anüs (makat): Dışkılamanın yapıldığı bölgedir.

Kadın İç Üreme Organlarının Yapısı



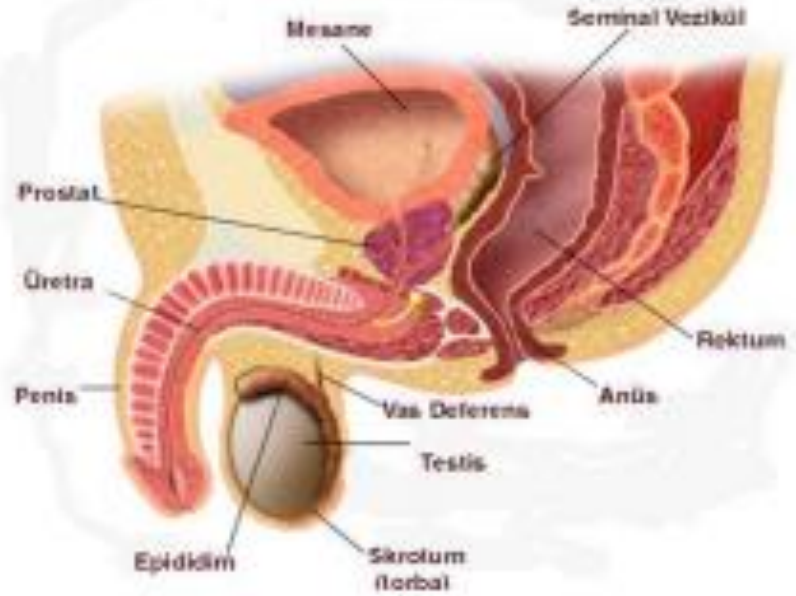
Vajina (Hazne): Vücudun dışından iç genital organlara doğru bir geçit görevi gören, genişleyebilen bir kanaldır. Cinsel ilişki ve doğum bu kanal aracılığıyla olur.

Uterus (Rahim): İdrar torbası ve kalın bağırsak arasında yerleşmiş, kas yapısından oluşan ters armut şeklinde bir organdır. Rahim, üç tabakadan oluşur. Rahmin alt kısmındaki dar kısma rahim ağzı adı verilir. Rahmin iç yüzeyi kan damarlarından zengindir ve gebeliğin devamını sağlamaya yardımcı olur. Eğer gebelik oluşmamışsa bu doku, adet kanamasıyla dışarıya atılır.

Overler (Yumurtalıklar): Görevi kadınlık hormonlarını ve kadın üreme hücresi olan yumurtayı üretmektir. Rahmin sağında ve solunda yer alan badem büyüklüğünde iki adet organdır.

Fallop Tüpleri: Rahmin üst iki yanında ve yumurtalıklardan çıkan yumurta hücresini yakalayıp, rahme iletmekle görevli ince kanallardır. Yumurtanın erkeğin tohum hücresi ile döllenmesi de fallop tüplerinde gerçekleşmektedir.

Erkek Üreme Organları



Penis: Cinsel birleşme ve idrar boşaltma organıdır. Ortasında yer alan idrar yolu, meni sıvısı ve idrarın atıldığı ortak bir yoldur.

Skrotum (torba): Vücudun dış kısmında yer alan bir organdır. İçinde testis, epididimis ve spermatik kordon bulunur. Yapısal özelliği nedeniyle 34-35°C gibi düşük bir sıcaklığa sahiptir. Bu özelliği testislerin sperm üretim işlevi için gereklidir.

Testis (Er bezleri): İki adettir. Spermleri (erkek üreme hücresi) geliştirmek ve erkek seks hormonlarını salgılamak gibi iki temel görevi vardır.

Epididim: Spermleri olgunlaştırma, depolama ve önündeki tüplere iletme görevi vardır.

Vas Deferens (Tüpler): Spermlerin taşınmasını sağlar.

Prostat Bezi: Vajinanın asit ortamını nötralize ederek, spermlerin vajinada yaşayabilmesini sağlama ve cinsel ilişki sırasında kasılarak meni sıvısını idrar yoluna itmek gibi iki önemli görevi vardır. Meni sıvısının birleşmesini oluşturur.

Seminal Vezikül Bezleri: Prostaglandin, früktoz ve diğer besleyici maddeler içeren, sarımsı, yapışkan özellikte alkalen bir sıvı salgılar. Meni sıvısının büyük kısmını oluşturur, spermlerin hareketliliğini, canlılığını sağlar.

Bulboüretral Bezler: Bezelye büyüklüğünde idrar yolunun içine doğru boşalan berrak, kaygan bir sıvı salgılar. Bu salgı idrar yolunun asit özelliğini giderir.

II. SEANS
EĞİTİM İÇERİĞİ

Cinsellik, Cinsel Sağlık

Progresif Gevşeme Teknikleri

Bedeni Keşfetme Egzersizi

CİNSELLİK

Cinsellik, yalnızca cinsel organları değil, tüm bedeni ve ruhu içerir. Doğum öncesi dönemden başlayarak yaşam boyu devam eder. İnsani değerler, duygular, kişilik ve kültürel özellikler gibi faktörlerden etkilenir.

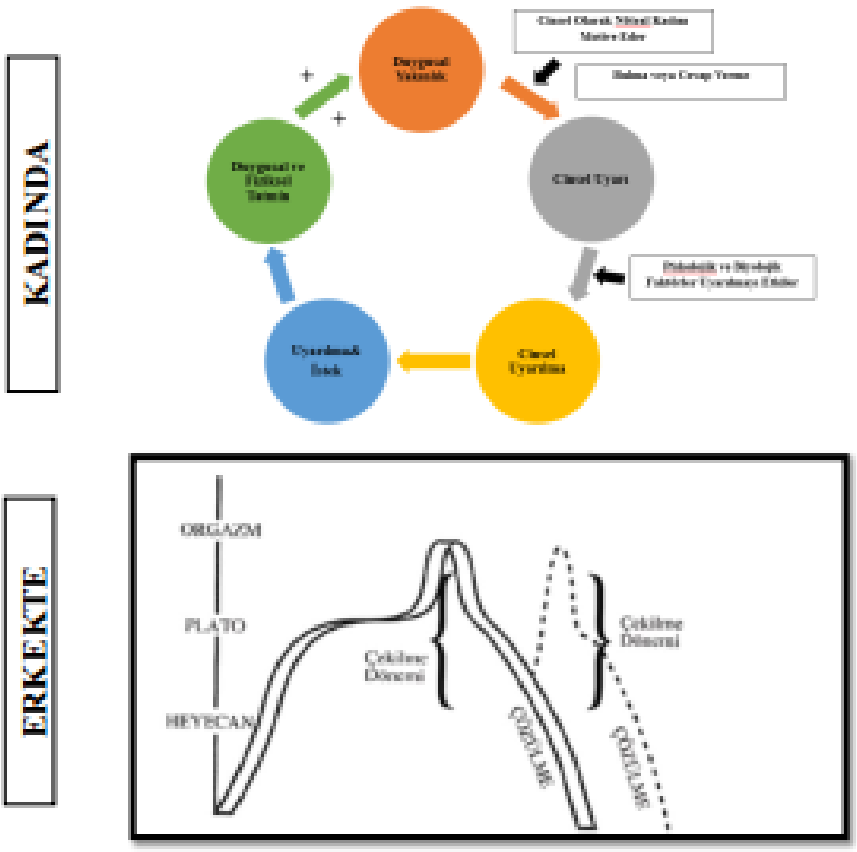
Cinsellik; fiziksel, duygusal, entellektüel ve sosyal faktörlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerin bileşiminden oluşur.

CİNSEL SAĞLIK

Cinsel sağlık; "Sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik hali" dir. Sağlıklı bir cinsellikten beklenti; cinsellik ve cinsel ilişkide zorlama olmadan, ayrımcılık veya şiddet yaşamadan, keyifli ve güvenli bir cinsellik yaşamaktır. Hiçbir ayrım gözetmeden tüm insanların cinsel haklarına saygı gösterilmelidir.

- Cinsel yakınlaşma, bir yaşam zenginliği olarak kabul edilerek, kalıplara sokulmamalıdır.
- Cinsel zevk alma ve verme, kişilere göre, değişik koşullarda ve sürelerde yaşanan, öğrenilebilen bir süreçtir.
- Cinsel ilişkiyi başlatırken uyulması gereken belli kurallar yoktur, karşılıklı iki tarafın da rızası olmalıdır.
- Sağlıklı ve güven verici bir yaşam için; bireyin önce kendini sevmesi, saygı duyması ve güvenmesi gerekmektedir. Böylelikle partnere olumlu duygularla yaklaşılabilir.

KADIN ve ERKEKTE CİNSEL YANIT DÖNGÜSÜ



1) **Cinsel İstek Evresi:** Karşı cinse yönelik psikolojik olarak cinsel istek ve ilginin oluştuğu evredir. Kişinin geçmişte yaşamış olduğu cinsel deneyimler ve fanteziler uyarıyı sağlar. Cinsel istek fazı birkaç dakika ile birkaç saat arasında sürebilir.

2) **Uyarılma Evresi (Heyecanlanma):** Cinsel istek karşısında gelişen cinsel uyarılma evresidir. Uyarı fiziksel uyarı olabileceği gibi fantaziler, zihinsel uyarılar da olabilir. Uyarının süresi ve yoğunluğuyla ilgili olarak cinsel yanıtta da değişiklikler olabilir. Bedensel değişikliklerin en yoğun görüldüğü evredir. Kadınlarda yaygın olarak vajina çevresinde kanlanma artışı görülür, bu durum bartholin adı verilen salgı bezlerinden

mukus salgılanmasını ve vajinada ıslaklık oluşmasını sağlar. Vajinal ıslaklık sayesinde de ilişki sırasında penisin vajinaya girişi kolaylaşır.

3) **Orgazm Evresi:** Haz duygusuyla ilişkili olarak erkekte boşalma, kadında rahim, vajina ve makat etrafındaki kasların kanlanması ile büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Cinsel gerilimin yerini gevşeme ve boşalmaya bıraktığı evredir. Kadında genital organında büyük dudaklar incelip yassılaşırken, küçük dudaklarda kırmızıya doğru bir renk değişimi görülür. Ayrıca solunum hızının yükselmesi, ateş basması, sırt ve göğüs bölgesinde terleme, boyun ve yüze yayılan kızarıklık, meme ucu duyarlılığında artış, boyun, yüz, kol ve bacaklarda kasılma gibi değişiklikler meydana gelir. Bu evrenin sonuna doğru yükselen kan basıncı ve kalp atımları azalmaya başlar.

4) **Çözülme Evresi:** Orgazmın ardından ya da orgazm gerçekleşmemişse ilk 2 evreden sonra, yaşanan cinsel gerilimin ve oluşmuş fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde uyarılma öncesi duruma döndüğü evredir. Bu evrenin süresi, cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ve cinsel uyarının sürüp sürmemesine göre değişkenlik gösterebilir. **Çözülme evresinde kadın ve erkekler arasında önemli bir farklılık oluşturan işleyiş: kadınlar, son evrenin herhangi bir aşamasında, cinsel uyarı yinelendiği takdirde yeniden başka bir orgazm evresine girme potansiyeline sahiptir.** Erkekler ise, süresi kişiden kişiye ve yaşa bağlı olarak oldukça değişen, bir çözülme evresine zorunlu olarak girerler. Bu dönem sona erene kadar, uygun bir cinsel uyarı olsa dahi yeniden ereksiyon sağlayabilmeleri ve yeniden orgazm evresine girebilmeleri fizyolojik olarak olası değildir. Yani, erkekte refrakter dönem adı verilen, çözülme evresi sonrası yeni bir cinsel uyarıya yeniden yanıt döngüsü oluşturma aşamasına kadar geçen ek bir dönem daha vardır. İşte bu nedenle erkekte tek tip bir cinsel yanıt döngüsü olmasına karşın, kadınlarda bu çok değişken olabilmektedir.

★ **Her cinsel ilişki orgazmla sonuçlanmayabilir.** ★

Cinsel ilişkide başarı göstergesi, orgazma ulaşmadan öte cinsel doyumun sağlanmasıdır.

PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ

Progresif gevşeme egzersizleri insan vücudundaki büyük kas gruplarının bilinçli olarak gerilip gevşetilmesidir. Bu egzersiz ile kaslarınızın yerini ve gerginlik sırasında ne durumda olduklarını, gerginlik ve gevşeme durumunda nasıl bir farklılık olduğunu anlayacaksınız. Vücudunuzdaki bir kası ne kadar güçlü kasarsanız, serbest bıraktığınızda da gevşeme aynı ölçüde derin olacaktır.

Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Amacı: Vücudunuzdaki gerginlik ve gevşeme arasındaki farkı hissedip, kendi kendinize gevşeyebilmeyi öğrenmektir.

Egzersiz Öncesi;

- Sessiz sakin bir oda seçin.
- Loş ışıklı bir oda olması daha uygundur.
- Bu uygulamayı uzanarak ya da rahat bir şekilde koltukta otururak yapabilirsiniz (Yan yatarak veya yüzükoyun uzanarak egzersiz yapmak kas gruplarına aşırı yük getirdiği için uygun değildir).
- Üzerinizdeki giysilerin sıkı olmamasına dikkat edin.
- Gözlerinizi kapatın ve derin, yavaş bir soluk alın.

Egzersizleri Uygulama:

- Bacaktan başlayıp, yüze kadar her kas grubu ile kasları 7'ye kadar sayarak germe ve 14'e kadar sayarak gevşetme yapılır.
- Çok gergin hissettiğiniz kas gruplarında germe ve gevşetmeyi tekrarlayabilirsiniz.
- Her kas grubu gevşetildikten sonra, derin bir nefes alınarak, yavaş yavaş bırakılır.
- Kaslarınızı sizi rahatsız edecek veya krampa neden olacak kadar fazla germemelisiniz.

- Bu egzersizleri **düzenli olarak sabah ve akşam** olmak üzere **günde 2 defa** uygulamalısınız.
- Unutmamak için kendinize hatırlatıcı notlar koyabilirsiniz.



Bacak Kaslarını Gevşetme

- Sağ veya sol istediğiniz bacağınızdan başlayabilirsiniz.
- Bacak kaslarınızı bacaklarınızı hafifçe havaya doğru kaldırarak ve ayak parmaklarınızı yere doğru yaklaştırarak gerebilirsiniz.
- Fakat sizin için bu hareketi yapmak sakıncalı ise bacaklarınızı yukarıya doğru kaldırmadan sadece ayak parmaklarınızı yere doğru yaklaştırarak kaslarınızı gerebilirsiniz.
- Bacaklarınızı hafifçe yukarı doğru kaldırıp veya bacaklarınızın pozisyonunu hiç bozmadan parmaklarınızı yere doğru yaklaştırın.
- Gergin…iyice gergin…
- Bacaklarınızdaki gerginliği hissedin ve şimdi yavaşça bacaklarınızı eski haline getirip gevşetin.
- Bacaklarınızda hiç gerginlik kalmasın.
- Gerginlik ve gevşeklik arasındaki farka dikkat edin.
- Gevşemeye devam ederken, dikkatinizi "rahatla" kelimesi üzerinde yoğunlaştırın.
- Ne kadar rahatladığınızı hissetmeye çalışın.
- Bedeninizde hiç gerginlik kalmasın.

Kalça Kaslarını Gevşetmek İçin Uygulanacak Egzersizler

- Kalçanızı sıkarak gerin.
- Gergin, iyice gergin...
- Kalçanızdaki gerginliği hissedin ve şimdi yavaşça kalçanızı gevşetin.
- Kalçanızdaki gerginlik ve gevşeklik arasındaki farka dikkat edin.
- Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağzınızdan vermeye devam edin….
- Bedeninizde hiç gerginlik kalmasın.



Karın Kaslarını Gevşetme

- Karın kaslarınızı karşıdan bir yumruk darbesi almaya hazırlanır gibi iyice içinize çekerek gerebilirsiniz.
- Karnınızı içeri çekin.
- İyice sıkın, sıkın.
- Karın kaslarınızdaki gerginliği hissedin ve yavaşça karnınızı eski haline getirirken dikkatinizi "rahatla" kelimesi üzerinde yoğunlaştırın…
- Kaslarınız tamamen gevşek olsun...
- Gerginlikle gevşeklik arasındaki farka dikkat edin ….
- Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağzınızdan vermeye devam edin…
- Bedeninizde hiç gerginlik kalmasın.



Göğüs Kaslarını Gevşetme

- Göğüs kaslarını derin bir nefes alıp, bir süre tutarak gerebilirsiniz.
- Yavaşça nefesinizi verirken gevşeyin.
- Göğüs kaslarınızda hiç gerginlik kalmasın.
- Gerginlikle gevşeklik arasındaki farka dikkat edin.
- Ne kadar rahatladığınızı hissetmeye çalışın.
- Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağzınızdan vermeye devam edin.
- Bedeninizde hiç gerginlik kalmasın.



Omuz Kaslarını Gevşetme

- Omuzlarınızı mümkün olduğu kadar yukarıya doğru kaldırarak gerebilirsiniz.
- Omuzlarınızı yukarı doğru kaldırın.
- Gergin…daha da gergin….
- Omuzlarınızdaki gerginliği hissedin ve yavaşça omuzlarınızı eski haline getirerek gevşetin.
- Omuzlarınız tamamen gevşek olsun.
- Omuzlarınızdaki gerginlikle gevşeklik arasındaki farka dikkat edin.
- Kaslarınızı gevşetmeye devam ederken, dikkatinizi "rahatla" kelimesi üzerinde yoğunlaştırın…

- Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağzınızdan vermeye devam edin.
- Bedeninizde hiç gerginlik kalmasın.

Kolların Üst Kısmındaki Kasları Gevşetme

- Kollarınızın üst kısmındaki kasları, dirseklerinizden bükerek ve ellerinizi omuzlarınıza değdirerek gerebilirsiniz.
- Kollarınızı dirseklerinizden bükün.
- Ellerinizi omuzlarınıza değdirin.
- Gergin, iyice gergin.
- Kollarınızdaki gerginliği hissedin ve yavaşça kollarınızı iki yana doğru indirerek gevşetin.
- Kollarınızda hiç gerginlik kalmasın.
- Kol kaslarınızda oluşan gerginlik ve gevşeklik arasındaki farka dikkat edin.
- Kol kaslarınızı gevşetmeye devam ederken dikkatinizi "rahatla" kelimesi üzerinde yoğunlaştırın.
- Ne kadar rahatladığınızı hissetmeye çalışın.
- Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağzınızdan vermeye devam edin.
- Bedeninizde hiç gerginlik kalmasın.



El ve Kol Kaslarını Gevşetme

- Ellerinizi yumruk halinde sıkarak gerebilirsiniz.
- Şimdi yumruklarınızı iyice sıkın.
- Gergin, iyice gergin.
- El ve kollarınızdaki gerginliği iyice hissedin.
- Yumruklarınızı iyice açın.
- Ellerinizde hiç gerginlik kalmasın.
- Elleriniz tamamen gevşek.
- Gerginlik ve gevşeklik arasındaki farka dikkat edin…
- El ve kollarınızdaki kasları gevşetmeye devam ederken dikkatinizi "rahatla" kelimesi üzerinde yoğunlaştırın…
- Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağzınızdan nefesinizi verin.
- Bedeninizde hiç gerginlik kalmasın.

Boyun Kaslarını Gevşetme



- Boyun kaslarınızı, başınızı mümkün olduğu kadar geriye doğru iterek gerebilirsiniz.
- Gergin, iyice gergin.
- Gerginliği hissedin ve yavaşça boynunuzu eski haline getirerek gevşetin…
- Boynunuzda hiç gerginlik kalmasın…
- Boynunuzdaki gerginlik ve gevşeklik arasındaki farka dikkat edin…
- Kaslarınızı gevşetmeye devam ederken, dikkatinizi "rahatla" kelimesi üzerinde yoğunlaştırın…
- Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağzınızdan vermeye devam edin.
- Bedeninizde hiç gerginlik kalmasın.

Boyunun Arka Bölümündeki Kasları Gevşetme

- Başınızı mümkün olduğu kadar öne doğru eğerek çenenizi göğsünüze değdirmeye çalışın.
- Gergin, iyice gergin.
- Boynunuzun gerildiğini hissederek yavaşça boynunuzu eski haline getirerek gevşetin.
- Hiç gerginlik kalmasın.
- Gerginlik ve gevşeklik arasında farka dikkat edin…
- Gevşemeye devam ederken, dikkatinizi "rahatla" kelimesi üzerinde yoğunlaştırın.
- Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağzınızdan vermeye devam edin.
- Bedeninizde hiç gerginlik kalmasın.

Yüz Kaslarını Gevşetme



- Yüz kaslarınızı mümkün olduğu kadar çatıp, gözlerinizi sıkıca yumarak, dudaklarınızı büzüp dişlerinizi birbirine kenetleyerek gerebilirsiniz.
- Bu şekilde yüzünüzü mümkün olduğu kadar buruşturun.
- Gergin, iyice gergin.
- Yüzünüzdeki gerginliği hissedin ve şimdi yavaşça yüzünüzü eski haline getirerek gevşetin.
- Kaşlarınız çatık kalmasın, göz kapaklarınız, dudaklarınızı, dişleriniz birbirine hafifçe değsin.
- Yüzünüz tamamen gevşek olsun.
- Gerginlik ve gevşeklik arasındaki farka dikkat edin.
- Gevşemeye devam ederken, dikkatinizi "rahatla" kelimesi üzerinde yoğunlaştırın.
- Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağzınızdan vermeye devam edin.
- Bedeninizde hiç gerginlik kalmasın.

BEDENİ KEŞFETME EGZERSİZİ



Bu egzersizdeki amaç; tekrarlayan dokunuşlarla zihninizde vücudunuzun bir haritasını çıkarmak, cinsel organlarınıza dokunma deneyimi kazandırmak, vücudunuzu bilinçli olarak tanımanızı, cinselliğinize daha olumlu bir şekilde bakabilmenizi sağlamaktır.

Egzersize Başlamadan Önce;

- Bu egzersizi banyo gibi sizi kimsenin rahatsız etmeyeceği bir ortamda ve uygun ısıda yapın.
- Bir boy aynası karşısında yapın.
- Gevşemek için öncesinde progresif gevşeme egzersizi yapabilirsiniz.
- Egzersiz boyunca gevşek olmaya ve gevşek kalmaya dikkat edin.

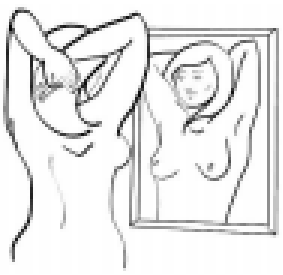
Egzersizi Uygularken;

Duş Altında Ilık Suyla:

- Gözleriniz kapalı olarak başınızdan başlayarak ayak uçlarınıza kadar duş başlığını ile ılık suyu vücudunuzun değişik bölgelerinde dolaştırın.
- Vücudunuzun farklı bölgelerinden aldığınız duyumlar arasındaki farklara odaklanın.
- Duş başlığını değişik açılarda tutarak ve suyun akış hızını değiştirerek boyun, kulaklar, memeler, meme uçları, karın, kalçalar ve bacaklarda aynı işlemi tekrarlayın.
- Farklı dokunuşların vücudunuzun farklı yerlerinde yarattığı duyumları yakalamaya odaklanın.

Boy Aynası Karşısında Çıplak Olarak;

- Çırılçıplak kalarak bedeninizi inceleyin.
  - Çıplaklık sizi rahatsız ediyor mu?
  - Bedeninizi çıplak olarak görmek size neler düşündürdü veya neler hissettirdi?
  - Özellikle beğendiğiniz veya beğenmediğiniz yerleriniz nereler?
  - Sizi rahatsız eden bir görüntü var mı?
- Kendinize buna benzer sorular sorun ve cevaplarını bulmaya çalışın.



Boy Aynası Karşısında Giyinik Olarak;

- Çıplak olarak ayna karşısında yaptığınız egzersizi, bu sefer giyinik olarak tekrarlayın.

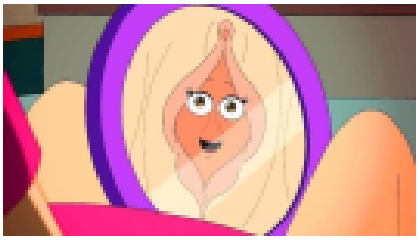
Önemli Noktalar:

- Bu egzersizi her gün ya da gün aşırı 30 dakika süre ile yapmalısınız.
- Yalnız başınıza yapabileceğiniz gibi eşiniz ile de yapabilirsiniz.
- Çıplaklık ve cinsellik konusundaki duygularınız olumlu olana kadar bu egzersizlere devam edin.
- Herkesin güzelliğine hayran olduğu kadınların bile kendi bedenlerinde beğenmedikleri yerler olduğunu unutmayın!

III.SEANS
EĞİTİM İÇERİĞİ

Cinsel Organları Keşfetme Egzersizi
Pelvik Kasları Gevşetme Egzersizi

CİNSEL ORGANLARI KEŞFETME EGZERSİZİ



Bu egzersizdeki amaç; cinsel organlarınızı olarak tanımanızı, cinsel organlarınıza ve cinselliğinize daha olumlu bir şekilde bakabilmenizi sağlamaktır.

Egzersize Başlamadan Önce;

- Bu egzersiz için yatak odası gibi kimsenin sizi rahatsız etmeyeceği ve ısısı yeterli bir ortam seçmelisiniz.
- Vajina bölgenizi rahat görebilmek için ışığın yeterli olduğu bir yerde olmanız gerekiyor. Eğer ışık yetersizse, vajina bölgenize küçük bir lamba tutabilirsiniz.
- Bu egzersizden önce ılık duş bir duş alabilir veya gevşemek için progresif gevşeme egzersizi yapabilirsiniz.
- Egzersiz boyunca gevşek olmaya ve gevşekliğinizi korumaya özen gösterin.
- Genital bölgenizi net görebilmek için rahat bir pozisyon alın.
- Bacaklarınızı açabildiğiniz kadar açın.

Egzersizi Uygularken;

- Aynayı bacaklarınızın arasına yerleştirin, sabit tutun ve incelemeye başlayın.
- Dış üreme organlarını inceleyin.
- Pubis tepesinde yumuşak tüyler ve çatı kemiği vardır. Buraya hafifçe bastırın ve çatı kemiğinizi hissedin.
- Büyük dudaklara, işaret ve orta parmaklarınızı yerleştirip, kapatır ve açarsanız, bu dudakların iç bölgeyi korumak için nasıl bir araya geldiğini görebilirsiniz.
- Büyük dudakları iki yana açtığınızda küçük dudakları göreceksiniz. Küçük dudaklar, pürüzsüz, tüysüz ve parlaktır. Nazikçe, iç dudaklara dokunun. İç dudaklar dokunmaya karşı çok hassastır.
- Klitoris, küçük dudakların birleştiği üst bölgede yer alır. Klitorise hafifçe dokunun ve ne kadar hassas olduğunu hissedin. Bu bölge çok önemli bir zevk merkezidir. Klitorisin değişik bölgelerine dokunmanın size nasıl duygular hissettirdiğini keşfetmeye çalışın.
- Klitoristen aşağı doğru indiğinizde üretral açıklık yani idrarınızın çıktığı yeri göreceksiniz.
- İdrar açıklığının hemen altında vajinal (hazne) girişini göreceksiniz. Nazikçe dokunarak girişi hissedin. Dokunma ile nasıl bir his olduğunu fark edin. Cinsel olarak uyarıldığınızda, vajina genişler, uzar ve ıslanır. Penis girişine kendini hazırlar.
- Eğer daha önce cinsel deneyim yaşamadıysanız, vajinanın girişinde, adet kanaması ve diğer vajinal akıntıların geçmesine olanak sağlayan ince bir zar vardır. Himen (kızlık

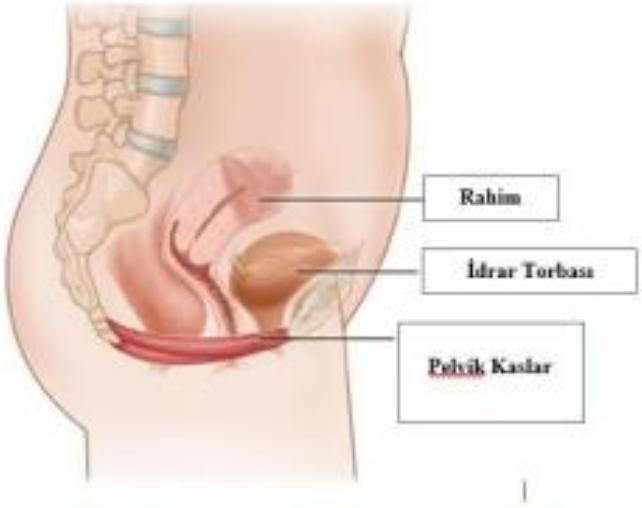
zarı), genellikle halka veya yuvarlak şekildedir, ancak yarım ay, ara bölmeli ve çok delikli himenler de olabilir.

- Genital bölgenin hemen altında makat (anüs) yer alır. Dışkılama (büyük tuvalet) yapılan yerdir.
- Perine bölgesi, vajina ve anüs arasında kalan yerdir. Bazı kadınlar bu bölgelerine dokunulmasından hoşlanır. Siz de dokunarak kendi durumunuzu deneyin.

Önemli Noktalar:

- Bu egzersizi her gün en az bir saat süre ile yapmalısınız.
- Vücudunuzun ve cinsel organlarınızın sağlıklı ve normal olduğu düşünce ve algısı, cinsel yaşamı güzelleştirmede ilk ve en önemli adımdır.

PELVİK KASLARI GEVŞETME



Pelvik taban, iç üreme organlarına destek olur ve işlevsel kontrol sağlayan, kas demetlerinden oluşur. Pelvik desteği sağlayan en önemli kas **"Levator Ani"** kasıdır.

Pelvik Kasların Görevleri;

Pelvik organları (idrar torbası, rahim, vajina, bağırsaklar) olması gereken yerde tutararak, organların sarkmasını önler.

Cinsel sorunları azaltarak, orgazmı arttırır.

İdrar yapma ve büyük tuvalet gibi boşaltım işlevlerinin sorunsuz yapılmasını sağlar.

Doğumda yırtık oluşma riskini azaltarak, doğumun kolay olmasına yardımcı olur.

Pelvik kas gevşeme egzersizinde amaç; pelvik taban kaslarınızın gergin ve gevşek durumunun farkında olmayı sağlamaktır.

Pelvik Kas Gevşeme Egzersizi Uygulama:

- Pelvik kas gevşeme egzersizini sabah ve akşam yapacağınız progresif kas gevşemesinden sonra günde 2 kez yapın.
- Bu egzersizi her pozisyonda (yatarak, oturarak veya ayakta) yapabilirsiniz.
- Kalça, uyluk ve karın kaslarınızın kasılmamasına dikkat ediniz.
- İdrarınızı ya da büyük tuvaletinizi yaparken kaslarınızı gevşettiğiniz gibi, pelvik kaslarınızı 15'e kadar sayarak gevşetiniz ve gevşek kalınız.

Pelvik kas gevşeme egzersizlerini **sabah ve akşam** olmak üzere günde **2 kez 10'ar** kez tekrar ediniz.



IV.SEANS
EĞİTİM İÇERİĞİ

Mastürbasyon Egzersizi
Cinsel Birleşme Pozisyonları

MASTÜRBASYON EGZERSİZİ



Bu egzersizin amacı; zevk almak için vücudunuzun neresine, nasıl dokunacağınızı bilmek, cinsel tepkilerinizin farkında olmak ve cinsel, bedensel ve ruhsal dengelerin kurulmasını sağlamaktır.

Egzersize Başlamadan Önce;

- Size en uygun olan ve hoşunuza giden bir yolla gevşeyin (duş almak veya progresif gevşeme egzersizleri gibi).
- Ortam rahatlatıcı olmalıdır.
- Bu egzersiz için en az 15 dakika zaman ayırın.
- İsterseniz bebe yağı da kullanabilirsiniz.



Egzersizi Uygularken;

- Bu egzersizi üzerinizde kıyafetleriniz olmadan, otururak veya rahatça uzanarak yapın.
- Ellerinizle memelerinize, bacak iç yüzlerine, karnınıza ve vücudunuzun diğer kısımlarına dokunup hissedin.
- Gözlerinizi kapayın, çiçek koklar gibi burnunuzdan nefes alıp, mumu üfler gibi ağzınızdan geri verin ve gevşeyin.
- Ellerinizle vajina küçük dudakları ve klitorisi bulun. Dudakları yavaşça okşayıp, parmağınızı klitorisin yakınlarında gezdirin.
- İki parmağınızla klitorise yavaşça masaj uygulayın veya klitorisin üzerinde parmağınızla daireler çizin.
- Hislerinize odaklanın ve daha iyi hissettiğiniz bölgelerde kalın.
- Orgazm yaşadığınızda kendinizi uyarmaya devam edersiniz, arka arkaya boşalma yaşayabilirsiniz.

Önemli Noktalar:

- Zevk almak için vücudunuzun değişik bölgelerini keşfedin. Aynı şekilde veya aynı bölgeyi sürekli uyarmak o bölgedeki haz oranını düşürebilir. Bu nedenle sık sık yer değiştirmek gerekebilir.
- Daha fazla boşalmanız, daha fazla rahatlamanızı ve kendinize güvenmenizi sağlar.
- Mastürbasyonla boşalma yaşayan kadınlar, eşleriyle seks yaparken daha kolay orgazma ulaşır.
- İlk başlarda kaygılı, korkak, suçlu, heyecanlı, sinirli olabilirsiniz. Rahatlamaya çalışın ve hislerinize yanıt verin.

CİNSEL İLİŞKİ POZİSYONLARI

İnsanlar sadece üremek için değil, fiziksel ve ruhsal iyilik hali için cinselliği yaşarlar. Bu iyilik halini cinsel ilişki sırasında salgılanan endorfin hormonu sağlamaktadır. Cinsel ilişkiden daha fazla haz alabilmek için; üreme organlarını karşılıklı el ile uyarma, mastürbasyon, öpüşme, okşama, sarılarak uyuma, çiftlerin birbirini keşfetmesine uygun farklı cinsel yakınlaşmalar ve farklı cinsel ilişki pozisyonları denenebilir. Tüm bunlar denenirken çiftlerin her ikisinin de onayı gerekmektedir. Çünkü cinsellik, karşılıklı güven ve saygıya dayandığında mutluluk vermektedir.

.

Cinsel ilişki anında yapılan pelvik kasları gevşetme egzersizi, penisinin vajinaya girişini kolaylaştıracak ve aynı zamanda cinsel hazzı arttıracaktır



Misyoner Pozisyonu



Klasik ve en yaygın olarak kullanılan rahat bir pozisyondur. Özellikle ilk kez ilişkiye girecek **kadınlar** için en uygundur. İlk aşamada bu pozisyon tavsiye edilmektedir. Klitorise etkisi az olur ancak vajinal uyarılma ve vajinal orgazm sağlar.

İkinci Misyoner Pozisyonu



Kadının sırt üstü boydan boya uzandığı klasik misyoner pozisyonundan farkı; kadının bacaklarını erkeğin omuzlarına çıkarmasıdır. Kadının G noktasının uyarılması ve tatmin olabilmesi açısından klasik misyoner pozisyonundan çok daha iyidir. Penis vajinanın derinliklerine inebilmektedir. Erkek için daha rahat hareket edebileceği ve klasik misyonere oranla daha az güç harcayacağı bir pozisyondur.

Jokey Pozisyonu



Karşılıklı hazzın pozisyonudur. Hem rahat hem de tatmin edicidir. Ayrıca erkeğin boşalmasını geciktirdiği için **cinsel ilişki**nin daha uzun sürmesine sebep olur. İki taraf da birbirlerinin vücuduna daha iyi hâkim olur. Hem birleşme hem de ön sevişme için en ideal pozisyonlardandır.

Kelebek Pozisyonu



Misyonerden biraz farklı ve daha tatmin edicidir. **Kadınların** *G noktası ve rahim boynu* uyarılır. Bu da kolay orgazm sağlar. Bu pozisyonda kadın kalçası yatağın ucuna gelecek şekilde uzanır ve erkek ayakta durarak cinsel birleşmeyi gerçekleştirir.

Kaşık Pozisyonu



Duygusal bir yanı olan kaşık pozisyonunda **kadınların** ruhunun tatmin olduğu bir gerçek. Kadın ve erkeğin aynı yöne doğru yan yana yatarken cinsel birleşme yaşaması durumudur. Erkek kadının arkasında olur. Bu pozisyonda erkek kadınına dilediği gibi sarılabilmekte, onun tüm vücuduna hâkim olabilmektedir.

Ayakta Pozisyon

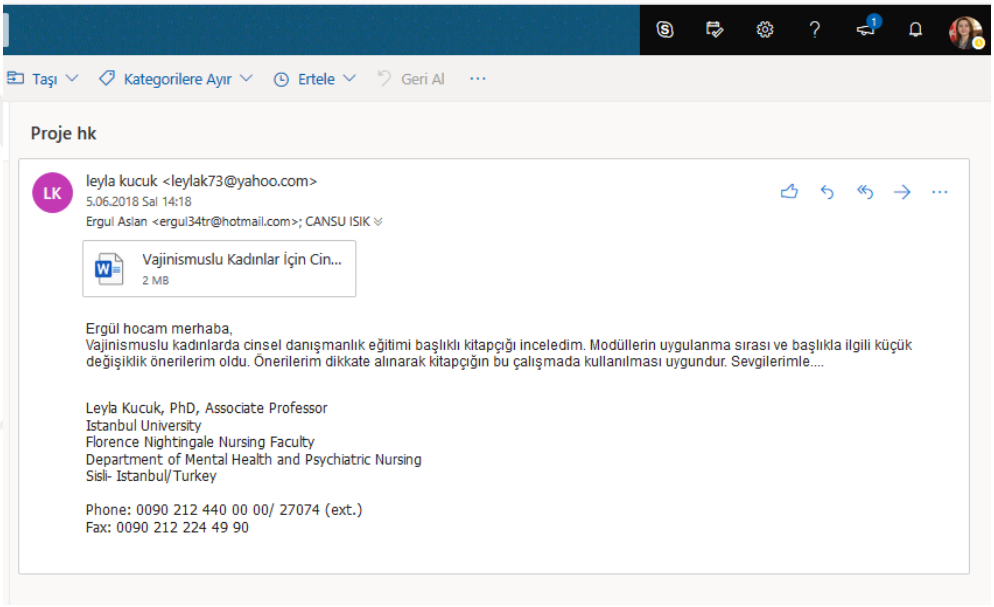


Bu pozisyon hem kadın hem de erkek için oldukça tatmin edici olacaktır. Erkek kadını kucağa aldıktan sonra kadın bacaklarını erkeğin beline dolar. Böylelikle tam bir birleşme oluşur.

KAYNAKLAR

1. Şahin NH. (2015) Üreme Organları Anatomisi/Fizyolojisi. Beji NK (Ed.) Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s: 69-82.
2. Yazıcı S, Karanisoğlu H (2016) Üreme Sistemleri Anatomisi. Şirin A, Kavlak O (Ed.) Kadın Sağlığı (Genişletilmiş 2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s: 62-69.
3. Mete S (2016) Kadın ve Cinsellik. Şirin A, Kavlak O (Ed.) Kadın Sağlığı (Genişletilmiş 2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s: 38-45.
4. World Health Organization 2015. Sexual Health, Human Rights and The Law. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. (Erişim: 28.03.2018)
5. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf;jsessionid=5FEBD3585B6BEEE4FF41740E6A86CC96?sequence=1
6. Basson R. (2001) Human sex-response cycles. J Sex Marital Ther; 27(1):33–43.
7. Stresle Etkili Başa Çıkma Yöntemi: Gevşeme Egzersizleri. Türk Psikologlar Derneği, 2010.
8. Demiralp M, Oflaz F (2007) Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 8:132-139.
9. Progressive Muscle Relaxation http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/ACF3C8D.pdf (Erişim: 24.03.2018)
10. Yalçın Ö, Pelvik Tabanın Anatomi ve Fizyolojisi. Ed: Karan A., Ürojinekolojide Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. 6.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016, s: 1-15.
11. Yalçın Ö. Pelvik Taban Anatomisi. Temel ürojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2009. p. 7-19.
12. Report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. Standardisation and Terminology Reports/Documents ARCHIVE, 2005; 24:374-380.
13. Kari Bo, Bary Berghmans,Siv Morkved,Marijke Van Kampe. Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Elsevier Churchill Livingstone; 2015: 36.
14. A. Cem Keçe, Serap Güngör. 10 Adımda Vajinismus Tedavisi. Pusula Yayınevi, Ankara, 2011.
15. Aslan, E. Kadın Orgazm Fizyolojisi. Androloji Bülteni, 2008; 33: 176-180.
16. Basson, R. Sexual desire/arousal disorders in women. İçinde S. Leiblum (Ed.), Principles and Practice of Sex Therapy. (4th ed.). New York: Guilford; 2007.p:25-53.

EK 9. VAJİNİSMUS HASTALARI İÇİN CİNSEL DANIŞMANLIK KİTAPÇIĞI UYGUNLUK YAZISI



Taşı Kategorilere Ayır Ertele Geri Al ···

Proje hk

LK

leyla kucuk <leylak73@yahoo.com>
5.06.2018 Sal 14:18
Ergul Aslan <ergul34tr@hotmail.com>; CANSU ISIK

Vajinismuslu Kadınlar İçin Cin...
2 MB

Ergül hocam merhaba,
Vajinismuslu kadınlarda cinsel danışmanlık eğitimi başlıklı kitapçığı inceledim. Modüllerin uygulanma sırası ve başlıkla ilgili küçük değişiklik önerilerim oldu. Önerilerim dikkate alınarak kitapçığın bu çalışmada kullanılması uygundur. Sevgilerimle....

Leyla Kucuk, PhD, Associate Professor
Istanbul University
Florence Nightingale Nursing Faculty
Department of Mental Health and Psychiatric Nursing
Sisli- Istanbul/Turkey

Phone: 0090 212 440 00 00/ 27074 (ext.)
Fax: 0090 212 224 49 90

EK 10. CİNSEL İLİŞKİ TAKİP FORMU

Tarih	Cinsel İlişki		Cinsel İstek Duydum		Uyarıldım		Orgazm oldum		Çözülme Evresi Yaşadım		Memnuniyet Düzeyi				
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Çok iyi	İyi	Fena Değil	Kötü	Çok Kötü

EK 11. PELVİK RELAKSASYON ve PROGRESİF KAS GEVŞEME EGZERSİZİ TAKİP FORMU

Tarih	Pelvik Bölge Kasları Gevşeme Egzersizi		Tüm Vücut Kasları Gevşeme Egzersizi				Memnuniyet Düzeyim				
	Sabah	Akşam	Sabah		Akşam						
	G (15 sn)	G (15 sn)	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Çok iyi	İyi	Fena Değil	Kötü	Çok Kötü

EK 12. KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ KULLANIM İZNİ

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI) kullanım izni hakk.

DA

Dilek Aygin <daygin@sakarya.edu.tr>

Tümünü yanıtla

7.03 (Çar) , 14:47

CANSU ISIK

Sayın Işık,
KCİÖ'ni kullanmanızda ve yayınlarımdan yararlanmanızda hiçbir sakınca yoktur.
Kolaylıklar diliyorum

Doç. Dr. Dilek AYGİN

Sakarya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölüm Başkanı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD

Tel: O.264.295 66 11
Fax: O.264.295 66 02

Assoc. Prof. Dr. Dilek AYGİN

EK 13. VAJINAL PENETRASYON BİLİŞ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği'nin kullanımı hakk.

SD

sultan dogan <sultandogan@yahoo.com>

8.03 (Per) , 17:14

CANSU ISIK

Tümünü yanıtla

pdf

apd_VPBO..pdf

560 KB

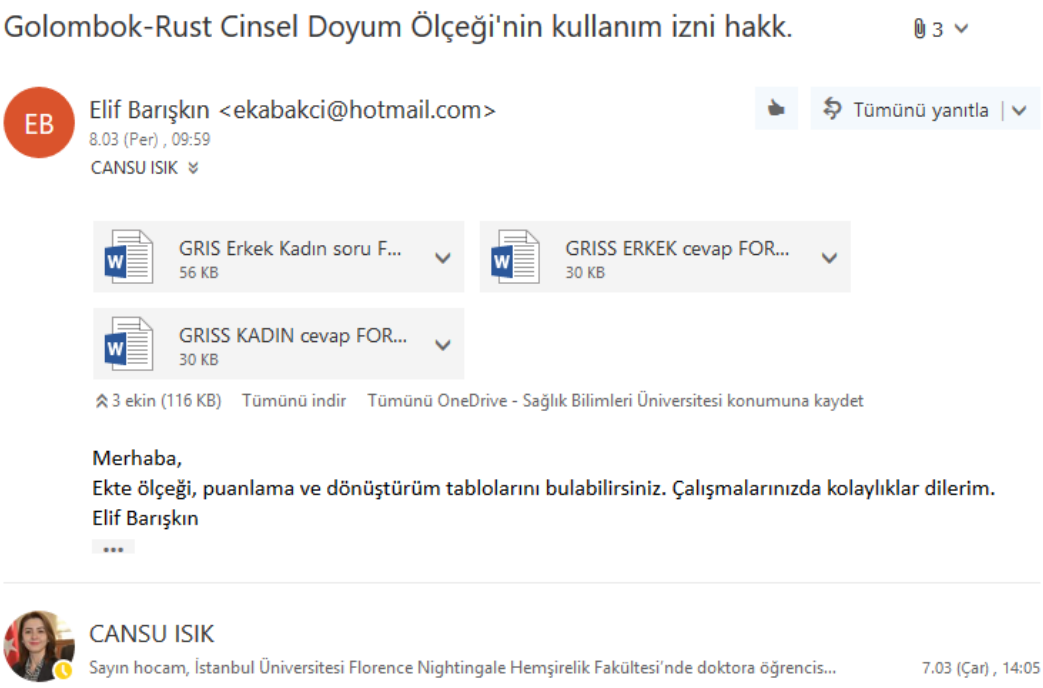
İndir OneDrive - Sağlık Bilimleri Üniversitesi konumuna kaydet

Merhaba,
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeğin tam metni ve ilişkili diğer bilgiler ekteki makalede bulunuyor.
Başarılar diliyorum.
Prof. Dr. Sultan Doğan

On Wednesday, March 7, 2018 1:58 PM, CANSU ISIK <cansu.isik@sbu.edu.tr> wrote:

Sayın hocam,

EK 14. GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin kullanım izni hakk. 3

EB

Elif Barışkın <ekabakci@hotmail.com>

8.03 (Per) , 09:59

CANSU ISIK

Tümünü yanıtla

GRIS Erkek Kadın soru F... 56 KB

GRISS ERKEK cevap FOR... 30 KB

GRISS KADIN cevap FOR... 30 KB

3 ekin (116 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Sağlık Bilimleri Üniversitesi konumuna kaydet

Merhaba,

Ekte ölçeği, puanlama ve dönüştürüm tablolarını bulabilirsiniz. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

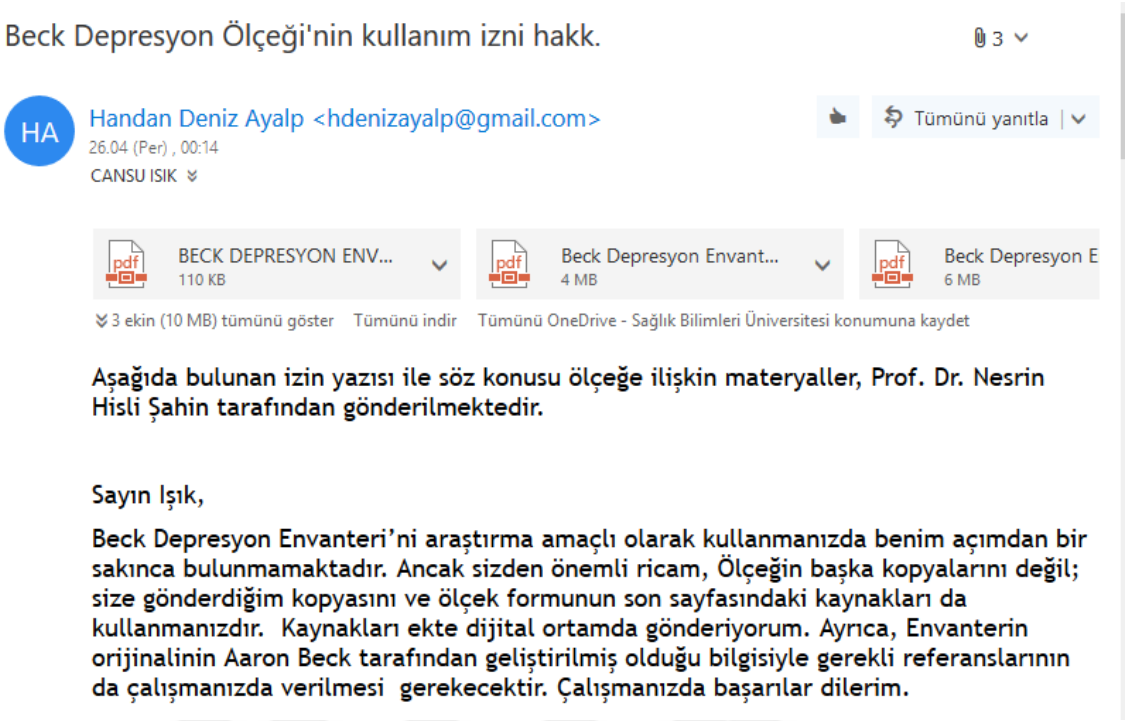
Elif Barışkın

...

CANSU ISIK

Sayın hocam, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nde doktora öğrencis... 7.03 (Çar) , 14:05

EK 15. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



Beck Depresyon Ölçeği'nin kullanım izni hakk.

3

HA

Handan Deniz Ayalp <hdenizayalp@gmail.com>

26.04 (Per) , 00:14

CANSU ISIK

Tümünü yanıtla

BECK DEPRESYON ENV... 110 KB

Beck Depresyon Envant... 4 MB

Beck Depresyon E 6 MB

3 ekin (10 MB) tümünü göster Tümünü indir Tümünü OneDrive - Sağlık Bilimleri Üniversitesi konumuna kaydet

Aşağıda bulunan izin yazısı ile söz konusu ölçeğe ilişkin materyaller, Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin tarafından gönderilmektedir.

Sayın Işık,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

EK 16. ETIK KURUL KARARI

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 893
Konu: Prof. Dr. Ergül ASLAN hk.

Tarih : 11.06.2018

Sayın Prof. Dr. Ergül ASLAN
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

İlgi : Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalının 14/05/2018 gün ve 175325 sayılı yazısı

Sorumlu araştırıcılığını üstlendiğiniz ve Cansu IŞIK' ın yürüteceği 2018/706 dosya numaralı "Vajinismus Tedavisi Gören Kadınlarda Cinsel Danışmanlığın ve Pelvik Taban Relaksasyonunun Cinsel İşlevlere Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma" başlıklı çalışma kurulumuzun 08/06/2018 tarih ve 11 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

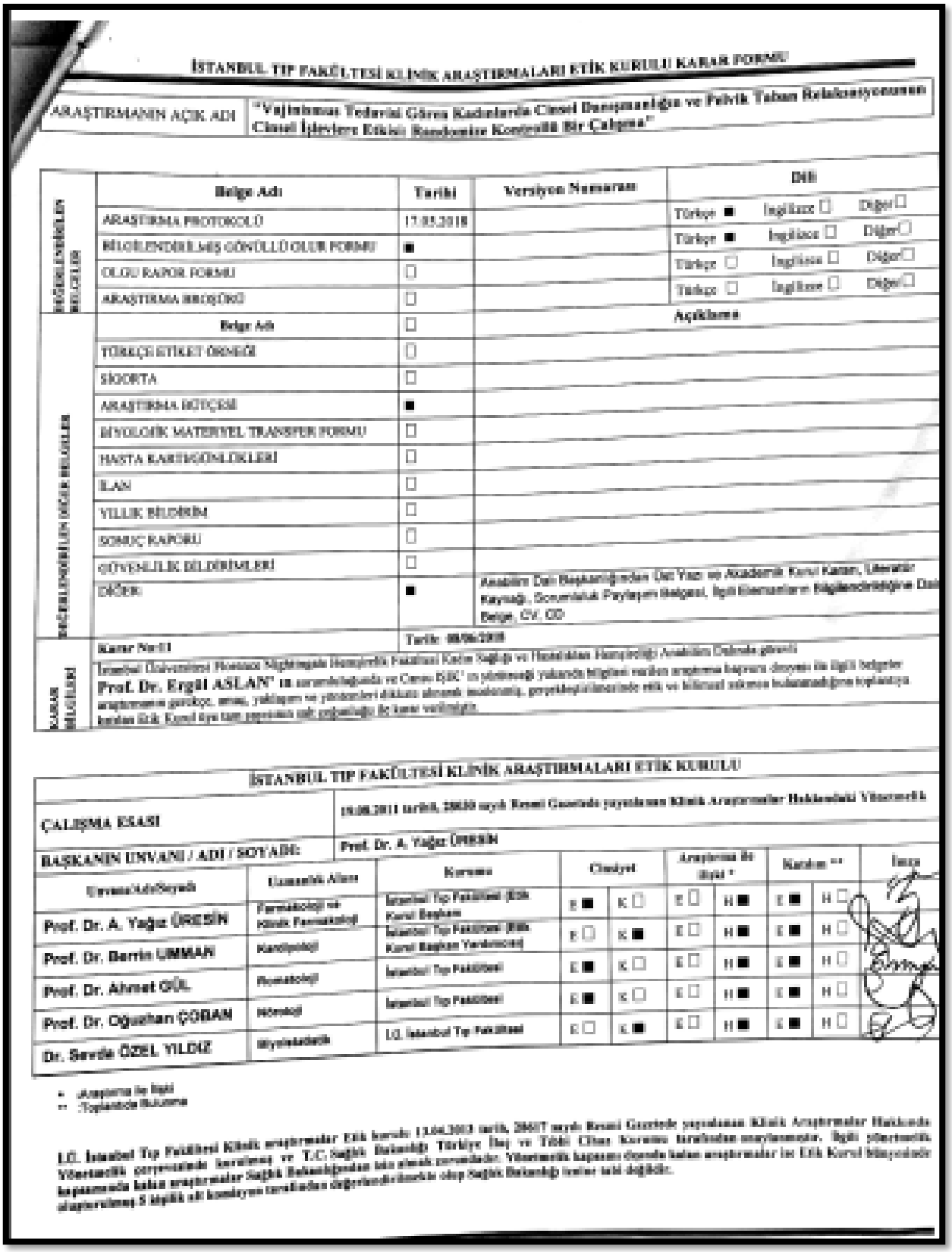
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Ekl: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HULUSİ BEHÇET KÜTÜPHANESİ KAT:3 FATİH/İSTANBUL
	TELEFON	0 (212) 414 21 53
	FAKS	0 (212) 414 21 53
	E-POSTA	itfetikkurul@istanbul.edu.tr.

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Vajinismus Tedavisi Gören Kadınlarda Cinsel Danışmanlığın ve Pelvik Taban Relaksasyonunun Cinsel İşlevlere Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ergül ASLAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐		
		Yüksek Doz Araştırması	☐		
		Diğer ise belirtiniz :			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ■	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ■	ULUSLARARASI ☐



İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Vajinismus Tedavisi Görsü Kadınlarda Cinsel Danışmanlığın ve Pelvik Taban Rehabilitasyonunun Cinsel İşlevlere Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma"

İNCELENEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	17.05.2018		Türkçe ■ İngilizce □ Diğer □
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	■		Türkçe ■ İngilizce □ Diğer □
	OLGU RAPOR FORMU	□		Türkçe □ İngilizce □ Diğer □
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	□		Türkçe □ İngilizce □ Diğer □

İNCELENEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	□	Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	□	
	SİGORTA	□	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	■	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	□	
	HASTA KARTI/GÖNLÜKLERİ	□	
	İLAN	□	
	YILLIK BİLDİRİM	□	
	SONUÇ RAPORU	□	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	□	
	DİĞER:	■	Anabilim Dalı Başkanlığından Dat Yazı ve Akademik Kurul Kararı, Literatür Kaynağı, Sorumluluk Paylaşım Belgesi, İlgili literatürün bilgilendirildiğine Dair Belge, CV, OD

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:01	Tarih: 08/06/2018
	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görevli **Prof. Dr. Ergül ASLAN'** ın sorumluluğunda ve Cansu ÖZİÇ' in yürütücüsü yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan tüm Etik Kurul üyelerinin oybirliğiyle ile karar verilmiştir.	

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN

Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Oydaşma		Araştırma ile ilgili *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı	E ■	K □	E □	H ■	E ■	H □	
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E □	K ■	E □	H ■	E ■	H □	
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ■	K □	E □	H ■	E ■	H □	
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ■	K □	E □	H ■	E ■	H □	
Dr. Sevda ÖZEL YILDIZ	Biyoistatistik	İÜ. İstanbul Tıp Fakültesi	E □	K ■	E □	H ■	E ■	H □	

* :Araştırma ile İlgili
** :Toplantıda Bulunma

İÜ. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik araştırmalar Etik kurulu 13.04.2013 tarih, 28607 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik çerçevesinde faaliyet ve T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından onaylanmıştır. İlgili yönetmelik kapsamında kabul araştırmalar Sağlık Bakanlığından izin almak zorundadır. Yönetmelik kapsamı dışında kalan araştırmalar ise Etik Kurul bilgisinde alınarak, araştırmanın 5 işgünü süt komisyon tarafından değerlendirilmekte olup Sağlık Bakanlığı izninr tabi değildir.

EK 17. İTF KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ABD İZİN YAZISI



Tarih ve Sayı: 10/08/2018-251083

T.C.
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Başkanlığı

Sayı :54073746-044-
Konu :Cansu IŞIK'ın Tez Çalışması

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :07/08/2018 tarihli, 249120 sayılı yazı

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda başladığı doktora eğitimine Prof. Dr. Ergül ASLAN'ın danışmanlığı altında daevam eden Cansu IŞIK'ın "Vajinismus Tedavisi Gören Kadınlarda Cinsel Danışmanlığın ve Pelvik Taban Relaksasyonunun Cinsel İşlevlere Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma" isimli tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Atıl YÜKSEL
Anabilim Dalı Başkanı

EK 18. İTF DEKANLIK İZİN YAZISI



Tarih ve Sayı: 07/09/2018-264864

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :89969066-044-
Konu :Cansu IŞIK'ın Tez Çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi :07.08.2018 tarih, 248356 sayılı yazınız.

Enstitünüz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda başladığı doktora eğitimine Prof. Dr. Ergül ASLAN'ın danışmanlığı altında devam eden Cansu IŞIK'ın ***"Vajinismus Tedavisi Gören Kadınlarda Cinsel Danışmanlığın ve Pelvik Taban Relaksasyonunun Cinsel İşlevlere Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma"***başlıklı çalışmasını, Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığında uygulamasına 06.09.2018 tarihinde toplanan Yönetim Kurulunca karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Mustafa Oral ÖNCÜL
Dekan Yardımcısı

EK 19. İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

VAJİNİSMUS TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA CİNSEL DANIŞMANLIĞIN VE PELVİK TABAN RELAKSASYONUNUN CİNSEL İŞLEVLERE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA

ORIJINALLIK RAPORU

%20	%15	%8	%7
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	tez.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
2	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	%1
3	acikerisim.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
4	Submitted to Bülent Ecevit Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1

EK 20. ÜROJİNEKOLOJİ ve CİNSEL DİSFONKSİYON TOPLANTISI KATILIM BELGESİ


TJOD İSTANBUL
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

TJOD İSTANBUL ŞUBESİ
PAZAR SABAHI TOPLANTISI
5 KASIM 2017, Hilton İstanbul Bosphorus
"ÜROJİNEKOLOJİ ve CİNSEL DİSFONKSİYON"

CANSU IŞIK

5 Kasım 2017 tarihinde TJOD İstanbul tarafından gerçekleştirilen
"Ürojinekoloji Ve Cinsel Disfonksiyon"
toplantısına katılmıştır.

Prof. Dr. Fuat Demirkıran
TJOD İstanbul Yönetim Kurulu Başkanı

EK 21. VAJİNİSMUS WORKSHOPU KATILIM SERTİFİKASI


CİNSEL SAĞLIK ENSTİTÜSÜ DERNEĞİ

CANSU IŞIK

Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CİSED)'nin 13-14 Ocak 2018 tarihleri arasında düzenlediği 20 saatlik Vajinismus Workshopu'na katılmıştır ve "WORKSHOP KATILIM SERTİFİKASI" almaya hak kazanmıştır.

Cem KEÇE
CİSED GENEL BAŞKANI

EK 22. JİNEKOLOJİK HASTALIKLAR JİNEKOLOJİK ULTRASONOGRAFİ-CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI TOPLANTISI KATILIM BELGESİ


TJOD İSTANBUL
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

TJOD İSTANBUL ŞUBESİ
PAZAR TOPLANTILARI
19 Ocak 2020, Hilton İstanbul Bosphorus
"Jinekolojik Hastalıklar-Jinekolojik Ultrasonografi-Cinsel Fonksiyon Bozuklukları"

CANSU IŞIK

19 Ocak 2020 tarihinde TJOD İstanbul Şubesi tarafından gerçekleştirilen
"Jinekolojik Hastalıklar-Jinekolojik Ultrasonografi-Cinsel Fonksiyon Bozuklukları"
toplantısına katılmıştır.

Dr. Funda Güngör Uğurlucan
Toplantı Sorumlusu

Dr. Burcu Özmen Demirkaya
Toplantı Sorumlusu

Dr. Ahmet Gül
TJOD İstanbul
Yönetim Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Cansu	**Soyadı**	IŞIK
Doğ.Yeri	Giresun	**Doğ.Tar.**	28.06.1987
Uyruğu	T.C.	**TC Kim No**	-
Email	cns_istanbul@hotmail.com	**Tel**	-

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora	İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	Devam Ediyor
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2013
Lisans	İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu	2009
Lise	Şehremini Anadolu Lisesi	2005

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Araştırma Görevlisi	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	2016-Halen
2.	Öğretim Görevlisi	Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	2015-2016
3.	Ebe	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı	2009-2015

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**YDS Puanı**
İngilizce	İyi	İyi	İyi	-	60,00

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	**72,405**	73,317	67,350
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Windows Office Programı	Çok iyi
SPSS Paket Programı	İyi
Microsoft Excel Programı	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler (SCI & SSCI & Arts and Humanities)

1. Uğurlucan FG, Yaşa C, Özgör BY, Ayvacıklı G, **Gunaydın C**, Balcı BK, Yalcın O. (2020) Validation of the Turkish version of the ICIQ-FLUTS, ICIQ-FLUTS long-form, ICIQ-LUTS quality-of-life, and ICIQ-FLUTS sexual functions. Neurourology and Urodynamic; 1-7. DOI: 10.1002/nau.24302

2. Yasa C, Ugurlucan FG, Dural O, Yumru H, **Gunaydın C,** Onay Y (2017) Transobturator Tape Operation for the Treatment of Stress Urinary Incontinence in Postmenopausal Women Aged Over 65 Years†. Lower Urinary Tract Symptoms; 1-5. doi: 10.1111/luts.12154.

3. **Günaydın C.,** Gençtürk N. (2015) "Early Diagnosis Behavior in Turkish Women with and without a Family History of Cervical Cancer" Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 16 (2), 401-406. DOI: http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.2.401

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

1. **Işık C.,** Kaya L., Kurt Durmuş M. (2020) Doğum Sonu Kanama Takibi, Uygulanan Girişimler ve Bakım İlkeleri. Doğum Sonu Kanamalar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.21-24.

2. **Işık C.,** Çağlayan Keleş N., Şen B. (2020) Ebelik Öğrencilerinin Anne Sütü Bankacılığına İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi; 2 (1): 23-29.

3. **Işık C.,** Şahin N.H. (2018) Perinatal Dönemlerde Beslenme ve Kanıt Temelli Yaklaşımlar. Turkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics; 4(2): 95-100.

4. Kartal Y.A, **Işık C.,** Yazıcı S. (2018) Bir Kamu Üniversitesinde Öğrenim Gören Uluslararasi Öğrencilerin Sosyal ve Akademik Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni;49(1): 1-5.

5. **Işık C.,** Yazıcı S (2017). Amniotik Sıvı Embolisi ve Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi; 21(2): 54-56.

Yazılan Uluslararası Kitaplar veya Kitaplarda Bölümler

1. Yazıcı S, **Işık C.** (Ed: Neriman Zengin, Ed: Besey Ören) Obstetrik Aciller. İç Hastalıkları ve Kadın Sağlığı (Ebeler İçin), Nobel Tıp Kitabevleri; 2018.

2. **Işık C.,** Kocatürk A. (Ed: Asiye Ayar Kocatürk) Lohusalık (Doğum Sonu) Dönemi. Gebe Okulu, Nobel Tıp Kıtapevleri; 2016.

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında (Proceedings) Basılan Bildiriler

1. Öğünç YT. **Işık C.** Üniversite Öğrencilerinin Akdeniz Diyetine Uyumlari ve Mutluluk Düzeyleri Arasindaki İlişki. 2. Uluslararası Sağlıklı Beslenme Kongresi, 10-12 Ekim 2019 **(Sözel Bildiri – S64).**

2. **Işık C,** Keleş NÇ, Gültekin NF. Simülasyon Uygulamalarında Ebelik Öğrencilerinin Stres Durumlarının İncelenmesi. 4. Uluslararası & 5. Ulusal Ebelik Kongresi, 6-9 Kasım 2019, Ankara **(Poster Bildiri – P04).**
3. **Işık C,** Keleş NÇ, Taşkın S. Riskli Gebelik Klinik Uygulamasına Çıkan Ebelik Öğrencilerinin Maneviyat Algısının İncelenmesi. 4. Uluslararası & 5. Ulusal Ebelik Kongresi, 6-9 Kasım 2019, Ankara **(Poster Bildiri – P03).**
4. **Işık C,** Keleş NÇ, Gültekin NF. Ebelik Öğrencilerinde Simülasyon Uygulamalarında Mesleksel Güdülenme Düzeyi. 4. Uluslararası & 5. Ulusal Ebelik Kongresi, 6-9 Kasım 2019, Ankara **(Sözel Bildiri – S14).**
5. **Işık C,** Keleş NÇ, Taşkın S. Ebelik Öğrencilerinde Riskli Gebelik Klinik Uygulamasının Özyeterlilik Durumlarına Etkisi. 4. Uluslararası & 5. Ulusal Ebelik Kongresi, 6-9 Kasım 2019, Ankara **(Sözel Bildiri – S13).**
6. **Işık C,** Keleş NÇ, Şen B. Ebelik Öğrencilerinin Anne Sütü Bankacılığına İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. 4. Uluslararası & 5. Ulusal Ebelik Kongresi, 6-9 Kasım 2019, Ankara **(Sözel Bildiri – S17).**
7. Keleş NÇ, **Işık C,** Tezcan N. Ebelik Öğrencilerinin Beş Faktörlü Kişilik Kuramina Göre Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi. 4. Uluslararası & 5. Ulusal Ebelik Kongresi, 6-9 Kasım 2019, Ankara **(Sözel Bildiri – S06).**
8. Keleş NÇ, **Işık C,** Tezcan N. Ebelik Öğrencilerinin Duygusal Emek Davranışlarının Belirlenmesi. 4. Uluslararası & 5. Ulusal Ebelik Kongresi, 6-9 Kasım 2019, Ankara **(Sözel Bildiri – S07).**
9. Keleş NÇ, **Işık C,** Şen B. Ebelik Öğrencilerinin Yaşam Boyu Öğrenme Düzeylerinin Belirlenmesi. 4. Uluslararası & 5. Ulusal Ebelik Kongresi, 6-9 Kasım 2019, Ankara **(Sözel Bildiri – S08).**
10. Keleş NÇ, **Işık C,** Karagöz A. Ebelik Öğrencilerinin Özyeterlilik Algılarının Belirlenmesi. 4. Uluslararası & 5. Ulusal Ebelik Kongresi, 6-9 Kasım 2019, Ankara **(Sözel Bildiri – S09).**
11. Keleş NÇ, **Işık C,** Karagöz A. Ebelik Öğrencilerinin Sosyal-Duygusal Öğrenme Düzeylerinin Belirlenmesi. 4. Uluslararası & 5. Ulusal Ebelik Kongresi, 6-9 Kasım 2019, Ankara **(Sözel Bildiri – S10).**
12. **Işık C**, Baştürk P, Ogunc Y. Effect of Lifestyle Habits on Premenstrual Syndrome in University Students. Union of Thrace Universities 2nd International Health Sciences Congress, 15-17 November 2018, Tekirdağ Namık Kemal Universty, Tekirdağ **(Sözel Bildiri - O3466).**

13. **Işık C,** Tosun H, Yazısı S. Ebelik Öğrencilerinin Alt Üriner Sistem Semptomlarının İncelenmesi: Bir Kamu Üniversitesi Örneği. I. Uluslararası & II. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri, 26-28 Nisan 2018, Medipol Üniversitesi, İstanbul **(Sözel Bildiri - SS 058).**
14. Tosun H, **Işık C,** Tosun A, Yazısı S. Üniversite Öğrencilerinin İnternet Kullanım Alışkanlıklarının Mutluluk Düzeyi İle İlişkisi. I. Uluslararası & II. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri, 26-28 Nisan 2018, Medipol Üniversitesi, İstanbul **(Sözel Bildiri - SS 017).**
15. Tosun H, **Işık C**, Kural B. Ebelik İçin Önemli Bir Kavram: Spiritüalite. I. Uluslararası & II. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri, 26-28 Nisan 2018, Medipol Üniversitesi, İstanbul **(Poster - PS 081).**
16. Akyüz EY**, Işık C,** Arıcan M. Maternal D Vitamini Seviyesi İle Bebeklik ve Erken Çocukluktaki Nörogelişim İlişkisi. I. Uluslararası & II. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri, 26-28 Nisan 2018, Medipol Üniversitesi, İstanbul **(Poster - PS 078).**
17. Tosun H, **Işık C,** Koç B. Ebelik Eğitiminde Psikomotor Beceri (Devinişsel) Eğitimi. I. Uluslararası & II. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri, 26-28 Nisan 2018, Medipol Üniversitesi, İstanbul **(Poster - PS 077).**
18. Tosun H, **Işık C**, Güneş E. Ebelik Eğitiminde Bir Yöntem: Simülasyon Kullanımı. I. Uluslararası & II. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri, 26-28 Nisan 2018, Medipol Üniversitesi, İstanbul **(Poster - PS 076).**
19. **Işık C,** Tosun H, Güneş E. Gebeliğe Uyumda Psikososyal Taramanın Önemi. I. Uluslararası & II. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri, 26-28 Nisan 2018, Medipol Üniversitesi, İstanbul **(Poster - PS 075).**
20. **Işık C,** Tosun H, Koç B. Pelvik Taban Sağlığının Sürdürülmesi Ve Geliştirilmesinde Ebelere Düşen Roller. Uluslararası & II. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri, 26-28 Nisan 2018, Medipol Üniversitesi, İstanbul **(Poster - PS 007).**
21. **Işık C.,** Yazıcı S. Yüksek Riskli Gebeliklerin Saptanmasinda Güncel Bir Tarama Yöntemi: Serbest Fetal DNA (cffDNA) Testi. 4. Uluslararası & 8. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, 20-22 Nisan 2017, İstanbul, p: 12 **(poster).**
22. **Işık C.,** Şahin N. Gebelikte Probiyotik Kullanımının Getirileri Nelerdir? 4. Uluslararası & 8. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, 20-22 Nisan 2017, İstanbul, p: 8 **(poster).**
23. Kartal Y.A**., Işık C,** Yazıcı S. Bir Kamu Üniversitesinde Öğrenim Gören Uluslararası Öğrencilerin Sosyal ve Akademik Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, 29 Haziran – 1 Temmuz 2017, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın. **(Sözel Bildiri-S-0837).**

24. **Işık C,** Kartal Y.A., Yazıcı S. Ebelik Öğrencilerinin Duygusal Zeka Düzeyleri İle Empati Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, 29 Haziran – 1 Temmuz 2017, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın. **(Sözel Bildiri-S-0839).**
25. Yurtçiçek S., Şahin N., Turan M**., Günaydın C.**, Çakmak F.S., Güler A., Özer K., Çelik Ş., Buran G. Physical Activity Level and Quality of Life Among White-Collar Wokers In Istanbul, Turkey. 6th World Nursing and Healthcare Conference, August 15-17, 2016 London, UK **(Sözel Bildiri).**
26. **Işık C**., Şahin N.H. İş Hayatında Kadın ve Mobing. I. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı Eğitimi Kongresi, Nisan 2016, Kocaeli **(Sözel Bildiri).**
27. Ugurlucan FG., Yaşa C., Ayvacıklı G., **Günaydın C**., Karamustafaoglu B., Yalcin Ö. The Validation Of ICIQ-Fluts In Turkish Language. 44 th Annual Meeting of the International Continence Society, 20-24 October 2014, Brazil, p:142 **(poster).**
28. Yaşa C., Ugurlucan FG., Dural Ö, Yumru H., **Günaydın C**., Yalçın Ö. Is Transobturator Tape Operation For The Treatment Of Stress Urinary Incontinence Effective And Safe In Elderly Women Over 65? 44 th Annual Meeting of the International Continence Society, 20-24 October 2014, Brazil, p: 242 **(poster).**
29. Uğurlucan FG., Yaşa C., **Günaydın C.**, Yalçın Ö. Lower Urinary Tract Symptoms in Patients 65 Years and OIder Presenting to a Urogynecology Clinic and Effect on Quality of Life. Mediterranean Incontinence and Pelvic Floor Society, 29-30 November 2013, Italy, p:12 **(poster)**

Katıldığı Kongre/Sempozyum/Eğitimler

1. "Kadın Sağlığında Aromaterapi Semineri", Liv Hospital, 2 Ekim 2019, İstanbul **(Katılımcı olarak).**
2. "Vajinismus Workshopu", Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CİSED), 13-14 Ocak 2018, İstanbul (Workshop Katılım Sertifikası).
3. "Ürojinekoloji ve Cinsel Disfonksiyon", TJOD- Hilton İstanbul Bosphorus, 5 Kasım 2017 **(Katılımcı olarak).**
4. "Akademisyen Olmak", Sağlik Bilimleri Üniversitesi- Akademisyen Olmak, İstanbul, Sertifika, 03/07/2017-05/07/2017 **(Katılımcı olarak).**
5. "8. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi – Pelvik Tabanın Değerlendirilmesi", Harbiye Askeri Müze Kültür Sitesi, 26-29 Ekim 2017, İstanbul **(Konuşmacı olarak).**
6. "Pelvik Rehabilitasyon Kongresi-Ürodinamik İncelemeler", Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 5-6 Mayıs 2017, İstanbul **(Konuşmacı olarak).**

7. "Haliç Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Günleri II-Üreme Sağlığında Güncel Yaklaşımlar", TC Haliç Üniversitesi, 2 Mayıs 2017, İstanbul **(Katılımcı olarak).**
8. "5. Acıbadem Kadın Doğum Günleri – İnfertilite ve Tüp Bebek Hemşireliği Kursu", Wyndham Grand Levent Otel, 7-9 Nisan 2017, İstanbul **(Katılımcı olarak).**
9. "Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği X. Ulusal Kongresi", İstanbul Harbiye Askeri Müzesi, 27-30 Ekim 2016, İstanbul **(Katılımcı olarak).**
10. "Lohusalık (Doğum Sonu) Dönemi", İstanbul Medipol Üniversitesi Gebe Okulu, 06.05.2016, Kavacık, İstanbul **(Eğitmen olarak).**
11. "Meme Kanserinde Tanı, Tedavi ve Hemşirelik Bakımı Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu", İstanbul Medipol Üniversitesi, 05.04.2016, İstanbul Medipol Mega Hastanesi Konferans Salonu, İstanbul **(Katılımcı olarak).**
12. "Toplumsal Cinsiyet Eşit(SİZ)liği Yansımaları: Engeller ve Çözüm Önerileri", Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsü, 08.03.2016, İstanbul **(Katılımcı olarak).**
13. "Üriner (İdrar Yolları) Sağlığın Sürdürülmesi", Türkiye İstatistik Kurumu İstanbul Anadolu Yakası Koordinatörlüğü, 23.02.2016, Maltepe, İstanbul **(Eğitmen olarak).**
14. "Üriner (İdrar Yolları) Sağlığın Sürdürülmesi", Türkiye İstatistik Kurumu İstanbul Avrupa Bölge Müdürlüğü Cennet Ek Hizmet Binası, 16.02.2016, Küçükçekmece, İstanbul **(Eğitmen olarak).**
15. "I. Uluslararası Hemşirelik Eğitiminde Simulasyon Sempozyumu", İstanbul Üniversitesi Kongre Kültür Merkezi, 05.01.2016-06.01.2016, İstanbul **(Katılımcı olarak).**
16. "Kadın Sağlığını Etkileyen İnfeksiyon Hastalıkları Sempozyumu", Florence Nightingale Bilim Günleri-III, 17 Nisan 2015, İstanbul **(Katılımcı olarak).**
17. "Üriner İnkontinans, Hasta Değerlendirme, Konservatif Tedavi Multidisipliner Yaklaşım Kursu", İÜ İTF Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ürojinekoloji Bilim Dalı, Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği, 29-30 Eylül 2014, İstanbul **(Konuşmacı olarak).**
18. "Büyük Üroloji Buluşması I – İdrar Kaçırmada Temel Düzey Hasta Değerlendirme", 31 Ekim-3 Kasım 2013, Antalya **(Konuşmacı olarak).**
19. "3. İÜ Kadın Doğum Günleri" – Üriner İnkontinansta Hemşirelik Yaklaşımları", Harbiye Askeri Müzesi, 28 Şubat-2 Mart 2013, İstanbul **(Konuşmacı olarak).**
20. "Biyoistatistik Kursu", İÜ İTF Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, 7 Aralık 2012, İstanbul.
21. "5. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi", Çeşme Shreton Otel, 27-30 Eylül 2012, İzmir **(Oturum Başkanı olarak).**

22. "2. İÜ Kadın Doğum Günleri – Over Hiperstimülasyon Sendromu Olgu Sunumu", Harbiye Askeri Müzesi, 08-10 Mart 2012, İstanbul **(Konuşmacı olarak).**

23. "5. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi", Harbiye Askeri Müzesi, 19-21 Ekim 2011, İstanbul.

24. "1. İÜ Kadın Doğum Günleri", Harbiye Askeri Müzesi, 11-13 Mart 2011, İstanbul.

25. "Temel Yaşam Desteği Kursu", İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, 08-10 Şubat 2011, İstanbul.

26. "TC Sağlık Bakanlığı Neonatal Resüsitasyon Kursu", İÜ Bakırköy SYO, 03-05 Haziran 2009, İstanbul.

Mesleki İlgi Alanları: Kadın sağlığı, Ebelik, Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı, Ürojinekoloji, Jinekoloji, Jinekolojik-Onkoloji

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Tiyatro, müzik, yüzme, kitap okuma