T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS

VAJİNİSMUS TANILI HASTALARDA CİNSEL DİSTRES VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

ZEYNEP DİLŞAH KARAÇAM

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ ESMA DEMİREZEN

EBELİK
ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2021

TEZ ONAYI

BEYAN

BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum "Vajinismus Tanılı Hastalarda Cinsel Distres ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" adlı çalışmanın kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı herhangi bir davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik ve etik kurallar içerisinde ulaştığımı, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar bölümünde listelediğimi, ayrıca bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

İTHAF

Daima bilimin ışığıyla yoluma ışık tutan tüm kadınlara ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın, lisans ve yüksek lisans eğitimimin her aşamasında desteğini, yardımını ve bilgilerini esirgemeyen, her zaman pozitif ve anlayışlı yaklaşımıyla beni yönlendiren ve bu dönemde bile beni teşvik eden değerli hocam ve danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Esma DEMİREZEN' e,

Lisans ve yüksek lisans eğitimin her döneminde yardımları ve desteklerini esirgemeyen Ebelik Bölüm Başkanı değerli hocam Prof. Dr. Gülümser DOLGUN' a ve tüm hocalarıma,

Tez çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Nur Elçin BOYACIOĞLU' na,

Tez çalışmamın yapılabilmesi için gerekli izni veren, değerli katkılarını ve desteklerini esirgemeyen Dr. Süleyman ESERDAĞ ve tüm klinik çalışanlarına,

Tez çalışmamın uygulama aşamasında yardımları ve desteklerini esirgemeyen canım değerli arkadaşım Klinik Psikolog Gökçe DEVRİM ADER' e,

Tez çalışmamın son dönemlerini geçirmeme yardım eden ve daima bana destek olan Dr. Burak ÇELİK' e,

Tez çalışmamın yazımında hayatımda bulunan ve bana yardım eden tüm arkadaşlarıma ve hiçbir zaman benden desteğini esirgemeyen annem Nazan KARAÇAM, babam Yaşar KARAÇAM, abim Alihan KARAÇAM ve ablam Nida SERT ve tüm ailesine teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI……...……II
BEYAN…….……III
İTHAF……..……IV
TEŞEKKÜR……..……V
İÇİNDEKİLER……...……..VI
ŞEKİLLER LİSTESİ…….X
TABLOLAR LİSTESİ…….....XI
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ……..XII
ÖZET……..…...XIII
ABSTRACT……...……XIV
1. GİRİŞ VE AMAÇ……..1
2. GENEL BİLGİLER…….....3
2.1. Cinsellik Kavramı ve Cinsel Sağlık…….3
2.2. Kadın Cinselliğinin Fizyolojisi……4
2.3. Kadın Genital Organları ve Cinsellik…….....5
2.3.1. Kadın Dış Genital Sistem ve Cinselliğini Anatomisi……...……5
2.3.2. Kadın İç Genital Sistem ve Cinselliğinin Anatomisi……6
2.4. Cinsel Yanıt Döngüsü ve Genital Sisteme Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler…....7
2.4.1. Uyarılma Evresi……8
2.4.2. Plato Evresi……...…8
2.4.3. Orgazm Evresi……...…8
2.4.4. Çözülme Evresi……9
2.5. Kadın Cinsel Sağlığını Etkileyen Faktörler……...…10
2.5.1. Kadın Cinsel Sağlığını Etkileyen Organik ve Tıbbi Nedenler……...…….11
2.5.2. Kadın Cinsel Sağlığını Etkileyen Psikolojik ve Sosyokültürel Nedenler……...12
2.6. Kadın Cinsel Bozuklukları Tanımı ve Sınıflandırılması……...…….15
2.7. Dünya'da ve Türkiye' de Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Prevelansı……....18
2.8. Vajinismus Tanımı ve Sınıflandırılması……...……...……..19
2.9. Vajinismus Gelişimini Etkileyen Faktörler ve Risk Grupları……...…….20
2.9.1. Fiziksel / Organik Nedenler……...……...……..20
2.9.2. Psikolojik Nedenler……...……...……...21
2.9.3. Sosyokültürel Nedenler……...……...……22
2.9.4. Kişilerarası İlişkilerden Ortaya Çıkan Nedenler……...…..……22

2.10. Dünya'da ve Türkiye'de Vajinismus Sıklığı……..……23
2.11. Vajinismus Tanı ve Tedavisi……..……..…….24
2.11.1. Botulinum Toksin Enjeksiyonu……...……...……..24
2.11.2. Vestibülektomi……...……...……25
2.11.3. Hymenektomi……...……...……..25
2.11.4. Pelvik Taban Egzersizleri……...……...……...25
2.11.5. Cinsel Terapi……...……...……...25
2.11.6. Psikoterapi……...……...…….…..26
2.11.7. Bilişsel Davranışsal Terapi ve Dilatör Kullanımı……...……..26
2.11.8. Hipnoterapi……...……...……..26
2.12. Cinsel Distres ve Cinsel Yaşam Kalitesi……...…….....…27
2.13. Vajinismus Tanı ve Tedavisinde Ebenin Rolü……...……..29
2.13.1. Risk Gruplarını Belirlemek……...……...…….30
2.13.2. Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesini Yapmak……...…….30
2.13.3. Araştırma Yapmak……...……...……..30
2.13.4. Eğitimci Rolünü Üstlenmek……...……...……30
2.13.5. Bakım Verici Rolünü Üstlenmek……...……..…….30
3. GEREÇ VE YÖNTEM…….……...……...……..32
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı……...……...……...…….32
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı……...……...……..32
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi……...……...……32
3.3.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri……...……...…….33
3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri……...……...……33
3.3.3. Araştırmanın Değişkenleri……...……...……33
3.3.3.1. Bağımsız Değişkenler……...……...……33
3.3.3.2. Bağımlı Değişkenler……...……...……..33
3.4. Araştırma Soruları……...……...……33
3.5. Veri Toplama Araçları……...……...…….34
3.5.1. Bilgi Formu……...……...……...34
3.5.2. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği (FSDS-R=KCDÖ-R) ……...…….35
3.5.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (SQLQ-F=CYKÖ-K) ……...……..36
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi……...……...……...36
3.7. Araştırmanın Yasal ve Etik Yönleri……...……...…….37
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri……...…….……38

3.9. Araştırmada Veri Toplama Sırasında Karşılaşılan Güçlükler……..……...38
4. BULGULAR…….……...……...……..39
4.1. Tanımlayıcı Bulgular……...…….……...……..39
4.1.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular……...……...……..39
4.1.2. Sağlık Bilgilerine İlişkin Bulgular……...……...41
4.1.3. Cinsel Yaşantı ve Vajinismus Derecesine İlişkin Bulgular……...……42
4.1.4. Aile ile Etkileşim ve Korkulara İlişkin Bulgular……...……44
4.2. Karşılaştırmaya Yönelik Bulgular……...……...……...45
4.2.1. Vajinismus Derecesine Göre Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması……..46
4.2.2. Vajinismus Derecesine Göre Sağlık Durumu Bilgilerinin Karşılaştırılması……..49
4.2.3. Vajinismus Derecesine Göre Cinsel Yaşama İlişkinn Bulgularının Karşılaştırması…..52
4.2.4. Vajinismus Derecesine Göre Aile Etkileşimi ve Korkularının Karşılaştırılması……...55
4.2.5. Vajinismus Derecesine Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Puan Dağılımı……59
4.2.6. Vajinismus Derecesine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Dağılımı……..60
4.2.7. Sosyodemografik Özelliklere Göre Cinsel Sıkıntı Envanteri Puan Dağılımı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Dağılımı……..61
4.2.8. Sağlık Bilgilerine Göre Göre Cinsel Sıkıntı Envanteri Puan Dağılımı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Dağılımı…….….67
4.2.9. Cinsel Yaşantıya İlişkin Bulgulara Göre Cinsel Sıkıntı Envanteri Puan Dağılımı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Dağılımı……...68
4.2.10. Aile Etkileşimi ve Korkulara Göre Cinsel Sıkıntı Envanteri Puan Dağılımı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Dağılımı…….70
4.3. İlişki Arayıcı Bulgular……...……74
4.3.1. Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Total Puanı İle Yaş, Beden Kitle İndeksi, Doğum Sayısı ve Cinsel Yaşam Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular……74
4.3.2. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Total Puanı İle Yaş, Beden Kitle İndeksi, Doğum Sayısı ve Cinsel Yaşam Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular…….75
4.3.3. Katılımcıların Beden Kitle İndeksi, Cinsel İlişki Sıklığı ve İlk Cinsel İlişki Deneme Yaşının Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Puanı Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular……75
4.3.4. Katılımcıların Yaş ve Partner Sayısının Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular ……..….77
5. TARTIŞMA……...…..….79
5.1. Sosyodemografik Özellikler Kapsamında Vajinismus Derecesinin, Cinsel Sıkıntı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Bulgularının Tartışılması ……..……..….79

5.2. Sağlık Bilgileri Kapsamında Vajinismus Derecesinin, Cinsel Sıkıntı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Bulgularının Tartışılması ……..……...…..….82
5.3. Cinsel Yaşama İlişkin Bilgiler Kapsamında samında Vajinismus Derecesinin, Cinsel Sıkıntı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Bulgularının Tartışılması …….…..….85
5.4. Aile Etkileşimi ve Korkulara İlişkin samında Vajinismus Derecesinin, Cinsel Sıkıntı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Bulgularının Tartışılması ……...…...…..….91
6. SONUÇ VE ÖNERİLER……..94
6.1.Öneriler……...95
6.2. Araştırmanın Sınırlılıkları……..95
KAYNAKLAR…….97
FORMLAR…….……116
ETİK KURUL KARARI……128
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI……..132
ÖZGEÇMİŞ……...….133

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil-1. Erkekte Cinsel Yanıt Döngüsü…….8
Şekil-2. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü……8

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Cinsel Uyarı Sonrası Kadın Genital Sisteminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler…..…….9
Tablo 2. DSM-IV ve DSM-V' e Göre Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Sınıflandırılması…….16
Tablo 3. ICD-10 ve ICD-11 Cinsel İşlev Bozukluğunun Sınıflandırılmasının Karşılaştırılması……17
Tablo 4. Vajinismus Sınıflaması……...20
Tablo 5. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler……37
Tablo 6. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular……...40
Tablo 7. Sağlık Bilgilerine İlişkin Bulgular……..41
Tablo 8. Katılımcıların Vajinismus Derecelerine ve Cinsel Yaşantıya İlişkin Bulguları…….43
Tablo 9. Katılımcıların Aile Etkileşimi ve Korkulara İlişkin Bulguları……...44
Tablo 10. Katılımcıların Vajinismus Derecesine Göre Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması……47
Tablo 11. Katılımcıların Vajinismus Derecesine Göre Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu ve Beden Kitle İndeksi Bilgilerinin Karşılaştırılması……...…….50
Tablo 12. Katılımcıların Vajinismus Derecesine Göre Sağlık Durumu Bilgilerinin Karşılaştırılması……51
Tablo 13. Katılımcıların Vajinismus Derecesine Göre Cinsel Yaşam Bulgularının Karşılaştırılması……52
Tablo 14. Katılımcıların Vajinismus Derecesine Göre Cinsel Yaşam Bulgularının Karşılaştırılması……54
Tablo 15. Katılımcıların Katılımcıların Vajinismus Derecesine Göre Aile Etkileşiminin Karşılaştırılması……56
Tablo 16. Katılımcıların Vajinismus Derecesine Göre Korkulara YöneliK Özelliklerinin Karşılaştırılması……58
Tablo 17. Katılımcıların Vajinismus Derecesine Göre Cinsel Sıkıntı Envanteri Puan Ortalaması Dağılımı……..60
Tablo 18. Katılımcıların Vajinismus Derecesine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması Dağılımı……61
Tablo 19. Katılımcıların Medeni Durum ve Eğitim Durumuna Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Kadın Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamasının Karşılaştırılması……62
Tablo 20. Katılımcıların Evlenme Öyküsüne Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Kadın Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamasının Karşılaştırılması……63

Tablo 21. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Kadın Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamasının Karşılaştırılması……64
Tablo 22. Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Kadın Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamasının Karşılaştırılması……65
Tablo 23. Katılımcıların Yaşamlarını Geçirdikleri Yere Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Kadın Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamasının Karşılaştırılması…….66
Tablo 24: Katılımcıların Sağlık Bilgilerine Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Kadın Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamasının Karşılaştırılması……67
Tablo 25. Katılımcıların Cinsel Yaşantıya İlişkin Bulgulara Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Kadın Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamasının Karşılaştırılması……69
Tablo 26. Katılımcıların Aile Etkileşimine Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Kadın Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamasının Karşılaştırılması……70
Tablo 27. Katılımcıların Korkularına Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Kadın Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamasının Karşılaştırılması……...72
Tablo 28. Katılımcıların Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Total Puanı ile Yaş, Beden Kitle İndeksi, Doğum Sayısı ve Cinsel Yaşam Özellikleri Arasındaki İlişki……74
Tablo 29. Katılımcıların Kadın Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Total Puanı ile Yaş, Beden Kitle İndeksi, Doğum Sayısı ve Cinsel Yaşam Özellikleri Arasındaki İlişki…….....75
Tablo 30. Çoklu Regresyon Modelinin Anova (Varyans Analizi) Tablosu…….76
Tablo 31. Model Katsayılar ve Açıklayıcı Tablosu……..76
Tablo 32. Çoklu Regresyon Modelinin Anova (Varyans Analizi) Tablosu…….77
Tablo 33. Model Katsayılar ve Açıklayıcı Tablosu……..78

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

APA: Amerikan Psikiyatri Derneği

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

CİSED: Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği

CETAD: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği:

DSM: Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD: Uluslararası Hastalıkları Kodlama ve Sınıflandırma Sistemi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

ÖZET

Karaçam, ZD. (2021). Vajinismus Tanılı Hastalarda Cinsel Distres ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Vajinismus kadın yaşamını etkileyen, cinsel distres ve cinsel yaşam kalitesini düşüren önemli cinsel işlev bozuklukları arasında yer almaktadır.

Tanımlayıcı ilişki arayıcı nitelikdeki bu çalışma İstanbul merkezli kadın cinsel işlev bozuklukları konusunda uzmanlaşmış özel bir klinikte 01.11.2020-15.03.2021 tarihleri arasında vajinismus tanısı alan 218 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veriler yüz yüze görüşme ile araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın ile alınmıştır.

Bulgular vajinismus, cinsel distres (kaygı) ve cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye işaret etmektedir. Vajinijmus derecesi artışı ile cinsel sıkıntı artmakta, cinsel yaşam kalitesi ise düşmektedir ($p<0,05$). İlk cinsel deneyimini olumlu hatırlayanların cinsel distres puanı olumsuz hatırlayanlara göre düşük, cinsel yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çocuk kalma isteği, ailenin iyi kızı olmaya verdiği önem ve dini inançların baskın olduğu bir evde büyüme durumu gibi özelliklere göre cinsel sıkıntı envanteri ve cinsel yaşam kalitesi gruplar arasında farklılık göstermiştir ($p<0,05$).

Sonuç olarak vajinismus tanılı kadınların değerlendirilmesinde, sosyodemografik özelliklerin, sağlık bilgileri, cinsel yaşam özelliklerine ve aile etkileşimi verileri ile cinsel distres ve cinsel yaşam kalitesinin önemine işaret etmektedir. Vajinismus ve cinsel distres arasındaki güçlü ilişki olası cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayan ancak bunu ifade edemeyen kadınların belirlenmesinde cinsel kaygı ölçeğinin önemli bir araç olduğunu düşündürmektedir. Ebeler, vajinismuslu kadınların tanılanmasında, tedavi sürecinin desteklenmesine önemli bir yere sahiptir. Klinik dışında da kadın cinsel sağlığı konusunda eğitim ve danışmanlık çalışmaları ile ebelerin birinci ve ikinci basamakta kadın cinsel sağlığının geliştirlmesinde önemli katkı sağlayabilecekleri düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kadın Cinsel Sağlığı, Kadın Cinsel İşlev Bozukları, Vajinismus, Cinsellik, Cinsel Distres, Cinsel Yaşam Kalitesi, Ebe

ABSTRACT

Karaçam, ZD. (2021). Sexual Distress and Quality of Sexual Life Analysis in Vaginismus Diagnosed Women. Istanbul University-Cerrahpasa Institute of Graduate Studies, Midwifery Department. Master's Thesis. Istanbul.

Vaginismus is among the important sexual dysfunctions affecting women's life ending with increased sexual distress and decrease sexual life quality. This descriptive correlational study was conducted with 218 vaginismus diagnosed patients at a private clinic specialized in female sexual dysfunctions based in İstanbul between 01.11.2020 and 15.03.2021. Data were obtained through a face-to-face interview with the Personal Information Form prepared by the researcher in light of the literature, Female Sexual Distress Scale, and Sexuality Quality of Life Questionnaire-Female.

Increased vaginismus degree, correlate with sexual distress and quality of sexual life ($p<0.05$). Positive first time sex experience showed lower sexual distress and higher sexual life quality in compare to negative experience ($p<0.05$). Sexual distress inventory and quality of sexual life differed between groups according to different variables like wish to remain still a child, the importance the family attaches to being a good girl, and growing up in a religious beliefs dominant home ($p<0.05$).

Findings point the importance of sociodemographic characteristics, health, sexual life and family interaction data, as well as sexual distress and quality of sexual life, in the evaluation of women with vaginismus diagnosis. Sexual distress might be a start point to identfy those with sexual dysfunction problems but cannot express it. Midwives play a key role in diagnosis, supporting and follow up the treatment process and can make an important contribution to the improvement of women's sexual health in primary, secondary health care settings with sexual health education and consultancy studies on women's sexual health.

Keywords: Women's Sexual Health, Female Sexual Dysfunctions, Vaginismus, Sexuality, Sexual Distress, Sexual Life Quality, Midwife.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik geniş bir kavramdır, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre cinsellik, cinsiyet, cinsiyet kimlikleri ve rolleri, cinsel yönelim, erotizm, haz, yakınlık ve üremeyi kapsamaktadır (WHO 2006). Ayrıca cinsellik, sosyal, psikolojik, kültürel, politik, ekonomik, dini ve ruhsal sebeplerden etkilenen cinsellik, bireylerin yaşamı boyunca devam eden ve bedenin tamamını ifade eden önemli bir kavramdır (Bozdemir ve Özcan 2011).

DSÖ'ne göre cinsel sağlık, herhangi bir sakatlık, fonksiyon bozukluğu veya hastalık durumunun bulunmaması değil, zihinsel, sosyal ve duygusal bakımdan cinselliğe yönelik iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization 2010).

Masters ve Johnson (1966), cinsel uyarana verilen fizyolojik süreci dört evreli olarak tanımlamaktadırlar. Bu evrelerden ilki; erkekte ereksiyon, kadında ise vazokonjesyon ve myotoni ile kendini göstererek zihinde erotik duygu, düşünce veya imgelerin belirdiği uyarılma evresidir. Sonrasında gelişen plato evresinde, birey üzerinde etki sağlamış olan cinsel uyarı ve dürtünün sürdürülmesi ve haz duygusuyla birlikte gerilim artış göstermektedir. Bunun sonucunda üçüncü evre ise orgazm evresidir ve kısa sürmesine karşın cinsel hazın en yoğun yaşadığı evredir. Bu dönem sonrası geriye dönüş evrelerinde meydana gelen fizyolojik değişikliklerin ortadan kalkması ile sonlanır (Masters ve Johnson 1994).

Cinsel işlev bozukluğu bu fizyolojik sürecin en az birinde ortaya çıkan bozulma olarak tanımlanmaktadır (Berman 2004). Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) cinsel işlev bozukluklarını kişinin cinsel olarak yanıt verme ya da cinsel haz yaşama yeteneğinde klinik olarak anlamlı bir bozulma ile nitelendirilen heterojen bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. APA tarafından yayınlanan DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflamasında Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu tanımlaması cinsel istek / uyarılma bozukluğu, kadın orgazm bozukluğu ve genito-pelvik ağrı / penetrasyon bozukluğu olarak ayrılmaktadır (APA 2013). DSM-V' te genito-pelvik ağrı / penetrasyon bozukluğu olarak ele alınan vajinimus kadınların yaşam kalitesini de doğrudan etkilemektedir (Özkorumak Karagüzel ve ark. 2020).

Vajinismus, vajinal penetrasyonu engelleyerek vajinanın dış üçte birlik kısmındaki kasların cinsel ilişkiyi engelleyen, tekrarlayan ve istemsiz kasılmala ile karakterize bir cinsel işlev bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (APA 2000). Paris' te 2003 yılında yapılan Cinsel Tıp ve Cinsel İşlev Bozuklukları Toplantısı'nda vajinismus kadının vajinadan penisin, parmağın ya da herhangi bir nesnenin girmesine izin vermek istemesine rağmen penisin, bir parmak veya nesnenin vajinadan girişine izin vermede sürekli veya tekrarlayan zorluklar

yaşaması olarak tanımlanmıştır. Bu durum ağrı beklentisi veya korkusundan dolayı fobik kaçınmalar olarak ifade edilmiştir (Lu 2004). Vaijnismuslu birçok kadın bilişsel olarak koitusu tehlike olarak algılamaktadır. Bu nedenle gelişen korku ile kalp atışı hızı ve nefes ritmi artışı gibi fizyolojik tepkiler gelişmektedir. Bölgesel anlamda, pelvik kasların istemsiz kasılması ile penisin vajinaya girişi engellenmektedir. Bacaklarını kapatarak, kalçasını arkaya doğru çekerek kadın kendini korumaya almaya çalışır. Sadece penis değil, parmak, tampon, spekulum veya herhangi bir obje ile penetrasyon ile bilikte ağrı beklentisi, kaçınma ve korkuya neden olmakta ve vajinaya giriş engellenmektedir (Basson ve ark, 2004; Ersanlı ve Kumcağız 2016).

Vajinismus, sık karşılaşılan cinsel sorunlar arasında olmasına karşın birçok toplumda günümüzde dahi tabu konular arasında yer almasından dolayı vajinismus prevelansı kesin olarak bilinmemektedir. Konunun tabulara sıkıştırılması oranın net belirlenmesini engellemesi ile, bu sorunu sorunu yaşayan bireylerin sağlık kuruluşuna başvurmalarını, tedavi sürecine girmelerini geciktirmektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının cinsellik konusunu göz ardı edici tutum ve yaklaşımları eksik, yetersiz ve gecikmiş tanı durumlarına neden olmaktadır (Dyer ve Nair 2013, Doğan ve ark 2015; Achour ve ark. 2019; Yükselay ve ark. 2021; Mühlrad ve ark. 2021).

Vajinismusun genel popülasyondaki sıklığı, doğurganlık çağındaki kadınlar arasında %1 olarak tahmin edilirken cinsel danışmanlara göre bu oran %6-15'e karşılık gelmektedir (Collier ve Cour 2013; Mühlrad ve ark. 2021). Dünya genelinde vajinismus sıklığı %1-6 olarak öngörülürken bazı orta doğu ülkelerinde bu oran %17'ye kadar yükselmektedir (Lahaie ve ark. 2010). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda cinsel ağrı / vajinismus bozuklukları %17,6 olarak belirlenmiştir (Karakaş ve ark. 2020). Cinsel işlev bozukluğu nedeniyle psikiyatri kliniğine başvuran kadınların değerlendirildiği bir çalışmada ise vajinismus oranı %73 olarak belirlenmiştir (Yıldırım 2017).

Tüm kadın cinsel işlev bozukluklarında olduğu gibi vajinismusta da kadın sağlığı ve yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenmektedir (Akpınar ve Saatçı 2007). Bununla birlikte cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayan tüm kadınlarda olduğu gibi cinsellikle bağlantılı oluşan stres, yetersiz ve bozulmuş seksüel fonksiyon ile ilişkili cinsel sıkıntı durumu gelişmektedir (Carpenter ve ark. 2015).

Vajinismus kişiden kişiye farklılık gösterebilen çok faktörlü bir durumdur. Farklı nedenler, mekanizmalar, özellikler ve özgeçmişler dikkate alınırken, değerlendirme, tedavi ve destek süreci jinekolog, cinsel terapist, psikiyatrist, hemşire ve ebeden oluşan multidisipliner ekip tarafından yapılmalıdır (Moore 2012). Vajinismus tedavi sürecinde amaç, sadece cinsel

ilişki sırasında ortaya çıkan ağrı, anksiyete, kas kasılmalarının giderilmesi ile cinsel doyumun, tatminin yükseltilmesi, genel anlamda cinsel yaşam kalitesinin geliştirilmesidir (Moore 2012; Zarski ve ark. 2018). Vajinismus ile gelişen cinsel sıkıntı (cinsel distres) durumu, cinsel yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu anlamda kapsamlı bir yaklaşım cinsel distresin azaltılması, giderilmesine ve cinsel yaşam kalitesinin de yükseltilmesine katkı sağlayacaktır (Dişsiz ve ark. 2019). Bu doğrultuda amacımız vajinismus tanılı hastalarının cinsel sıkıntı (cinsel distres) ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsellik Kavramı ve Cinsel Sağlık

Cinsellik; doğum öncesi başlayıp yaşam boyu devam eden, açlık ve korunma gibi insanların temel iç güdülerinden biridir. Bununla birlikte biyolojik temelli, öğrenme ile gelişen, insanların sosyokültürel yaşantıları, değerleri, inanışları, tutumları, dünyayı anlamlandırma şekilleri, fiziksel görünüşleri, zihinsel süreçleri, içinde bulundukları toplum ve normlardan etkilenen önemli bir kavramdır (CİSED 2020). Bir başka tanımda cinsellik, biyolojik, psikolojik, fizyolojik, sosyal, kültürel, ahlaki, dini, antropolojik, ekonomik ve politik boyutları olan karmaşık bir olgu olarak tanımlanmaktadır (WHO 2006; DeLamater ve Plante, 2015; Kismödi ve ark. 2017). Biyolojik yaklaşıma göre ise cinsellik hem içgüdüsel hem de biyolojik temeli olan, merkezi sinir sistemi, genital organların, duyu organlarının, hormon ve kimyasal maddelerin etkileşime girdiği bir süreçtir (CİSED 2020). Cinselliğin psikolojik boyutunda ise cinselliğin kiminle, nasıl, ne zaman, nerede yaşanacağını, doyuma nasıl ulaşılacağını, nasıl şekilleneceğine karar vermede etkili olan insan psikolojisi, karakter özellikleri, duygular, düşünceler, algılar, tutumlar ve geçmiş travmalardan etkilenir. Cinselliğin sosyokültürel boyutunu ise bireylerin büyüdüğü ve yaşamını sürdürdüğü çevre, alt kültürü, toplumsal ve ahlaki yapı ve sosyal normlar şekillendirmektedir (WHO 2006; Coleman 2007; World Association for Sexual Health 2008; Bozdemir ve Özcan, 2011).

Cinsellik kavramına olan ilgi uzun bir süre cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve doğum kontrolü ile sınırlıydı. Cinselliğin son yıllarda kapsamlı bir şekilde tüm boyutları ile konuşulması, cinsel sorunların daha fazla ifade edilmesine ve cinsel sorunların tanımlanmasına zemin hazırlamıştır. Bu çalışmaların sonucunda cinselliğe ilişkin tüm durum ve sorunlar Cinsel Sağlık kavramı altında tanımlanmıştır (Zéler ve Troadec 2020). Literatürde sağlıklı cinselliğin birçok tanımı olmasına rağmen bu tanımlar yeterli olmadığı belirtilmektedir. Cinsel gelişim, cinsel esenlik ve cinsel sağlık genel anlamda sıkça kullanılan terimler arasında yer almaktadır (Claney ver ark. 2020).

Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı “sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik hali’’ olarak tanımlamaktadır (WHO 2006) ancak genel sağlık tanımı ile parallelik gösteren bu tanım cinsel sağlık boyutunda birçok açıdan yetersiz kalmaktadır. Cinselliğin, cinsel davranışlar dâhil edilmeden çeşitli boyutlarda deneyimlenebilir ve ifade edilebilir olmasından dolayı DSÖ’nün cinsel sağlık tanımın yetersiz ve özgün olmadığı belirtilmektedir. Bundan dolayı bazı araştırmalar cinsel sağlığı DSÖ’den farklı olarak tanımlamaktadır. Bazı araştırmacılar sağlıklı cinselliğin tamamen davranışsal (cinsel deneyimlerinin sayısı, ilk cinsel ilişki yaşı, cinsel partnerlerinin sayısı vb.) veya işlevsel (cinsel performans vb.) değerlendirmeleriyle kavramsallaştırırken (Vrangalova ve Savin-Williams 2011; Foster ve Byers 2016) diğer araştırmacılar cinsel sağlığı, cinsel öznelliği ve cinsel kimliğin duygusal alan ve cinsel benlik şeması ile değerlendirerek genişletmektedir (Hill 2007; Harden 2014; Mastro ve Zimmer-Gembeck 2015).

Özetle, tüm farklı yaklaşım ve tanımlara rağmen en sık kullanılan tanım DSÖ’nün 2010 yılında yayınladığı cinsel sağlık tanımıdır. Buna göre cinsel sağlık; cinsellikle ilişkili olarak fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal yönden iyi olma halidir. Farklı nedenlerle bu iyilik halinin bozulmasıyla kişinin istediği halde cinsel ilişkiye girememesi ise cinsel işlev bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Cinsel sağlık; cinsellik ve cinsel ilişkilerde, zorlama, ayrımcılık ve şiddetten arınmış, haz verici, hem keyifli ve güvenli cinsel deneyimlere sahip olma olasılığının sonucu olarak, olumlu ve saygılı bir yaklaşım gerektirmektedir. DSÖ tanımlamalarında, cinsel sağlığın elde edilmesi, bakımını, tüm kişilerin haklarına saygı gösterilmesini, korunması ve yerine getirilmesini gerekliliği vurgulanmaktadır (WHO 2010).

2.2. Kadın Cinselliğinin Fizyolojisi

Beyin, cinsel yaşamda önemli bir rol oynamakla birlikte, cinsellik önemli ölçüde merkezi sinir sistemi ve endokrin sistem ile ilişkilidir. Merkezi sinir sisteminin birçok bölgesi cinsellikle ilişkilidir ancak odak noktayı cinsel işlemlerden sorumlu alanlar arasında yer alan limbik sistem ve hipotalamustur (Marazziti ve Canale, 2004; Eşel 2007). Kadınlarda feminen cinsel davranışlar, östrojen ve serotonin hormonlarının etkisiyle spinal reaksiyonlarla ilişkili olarak hipotalamusun posterior ventromediyal çekirdeği tarafından yönetilmektedir (Duman 2019). Östrojen, progesteron ve androjenler dâhil seks steroid hormonları Hipotalamik-hipofiz-gonadal (HPG) ekseni tarafından düzenlenmektedir. Nöroendokrin kontrol mekanizmaları karmaşık olsada, HPG ekseninin basitleştirilmiş bir açıklaması, hipotalamusun, ön hipofizi luteinize edici hormon (LH) ve folikül uyarıcı hormon (FSH) seks steroidlerinin, androjenlerin ve östrojenlerin salınmasını uyarmak için kan dolaşımından

geçmektedir. Bu seks steroidleri, Gonadotropin Salgılatıcı Hormon (GnRH) salınımını inhibe ederek endokrin geribildirim döngüsünü tamamlar (Gurvich ve ark. 2018).

Özetle hipotalamustan salınan GnRH, hipofizden salınan gonodotrop hormonlarının (GH) salınımını tetikler. Bu hormonlar FSH, LH ve Lutetrop Hormon (LTH-Prolaktin)'dur. FSH ve LH overler üzerinde etki ederek ovarial ve endometrial siklusun oluşmasını sağlamaktadır. Bununla birlikte FSH'ın etkisindeki overlerden östrojen ve LH' ın etkisiyle progesteron hormonu salgılanmaktadır. Östrojen hormonu, cinsel isteklilik ve genital organların sağlıklı olması, özellikle vajinal mukozanın nemi, esnekliği ve asiditesinin korunması üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Cinsel uyarılma ile meydana gelen lubrikasyon ve genişleme gibi vajinal yanıt östrojen hormonu varlığında gerçekleşmektedir. Progesteron hormonu ise östrojen hormonundan farklı olarak cinsel isteği bastırdığı daha çok sarılma ve annelik duygularına yol açtığı öne sürülmektedir (Henderson ve ark. 2004; Eşel 2006).

2.3. Kadın Genital Organları ve Cinsellik

Kadın cinsel sağlığı, önemli ölçüde kadın genital organlarının da sağlığı ile ilişkilidir. Bu nedenle kadınların cinsel işlevlerini değerlendirilmesinde kadın genital organlarının incelenmesi önemlidir. Kadın genital organları iç ve dış genitaller olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Dış genital organlar vulva olarak tanımlanan; önde simfizis pubis, arkada anal sfinkter ve yanlarda tuber ischiadicum tarafından sınırıları çizilen anatomik bölgededen oluşmaktadır. Dış genital organlar; mons pubis, labia minör, klitoris, labia majör, eksternal uretral mea, vestibül, Bartolin ve Skene Bezleri' dir. İç genitaller ise pelvis içinde yer alan vajen, uterus, serviks, tuba ve overler ile çevredeki destek yapılarını kapsamaktadır (Pauls 2010).

2.3.1. Kadın Dış Genital Sistem ve Cinselliğinin Anatomisi

Mons Pubis: Pubik kemiklerin hemen üzerinde, perinenin ön bölgesinde kıllarla kaplı alandır (Yeni 2003; Duman 2019).

Labia Majörler: Labia majörler, yağ ve bağ dokusundan oluşmaktadır. Ürogenital yarığın lateralinde yer alarak labia minör, klitoris, üretra ve vajinal açıklığın korunması görevini üstlenmektedir (Yeni 2003; Duman 2019).

Labia Minörler: Damar ve sinir uçlarından zengin erektil bir dokudur. Kıl ve subkutan yağ dokusu içermektedir. Labia minörler önde birleşerek üst tarafında klitoral prepisyum ve alt kısmında ise klitoral frenulumu oluştururken arkada ise fourchette oluşturmaktadırlar. Cinsel uyarılma sırasında kanlanma ve ereksiyon nedeniyle kabarır ve renk değiştirmektedir (Lue ve ark. 2006; Duman 2019).

Klitoris: Klitoris, erektil, penise benzeyen bir organdır. Genel olarak klitoris üç bölümden

oluşmaktadır; en dışta glans veya baş, ortada korpus veya gövde ve en içte kruralar bulunmaktadır. Klitoriste bulunan erektil yapılara korpus kavernozumda denilmektedir. Her korpus kavernozum, kollajen lifler ve düz kaslar ile çevrilidir. Klitoris ile ilgili yapılan çalışmalarda, klitorisin cinsel ilişki boyunca uzunluk ve çapının arttığı bununla birlikte kanlanmanın da iki katına çıkabileceği belirlenmiştir (Lavoisier ve ark. 1995; Foldes ve Buisson 2009). Klitorsin özellikle baş kısmı yüksek oranda cinsel uyarılara duyarlıdır. Cinsel uyarılma esnasında tıpkı penis gibi genişler, büyür, kabarır. Bu esnada kadınlar pelvis kemiği içinde dolgunluk ve boşalma hissi duyarlar (Eşel 2006; Lue ve ark. 2006; Duman 2019).

Labia minörlerin arasında yer alan üçgen sahaya vestibul denir. Klitorisin alt kısmında fourchette medial kısmı arasındadır. Vajinal ve üretral açıklık, hymen burada yer almaktadır (Dansuk 2011). Hymen' nin var oluş nedeni bilinmemesine rağmen erişkinlik dönemine gelene kadar iç genital sistemin enfeksiyondan korunması amacıyla var olduğunu savunmuşlardır (Duman 2019). Cinsel uyarılarda kayganlaştırıcı sıvı salgılayan bartolin bezlerinin kanalları çift taraflı olarak vestibula açılmaktadır. Ayrıca vestibulda klitoral glanstan vajinal introitusa doğru uzanan periüretral glans, klitoral zevkten sonra ikinci zevk alınan kısım olarak ifade edilmektedir. Cinsel ilişki sırasında bu bölge içeri doğru gömülüp tekrar dışarı çıkmaktadır. Bundan dolayı sinir yönünden zengin olan yapı basit penil dürtmelerde bile orgazm şeklinde cinsel yanıta neden olmaktadır (Eşel 2006; Lue ve ark. 2006; Duman 2019).

2.3.2. Kadın İç Genital Sistem ve Cinselliğinin Anatomisi

Vajina: Vajina, uterus ile dış genital organlar arasında bağlantı kuran, orta hatta silindirik şekilli bir organdır. Doğum ve cinsel birleşme sırasında kolaylıkla genişleyebilen bir yapıya sahiptir. Ön tarafta yer alan labia minör ve labia majör olarak bilinen yapılar vajenin önünü çevreler ve korumaktadır. Labia minör, vajinal ağız, üretra ağzı ve klitorisi de içeren ve vestibül olarak adlandırılan bölgeyi kapatmaktadır. Vajinanın özellikle 1/3'lük alt bölümünde belirgin olan ve cinsel ilişki, doğum sırasında organın genişleyebilmesini sağlayan çok sayıda katlantılar mevcuttur. Bu katlantılar, cinsel birleşme sırasında da sürtünmeye bağlı gerginliği arttırmaktadır. Bu özellikleri ile vajina cinsel fonksiyonda önemli bir rol oynamaktadır (Song ve ark. 2009).

Grafenberg Noktası (G-Noktası): Ernst Grafenberg tarafından G noktasının varlığı 80' li yıllara kadar tartışılmıştır. G noktası herhangi bir muayene ile saptanması neredeyse mümnkün değildir. Bunun nedeni ise bu noktanın cinsel uyarı yokken kendini belli etmemesidir. Penetrasyon ile meydana gelen basınç ve titreşim G noktasını uyararak vajinal orgazma neden olmaktadır (Eşel 2006; Lue ve ark. 2006; Duman 2019).

Serviks: Serviks vajinaya dik açıyla girmekte olup yaklaşık olarak 2,5-3,5 cm uzunluğundadır (Eşel 2006). Ovülasyon döneminde maksimum sperm hareketi için yumurta akı kıvamında mukus salgılanmaktadır. Serviks cinsel ilişki esnasında titreşime ve basınca duyarlıdır. Bu nedenle kadınlarda penetrasyon esnasında ortaya çıkan içeri girilme ve doldurulma hissinin büyük bir bölümü servikste oluşan basınçla birlikte gerçekleşmektedir. Cinsel uyarılma ile serviksin pozisyonu da yukarı kalkmaktadır (Eşel 2006; Lue ve ark. 2006; Duman 2019).

Uterus: Uterusun birçok önemli fonksiyonu vardır ancak cinsellik boyutunda uterus, uterin ve servikal glandlar cinsel uyarı boyunca mukus salgılayarak vajeni kaygınlaştırmaktadır (Pauls 2010).

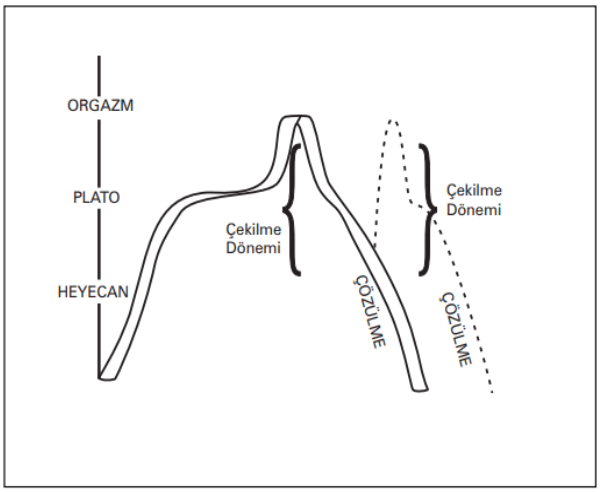
Tuba Uterinalar: Overler ile uterus arasında ovumun ve spermlerin geçişini sağlayan ve yaklaşık olarak 10 cm uzunluğunda olan çift kanaldır. Tüpler, orgazm sırasında uterusta meydana gelen kasılmalara uterus ile eşlik etmektedir (Eşel 2006; Lue ve ark. 2006; Duman 2019).

Overler: Uterusun her iki yanında bulunan bir organdır. Ovülasyon döneminin oluşması, östrojen ve progesteron salgılanması gibi önemli görevi bulunmaktadır. Orgazm sırasında fallop tüpleriyle birlikte overlerde de kasılmalar meydana gelmektedir. Cinselliğe doğrudan etkisi olmamasına rağmen hormon salgılanmasında önemli rol oynamasından dolayı cinselliğin fizyolojisinde ve kadın genital organların cinsel ilişkiye hazır olmasında önemli rol oynamaktadır (Eşel 2006; Lue ve ark. 2006; Duman 2019).

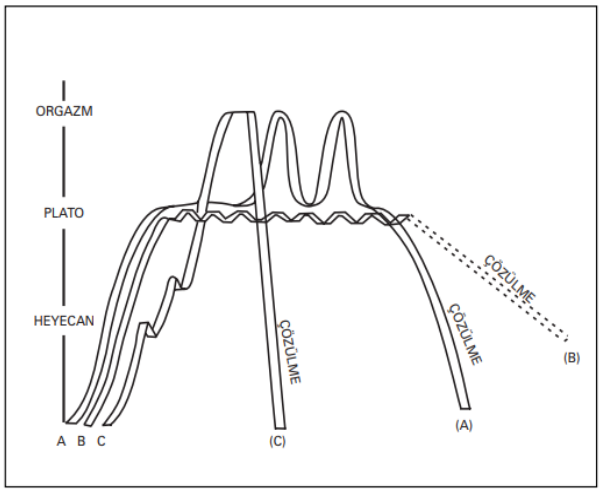
2.4. Cinsel Yanıt Döngüsü ve Genital Sistemde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Masters ve Johnson, cinsel uyarana fizyolojik tepkinin bireylerde temel olarak benzer olmasına rağmen kişiler arasında psikolojik boyutta çeşitli derecelerde farklılıklar olduğunu belirtmektedir (Masters ve Johnson 1966). Cinsel cevaptaki her evre ayrı, ayrı tanımlanmış olmasına rağmen birey, cinsel uyarı sırasında bu fazları ara vermeden bir süreç olarak yaşamaktadır. Algılanan duygular ve fiziksel tepki ile devam eden bir süreç bütünüdür. Bu durum iki insanın cinsel cevabının tümüyle aynı olmadığını ve farklılıkların bireyin cinsel yanıtında bir eksiklik ya da anormallik olduğu anlamına gelmediğini göstermektedir (Soh ve Huyghe 2013).

Kadın ve erkek cinsel yanıt döngüsü cinse özgü bazı önemli farklılıklar göstermektedir. Buna göre erkek cinsel yanıt döngüsü (Şekil 1) tepkinin süresiyle tek bir grafik üzerinde tanımlanabilirken kadın cinsel işlev döngüsü (Şekil 2) ise tepkininin hem yoğunluğu hem de süresiyle ilişkili olup sayısız şekilde olabilmektedir (Eşel 2007; Herbenick ve ark. 2011).



Şekil 1. Erkekte cinsel yanıt döngüsü.



Şekil 2. Kadında cinsel yanıt döngüsü.

(CETAD 2007).

Genel anlamda, kadın ve erkek cinsel yanıt döngüsü toplam dört aşamada gerçekleşmektedir.

2.4.1. Uyarılma Evresi

Uyarılma evresi, cinsel ilişkiye girmeyi düşünen bireylerin bedenlerinin hazır olmasını sağlayan fizyolojik bir durumdur (Kaplan 2013). Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte ereksiyon, kadında yaygın olarak vazokonjesyon ve myotoni ile karakterizedir. Herhangi bir bedensel ya da psikolojik uyarı ile ortaya çıkmaktadır. Cinsel uyaranın süre ve yoğunluğuna göre gösterilen tepkinin şiddeti hızlı ya da yavaşça artmaktadır (Masters ve Johnson 1994).

2.4.2. Plato Evresi

Uyarılma evresinin bir parçası ve devamı niteliğinde olan bu evrede, etkili cinsel uyaranın sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte, kadın ya da erkek plato sürecine girmektedir. Bu evrede, haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürmektedir (CETAD 2008). Bu süreçte uyarılmaya bağlı olarak kasılmalar artarken, kalp atışı ve soluk alıp verme hızlanmakta ve kan basıncı yükselmektedir. Bu gelişmeler ve değişimler orgazm evresine giriş niteliğindedir (Masters ve Johnson 1994).

2.4.3. Orgazm Evresi

Orgazm Yunanca şehvetli heyecan anlamına gelen orgazmus sözcüğünden türemiş bir kelimedir. Diğer fizyolojik evrelere göre en kısa süren ancak hazzın en yoğun yaşandığı evredir (Montorsi ve ark. 2010). Bu evre, erkekte ejakülasyon, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Orgazm kadında klitoral bölgede ve vajinada; erkekte ise penis ve prostatta

yoğunluk kazanmaktadır (Masters ve Johnson 1994).

2.4.4. Çözülme Evresi

Cinsel yanıt döngüsünün son evresidir. Kadın ya da erkekte, orgazm ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda platoyu takiben genital bölgelerde ve bedenin bütününde önceki aşamalarda meydana gelen fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir. Kadınlar, çözülme evresinde cinsel uyaranın yeniden başlamasıyla yeniden uyarılıp orgazm olabilme potansiyeline sahip iken, erkekler de süresi kişiye ve yaşa göre değişen bir refrakter döneme zorunlu olarak girmektedir (Masters ve Johnson 1994).

Cinsel yanıt döngüsünün aşamalarına göre kadın genital sisteminde meydana gelen fizyolojik değişimler Tablo 1'de gösterilmiştir (Duman 2019). Buna göre;

Tablo 1. Cinsel Uyarı Sonrası Kadın Genital Sisteminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

	Uyarılma	**Plato**	**Orgazm**	**Çözülme**
Labia Majörler	Yassılaşarak öne ve yukarıya doğru yükselir	Yassılaşma	Değişiklik yoktur.	Normale döner.
Labia Minörler	Çapı artarak genişler, labia majörlere doğru çıkıntı yapar	Rengi koyulaşarak kırmızıya dönüşür.	Değişiklik yoktur.	Normal renk ve boyutuna döner
Vajina	Lubrikasyon, genişleme ve uzama görülür	İleri derecede vazokonjesyon ve genişleme olur (Dış 1/3' ünde)	Kasılmalar olur (Dış 1/3' ünde)	Kabarma ve genişleme kaybolur.
Klitoris	Klitoris başında büyüme, gövde de uzamalar görülür	Büzülerek geri çekilir	Değişiklik yoktur	Hızla eski pozisyonuna döner.
Uterus	Pelvis içinde yükselir, serviks vajinadan ayrılır	Uterus pelvis içinde tamamen yükselir	Fundustan servikse doğru kasılmalar olur	Gövde normale döner, serviks vajinaya doğru iner, servikal açıklık kapanır.

2.5. Kadın Cinsel Sağlığını Etkileyen Faktörler

Kadın cinsel sağlığının etkileyen ve kadın cinsel işlev bozukluğuna neden olan birçok faktör vardır. Kadın cinsel işlev bozukluğu etiyolojisinde nörojenik, vasküler, hormonal, muskulojenik ve psikojenik faktörler yer almaktadır. Bununla birlikte yaş, genel ve zihinsel sağlık durumu, benlik saygısı, deneyimler, beden imajı, eğitim düzeyi, üreme hedefleri, eş ile olan ilişki, eşin genel ve cinsel sağlığı gibi birçok faktör de etkilemektedir (Nappi ve ark. 2016). Kadın yaşamında özellikle doğurganlık ve yaş ile kadın cinsel fonksiyonlarında önemli değişiklikler yaşanmaktadır (Öksüz ve Malhan 2006). Bu bölümde kadın cinsel sağlığını etkileyen faktörler (1) Kadın Cinsel Sağlığını Etkileyen Organik ve Tıbbi Nedenler ve (2) Kadın Cinsel Sağlığını Etkileyen Psikolojik ve Sosyo-Kültürel Nedenler olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir.

2.5.1. Kadın Cinsel Sağlığını Etkileyen Organik ve Tıbbi Nedenler

Kadın cinsel sağlığı genetik yatkınlık dahil birçok organik ve tıbbi nedenlerden etkilenmektedir (Demirci 2012; Gölbaşı ve ark. 2014). Bunlar;

- Yaş
- Doğum
- Hormonal Değişiklikler
- Kronik Hastalıklar (Hipertansiyon, Kalp ve Damar Hastalıkları, Diyabetüs Mellitus)
- Jinekolojik Ameliyatlar (Stres Üriner İnkontinans Cerrahisi, Uterusun veya Yumurtalıkların Çıkarılması)
- Meme Cerrahisi
- D Vitamini Eksikliği
- İlaç ve Madde Kullanımı (Antidepresanlar, Antipsikotikler, Alkol ve Kokain) olarak sıralanmaktadır.

Kadın cinsel sağlığını kapsayan ve ülkemizde yapılan çalışmalarda yaşla birlikte cinsel işlev bozukluğu prevelansı artmaktadır (Öksüz ve Malhan 2006; Aslan ve ark. 2008; Gölbaşı ve ark. 2014). Yaşın ilerlemesi, doğurganlık süreci ve kadın üreme organlarında meydana gelen fizyolojik değişiklikler cinsel işlev bozukluğuna yol açmaktadır. Doğurganlık süreci, üreme organlarında geçici veya kalıcı değişimlere neden olmaktadır. Çok sık doğum, çok sayıda doğum, erken ve ileri yaş gebelikler, zor doğum, müdahaleli doğum gibi bazı durumların üreme organları üzerinde meydana getirdiği hasarlar cinsel yaşamı doğrudan etkilemektedir (Mete 2008; Demirci 2012). Ülkemizde Özerdoğan ve ark. (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların doğum şekilleri incelendiğinde vajinal doğum yapan

kadınlarda sezaryen doğum yapan kadınlara göre cinsel işlev bozukluğu sıklığının arttığı belirlenmiştir (Özerdoğan ve ark. 2009). İdrar kaçırması olan kadınlarla yapılan çalışmada cinsel sorunların var olma oranı %55 iken; idrar kaçırması olmayan kadınlarda bu oran %42 olarak saptanmaktadır (Su ve ark. 2015). Klimakterik dönemde ise over foksiyonlarındaki azalmaya bağlı hormonal dengenin değişmesi, östrojen ve testesteron düzeylerinin azalması ile ortaya çıkan değişiklikler cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır (Gallicchio ve ark. 2007; Özerdoğan ve ark. 2009).

Cinsel işlev bozukluğuna neden olan bir diğer etken kadının yaşamını tehdit eden ciddi ve ağır tedavileri beraberinde getiren durumlardır. Bunlar arasında özellikle kanser cerrahisi uygulamaları önemli bir etkiye sahiptir. Kanser kitlesinin tanılanmasını takiben yapılan cerrahi girişim kadının varoluşunu, çevresiyle iletişimini, üretkenliğini ve cinselliğini önemli ölçüde etkilemektedir. Beden imajının ve kadın ciselliğinin de önemli bir parçası olan organın kaybı (meme, uterus, yumurtalıklar gibi), biyo-psiko-sosyal dengenin bozulmasına ve buna bağlı olarak sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Cerrahi boyutunun dışında bu süreçte uygulanan kanser tedavisi yaklaşımları da kadınlarda cinsel işlevi olumsuz yönde etkilemektedir (Akyolcu 2008). Bu kapsamda tedavi amaçlı uygulanan radyoterapi, kemoterapi kadınlarda vajinada atrofi, kuruluk, androjen eksikliğine neden olmakta ve cinsel işlev bozukluğuna zemin oluşturmaktadır (Özerdoğan ve ark. 2009).

Kansere karşın daha hafif hastalıklar arasında yer alan üriner veya genital enfeksiyonları gibi durumlar (Erbil 2011), bununla birlikte hipertansiyon, kalp ve damar hastalıkları gibi kronik hastalıklar da kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaşanma oranını önemli ölçüde arttırmaktadır. Bu hasta grubunda iliohipogastirik (pudental) yatakta kan akımının azalması cinsel işlev bozukluğunun başlıca nedeni arasında yer almaktadır (Choi ve ark. 2014). Günümüzde tüm toplumlarda yaygın kronik hastalıklar arasında yer alan diğer bir hastalık ise diyabettir. Diyabetik kadınlarda yapılan bir çalışmada, diyabetli kadınlarda fiziksel ve duygusal olarak çekici olmama korkusu, orgazm sorunları, disparoni gibi cinsel işlev bozuklukları saptanmıştır (Barnard ve ark. 2019). Cinselliğe ilişkin hormonların duygudurum üzerindeki etkilerinin yanı sıra endokrin değişiklikler, antihipertansifler gibi çeşitli ilaçların, genel sağlık durumunu ve depresyon gibi çeşitli kimyasal, çevresel ve psikolojik faktörlerin cinsel işlev bozukluğuna yol açabildiği bilinmektedir (Şahin ve Ertekin 2009).

Romatizmal hastalaıklar arasında yer alan ve kadınları etkileyen bir diğer kronik sağlık sorunu olan fibromiyalji de cinsel işlev bozukluğu gelişimini etkilemektedir. Hastalığa eşlik eden ağrı, anksiyete, depresyon, uyku bozukluğu, kronik stresin ve ilaç yan etkilerinin de cinsel işlevi olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Bazzichi ve ark. 2012).

Kadınların önemli bir bölümünü etkileyen üriner inkontinans (idrar kaçırma) kadınların cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma korkusu ve kötü koku endişesine yol açmaktadır. Bu korku kadınların özgüvenini düşürmekte, utanmaya ve cinsel ilişkiden kaçmalarına, cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır (Eroğlu ve ark. 2020). Stres Üriner İnkontinans cerrahisi sonrası cinsel fonksiyonların incelendiği bir metaanaliz çalışmasında ameliyat sonrası %55,5 oranında cinsel semptomlarda bir değişiklik olmadığı, %31,9'u iyileşme gözlendiğini ve %13,1'i kötüleşme olduğunu bildirmiştir (Jha ve ark. 2012).

Günlük yaşamda vitaminler hücresel, bedensel işlevlerde önemli bir yere sahiptir. D vitamini de günlük alınması gereken vitaminler arasındadır. Konuyla ilgili çalışmalar, D vitaminin cinsellik üzerine etkisine işaret etmektedir. Buna göre D vitamini eksikliği, kadınlarda arzu, uyarılma, orgazm, tatmin ve ağrı sorunları gibi cinsel işlev bozukluklarının gelişmesi ile ilişkilidir (Rafiq ve ark. 2016).

Antihipertansifler dışında duygu durumu ve psikiyatriyi ilgilendiren bazı ilaçlar ve maddelerde kadınlarda cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır. Depresyon tedavisinde kullanılan, seçici serotonin gerialım inhibitörü (SSRI), noradrenerjik serotonerjik antidepresanların %55-65 oranında cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu belirtilmektedir (Hensley ve Nurnberg 2002). Anti-psikotik ajanlar, şizofrenide ve akut psikotik bozuklukta kullanılan temel tedavi araçlarıdır. Park ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada kadınlarda anti-psikotik ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğunun %30-80 arasında olduğunu belirtmektedir (Park ve ark. 2012).

Madde kullanımı arasında yer alan alkolün cinsel zevki arttırdığına dair çalışmalar olmakla birlikte bu hipotez tam olarak kanıtlanmamıştır. Yoğun ve kr. alkol kullanımının orgazmı, vajinal ıslaklığı azalttığı ayrıca ağrılı koitus yaşanmasına neden olduğu belirtilmektedir (Beckman ve Ackerman, 2002). Kokain kullanımı ile ilgili farklı görüşler bulunmakla birlikte kronik kullanımda cinsel istediği azalttığı belirtilmektedir. Kokain kullanıcılarını kapsayan bir çalışmada hastaların %57'sinin cinsel isteği kaybettiği, %63'ünün ise orgazm yeteneğini kaybettiği belirtilmektedir (Weatherby ve ark. 1992).

2.5.2. Kadın Cinsel Sağlığını Etkileyen Psikolojik ve Sosyo-Kültürel Nedenler

Kadın cinsel sağlığını etkileyen bir diğer faktörler ise psikolojik ve sosyo-kültürel nedenlerdir. Geniş kapsamlı incelenmesi gereken bu başlık altında eksik ya da yanlış cinsel bilgi, geleneksel ve tutucu yetiştirilme biçimi, olumsuz çocukluk çağı yaşantıları ve aile ortamı, eşler arasındaki uyumsuzluk, iletişim sorunları, eşlik eden psikiyatrik sorunlar ve beden imgesi gibi faktörler yer almaktadır (Tuğrul 1998).

Sosyodemografik özellikler arasında yaş ve eğitim düzeyi odaklı çalışmalarda, ileri yaş ve

düşük eğitim düzeyinin cinsel işlev bozukluğu gelişiminde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, çiftlerin yaşlarının 36 ve üzeri olan, eğitim süresi 5 yıldan az olan grupta, kadın cinsel işlev bozukluğu oranı anlamlı olarak yüksek belirlenmiştir (Gölbaşı ve ark. 2014). Singh ve ark. yaptıkları çalışmada 40 yaş ve üzeri, eğitim düzeyi düşük kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaşama oranının yüksek olduğu ifade edilmiştir (Singh ve ark. 2009).

Cinsellik konularını temel taşlarını atan Masters ve Johnson (1970) gibi uzmanlar cinsel işlev bozukluklarının etiyolojisinde eşler arasındaki ilişkinin, iletişimin ve cinsel bilgi eksikliğinin önemli bir rol oynadığı vurgulamaktadır (Masters ve Johnson 1970). Benzer şekilde Sadock (2007) da ilişki sorunlarının önemini vurgulamaktadır. Bu kapsamda iletişim sorununlarının cinsel işlev bozukluğuna neden olduğunu ve bu alandaki sorunlardan kaynakladığı belirtilmektedir. Bu hastaların önemli bir bölümünde genellikle cinsel performans ile ilgili bir yetersizlik ya da utanma duygusu geliştiği vurgulanmaktadır. Sadock (2007) cinsel işlev bozukluğunun biyolojik sorunların, kişinin içsel çatışmaların, kişilerarası zorlukların ya da tüm bunların sonucunda ortaya çıktığını vurgulamaktadır.

Kadın cinsel yaşamını etkileyen diğer bir faktör ise, cinsellikle ilgili bilgisizlik, yanlış bilgilendirilme, suçluluk duyguları, ağrı korkusu, cinsel travma, dini inançlar, yetiştirilme tarzı, hastanın ve partnerin kişilik özellikleri, ebeveynler arası ilişki özellikleri, babayla olan ilişki özellikleri, partnerin cinsel işlev bozukluğu, partnerle olan ilişki özellikleridir. Bu anlamda kadın cinselliğini etkileyen faktörler kapsamlı ve çok yönlüdür. Kadın cinsel işlevini olumsuz etkileyen tüm bu özelliklerin farklılık gözetilmeden vajinismus özelinde de ilişkili faktörler arasında olduğu vurgulanmaktadır bu faktörlerin vajinismus gelişimi ile de ilgili olabileceği belirtilmektedir (Reissing ve ark. 1999).

Cinsellik tüm toplumlarda, merak edilen bir konu olmasına rağmen, günümüzde dahi az konuşulan, utanılan konular arasında yer almaktadır. Bu kapalılık durumu, cinsellikle ilgili beklentilerin, yanlış inanışların ve mitlerin gelişimine zemin hazırlamaktadır (Bozdemir ve Özcan 2011). Cinsel mitlerin oluşmasında diğer bir bir etken cinselliğin toplumun değer yargıları ile ilişkili olmasıdır. Önem taşımasına rağmen açık bir şekilde konuşulmaması, kapalı kalması efsanevi ifadelere olanak sağlamaktadır. İnsanların öğrendiği cinsel model aynı olsa da mitler bireyleri farklı bir şekilde ve şiddette etkilemektedir. Bu yönüyle mitler, cinsel işlev bozukluklarının da gelişiminde de önemli nedenler arasındadır (Kora ve Kayır 1996). Gelişmiş toplumlarda cinsellik, insanların rahatça konuşabildikleri bir konu iken, gelişmekte olan toplumlarda hala tabu konular arasındadır. Benzer şekilde, ülkemizde de cinsellik, sosyal, kültürel, toplumsal etmenlerin ve dini inançların etkisiyle konuşulamayan,

rahatça soru sorulamayan, tabu bir alan olma özelliğini sürdürmektedir (Nazik ve Eryılmaz 2011).

Bununla birlikte cinselliği yaşama boyutunda erkeklerin kadınlara oranla daha fazla cinsel hakka sahip olduğu düşünülmektedir. Erkeğin evlilik öncesi ilişkiye girmesi, aktif bir cinsel yaşam sürdürmesi olağan karşılanırken, kadınlarda bu durum uygunsuz hatta imkansız, yasak olarak görülmemektedir (Şahin ve ark. 2007). Kadınlara benimsetilen ve iyi kız sendromu olarak da bilinen, boyun eğme, yumuşak başlı olma durumun kadının cinsel rolünü önemli ölçüde etkilediği bilinmektedir. Bu anlamda özellikle otoriter bir babaya ve zayıf bir anneye sahip olan kadınların vajinismus gibi cinsel işlev bozukluklarından daha fazla etkilendiği bilinmektedir (Kaplan 1974).

Çevresel özelliklerde cinsellik kavramında önemli bir yere sahiptir. Bireyin içinde büyüdüğü alt kültürün cinsellik ile ilgili bakış açısı bununla birlikte eğitim düzeyi, aile tutumu ve psikolojik travmalar gibi çeşitli etmenler cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir. Inançlar kadınların cinsel yaşamlarını etkilemekte ve uzun dönemde cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır. Bununla birlikte tutucu bir ortamda büyüme, cinsellik ile ilgili yanlış ve abartılı beklentiler, suçluluk ve utangaçlık durumları, günahkârlık duygusu psikolojik anlamda olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte çiftler arasındaki uyum problemleri, bireyin başta cinsel organı olmak üzere bütün bedeni hakkında olumsuz düşünce ve görüşleri, cinsellik hakkında hatalı ya da eksik bilgi sahibi olması gibi farklı nedenler cinsel işlev bozuklarının ortaya çıkmasında etkilidir. Yoğun endişe, suçluluk hissi, gerçekçi olmayan beklentiler, başarısız olma korkusu gibi faktörler cinsel işlev bozukluklarına zemin hazırlayıp kronikleşmesine neden olmaktadırlar (Güneş ve ark. 2016).

Bilgilenme kaynakları ile ilgili olarak ülkemizde CETAD'ın (Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneği) yapmış olduğu araştırmada bireylerin cinsel konular hakkındaki bilgileri arkadaş çevreleri, pornografik yayınlar, dergi, kitap ve benzeri yayınlar aracılığıyla edindiği belirlenmiştir (CETAD 2011).

Dindarlık ve cinsel davranış ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda tüm dinlerin, üyelerini kültürel bağlamda etkilemeye çalıştığı görülmektedir. Din ve cinsellik arasındaki ilişki, bütün dinlerde evliliğe endeksli gibidir ve evlilik çatısı altında olmasını uygun görmektedir (Simons ve ark. 2009; Rostosky ve ark. 2004). Bu görüşle birlikte genel olarak kadınların cinselliğe başlangıç sürecini geciktirmesi üzerinde duurlmaktadır (Rostosky ve ark. 2004).

Cinsel işlev bozukluklarında psikosomatik ve duygusal etmenler önemli rol oynamaktadır. Bu etmenler arasında başarısız olma kaygısı, performans kaygısı, kızgınlık ve

kontrol etme çabası önemli bir yer tutmaktadır. Cinsel aktivitede başarılı olamayacağına dair kaygılar ve devamında ortaya çıkabilecek olumsuz durumlar (toplumsal, akademik işlevselliğin bozulması gibi) ile ilgili düşünceler zamanla yoğun kaygıya neden olmaktadır (Güleç ve Köroğlu 1998). Bunun sonucunda cinsel davranışlar sıklıkla gerginlik ve hayal kırıklığı ile son bulmaktadır. Bu noktada kaygının cinsel uyarılma üzerindeki etkisi ile kişinin aynı duyguları bir daha yaşayacağı korkusu ile uyarılma engellenmektedir. Bu durum birey için bir kısır döngü halini almaktadır ve cinsel işlev bozuklukları süregelen, kronik bir durum özelliği kazanmaktadır (Çeri ve ark. 2008).

Ön sevişme, uyarılmayı başlatan önemli başlangıç aşamasıdır. Witting ve ark. (2008)' ları çalışmalarında, cinsel işlev bozukluğunda kadınların çok kısa ön sevişme (%42) ve erkek partnerlerinin cinseliğe kendilerinden daha fazla ilgi duyması (%35) olmak üzere iki şikâyeti ifade ettikleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada cinsel işlev bozukluğu tespit edilen kadınlarda partner ile uyumsuzluk sorununun daha fazla olduğu belirlenmiştir (Witting ve ark., 2008).
Kadınlarda cinsel sağlığı etkileyen bir diğer etkende psikolojik nedenlerdir. Kadınlarda yüksek stres cinsel isteği azaltmakla birlikte ve uyarılmayı da olumsuz etkilemektedir (Zollman ve ark. 2013). Bu durumda bireyin psikolojik durumunun, cinsel uyaranlara cevap olarak dalgalanan androjen seviyesini etkilediği düşünülmektedir. Bu etkinin kronik stres, yenilgi hissi, depresyon ve aşağılanma gibi bazı olumsuz psikolojik durumlarla ilişkisi olduğu vurgulanmaktadır. Konu ile ilgili veriler, androjen düzeyine ilişkin dalgalanmaların davranışsal etkilerinin, cinsel işlevlerin ötesine uzanabilirken saldırganlığın da androjen dalgalanmalarının bir sonucu olarak gelişebileceğini göstermektedir. Düşük androjen seviyesi kişide öfke ve saldırganlığı tetiklerken, enerji seviyesini azaltması ise onu cinsel uyaranlara, kokulara, ağrıya ve dokunuşa daha duyarlı hale getirmektedir. Bu nedenlerle kadın cinsel işlev bozukluğunun geniş bir açıdan incelenmesi, çok faktörlü sorun olması değerlendirme ve takibin tüm aşamalrında dikkate alınmalıdır (Kaplan 2013).

2.6. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları Tanımı ve Sınıflandırılması

Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu, cinsel yanıt döngüsü (Bkz. Bölüm 2.4.) evrelerindeki (istek, uyarılma, orgazm ve çözülme) fizyolojik süreçlerden en az birinde ortaya çıkan bozulma durumunu tanımlamaktadır. Kadınların yaşam kalitesini etkileyen bu durum vasküler, nörojenik, hormonal, müsküler ve farmakolojik etkilerin sonucu olan çok yönlü bozulmalar olarak da tanımlanmaktadır (Berman 2004). Kadın Cinsel İşlev Bozukluğunun tanılaması, son olarak Mayıs 2013' de yayınlanan güncel DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflamasında üç ana başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar cinsel istek / uyarılma bozukluğu, kadın orgazm bozukluğu ve genito-pelvik ağrı / penetrasyon

bozukluğudur. Ayrıca bu versiyonda yeni eklenen dışlama kriteri dikkat çekmektedir. Buna göre; cinsel olmayan zihinsel bir bozukluk, ağır ilişki bozukluğu 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 yer almaktadır ve 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).

Bu kapsamda Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu'da benzer şekilde tanımlanmakta olup DSM IV ve V versiyonlarına göre kadın cinsel fonsiyon bozukluğu sınıflandırması Tablo 2'de karşılaştırmalı olarak verilmiştir (APA 2000; APA 2013).

Tablo 2. DSM-IV ve DSM-V'e Göre Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Sınıflandırması (Ishak ve Tobia 2013)

DSM-IV	***DSM-V***
Hipoaktif cinsel istek bozukluğu Cinsel uyarılma bozukluğu	Cinsel istek / uyarılma bozukluğu
Kadın orgazm bozukluğu	Değiştirilmemiştir
Disparoni Vajinismus	Genito-pelvik ağrı / penetrasyon bozukluğu

ICD (Uluslararası Hastalıkları Kodlama ve Sınıflandırma Sistemi) evrensel sağlık trendleri ve istatistikleri belirlemede, hastalık ve sağlık durumlarının raporlanması ve standardın tanımlanmasında temel oluşturmaktadır. ICD-10, 1990 yılında onaylanmış olup, dünya genelinde 100'den fazla ülkede 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 (First ve ark. 2015). ICD-11 için önerilen tanı kılavuzlarında cinsel yanıt fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel, kişilerarası ve cinsiyet süreçlerinin karmaşık bir etkileşimi olarak tanımlanmaktadır. Bu faktörlerden herhangi birinin cinsel işlev bozukluğuna neden olabileceği belirtilmektedir (Kingsberg ve ark. 2015). ICD-11 sistematiğine göre cinsel işlev bozuklukları dört ana grupta toplamıştır. Bunlar sırayla:

1) Cinsel istek ve uyarılma bozuklukları,

2) Orgazmik disfonksiyon,

3) Boşalma sorunları,

4) Diğer tanımlanmamış cinsel işlev bozuklukları. Tüm bunlara ilave olarak ayrı bir cinsel ağrı bozukluğu grubu eklenmiştir. Cinsel yanıttaki ortaklıklara dikkat çekmek sağlamak amacıyla, önerilen kılavuzda cinsel işlev bozukluğu sınıflamasındaki kategoriler kadınlar ve erkekler için geçerli sayılmıştır (Kingsberg ve ark. 2015; Reed ve ark. 2016).

ICD-10 ve ICD-11 cinsel işlev bozukları sınıflamalarının karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir (Reed ve ark. 2016).

Tablo 3. 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)

2.7. Dünya'da ve Türkiye'de Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Prevelansı

Dünya çapındaki cinsel işlev bozuklukları prevelansının incelendiği araştırmalarda kadınların yaklaşık olarak %40'ının cinsel işlev bozukluğu yaşadığı ve bunun %12' sinin kişilerarası ilişkiler kaynaklı olduğu belirtilmektedir (Laumann ve ark. 2005; Dalpiaz ve ark. 2008; Zhang ve ark. 2017). İngiltere'de Laumann ve ark. (1999) 18-59 yaş arası 1.749 kadını kapsayan çalışmalarında kadınların %43'ünde cinsel işlev bozukluğu (Laumann ve ark. 1999), Zhang ve ark. (2014) ise %43 oranında rapor etmektedir (Zhang ve ark., 2014). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), 18 yaş üstü toplam 31581 kadını kapsayan bir çalışmada %44'ünde cinsel problem, %38,7'sinde hipoaktif cinsel arzu bozukluğu tanımlanmıştır (Shifren ve ark. 2008). Çin'de yapılan bir araştırmada ise, 20-70 yaş arası kadınların %29,7'sinde cinsel işlev bozukluğu, %27,9'unda orgazm bozukluğu, %14,1'inde cinsel ağrı bozukluğu ve %21,5' inde ise cinsel uyarılma bozukluğu tanımlanmıştır (Zhang ve ark. 2017).

Konu ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalarda, cinsel işlev bozukluğu kadınlarda %20- 73 arasında değişmekte olup %40 gibi yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir (Tuğut 2016). Kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozuklukları arasında cinsel istek bozukluğu ve uyarılma bozukluklarıdır. Net bir ifade ile her 3 kadından 1'inin cinsel işlev bozukluğu yaşadığı belirtilmektedir. Bazı kaynaklarda 60 yaş üstü kadınların %60-80'inin cinsel işlev bozukluğu yaşadığı, yardım alan grubun ise büyük oranda 50-59 yaş arasında olduğu vurgulanmaktadır (CETAD 2007). Öksüz ve Malhan (2006) trafından yapılan bir çalışmada kadın cinsel disfonksiyon %48,3 olarak belirlenirken kadınların %35,9'unun uyarılma bozukluğu, %40,9'unun ıslanma problemi, %42,7'sinin orgazm bozukluğu, %45'inin doyumsuzluk, %42,9'unun ise ağrı bozukluğu yaşadığı belirtilmektedir (Öksuz ve Malhan 2006). Yılmaz ve ark. (2010) ise kadınlarda orgazm olmama oranın %5,3 olarak bildirmektedir (Yılmaz ve ark. 2010). Kapsamlı bir değerlendirmede ülkemizde kadınların

%30–60'ının yaşamları boyunca en az bir cinsel sorun yaşadığı vurgulanmaktadır. Cinsel yaşama ilişkin bu sorunun tedavisinde destek ya da yardım almak üzere merkezlere başvurma nedeni ise vajinismus olarak belirlenmiştir (CETAD 2007).

2.8. Vajinismus Tanımı ve Sınıflandırılması

Vagina (kılıf) ve ismus (eylem) sözcüklerinin birleşmesinden meydana gelen vajinismus, ağrı ve/veya korkunun eşlik ettiği, cinsel birleşmenin gerçekleşemediği ya da son derece ağrılı gerçekleşebildiği bir bozukluğun tanımıdır (Butcher 1999). DSM IV-TR tanı kılavuzunda vajinismusu cinsel birleşmeyi engelleyecek şekilde, yineleyici ve tekrar eden, vajinanın üçte birinde yer alan kaslarda istemsiz olarak kasılmaların olması şeklinde tanımlanmasına rağmen DSM-5 tanı kılavuzunda güncel olarak vajinismus ve disparoni tanılarının yerini alan cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu tanısı kullanılmaktadır (APA 2013).

Genel olarak vajinismus, vajina girişini saran kasların istemsiz olarak kasılması ve bundan dolayı cinsel ilişkinin başarısız olması olarak tanımlanmaktadır (Hope ve ark. 2010).

Gelişme ve görülme sürecine göre vajinismus primer ve sekonder olarak iki tipte tanımlanmaktadır (APA 2000).

1. Primer vajinismus: Daha önce hiç cinsel ilişkiye girememe durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu durum ilk cinsel ilişki girişiminde veya jinekolojik muayene sırasında farkedilmektedir.
2. Sekonder (edinilmiş) vajinismus: Öncesinde cinsel ilişki deneyimi olmasına rağmen cinsel ilişkiye girememe durumunu tanımlanmaktadır.

Primer vajinismus kadın cinsel işlev bozuklukları arasında en sık görülen durumdur (Zargooshi 2000; Ter Kuile ve ark. 2009; McGuire ve Hawton 2009; Hope ve ark. 2010). Uluslararası hastalık sınıflaması ICD-11'e göre vajinismus, cinsel ağrı bozuklukları başlığı altında ele alınmaktadır. Buna göre vajinismus tanılaması aşağıda üç farklı şekillerdeki cinsel ağrı- penetrasyon bozukluğu belirtilerinden en az birini yaşama durumunda vajinismus olarak tanımlanmaktadır;

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 yaşama (ICD -11)

Yukarıda sayılan semptomlar cinsel ilişki veya kısmi penetrasyon sırasında yeterli cinsel istek uyarısı olmasına rağmen tekrarlayan ve klinik olarak anlamlı bir sıkıntıya neden olması ile ilişkilendirilmektedir. Bununla birlikte bu değerlendirmede pelvik bölgeyi olumsuz

etkileyen, genital ve penetratif ağrıya neden olabilecek mental bir sorun olması, yetersiz lubrikasyon veya menopoz sonrası, yaşa bağlı değişikliklerin dahil edilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (ICD -11). Eski tarihli olmakla birlikte, Lamont 1978 yılında vajinismusu evrelere göre sınıflandırmıştır (Lamont 1978). Pacik ise bu sınıflandırmaya Evre 5'i eklemiştir. Bu sınıflandırılmaların en önemli özelliği günümüzde de vajinismus tanısında yaygın olarak kullanılmakta olmasıdır (Pacik 2010). (Tablo 4).

Tablo 4. Vajinismus Sınıflaması (Lamont, 1978 ve Pacik, 2010).

EVRE	***AÇIKLAMA***
Lamont evre 1	Pelvik kaslar kasılıdır; ancak konuşulduktan sonra jinekolojik muayene yapılabilir.
Lamont evre 2	Hasta jinekolojik muayene için gevşeyemez.
Lamont evre 3	Kalçalar jinekolojik masada eleve olur, kaçınma reaksiyonu gösterir.
Lamont evre 4	Jeneralize kaçınma, kalçalar jinekolojik masada eleve olur, bacaklar kasılır ve hasta yukarı kaçar.
Pacik evre 5	Evre 4 + Viseral reaksiyonlar (palpitasyon, hiperventilasyon, terleme, titreme, kontrol edilemeyen titreme, bağırma, histeri, masadan atlamak isteme, bulantı, kusma vb)

2.9. Vajinisimus Gelişimini Etkileyen Faktörler ve Risk Grupları

Vajinismusun etiyolojisi net olarak bilinmemesine rağmen fiziksel / organik, psikolojik, sosyal ve kültürel, kişilerarası ilişkiler gibi birçok neden sıralanmaktadır (Akbulut ve ark. 2015).

2.9.1. Fiziksel / organik nedenler:

Vajinismusun etiyolojisinde psikolojik ve kültürel etmenlerin rolünün büyük olduğu bilinmesine rağmen ender olarak fiziksel nedenler ve organik faktörlerin de vajinismusun etiyolojisinde yer aldığı belirtilmektedir (Jeng 2004). Bu faktörlerin arasında konjenital hymen, vajinal anomaliler, vulvar ağrı ve hipertonik pelvik kas yapısı gibi faktörler rol oynamaktadır (Bergeron ve ark. 2015; TerKuile ve Weijenborg 2017).

2.9.2. Psikolojik nedenler:

Vajinismusun psikolojik nedenleri (1) Psikanalitik, (2) Psikodinamik ve (3) Bilişsel-davranışçı olmak üzere üç farklı yaklaşımla analiz edilmektedir. Psikanalitik yaklaşımda vajinismus kadının kendini korumak için oluşturduğu bir savunma mekanizması olarak

vurgulanırken, bu durumu çözümlenmemiş bilinçdışı çatışmanın sembolik dışavurumu olarak açıklamaktadır. Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre ise vajinismus ağrı beklentisi ile koşullanmış bir korku ya da anksiyete tepkisidir. Bu yaklaşıma göre penis yaklaştığında zararlı ya da hoş olmayan bir uyarana dönüşür ve ağrılı kasılmalarla birlikte kaçınma davranışına yol açmaktadır. Peneterasyonla ve ilişkili ağrıyla ilgili yoğun korku ve anksiyetenin birleşmesi ile cinsel ilişkiden kaçınma davranışları gelişmektedir (Reissing ve ark. 2003; Lahaie ve ark. 2010; Cherner ve Reissing 2013). Bununla birlikte bazı kadınlarda kızlık zarının kalın ve kapalı olduğu, penisin çok büyük olduğu, vajinal girişin gerçekleşmesiyle birlikte hastalık bulaşacağı ve kirlenecekleri konusunda gerçek dışı düşünceleri mevcuttur (Crowley ve ark. 2006; Doğan ve Özkorumak 2008). Bir diğer düşünce yorumunda ise, vajinismuslu kadınlarda psikoseksüel gelişim evrelerindeki penis kıskançlığının çözümlenmemesi sonucu erkeklere karşı bir kıskançlık ve düşmanlık düşüncelerinin olduğu vurgulanmaktadır (Kaplan 1974; Armağan ve Ergün 2011).

Bu yöndeki duygusal tepkiye benzer bir şekilde psikodinamik yaklaşıma göre ise vajinal yanıt geliştiren kadınların önemli bir bölümünde eş/partnere karşı kızgınlık yönündeki duygusal tepkimeler, değişken duygular bilinçli ya da bilinçdışı bir şekilde eş/partnerlerini mutsuz etmek amacıyla cinsel ilişkiye izin vermeme mekanizmasını aktive ettiklerini savunmaktadır (Yıldırım ve ark. 2011). Vajinismus tanısı alan kadınlarda fobik tepkiler, korkular önemli bir yere sahiptir ve göz ardı edilmemelidir. Korkulan uyaran ile karşılaşma sonucu gelişen anksiyete ile kaçınma davranışı tetiklenmektedir (Reissing ve ark. 2003). Vajinismus tanısı almış kadınları kapsayan bir çalışmada korku nedenlerinin sırasıyla, ağrı ve aşırı acı duyma korkusu (%57), aşırı kanama korkusu (%31), yırtılma/parçalanma korkusu (%11) ve iğrenme duygusu (%9) olduğu belirlenmiştir (Crowley ve ark. 2006). Vajinismus nedenlerinin psikolojik boyut değerlendirmeleri kapsamında geçmiş travmalar majör öneme sahiptir ve mutlaka değerlendirilmelidir. Çocukluk çağı cinsel travma ve istismarlar bireyin ileriki yaşam dönemlerinde yakın ilişki kurmada ve cinsel işlevlerde, düşük benlik algısı dahi birçok farklı soruna neden olduğu bilinmektedir (Reissing ve ark. 2003).

2.9.3. Sosyo-kültürel nedenler:

Bedensel, organik, psikolojik nedenler dışında sosyal, çevresel, kültürel faktörlerin, özetle toplumsal faktörlerin de cinsel işlev bozuklukları ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Vajinismus sorunu da benzer şekilde önemli ölçüde toplumsal durumdan etkilenmektedir. Cinselliğe dair sosyal, dini, kültürel boyut dendiğinde ilk akla gelen konulardan biri bekâret konusudur. Günümüzde birçok toplumda bekâret kavramı önemini korumaktadır. Bu toplumlarda bekâretini dışarıya karşı korumak, kapalı tutmak toplum içerisinde yüceltilmektedir (Ahmed

ve Bhugra 2007).

Bu yüceltme ile cinsellik konusundaki yasaklar, ilk gece korkusu, penisin vajinaya zarar vereceği, vajinanın yırtılabileceği, çok ağrı duyulacağı gibi yanlış inançlar yaygınlaşarak, baskın hale gelmiş ve bu yapılardaki toplumlarda vajinismusa güçlü bir zemin oluşturmuştur. Ülkemizde cinsellik açıkça konuşulmaktan kaçınılan bir konu olma özelliğini korumaktadır (CETAD 2007). Bu yeterli bilgi ve deneyimi olamayan çiftler, ilk gece gelinin bekaretini kanıtlama gibi geleneksel davranışların da eklenmesi ve oluşturulan baskı altında ilk cinsel ilişki deneyiminde yoğun kaygı altında yetersizlik yaşamaktadır (Reissing ve ark. 2004). Çevresel faktörlerden ayrı olmamakla birlikte kadının cinsellik hakkındaki olumsuz tutumları ve cinsel bilgi eksikliği de vajinismus gelişimi için uygun ortam oluşturmaktadır. Çocukluk döneminde itibaren kadının cinselliğin yanlış bir şey olduğuna inandırılarak yetiştirilmesi, cinselliğin bir günah olduğunu dayatan otoriter ebeveyne sahip olma ve ailenin iyi kızı olma durumu nun önemsenmesinin ve bu yöndeki mesajların verilmesinin vajinismus gelişiminde önemli rol oynadığı bilinmektedir (Reissing ve ark. 2003; Yıldırım ve ark. 2011).

2.9.4. Kişilerarası ilişkilerden ortaya çıkan nedenler:

Vajinismus, erkekte istenmeme ve reddedilme olarak yaşandığında; eşe yönelik şüphe, öfke ve kırgınlık yaşanmasına neden olabilmektedir. Eş/partneri vajinismus olan erkekler vajinismus erkeği tanımlanmaktadır. Bu erkekler genellikle anlayışlı, aşırı hoşgörülü bununla birlikte cinsel deneyimleri az, girişken olmayan, pasif ve iddiasız özellikleri ile ön plana çıktıkları belirtilmektedir (Davis ve Reissing 2007; Özdemir ve Çiydem 2020). Vajinismus tanısı almış kadınlar ve eşleri arasında cinsel işlev bozukluğu, aralarında söze dökülmeyen bilinçdışı bir anlaşma şeklinde sürdürülebilmektedir. Bu erkeklerin genellikle cinsel deneyimleri ve girişkenlikleri azdır (Kayır ve Şahin 1997). Vajinismus tanısı alan kadınların eşleri, eşinden uzaklaşma, eşine karşı öfke, kırgınlık, bekaret konusunda kuşku yaşama gibi davranışları gösterebileceği bulunmuştur (Dağ ve ark. 2012).

2.10. Dünya'da ve Türkiye'de Vajinismus Sıklığı

Vajinismusun en sık karşılaşılan cinsel işlev bozukluklarından biri olmasına rağmen toplum içindeki oranı bilinmemektedir. Cinselliğin toplum açısından bir tabu olarak görülmesi, bu konuda sorun yaşayan bireylerin sağlık kuruluşuna başvurmalarını geciktirmektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının cinsellik konusunu göz ardı etmeleri eksik, yetersiz tanıya neden olmaktadır. Konu ile ilgili prevelans çalışmalarında farklı oranlara ulaşılmıştır (Jayasuriya ve Dennick 2011; Dyer ve Nair 2013; Doğan ve ark. 2015; Achour ve ark. 2019). Vajinismusun genel popülasyondaki sıklığı, doğurganlık çağındaki kadınlar arasında yaklaşık %1 olarak tahmin edilmesine rağmen cinsel danışmanlara göre bu oran %6-15'e karşılık gelmektedir

(Collier ve Cour 2013). Dünya genelindeki vajinismus görülme sıklığı %1-6 olarak öngörülürken bazı orta doğu ülkelerinde bu oran %17' ye kadar çıkabilmektedir (Lahaie ve ark. 2010). İran'da 2019 yılında on çalışmayı kapsayan sistematik bir derlemede, genel kadın popülasyondaki vajinismus insidansı %0,4 ile %8 olarak bildirilmektedir (Sh ve ark. 2019). Vajinismus ve gebelik ile ilgili Tunus'ta yapılan çalışmada vajinismus prevalansına dair spesifik veriler olmamasına rağmen ülkedeki cinsel işlev bozuklukları konsültasyonlarının %10-%15' ini vajinismus oluşturduğu vurgulanmaktadır (Achour ve ark. 2019). Diğer ülkelere benzer, Latin Amerika'da ülkelerinde de vajinismus prevalans ve insidans çalışmaları sınırlıdır. Küçük bir gönüllü örneklem grubunda (n:57) Brezilya' da yapılan bir çalışmada kadınların %14'ünün vajinismus tanı kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir (Junqueira ve ark. 2005). Yine Brezilya'da gebelik öncesi, sırasında ve sonrasında 200 kadın ile yapılan bir diğer çalışmada, gebelik öncesi kadınların %16' sında vajinismus saptanmıştır (Bento de Lima ve ark. 2014). Bir diğer Latin Amerika ülkesi olan Honduras'ta Zabala ve ark. (2012) 1.651 kişilik evrenden rastgele oluşturulan 322 kişilik örneklem grubunda %20 oranında vajinismus tanılanmıştır (Zabala ve ark. 2012). Afrika ülkesi Gana'da ise 301 kadından oluşan randomize kontrollü bir çalışmada kadınların %68,1'inin vajinismus belirtileri gösterdiği saptanmıştır (Amidu ve ark. 2010). İtalya'da yapılan bir başka çalışmada cinsel kaygılar için telefon yardım hattını arayan kadınların %9'unun vajinismus ifade ettiği bildirilmiştir (Simonelli ve ark. 2010). Konu ile ilgili ülkemizde yapılan bazı bir meta-analiz çalışmasında cinsel ağrı / vajinismus bozuklukları %17,6 olarak belirlenmiştir (Karakaş ve ark. 2020). Cinsel işlev bozukluğu nedeniyle psikiyatri kliniğine başvuran kadınların değerlendirildiği bir çalışmada vajinismus oranı %73 olarak belirlenmiştir (Yıldırım 2017). Konya ili merkezinde yaşayan, 18-60 yaş grubu 945 evli kadını kapsayan bir çalışmada ise vajinismus oranı %15,3 olarak belirlenmiştir (Yılmaz ve ark. 2010). Zonguldak'ta ise 15-49 yaş grubu 517 evli kadında %45,5 oranında cinsel işlev bozukluğu belirlenirken bunun %67,3' ünü vajinismus oluşturduğu belirtilmiştir (Ozturk ve ark. 2012).

2.11. Vajinismus Tanı ve Tedavisi

Vajinismus tanı ve tedavisinde jinekolojik değerlendirme ve ayrıntılı anamnez tedavinin etkin yönetimi ve başarılı tedavisinde temel koşuldur (Eserdağ ve Anğın 2020). Vajinismus tanısı jinekolojik muayene esnasında belirlenen DSM-V'de penetrasyon bozuklukları için belirtilen tanı kriterleri kullanılmaktadır. Buna göre aşağıdaki durumlardan en az birine altı ay boyunca sürekli veya tekrarlayan biçimde maruz kalmış olma belirleyici olarak kabul etmektedir;

1. Vajinal giriş/birleşmenin olmaması
2. Vajinal giriş/birleşme denemelerinde belirgin vulvovajinal / pelvik ağrı

3. Vulvovajinal veya pelvik ağrıyla ya da vajinal giriş ile ilgili belirgin korku / kaygı
4. Vajinal giriş/denemesi sırasında pelvik taban kaslarında belirgin gerginlik/ kasılmanın olmasıdır (Köroğlu 2014).

İdeal vajinismus tedavi ortamı, kadın ile eş/ partnerlerinin vajinismusun çok yönlü boyutu (organik, psikolojik, sosyal, kültürel) konusunda farkındalık kazandıracak özellikte olmalıdır. Kadın özelinde ise, yaşı, cinsel ilişki geçmişi, sosyokültürel özellikleri (cinsiyet kimliği, etnik kökeni, sosyal sınıfı, dini, engellilik durumu, aile yapısı gibi), stres etkenleri (işsizlik, yaşam içerisinde yaşanan önemli olaylar gibi), inançlar gibi birçok faktör dikkate alınmalı ve değerlendirilmelidir (Melnik ver ark. 2012).

Cinsel işlev bozukluğunun değerlendirilmesi amacıyla başvuran hastalara öncelikle eksternal genital yapıların muayenesi (kas dokusu, lezyon varlığı ve skarlar gibi) monomanuel ve/veya bimanuel muayene ile vajinal hassasiyet değerlendirilmektedir (Moore 2012). Kadının jinekolojik muayene esnasında kasılma derecesine göre Lamount' un vajinismus sınıflandırılması kullanılarak tanı konulmaktadır (Eserdağ ve Anğın 2020).

Günümüzde vajinismus tedavisinde ön plana uygulamalar şöyle sıralanmaktadır;

2.11.1. Botulinum Toksin Enjeksiyonu:

Botulinum toksin enjeksiyonları vajinismus tedavisinde pelvik taban kaslarına, genel olarak levator ani kasının dört farklı noktasına uygulanmaktadır (Pacik 2014). Botulinum toksin enjeksiyonları hücre içi asetilkolin veziküllerinin presinaptik düzeyde hücre zarına bağlanmasını engelleyen bir polipeptittir. Etkilenen kaslara enjekte edilen botulinum toksini, çeşitli etki mekanizmaları yoluyla kas spazmlarını ve ağrıyı azaltır (Jeynes ve Gauci 2008). Botulinum toksin enjeksiyonlarının vajinismus tedavisindeki etkinliğinin incelendiği çalışmada enjeksiyonları vajinismusu azalttığı, hastanın cinsel ilişkisini normalleştirdiğini bulmuşlardır (Velayati ve ark. 2019).

2.11.2. Vestibülektomi:

Vajen girişinde bulunan hymeninde olduğu bölgeye bölge olarak ifade edilmektedir. Vebülektomi 1981 yılında ilk defa tanımlanmış, perineal deri, posterior vulvar vestibül ve posterior hymenal ringin semisirküler segmentinin çıkarılması olarak tanımlanmasına rağmen ve zaman içinde bu tanım değişime uğramıştır. Literatürde sınırlı sayıda randomize kontrollü çalışmadan yola çıkarak kronik vulvar ağrı ve disparoni karakterize olan vulvar vestibülit sendromu ağrı döngüsünden dolayı vajinismusu tetikleyebilmektedir. Bundan dolayı tedavisinde kolay, güvenli ve konforlu olan vestibülektomi operasyonu kullanılmaktadır (Swanson ve ark. 2014; Das ve ark. 2020).

2.11.3. Hymenektomi:

Kadınlarda hymen farklı şekilderde görülebilmektedir. Bunlar hymen cribriformis (delikli kızlık zarı), yüksek kenarlı veya hymen imperfore (tamamen kapalı) olabilir. Hymenin bu şekilde olan yapısal olarak anomalisinin vajinismus için bir etken olduğu öne sürülmektedir. Bu yüzden bazı vajinismus vakalarının tedavisinde hymenektomi tercih edilmektedir (Crowley 2006; Dansuk 2011).

2.11.4. Pelvik Taban Egzersizleri:

Pelvik taban egzersizlerinin etkisi biyopsikososyal ağrı kavramına dayanmaktadır. Bu egzersizlerin doğru ve etkin yapılması, hastanın bu konuda eğitimine bağlıdır. Bu yöntemde cinsel bilgi ve eğitim, gevşeme teknikleri, cinsel imgeleme ve egzersizler ile ağrıya yönelik irrasyonel inançlara odaklanmaktadır. Bu eğitimlerde, vajinal esnekliği arttırmak amacıyla vajinal masaj ve germe teknikleri, dış genital organın anatomisi, cinsel siklus döngüsünün ve pelvik taban kaslarının görevleri hakkında hastaya bilgi verilmektedir (Bergeron ve ark. 2015). Reissing ve ark. (2013) vajinismus tanılı kadınlar (n:117) ile pelvik taban egzersizinin vajinismus üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan deneysel bir çalışmada pelvik taban egzersizlerinin, cinsel ilişki, jinekolojik muayene ve tampon kullanımı sırasında oluşan ağrı ve korkunun önemli ölçüde azaltığını saptamıştır (Reissing ve ark. 2013).

2.11.5. Cinsel Terapi:

Vajinismus tedavi sürecinde en önemli tedavi alanlarından biri cinsel terapidir. Cinsel terapi çiftlerin birbirleri arasındaki iletişim becerilerini geliştirerek eşler arasında duygusal yakınlığın geliştirilmesine odaklanmaktadır (Uğurlucan ve Özgör 2016; Dişsiz ve ark. 2019). Ayrıca cinsel terapiler bireyde yaşanan performans kaygılarını, uyarılma ve orgazm yaşamada yaşanan sorunlar, cinsel korkuyu, cinsel ağrıyı çözmeye odaklanmaktadır (Ramanathan ve Redelman 2020).

2.11.6. Psikoterapi:

Psikoterapi alanında uzman hekimler, hemşireler ve ebeler tarafından uygulanmaktadır. Psikoterapi tedavisinde ilk basamakta vajinismus tanılı kadınların cinsellik hakkında bilgilendirilmesi ve anksiyete düzeyinin azaltılması amaçlanmaktadır. Terapi sürecinde amaç hastaların davranışlarını etkileyen korku gibi duygularını anlamalarını sağlamak ve bunun sonucunda kaçınma davranışlarının değiştirilmesine yardımcı olmaktadır (Masheb ve ark. 2009). Bireysel anlamda piskoterapi seansları bununla birlikte grup psikoterapileri uygulanmaktadır. Tedavinin uzun sürmesi bu uygulamanın en önemli dezavantajları arasındadır. Ancak özellikle vajinismusla başvuran hastalarda iç görü kazandırma odaklı kısa grup psikoterapileri, kişilerarası ilişkilerin gelişmesine ve bunun bir sonucu olarak partnerine ve kendine olan güveninin artmasına katkı sağlamaktadır (Ambrosetti 2019).

2.11.7. Bilişsel-Davranışsal Terapi ve Dilatör Kullanımı:

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) düşüncelerimizin, ne hissettiğimizi ve nasıl davrandığımızı belirlediğini vurgulayan yapılandırmış bir terapi şeklidir. Temellerini öğrenme kuramları ve bilişsel psikoloji ilkelerinden alan BDT bilişsel, davranışsal yöntemler ve sorun çözme becerilerine yönelik yaklaşımları kapsamaktadır (Özcan ve Çelik 2017). Bu özelliklerinden dolayı vajinismus sorunu yaşayan kadınlarda önemli katkı sağladığı bilinmektedir (Lowth 2017). Günzler ve Berner'de yaptıkları sistematik derlemede BDT'lerin cinsel işlev bozuklukları üzerinde etkili olduklarını vurgulamaktadır (Berner ve Günzler 2012).

BDT tedavisiyle birlikte yürütülen bir diğer yöntem dilatör kullanımıdır.

Literatürde dilatör kullanımı ile ilgili randomize kontrollü çalışma olmamasına rağmen birçok klinisyen dilatör kullanımının vajinismus tedavisinde dilatasyonun sağlanması ile psikolojik olarak penetrasyon kaygısının üstesinden gelmede kadına yardımcı olduğu konusunda görüş birliği içindedir (Aslan ve ark. 2020). Kademeli olarak kullanılan dilatörler, boyutların büyümesi ile vajinanın gerilmesine yardımcı olmakta ve kadının vajinal penetrasyon sırasında rahatlamasına zemin sağlamaktadır (Anğın ve ark. 2020) ancak bilgi yetersizliğinden dolayı birçok kadın dilatörleri yanlış kullanmakta ve tedavi başarısızlıkla sonuçlanabilmektedir (Pacik 2014).

2.11.8. Hipnoterapi:

Hipnoz, kişinin bilinçaltının telkin alabilir hale gelmesi, yönlendirilebilmesi olarak tanımlanmaktadır. En az üç en fazla sekiz seans olmak üzere uygulanması önerilmektedir. Çiftlere hipnoterapi hakkında bilgi verildikten sonra haftada bir olacak şekilde hipnoterapi görüşme planı yapılmaktadır. İlk seansta genellikle gevşeme hipnozu uygulanmaktadır. Amaç kadının rahatlaması ve kendini iyi hissetmesidir. Bir sonraki seansa kadar cinsel ilişki yasağı konulur, ikinci seansta pozitif imajinasyonla ego güçlendirici telkinler verilmektedir. Üçüncü seansta ise, hipnoterapi esnasında pozitif imajinasyon ile kadının aktif ve kontrolün tamamen kendisinde olduğu bir cinsel ilişkiyi eşiyle birlikte yaşamasını hayal etmesi sağlanmaktadır. Bu basamağın tamamlanmasını takibenden cinsel birleşme gerçekleşmediğinde seanslara devam edilmesi önerilmektedir (Ambrosetti 2019; Dişsiz ve ark. 2019).

2.12. Cinsel Distres ve Cinsel Yaşam Kalitesi

Buraya kadar açıklandığı üzere vajinismus çok nedenli, kapsamlı bir durumdur ve kadının, eşi/partnerinin yaşantısını önemli ölçüde etkilemektedir. Yaşadığı sorunu eşi/partnerine dahi ifade etmekte zorlanan kadın kendi içinde, kendisi ile de bedensel, ruhsal, sosyal bir zorlanma süreci yaşamaktadır (Dağ ve ark. 2012). Vajinismus sorunu ile yakından ilişkili cinsel distres boyutunun ve bu sorunların bir sonuç yansıması olarak cinsel yaşam kalitesinin belirlenmesi

kadının durumu, bireysel gereksinimleri odaklı eğitim, danışmanlık, bakım ve tedavi açısından büyük önem taşımaktadır (Desrochers ve ark. 2008). Bireyin cinsel ilişki ile ilgili olarak pozitif veya negatif durumları subjektif olarak değerlendirmesi, cinsel yaşam memnuniyetinin çerçevesini oluşturmaktadır. Kadın cinselliği üzerinde toplumsal kontrolün baskın olması kadınların cinsel ilgi ve aktivitelerini kısıtlamalarına, cinsel arzularını bastırmalarına, cinsel ilişkilerde sorumluluk almamalarına neden olmaktadır. Kadınların cinsel ilgi duyma, ilişkilerinde suçluluk ve utanç duygusunun gelişmesi ile birlikte cinsellik kadın açısından sıkıntı (distres) kaynağı haline gelmektedir. Kadın cinsel işlev bozukluğuna zemin hazırlayan bu kaygı durumu, cinsel distres, olumsuz duygular ve cinsel aktivite hakkında endişe ile karakterize olup cinsel işlev sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (Derogatis ve ark. 2002). Cinsel sıkıntı durumu olarakta tanımlanan cinsel distres kavramı ile vajinismus ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında, cinsel sıkıntı (distres) durumunun evlilik doyumunu olumsuz etkilediği vurgulanmaktadır (Ürkmez 2018).

Yaşam kalitesi bireyler için önemli kavramlardan biridir. Yaşam kalitesine etkide bulunan birçok etken bulunduğu bilinmektedir Ayrıca bireylerin yaşamında cinsel fonksiyonlar sağlık ve yaşam kalitesinden önemli rol oynamaktadır (Lee ve ark. 2016). Örneğin cinsel mitlerin, cinsel işlev bozukluğu üzerinde hazırlayıcı, başlatıcı ve pekiştirici etkisi söz konusudur. Bu mitlerin değiştirilmesi, doğru bilgilerin öğretilmesi, cinsel sağlık sorunlarının çözümünde önemlidir. Cinsel sorunların çözümlenmesi ile yaşam kalitesi de olumlu yönde gelişecektir (Gülsün ve ark. 2005). Yaşam kalitesi, cinsel yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Cinsel yaşam kalitesi kısaca, bireyin cinsel ilişkiden memnun olup olmadığı şeklinde tanımlanmaktadır (Öksüz ve Malhan 2006).

Kadının cinselliği ve cinsel sağlığı yaşam koşullarından etkilendiği gibi, cinsel sağlıktaki değişim de kadının tüm yaşamını, genel sağlık durumunu etkilemektedir (Gülsün ve ark. 2005; Tuğut ve Gölbaşı 2010). Bu durum yaşam kalitesini ile de doğrudan ilişkilidir (Gülsün ve ark. 2005). Cinsel yaşam kalitesi bireyin cinsellikle ilgili pozitif veya negatif durumları, fiziksel veya duygusal değerlendirmelerine dayanmaktadır (Carpenter ve ark. 2015).

Önceki yıllara göre cinsellik ve cinsel sağlık konularına giderek artan ilgi ile kadın cinselliği ve kadınların cinsel yaşam kalitesini araştırmaya yönelik araştırmalar da önem kazanmıştır (Nazik ve Eryılmaz 2011). Genel anlamda cinsel işlev bozuklukları kadınlarda anksiyete, depresyon ve strese gibi durumlar ve sorunlara neden olmaktadır. Bu etkenler de cinsel yaşam kalitesinin bozulmasına önemli rol oynamaktadır (Carpenter ve ark. 2015). Cinsel yaşam kalitesinin, eş/çiftler arasındaki bağlanma şekilleriyle de ilişkili olduğu belirtilmektedir. Yüksek kaygılı ve kaçınmacı bağlanma stillerine sahip eşlerin, daha fazla

cinsel memnuniyetsizlik ifade ettiği belirtilmektedir (Butzer ve Campell 2008). Yüksek seviyede kaçınmacı stilde bağlanan eşlere sahip bireyler, evliliklerinde cinsellikten daha az tatmin olduklarını belirtmektedirler. Bunun nedeni kaçınmacı bağlanma stiline sahip bireylerin, cinsellik hakkındaki caydırıcı düşüncelere sahip olmaları, cinsel yakınlık, samimiyet gibi konularda rahatsızlık duymaları olarak belirtilmektedir (Birnbaum ve ark. 2006). Ülkemizde Doğan ve ark. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, cinsel yaşam kalitesi, mutluluk ve yaşamdan memnuniyet arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre 18-63 yaş arası toplam 204 kadın grubunda cinsel yaşam kalitesinin mutluluk ve yaşam memnuniyeti arasında doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla, kadınlarda cinsel yaşam kalitesi, mutluluk ve yaşamdan alınan haz ve memnuniyet açısından önemli bir parametre olarak belirlenmiştir (Dogan ve ark. 2013). Tuğut ve Gölbaşı (2010) ise cinsel yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracına olan gereksinimi vurgulamış ve bu kapsamda 2005 yılında Symonds ve ark., tarafından geliştirilen Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmışlardır (Symonds ve ark. 2005; Tuğut ve Gölbaşı 2010).

2.13. Vajinismus Tanı ve Tedavisinde Ebenin Rolü

Önceki bölümlerde açıklandığı üzere vajinismus farklı nedenlerle, farklı mekanizmalarla, farklı özellikler ve özgeçmişe sahip bireylerde görülen çok faktörlü bir durumdur. Bu nedenle tedavi sürecinde jinekolog, cinsel terapist, psikiyatrist, hemşire ve ebeden oluşan multidisipliner bir yaklaşım izlenmelidir. Birinci adım organik (anatomik, metabolik ve enfeksiyöz) kökenli olduğu saptanan sorunlar tedavi edilmesini kapsamaktadır. Kadınlar, normal cinsel işlev ile ilgili fizyolojik değişiklikler konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir (Moore 2012). Bir bütün olarak tedavi süreci değerlendirildiğinde vajinismus tedavisinde temel amaç, sadece cinsel ilişki sırasında ortaya çıkan ağrı, anksiyete, kas kasılmalarının giderilmesi değil kadının cinsel doyum/tatminin de yükseltilmesidir (Moore 2012; Zarski ve ark. 2018). Bu anlamda kapsamlı bir yaklaşım cinsel distresin azaltılması / giderilmesine ve cinsel yaşam kalitesinin de yükseltilmesine katkı sağlayacaktır (Dişsiz ve ark. 2019).

Lamont ve ark. 2018 yılında kadınların cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesi ve cinsel işlev bozukluklarının tedavisine yönelik sağlık personellinin üzerinde durması gereken noktaları kapsayan bir yönerge yayınlamışlardır (Lamont ve ark. 2018). Bu yönergede sağlık profesyonellerinin cinsel işlev bozuklukları konusunda dikkat etmeleri gereken noktalar şöyle sıralanmaktadır;

- Çocuk ve ergenlere normal cinsel gelişim modelleri hakkında bilgi verilmelidir

- Ergenlik çağında bulunan kadınların cinsellikle ilgili endişelerini olumlu mesajlarla desteklenmelidir
- Hizmet verdikleri verdikleri alanlarda kadınların cinsellikle ile ilgili konuşurken kendilerini rahat hissedebilecekleri bir ortam oluşturmalıdırlar
- Kadınların cinsel endişeleri hakkında onları bilgilendirmeli, cinsellik ile ilgili eğitim programları düzenlemelidir
- Sağlık personelleri kadının cinsel işlev bozukluğundan rahatsızlık duyması durumda tedavi için gerekenleri yapmalıdır.
- Kadınların cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek ve yönetmek için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmalıdır.

Lamont ve ark. 2018 yönerge kapsamında belirttiği tüm başlıklar toplumun tüm katmanlarına ulaşmayı ve cinsel sağlığı geliştirmeye odaklı çalışmalardır (Lamont ve ark. 2018). Ebeler ve hemşireler sağlık ekibinde kadınlarla yakın ve doğrudan ilişki kuran, özellikle birince basamak sağlık hizmetlerinde kadınların ilk karşılaştıkarı danışmanlık ve eğitim aldıkları profesyonel sağlık personelleridir (Lahaie ve ark. 2010). Bu nedenle sağlık profesyonlerinin multidisipliner bir şekilde cinsel işlev bozukluklarını ele almaları, ayrıntılı tanılama yapmaları, uygun tedavi yöntemini seçmleleri ve çiftlere soruna yönelik danışmanlık yapmaları gerekmektedir (Çelik Bilgiç 2012). Özellikle ebelerin kadın cinsel işlev bozukluklarını erken dönemde saptayabilmesi, vajinismus tanılı hastalarda tedavi sürecinin yönetimi ve desteklenmesinde, sağlık eğitimi, danışmanlık, vaka yönetmi gibi rolleri ile kadın yaşam kalitesinin yükselmesine katkı sağlayacaklardır (Demirezen 2006; Demirezen ve Karaçam 2021). Ebelerin ve hemşirelerin vajinismus tanı ve tedavisinde kişilere yönelik izleyebilecekleri bakım basamakları şöyle sıralanmaktadır:

2.13.1. Risk Gruplarını Belirlemek

Sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında ebeler ve hemşireler yer almaktadır. Bu yüzden cinsel sağlığı genel sağlığın bir bileşeni olarak görmeli ve karşılaştıkları her bireyi cinsel sağlık açısından değerlendirmelidirler. Sağlık profesyonellerinin bu değerlendirilmesinden sonra farkında olunmayan veya farkında olunup tedaviden çekinen bireylere daha rahat bir şekilde ulaşılabilecektir. Bu şekilde kadınların cinsel sağlık açısından değerlendirilmesi son derece önemlidir (Reissing ve ark. 2003; Dişsiz ve ark. 2019).

2.13.2. Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesini Yapmak

Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesinde ilk adım ayrıntılı ve sistematik bir cinsel ve tıbbi öykünün alınmasıdır. Cinsel ve tıbbi öykü almak, problemin tanımlanması, olası risk faktörlerinin ve etiyolojik faktörlerin ortaya çıkarılması olanağını sağlar. Cinsel fonksiyonları

değerlendirecek ebe veya hemşirenin bireye özgü yöntemler ile değerlendirmelidir. Ayrıca değerlendirecek ebe veya hemşire cinsel işlev bozukluklarını tanımlayabilmeli, bireylerin cinsellik konusunda konuşurken kendileri rahat hissetmesini sağlamalı ve cinsellik konusunda yeterli bilgiye sahip olmalıdır (Çelik Bilgiç 2012; Dişsiz ve ark. 2019).

2.13.3. Araştırma Yapmak

Vajinismus genel popülasyon içindeki oranı, tedavi yöntemlerinin başarısı, hastaların sorunları, ebelerin veya hemşirelerin üzerine düşen sorumluluklar gibi konularda oldukça sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Uğurlucan ve Özgör 2016). Bu durum cinsel işlev bozukluğuna sahip olan bireylerde soruna yönelik tedavi etme girişimlerine engel olmaktadır. Bundan dolayı ebeler veya hemşireler tarafından iyi tasarlanmış ve güncel çalışmalar incelenerek konuya ışık tutmalıdır (Dişsiz ve ark. 2019).

2.13.4. Eğitimci ve Danışman Rolünü Üstlenmek

Cinsel eğitim ömür boyu devam eden bir öğrenme sürecidir. Öğrenme aile içinde başlar ve çevredekiler aracılığıyla devam eder. Profesyonel bir ebe veya hemşirenin verebileceği cinsel sağlık eğitimleri bilgi eksikliğini gidermek, yanlış olumsuz bilgilerin düzeltilmesinin sağlaması gibi düzeltmeleri hedeflemelidir. Bundan dolayı hizmet içi eğitimler ile sağlık profesyonellerinin eğitilmesi için gereken düzenlemeler yapılmalıdır (Çelik Bilgiç 2012).

2.13.5. Bakım Verici Rolünü Üstlenmek

Vajinismusa sahip kadınlara bakım verilirken kadının bireysel farklılıklarına özgü bir şekilde bakım planı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır (Dişsiz ve ark. 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Tanımlayıcı ilişki arayıcı nitelikteki bu çalışmanın amacı merkezde tedavi sürecine başlamamış ve merkezde jinekolojik muayene sonrası vajinismus tanısı alan hastaların özelliklerini (sosyodemografik bilgiler, sağlık bilgileri, vajinismus derecesi ve cinsel yaşantıya dair bilgiler, aile etkileşimi ve korkulara ilişkin bilgiler) belirlemek ve bu durumun cinsel distres ve cinsel yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemektir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul il sınırları içerisinde bulunan kadınlarda cinsel işlev bozuklukları konusunda uzmanlaşmış özel bir klinikte yürütülmüştür. Kliniğin kurucusu, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olup cinsel işlev bozuklukları alanında spesifik uzmanlığa sahip bir hekimdir. Klinikte multidisipliner anlayış içerisinde üç kadın doğum uzmanı, bir klinik psikolog, iki hemşire ve bir ebe çalışmaktadır. Veriler toplama süreci 15.12.2020-15.03.2021 tarihleri arasında tek merkezde tamamlanmıştır.

Araştırma merkezinin seçiminde;

1. Merkezin kadın cinsel işlev bozukları konusunda uzmanlaşmış bir merkez olması,
2. Yılda ortalama 500 kadının merkeze cinsel işlev bozukluğu ile başvurması,
3. Klinik ortamının hastalar ile görüşme yapmaya uygun olması,
4. Araştırmacının kurumda aktif ebe olarak çalışması ve hastalara ulaşma olanağının olması, kurum işleyişini bilmesi etkili olmuştur.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın örneklemini İstanbul İl'inde kadın cinsel işlev bozuklukları alanında uzmanlaşmış özel bir kliniğe gelen ve klinikte kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından yapılan jinekolojik muayene ve değerlendirmeler sonucunda yeni Vajinismus tanısı alan, henüz tedavi sürecine başlamamış kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın evrenini, Türkiye'nin farklı bölgelerinden gelen yıllık yaklaşık 500 kadın oluşturmaktadır. Muayene sonucunda vajinismus tanısı alan ve görüşmeyi kabul eden

kadınlar aynı gün araştırmanın örneklem grubunu oluşturmuştur. Evreni temsil kaygısı hedeflenmeyen bu çalışmadan amaçlı örnekleme ilkeleri uygulanmış vajinismus tanısı alan ve görüşmeyi kabul eden hastalar örneklem grubuna alınmıştır. Örneklem sayısı Raosoft hesaplayıcı programı ile hesaplanmış olup, katılımcı popülasyonunun 500 kişi olmasından dolayı %5 hata payı, %95 güven aralığı ve %50 yanıt dağılımı dikkate alınarak ulaşılması hedeflenen minimum örneklem sayısı 218 olarak belirlenmiştir. Çalışma bulgularımız toplam 218 kadına ait verileri yansıtmaktadır.

3.3.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri

- Araştırmanın yapıldığı merkezde vajinismus tanısı almış olmak,
- Daha önce bu merkezde tedaviye başlamamış olmak,
- Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek,
- Soruları anlama ve kendini ifade edebilecek yeterlilikte olmak.

3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

- Merkezde daha önceden vajinismus tanısı almamış olmak,
- Vajinismus tedavisine başlamış veya devam ediyor olmak,
- İletişim kurmayı engelleyen herhangi bir soruna sahip olmak (Türkçe bilmemek, işitme, konuşma ve anlama yeteneklerinde bozukluğa sahip olmak gibi).

3.3.3. Araştırmanın Değişkenleri

3.3.3.1. Bağımsız Değişkenler

Vajinismus tanılı kadınların sosyodemografik bilgileri, sağlık bilgileri, vajinismus derecesi ve cinsel yaşantıya dair bilgiler, aile etkileşimi ve korkulara ilişkin bilgiler çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.3.3.2. Bağımlı Değişkenler

Kadın Cinsel Distres Durumu, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği total puanı çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.4. Araştırma Soruları

- Araştımaya katılan vajinismus tanılı kadınların sosyodemografik özellikleri nedir?
- Vajinismus tanılı kadınların sağlık bilgileri nedir?
- Vajinismus derecesi ve cinsel yaşantıya dair bilgiler nedir?
- Vajinismus tanılı kadınların aile etkileşimi ve korkuları nelerdir?
- Vajinismus tanılı kadınların cinsel distres durumu ne düzeydedir?
- Vajinismus derecesine göre cinsel distres düzeyi farklı mıdır?
- Vajinismus tanılı kadınların cinsel distresi nelerden etkilenmektedir?
- Vajinismus tanılı kadınların cinsel yaşam kalitesi ne düzeydedir?
- Vajinismus tanılı kadınların cinsel yaşam kalitesi nelerden etkilenmektedir?
- Vajinismus derecesine göre cinsel yaşam kalitesi farklı mıdır?
- Vajinismus derecesi ile cinsel distres düzeyi ve cinsel yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler üç farklı veri toplama aracı yardımı ile alınmıştır. Bunlar;

- Bilgi Formu (EK-1)
- Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri (EK-2)
- Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden (EK-3) oluşturmaktadır.

3.5.1. Bilgi Formu

Bilgi formu, literatür bilgileri ışığında (Gölbaşı ve ark. 2014; Aslan ve ark. 2020). (EK-1) oluşturulan toplam 40 sorudan oluşmaktadır. Bu kapsamki bilgiler dört başlık altında toplanmıştır. Bunlar sırasıyla;

- Sosyodemografik bilgiler (Soru 1 – 8)
    - Yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu.
- Sağlık bilgileri (Soru 1 – 6)
    - Doğum sayısı, tanı konmuş hastalıklar, kullandığı aile planlaması yöntemi, kullanılan ilaçlar.
- Vajinismus derecesi ve cinsel yaşantıya dair bilgiler (Soru 1 – 10)

- Cinsel partner sayısı, ilk cinsel ilişki yaşı, ilk cinsel ilişki sırasındaki ağrıyı tanımlama durumu, cinsel ilişki sıklığı, mastürbasyon yapma durumu ve başlama yaşı, cinsel ilişkide ön sevişme süresi/yoğunluğu, vajinismus tedavi arayışı, başvurduğun uzmanın özelliği ve vajinismus derecesi.

Vajinismus derecesine ait bilgi dışındaki tüm veriler kadının bireysel raporlandırmasına dayanmaktadır. Cinsel yaşama ilişkin bilgiler başlığı altında yer alan vajinismus derecesi araştırmacı tarafından, muayene sırasında hekim değerlendirmesi doğrultusunda Lamont (1978) ve Pacik (2010) vajinismus değerlendirme kriterleri doğrultusunda kaydedilmiştir (Bkz, Tablo 4). Buna göre vajinismus derecesi aşağıda verilen belirti ve bulgular doğrultusunda belirlenmiştir;

- Lamont evre 1: Pelvik kaslar kasılıdır; ancak konuşulduktan sonra jinekolojik muayene yapılabilir.
- Lamont evre 2: Hasta jinekolojik muayene için gevşeyemez.
- Lamont evre 3: Kalçalar jinekolojik masada eleve olur, kaçınma reaksiyonu gösterir.
- Lamont evre 4: Jeneralize kaçınma, kalçalar jinekolojik masada eleve olur, bacaklar kasılır ve hasta yukarı kaçar.
- Pacik evre 5: Evre 4 + Viseral reaksiyonlar (palpitasyon, hiperventilasyon, terleme, titreme, kontrol edilemeyen titreme, bağırma, histeri, masadan atlamak isteme, bulantı, kusma vb)

- Aile etkileşimi ve korkulara ilişkin bilgiler (Soru 1 - 16)
  - Hep çocuk kalma isteği, anne ve babasıyla ile bağı, ailede baskın ebeveynin kim olduğu, koruyucu aile yapısı durumu, ailenin iyi kızı olmaya verdiği önem, dini inançların baskın olduğu ailede büyüme, cinsellik ile ilgili olan ve olmayan korkuları gibi sorular yer almaktadır.

3.5.2. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği (FSDS-R=KCDÖ-R)

Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği, Derogatis ve ark. (2008) tarafından Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS- R) ismi ile cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarda cinsellikle ilgili kişisel sıkıntıyı ölçmek için geliştirilmiştir. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği, Aydın ve

ark. (2016) tarafından Türkçe' ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Birçok çalışmada cinsel sıkıntı ifadesi, cinsel distres olarakta kullanılmaktadır. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği, kadınlarda cinsel işlevle birlikte olan subjektif stres ve psikolojik etkilenmeyi toplam 13 maddelik sorularla değerlendiren ve kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu durumunu tanılamada kullanılan 5 maddelik likert tipi bir ölçektir. Sorulara verilen cevaplar sıklık durumuna göre asla 0, nadiren 1, bazen 2, sık sık 3 ve her zaman 4 olarak puanlanmaktadır. Katılımcının alabileceği puan 0 – 52 arasında değişmekle birlikte, puan artışı kadının cinsel sıkıntısının arttığı yönünde değerlendirilmektedir. Türk kadınlarını kapsayan bir çalışmada ölçeğin kesim noktası ≥11,5 olarak önerilmiş ve bu noktadan itibaren cinsellikle ilgili kişisel sıkıntı varlığı olarak tanımlanmaktadır (Aydın ve ark. 2016). Ölçeğin özgün formunda, Cronbach Alpha katsayısı 0,86 (Derogatis ve ark. 2008), Türkçe formunda ise 0,98 olarak bulunmuştur (Aydın ve ark. 2016). Çalışmamızda ise ölçeğin toplam Cronbach Alpha katsayısı 0,95 olarak belirlenmiştir.

3.5.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (SQLQ-F=CYKÖ-K)

Kadınların cinsel yaşam kalitesi Symonds ve ark. (2005) geliştirilen ve 18-65 yaş grubu kadınlara uygulanan Sexuality Quality of Life Questionnaire-Female ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması ve geçerlik, güvenilirlik çalışması Tuğut ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmış ve cronbach α değeri 0,83 olarak belirlenmiştir. Ölçek altılı likert tipte toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Katılımcının soruları son dört hafta içindeki cinsel yaşamını düşünerek cevaplandırması beklenmektedir. Cevaplar 1 – 6 arasında sıklık duruma göre tamamen katılıyorum 1, büyük ölçüde katılıyorum 2, kısmen katılıyorum 3, kısmen katılmıyorum 4, büyük ölçüde katılmıyorum 5 ve hiç katılmıyorum 6 olarak puanlanmaktadır. Bireyin ölçekten alabileceği puan 18-108 arasındadır. Cinsel yaşam kalitesi ölçek puanının yüksek olması, cinsel yaşam kalitesinin de yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Tuğut, Gölbaşı, 2010). Çalışmamızda ölçeğin toplam Cronbach Alpha katsayısı 0,82 olarak belirlenmiştir.

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS for Windows (Version 21.0, Statistical Package for Social Sciences) programı ile analiz edilmiştir. Verilerin dağılımı Shapiro

Wilk Testi ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın istatistiksel analizinde ele alınan sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değerleriyle, kategorik değişkenler frekans ve yüzde değerleri ile gösterilmiştir. Bağımsız üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında, normal dağılıma uyan değişkenler için One-way ANOVA (One-way Analysis of Variance) analizi, normal dağılıma uymayan değişkenler için Kruskal-Wallis H test kullanılmıştır. Anlamlı fark tespit edilen bulgular için gruplar arasındaki farkları tanımlamada, normal dağılıma uyan değişkenler için LSD (Least Significant Difference) post-hoc testi, normal dağılıma uymayan değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinin güvenilirlik analizi için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinin ile yaş, beden kitle indeksi, doğum sayısı ve cinsel yaşam özellikleri arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Korelasyon katsayısı (r) 0,00-0,30 çok zayıf veya ihmal edilebilir ilişki, 0,30-0,50 zayıf ilişki, 0,50-0,70 orta derecede ilişki, 0,70-0,90 güçlü ilişki ve 0,90-1,00 çok güçlü ilişki olarak yorumlanmıştır. Tüm analizlerde $p<0,05$ (iki yönlü) değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 5: Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Parametreler	Analiz Yöntemi
Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların analizi	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma Chi-squared test
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının analizi ve karşılaştırılması	One-way ANOVA, LSD, Kruskal-Wallis H test, Mann-Whitney U test
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile yaş, beden kitle indeksi, doğum sayısı arasındaki ilişkinin analizi	Pearson Korelasyon Analizi
Katılımcının beden kitle indeksi, cinsel ilişki sıklığı ve ilk cinsel ilişki deneme yaşının Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puanı üzerindeki etkisi Katılımcının yaş ve partner sayısının Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı üzerindeki etkisi	Regresyon Analizi
Ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığı	Cronbach's Alfa Güvenirlik Katsayısı

3.7. Araştırmanın Yasal ve Etik Yönleri

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu' ndan 08/12/2020 tarihinde 74555795-050.01.04-2020-27 Sayılı (EK-5) yazı ile belirtildiği bir şekilde izin alınmıştır. Çalışmaya katılan kişilere araştırmacının kimliği, araştırmanın amacı, katılımcıdan alınan bilginin nerede ve nasıl kullanılacağı ayrıntılı olarak Helsinki Bildirgesi' nde bulunan kurallar uyularak belirtilmiştir. Katılımcılar, formlarda yazılan tüm bilgilerin araştırmacılar tarafından gizliliğinin korunacağını ve yalnızca bilimsel araştırmada kullanılacağı konusunda bilgilendirilmişlerdir. Katılımcılara anket formları uygulanmadan önce Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile yazılı bir şekilde onamları alınmıştır. Çalışmanın izlenmesi ve denetlenmesi sorumlu araştırmacı ve tez danışmanı tarafından yapılmıştır. Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın kullanımı için yazarlardan e-posta yoluyla izin alınmıştır (EK-7).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Güçlü Yönleri;

- Araştırmada standart ölçme araçlarının kullanılması,
- Araştırmanın yapıldığı özel kliniğin kadın cinsel sağlığı ve sorunları konusunda uzmanlaşmış, bilinir ve güvenilir bir merkez olması
- Merkezin cinsel sağlık konusunda muayene, görüşme, danışmanlık, mahremiyeti ve konforu sağlayacak fiziki koşullara sahip olamsı,
- Vajinismus tanılı hastalarda odaklanılan cinsel distres ve cinsel yaşam kalitesi odaklı çalışmaların sınırlı sayıda olması.

Sınırlılıkları;

- Araştırma sonuçlarının özel kliniğe başvuran kadınlar ile sınrılı olması, genellenebilir olmaması

- Vajinismus tanısı ve derecesi dışındaki bulguların hasta bildirimi ile sınırlı olması

3.10. Araştırmada Veri Toplama Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

- Başlangıçta katılımcıların çalışmaya katılma konusunda tereddüt etmeleri

- Bazı katılımcıların veri toplama formunu eksik doldurması ve hatırlatma üzerine tamamlaması

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde bulgular toplam dört başlık altında verilmiştir. Bunlar:

- Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular
- Sağlık Bilgilerine İlişkin Bulgular
- Cinsel Yaşantı ve Vajinismus Derecesine İlişkin Bulguları
- Aile Etkileşimi ve Korkulara İlişkin Bulgular

4.1.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 6'da sunulmuştur. Grubun yaş ortalaması 24,87±2,81 yıl, %90,8 (n=198) evli, %56,9'u (n=124) flört ederek evlenmiş olup, grubun yarısından fazlası lisans mezunu (%61, n=133), çalışmamakta (%51,8, n=113), geliri gidere denk (%69,3, n=151) ve ilde (%50, n=109) yaşamaktadır (Tablo 6).

Tablo 6: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular (N=218)

Değişkenler	**N (%)**
Yaş (yıl) (X±SS, Min-Max)	24,87±2,81 (19-35)
Medeni Durum	
Bekâr	20 (%9,2)
Evli	198 (%90,8)
Evlenme Öyküsü	
Görücü Usulü	52 (%23,9)
Flört Ederek	124 (%56,9)
Kaçarak	22 (%10,1)
Eğitim Durumu	
Ortaokul	4 (%1,8)
Lise	64 (%29,4)
Lisans	133 (%61)
Lisansüstü	17 (%7,8)
Çalışma Durumu	
Çalışıyor	105 (%48,2)
Çalışmıyor	113 (%51,8)
Gelir Durumu	
Gelir Giderden Az	49 (%22,5)

Gelir Giderle Eşit	151 (%69,3)
Gelir Giderden Fazla	18 (%8,3)
Yaşamını Geçirdiği Yer	
Köy	56 (%25,7)
İlçe	53 (%24,3)
İl	109 (%50)

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum.

4.1.2. Sağlık Bilgilerine İlişkin Bulgular

Çalışma grubunun sağlık bilgilerine ilişkin özellikleri Tablo 7'de verilmiştir. Buna göre vücut ağırlıkları ortalaması 62,68±9,12 kg, boy 164,21±4,75 cm ve beden kitle indeksi (BKİ) ise 23,23±3,22 kg/m^2 olarak belirlenmiştir. Grubun yaklaşık 1/5'i (%19,26) doğum yapmış, 1,5±0,59 (1-3) çocuğa sahiptir ve %14,6'sı (n=32) jinekolojik ameliyat öyküsü vardır (Tablo-7). Tanı konulmuş hastalıkların varlığı açısından incelendiğinde de çalışmaya katılan kadınların (%21, n=46) herhangi bir hastalığının olduğunu ve bu hastalıklar incelendiğinde de %28,3 (n=13) sistemik hastalıklardan herhangi birine sahip olduğu, %28,3 (n=13) depresyon ve %43,4 (n=20)' sinin panik atağa sahip olduğu bulunmuştur. Gruptaki kadınların %6 (n=12)' sinin ilaç kullanımı olduğu ve bu ilaçların %33,3 (n=4) psikiyatrik ilaçlar ve %66,7 (n=8)' inin ise doğum kontrol hapı olduğu bulunmuştur. Kadınların (%54,1, n=118) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamakta olup kadınların (%45,9, n=100) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadırlar (Tablo 7).

Tablo 7: Katılımcıların Sağlık Bilgilerine İlişkin Bulgular (N=218)

Değişkenler	**N (%)**
Vücut Ağırlığı (kg) (X±SS, Min-Max)	62,68±9,12(42-85)
Boy Uzunluğu (cm) (X±SS, Min-Max)	164,21±4,75 (155-180)
BKİ (kg/m^2) (X±SS, Min-Max)	23,23±3,22 (16,20-31,63)
Doğum Sayısı	1,5±0,59 (1-3)
Jinekolojik Ameliyat Öyküsü	
Var	32 (%14,6)
Yok	186(%85,4)
Tanı Konulmuş Hastalık	
Var	46 (%21)
Yok	172 (%79)
Kronik hastalıkların dağılımı (N=46)	

Sistemik Hastalıklar	13 (%28,3)
Depresyon	13 (%28,3)
Panik Atak	20 (%43,4)
İlaç Kullanımı	
Var	12 (%6)
Yok	206 (%94)
İlaçların Dağılımı (N=12)	
Psikiyatrik İlaçlar (Antidepresan, antipsikotikler gibi)	4 (%33,3)
Doğum Kontrol Hapı	8 (%66,7)
Aile Planlaması Yöntemi	
Var	100 (%46)
Yok	118 (%54)

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum.

4.1.3. Cinsel Yaşantı ve Vajinismus Derecesine İlişkin Bulguları

Vajinismus tanılı çalışma grubunun cinsel yaşantı ve vajinismus derecesine ilişkin bulguları Tablo 8' de sunulmuştur. Gruptaki kadınların önemli bir bölümü (%88,1, n=192) ilk cinsel deneyimlerinin kötü (ağrılı ve kasıntılı) olarak tanımlamakta, (%65,6, n=143) cinsel ilişki öncesi sevişme süresi ve yoğunluğunu yetersiz olarak tanımlamakta, bugüne kadarki cinsel partner sayısının ortalamasının 1,28±0,62, ilk cinsel ilişki deneme yaşının ortalamasının 22,04±2,60, ilk mastürbasyon yaşının ortalamasının 20,52±2,63 olarak belirlenirken kadınların %55,5 (n=121) mastürbasyon yapmadığını ifade etmiştir. Kadınların şuanki haftada cinsel ilişki sıklığına bakıldığında ise 2,52±0,68 olarak bulunmuştur. Merkezde yapılan muayene sonrası vajinismus tanısı alan kadınların 149 (%68,3) daha önce vajinismus tedavisi aldıkları, kadınların %86,6 (n=129)' sının 1 kez, %12,8 (n=19)' inin 2 kez ve %0,6 (n=1) 3 ve üzeri kez vajinismus tedavi aldıklarını ifade etmişlerdir. Gruptaki kadınların vajinismus ile ilgili bilgi ve çözüm amacıyla başvurdukların kaynaklara bakıldığında %29,8 (n=65)' inin kadın doğum uzmanına, %19,7 (n=43)' inin psikiyatriste, %6,9 (n=15)' unun psikoloğa, %5 (n=11)' inin cinsel terapiste, %6,9' unun (n=15) hocaya ve %31,7 (n=69)' sinin arkadaşlarına, medya araçlarına ve internete başvurdukları bulunmuştur (Tablo 8). Hekim muayenesinde, Lamont sınıflandırmasına göre yapılan değerlendirmede çalışmaya katılan kadınların yaklaşık yarısı %47,7 (n=104) 2.derece vajinismus, %20,6'sı (n=45) 3. derece, %18,8 (n=41) 1. derece, %12,8'i (n=28) 4. derece vajinismus tanısı almıştır.

Tablo 8: Katılımcıların Vajinismus Derecesi ve Cinsel Yaşantıya İlişkin Bulguları (N=218)

Değişkenler	N (%)
İlk Cinsel Deneyim	
İyi (Hafif ağrılı/ağrısız)	26 (%11,9)
Kötü (Ağrılı ve kasıntılı)	192 (%88,1)
Cinsel Partner Sayısı (X±SS, Min-Max)	1,28±0,62 (1-4)
Cinsel İlişki Sıklığı (Haftada) (X±SS, Min-Max)	2,52±0,68 (1-4)
İlk Cinsel İlişki Deneme Yaşı (X±SS, Min-Max)	22,04±2,60 (18-31)
İlk Mastürbasyon Yaşı (X±SS, Min-Max)	20,52±2,63 (16-26)
Mastürbasyon Yapma Durumu	
Evet	97 (%44,5)
Hayır	121 (%55,5)
Cinsel İlişki Öncesi Sevişme Süresi ve Yoğunluğu	
Yeterli	75 (%34,4)
Yetersiz	143 (%65,6)
Vajinismus İle İlgili Çözüm Arama Durumu	
Hayır	69 (%31,7)
Evet	149 (%68,3)
Vajinismus ile İlgili Yardım Kaynakları	
Kadın doğum uzmanı	65 (%29,8)
Psikiyatrist	43 (%19,7)
Psikolog	15 (%6,9)
Cinsel terapist	11 (%5)
Hoca	15 (%6,9)
Diğer (Sosyal Çevre, Medya Araçları)	69 (%31,7)
Vajinusmus Derecesi	
1. Derece (Pelvik kaslar kasılı ancak muayene olabilir.)	41 (%18,8)
2. Derece (Pelvik kaslar muayene esnasında gevşemez.)	104 (%47,7)
3. Derece (Muayene esnasında kaçınmacı davranışlar gösterilir.)	45 (%20,6)
4. Derece (Kaçınma, bacaklar kasılır ve muayene esnasında yukarı doğru kaçar.)	28 (%12,8)

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum.

4.1.4. Aile Etkileşimi ve Korkulara İlişkin Bulgular

Katılımcıların aile etkileşimi ve korkulara ilişkin bulguları Tablo 9' da sunulmuştur. Kadınların %40,4'ü (n=88) hep çocuk kalmak istediklerini, %78,4 (n=171) annesi, %34,4'ü (n=75) babası ile çok güçlü bir bağı olduğunu ifade ederken, %67'si (n=146) annesinin, %33'ü (n=72) babasının ailede baskın olduğunu ifade etmişlerdir. Gruptaki kadınların yaklaşık yarısı (%40,8) ailesinin iyi kızı olmanın kendisi için her zaman önemli olduğunu, %72'si (n=157) dini inançlardan baskın bir evde büyüdüğünü ve %29,4'ü (n=64) çocukluk çağında ailesi/akrabaları tarafından cinsiyet ayrımcılığına maruz kaldığını ifade etmişlerdir. Korkularla ile ilişkili %70,2'si (n=143) canının çok tatlı olduğunu, %45,4'ü (n=99) iğne, hayvan, kapalı alan vb. farklı korkuları olduğunu, %59,2'si (n=129) yaşadığı olumsuzlukları üzerinden atamadığını ifade etmiştir. Cinselliğe ilişkin korkular arasında %95,4'ü (n=208) cinsel ilişki sırasında kendilerini bırakmakta zorlandıklarını, %30,3'ü (n=66) vücuduna herhangi bir şeyin girmesinden korktuklarını, %55'i (n=120) eşinin/partnerinin cinsel ilişki sırasında ona zarar vereceği korkusu yaşadıklarını, %25,2'si (n=55) her cinsel ilişkide gebe kalma korkusu yaşadığını ve %21,6'sı (n=47) cinsel ilişkiyi sadece eşini/partnerini tatmin etmek üzere bir görev olarak gördüğünü ifade etmiştir (Tablo 9).

Tablo 9: Katılımcıların Aile Etkileşimi ve Korkulara İlişkin Bulguları (N=218)

Değişkenler	**N (%)**
Hep çocuk kalmak istemişimdir.	
Evet	88 (%40,4)
Hayır	130 (%59,6)
Annem ile çok güçlü bir bağım vardır.	
Evet	171 (%78,4)
Hayır	47 (%21,6)
Babam ile çok güçlü bir bağım vardır.	
Evet	75 (%34,4)
Hayır	143 (%65,6)
Ailemizde baskın olan kişi…	
Annemdir	146 (%67)
Babamdır	72 (%33)
Ailemin iyi kızı olmak benim için her zaman önemlidir.	
Evet	89 (%40,8)
Hayır	129 (%59,2)
Dini inançları baskın bir evde büyüdüm.	

Evet	157 (%72)
Hayır	61 (%28)
Çocukluk çağında ailem/akrabalarım tarafından cinsiyet ayrımcılığına maruz kaldım	
Evet	64 (%29,4)
Hayır	154 (%70,6)
Canım çok tatlıdır.	
Evet	153 (%70,2)
Hayır	65 (%29,8)
İğne, hayvanlar, kapalı alan vb. farklı korkularım vardır.	
Evet	99 (%45,4)
Hayır	119 (%54,6)
Yaşadığım, gördüğüm şeyleri kolay kolay üzerimden atamam.	
Evet	129 (%59,2)
Hayır	89 (%40,8)
Cinsel ilişki sırasında kendimi bırakmakta zorlanırım.	
Evet	208 (%95,4)
Hayır	10 (%4,6)
Vücuduma herhangi bir şey girmesinden korkuyorum.	
Evet	66 (%30,3)
Hayır	152 (%69,7)
Eşimin/Partnerimin cinsel ilişki sırasında bana zarar vereceği endişesi yaşarım.	
Evet	120 (%55)
Hayır	98 (%45)
Her cinsel ilişkide gebe kalmaktan korkarım	
Evet	55 (%25,2)
Hayır	163 (%74,8)
Cinsel ilişki benim için sadece eşimi/partnerimi tatmin etme yönünde bir görevdir.	
Evet	47 (%21,6)
Hayır	171 (%78,4)

4.2. Karşılaştırmaya Yönelik Bulgular

Bu bölümde vajinismuslu hasta grubunu oluşturan kadınların çalışma kapsamında dört başlık altında incelenen sosyodemografik özellikler, sağlık bilgileri, cinsel yaşantı bulguları, aile etkileşimi ve korkuları gibi özellikleri vajinismus derecesi, cinsel sıkıntı (distres) ve cinsel yaşam kalitesi kapsamında incelenmiştir.

4.2.1. Vajinismus Derecesine Göre Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Katılımcıların vajinusmus derecesine göre sosyodemografik özellikleri dağılımı Tablo 10' da sunulmuştur. Gruplar arasında yaş, evlenme öyküsü ve yaşamını geçirdiği yer bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (sırasıyla, p=0,001, p=0,002 ve p=0,02). Diğer değişkenler açısından (medeni durumun, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Buna göre yaş açısından ikili karşılaştırma sonuçlarında, 1. Derece vajinusmus olan kadınların 3. Derece ve 4. Derece vajinusmusu olan kadınlara kıyasla yaş ortalaması anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0,05). Benzer şekilde 2. Derece vajinusmusu olan kadınların yaş ortalaması da 3. Derece ve 4. Derece vajinusmusu olan kadınlara kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 10).

Evlenme öyküsüne göre yapılan karşılaştırmada, 4. Derece vajinismusu olan kadınlar 3. Derece, 2. Derece ve 1. Derece vajinismus olan kadınlara göre belirgin olarak görücü usülü ile evlendikleri (p=0,02) belirlenmiştir (Tablo 10).

Gruptaki vajinismus tanılı kadınların yaşamını geçirdiği yere göre yapılan karşılaştırmalarda 2. Derece vajinimusu olan kadınlar 3. ve 4. Derece vajinismusu olan kadınlara göre il düzeyinde yaşamını geçirdiklerini (p=0,02) belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10: Katılımcıların Vajinusmus Derecesine Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler (N=218)	**Grup 1 (n=41)**	**Grup 2 (n=104)**	**Grup 3 (n=45)**	**Grup 4 (n=28)**	**Kruskal-Wallis H test**			
					χ^2	**p***	**Mann-Whitney U test**	
	X±SS, Min-Max						**Grup**	**p§**
Yaş (yıl)	25,66±3,53 (19-35)	25,22±2,52 (20-32)	23,69±1,88 (20-28)	24,32±3,30 (19-32)	17,414	***0,001***	1-2	0,49
							1-3	***0,003***
							1-4	***0,03***
							2-3	***0,001***
							2-4	***0,01***
							3-4	0,92
Medeni Durum	**N (%)**				**χ^2**		**pβ**	
Bekâr	6 (%14,6)	7 (%6,7)	7 (%15,6)	28 (%100)	7,239		0,06	
Evli	35 (%85,4)	97 (%93,3)	38 (%84,4)	0 (%0)				
Evlenme Öyküsü	**N (%)**				**χ^2**		**pβ**	
Görücü Usulü	10 (%24,4)	24 (%23,1)	3 (%6,7)	15 (%53,6)				
Flört Ederek	23 (%56,1)	64 (%61,5)	28 (%62,2)	9 (%32,1)	21,405		***0,002***	
Kaçarak	2 (%4,9)	9 (%8,7)	7 (%15,6)	4 (%14,3)				
Eğitim Durumu	**N (%)**				**χ^2**		**pβ**	
Ortaokul	1 (%2,2)	1 (%1)	1 (%2,2)	9 (%32,1)				
Lise	12 (%29,3)	32 (%30,8)	11 (%24,4)	14 (%50)	9,814		0,36	
Lisans	23 (%56,1)	65 (%62,5)	31 (%68,9)	31 (%68,9)				
Lisansüstü	4 (%9,8)	6 (%5,8)	2 (%4,4)	2 (%4,4)				

Çalışma Durumu		**N (%)**			**χ^2**	**p^{β}**
Çalışıyor	18 (%43,9)	55 (%52,9)	23 (%51,1)	9 (%32,1)	4,262	0,23
Çalışmıyor	23 (%56,1)	49 (%47,1)	22 (%48,9)	19 (%67,9)		
Gelir Durumu		**N (%)**			**χ^2**	**p^{β}**
Gelir < Gider	6 (%14,6)	21 (%20,2)	15 (%33,3)	7 (%25)		
Gelir = Gider	29 (%70,7)	75 (%72,1)	27 (%60)	20 (%71,4)	7,456	0,28
Gelir > Gider	6 (%14,6)	8 (%7,7)	3 (%6,7)	1 (%3,6)		
Yaşamını Geçirdiği Yer		**N (%)**			**χ^2**	**p^{β}**
Köy	14 (%34,1)	25 (%24)	10 (%22,2)	7 (%25)		
İlçe	6 (%14,6)	19 (%18,3)	16 (%35,6)	12 (%42,9)	14,483	***0,02***
İl	21 (%51,2)	60 (%57,7)	19 (%42,2)	9 (%32,1)		

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum.

Grup 1: 1. Derece Vajinusmus; Grup 2: 2. Derece Vajinismus; Grup 3: 3. Derece Vajinismus; Gup 4: 4. Derece Vajinusmus.

*Kruskal-Wallis H test, $p<0,05$; §Mann-Whitney U test, $p<0,05$.

4.2.2. Vajinismus Derecesine Göre Sağlık Durumu Bilgilerinin Karşılaştırılması

Vajinismus derecesine göre sağlık durumuna ilişkin bilgilerin karşılaştırıldığı bulgular Tablo 11 ve Tablo 12'de sunulmuştur. Bu kapsamda vücut ağırlığı ve beden kitle indeksi istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (sırasıyla, p=0,008 ve p=0,01). Boy uzunluğu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 11).

Buna göre vücut ağırlığı açısından ikili karşılaştırma sonuçlarında, 3. Derece vajinusmusu olan kadınların vücut ağırlığı ortalaması 1. Derece ve 2. Derece vajinusmusu olan kadınlara oranla anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0,05). Benzer şekilde 3. Derece vajinusmusu olan kadınların beden kitle indeksi ortamalası da 1. Derece ve 2. Derece vajinusmusu olanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0,05).

Katılımcıların vajinismus derecesine göre jinekolojik ameliyat öyküsü, tanı konulmuş hastalık, ilaç kullanımı ve aile planlaması yöntemine karşılaştırma sonuçlarına göre jinekolojik ameliyat öyküsü ve ilaç kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (sırasıyla, p=0,001 ve p=0,01). Tanı konulmuş hastalık ve aile planlaması yöntemi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Tablo 11: Katılımcıların Vajinismus Derecesine Göre Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu ve Beden Kitle İndeksi Bilgilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler (N=218)	Grup 1 (n=41)	Grup 2 (n=104)	Grup 3 (n=45)	Grup 4 (n=28)	Kruskal-Wallis H test			
					χ^2	p*	Mann-Whitney U test	
	X±SS, Min-Max						Grup	p§
Vücut Ağırlığı (kg)	63,41±7,62 (50-83)	64,30±9,31 (45-85)	59,46±8,83 (42-78)	60,78±9,66 (43-80)	11,837	***0,008***	1-2	0,37
							1-3	***0,03***
							1-4	0,35
							2-3	***0,001***
							2-4	0,06
							3-4	0,35
Boy Uzunluğu (cm)	164,36±4,77 (156-175)	164,35±4,85 (155-180)	164,06±4,70 (155-173)	163,71±4,64 (158-173)	0,414	0,93	1-2	0,99
							1-3	0,77
							1-4	0,57
							2-3	0,73
							2-4	0,53
							3-4	0,76
Beden Kitle İndeksi (kg/m^2)	23,49±2,85 (19,05-31,63)	23,80±3,32 (17,01-30,86)	22,07±3,08 (16,20-30,47)	22,61±3,12 (17,01-30,11)	10,414	***0,01***	1-2	0,45
							1-3	***0,03***
							1-4	0,39
							2-3	***0,003***
							2-4	0,10
							3-4	0,34

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum.

Grup 1: 1. Derece Vajinusmus; Grup 2: 2. Derece Vajinismus; Grup 3: 3. Derece Vajinismus; Gup 4: 4. Derece Vajinusmus.

*Kruskal-Wallis H test, $p<0,05$; §Mann-Whitney U test, $p<0,05$.

Tablo 12: Katılımcıların Vajinismus Derecesine Göre Sağlık Durumu Bilgilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler (N=218)	Grup 1 (n=41)	Grup 2 (n=104)	Grup 3 (n=45)	Grup 4 (n=28)	Chi-square test	
	N (%)				χ^2	p*
Jinekolojik Ameliyat Öyküsü						
Var	16 (%39)	15 (%14,4)	1 (%2,2)	0 (%0)	29,801	***0,001***
Yok	25 (%61)	89 (%85,6)	44 (%97,8)	28 (%100)		
Tanı Konulmuş Hastalık						
Var	12 (%29,3)	16 (%15,4)	13 (%28,8)	5 (%17,9)	5,500	0,13
Yok	29 (%70,7)	88 (%84,6)	32 (%71,1)	23 (%82,1)		
İlaç Kullanımı						
Var	4 (%9,8)	6 (%5,8)	9 (%20)	0 (%0)	11,066	***0,01***
Yok	37 (%90,2)	98 (%94,2)	36 (%80)	28 (%100)		
Aile Planlaması Yöntemi						
Var	22 (%53,7)	46 (%44,2)	23 (%51,1)	9 (%32,1)	3,737	0,29
Yok	19 (%46,3)	58 (%55,8)	22 (%48,9)	19 (%67,9)		

Grup 1: 1. Derece Vajinusmus; Grup 2: 2. Derece Vajinismus; Grup 3: 3. Derece Vajinismus; Gup 4: 4. Derece Vajinusmus.

*Chi-Square Test, p<0,05.

4.2.3. Vajinismus Derecesine Göre Cinsel Yaşama İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması

Vajinusmus derecesine göre cinsel yaşama ilişkin bulguların karşılaştırıldığı bulgular Tablo 13' de gösterilmiştir. Gruplar arasında cinsel partner sayısı ve mastürbasyon başlama yaşı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak gruplar arasında cinsel ilişki sıklığı ve ilk cinsel ilişki yaşı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (sırasıyla, p=0,004 ve p=0,02). İkili karşılaştırma sonuçlarına göre 1. Derece tanılı kadınların 3. Derece ve 4. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre cinsel ilişki sıklığının daha düşük olduğu bulunmuştur (p<0,05). Çalışmamızdaki 2. Derece vajinismus tanılı kadınların, 1. Derece ve 3. Derece vajinismus tanılı kadınlara kıyasla ilk cinsel ilişki yaşının daha büyük olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 13).

Tablo 13: Katılımcıların Vajinismus Derecesine Göre Cinsel Yaşantı Bulgularının Karşılaştırılması

Total (N=218)	**Grup 1 (n=41)**	**Grup 2 (n=104)**	**Grup 3 (n=45)**	**Grup 4 (n=28)**	**Kruskal-Wallis H test**			
					χ^2	**p***	**Mann-Whitney U test**	
							Grup	**p§**
X±SS, Min-Max								
Cinsel Partner Sayısı								
1,28±0,62 (1-4)	1,41±0,66 (1-3)	1,24±0,58 (1-4)	1,33±0,76 (1-4)	1,21±0,41 (1-2)	3,352	0,31	1-2	0,13
							1-3	0,54
							1-4	0,19
							2-3	0,40
							2-4	0,84
							3-4	0,43
Cinsel İlişki Sıklığı (Gün/Hafta)								
2,52±0,68 (1-4)	2,24±0,76 (1-3)	2,48±0,68 (1-4)	2,68±0,55 (1-3)	2,82±0,61 (2-4)	13,316	***0,004***	1-2	0,09
							1-3	***0,003***
							1-4	***0,004***
							2-3	0,06
							2-4	***0,03***
							3-4	0,52
İlk Cinsel İlişki Yaşı								
22,04±2,60 (18-31)	21,31±3,00 (18-29)						1-2	***0,01***
							1-3	0,21

		22,40±2,18 (18-28)	21,80±1,60 (18-24)	22,14±4,16 (18-31)	9,865	***0,02***	1-4 0,65 2-3 ***0,04*** 2-4 0,06 3-4 0,30
Mastürbasyona Başlama Yaşı							
20,52±2,63 (16-26)	21,50±2,82 (18-26)	19,97±2,34 (16-25)	20,00±1,93 (18-24)	21,13±3,37 (16-26)	5,306	0,15	1-2 0,24 1-3 0,07 1-4 0,66 2-3 0,97 2-4 0,13 3-4 0,22

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum.

Grup 1: 1. Derece Vajinusmus; Grup 2: 2. Derece Vajinismus; Grup 3: 3. Derece Vajinismus; Gup 4: 4. Derece Vajinusmus.

*Kruskal-Wallis H test, $p<0,05$; §Mann-Whitney U test, $p<0,05$.

Vajinusmus derecesine göre cinsel yaşama ilişkin bulguların karşılaştırıldığı bulgular Tablo 14'te gruplar arasında cinsel yaşantı özellikleri (cinsel ilişki öncesi sevişme süresi ve yoğunluğu ve vajinusmus nedeniyle başvurulan kaynaklar) bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ancak gruplar arasında bulunan mastürbasyon durumu ve daha önce vajinismus tedavisi alma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Vajinusmus derecesine göre ilk cinsel deneyiminde kötü (ağırılı ve kasıntılı) olarak tanımlanan ikili karşılaştırılmalarında 4. Derece vajinismus tanılı kadınların 3. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre, 3. Derece vajinismus tanılı kadınların 2. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre 2. Derece vajinimus tanılı kadınların 1. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre daha fazla deneyimledikleri ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,01$).

Vajinusmus derecesine göre cinsel ilişki öncesi sevişme süresi ve yoğunluğu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Çalışmamızdaki 2. Derece, 3. Derece ve 4. Derece vajinismus tanılı kadınların yarısından fazlası cinsel ilişki öncesi sevişme süresini ve yoğunluğunu yetersiz olarak tanımlarken, cinsel ilişki öncesi sevişme süresini ve yoğunluğunu yetersiz olarak tanımlayan 1. Derece vajinismus tanılı kadınların oranı %39 (n=16) olarak saptandı (Tablo 14).

Tablo 14: Katılımcıların Vajinismus Derecesine Göre Cinsel Yaşantı Bulgularının Karşılaştırılması

Değişkenler	Total (N=218)	Grup 1 (n=41)	Grup 2 (n=104)	Grup 3 (n=45)	Grup 4 (n=28)	χ^2	p^{β}
			N (%)				
İlk Cinsel Deneyim							
İyi (Hafif ağrılı/ağrısız)	26 (%11,9)	15 (%36,6)	9 (%8,7)	2 (%4,4)	0 (%0)	30,984	***0,001***
Kötü (Ağrılı ve kasıntılı)	192 (%88,1)	26 (%63,4)	95 (%91,3)	43 (%95,6)	28 (%100)		
Mastürbasyon Yapma Durumu							
Evet	97 (%44,5)	24 (%58,5)	42 (%40,4)	16 (%35,6)	15 (%53,6)	11,269	0,08
Hayır	121 (%55,5)	17 (%41,5)	62 (%59,6)	29 (%64,4)	13 (%46,4)		
Cinsel İlişki Öncesi Sevişme Süresi ve Yoğunluğu							
Yeterli	75 (%34,4)	25 (%61)	26 (%25)	13 (%28,9)	11 (%39,3)	17,805	***0,001***
Yetersiz	143 (%65,6)	16 (%39)	78 (%75)	32 (%71,1)	17 (%60,7)		
Daha Önce Vajinusmus Tedavisi Alma Durumu							
Hayır	69 (%31,7)	18 (%43,9)	29 (%27,9)	9 (%20)	13 (%46,4)	15,215	0,08
Evet	149 (%68,3)	23 (%56,1)	75 (%72,1)	42 (%80)	15 (%53,6)		
Vajinusmus Nedeniyle Bugüne Kadar Başvurulan Kaynaklar							
Kadın doğum uzmanı	65 (%29,8)	6 (%14,6)	36 (%34,6)	13 (%28,9)	10 (%35,7)	28,2	***0,02***
Psikiyatrist	43 (%19,7)	8 (%19,5)	23 (%22,1)	9 (%20)	3 (%10,7)		
Psikolog	15 (%6,9)	3 (%7,3)	7 (%6,7)	5 (%11,1)	0 (%0)		
Cinsel terapist	11 (%5)	4 (%9,8)	1 (%1)	6 (%13,3)	0 (%0)		
Hoca	15	2	8	3	2		

	(%6,9)	(%4,9)	(%7,7)	(%6,7)	(%7,1)
Diğer (Sosyal Çevre, Sosyal Medya, İnternet)	69 (%31,7)	18 (%43,9)	29 (%27,9)	9 (%20)	13 (%46,4)

Grup 1: 1. Derece Vajinusmus; Grup 2: 2. Derece Vajinismus; Grup 3: 3. Derece Vajinismus; Gup 4: 4. Derece Vajinusmus.
ᵝChi-Squared Test, p<0,05.

4.2.4. Vajinismus Derecesine Göre Aile Etkileşimi ve Korkuların Karşılaştırılması

Vajinusmus derecesine göre aile etkileşimine ilişkin bulgular Tablo 15'de sunulmuştur. Bu kapsamda incelenen değişkenler arasında anne ile güçlü bağ durumu, evde baskın olan ebeveyn durumu vajinismus derecelerine göre benzer dağılım gösterirken (p>0,05), hep çocuk kalma isteği, baba ile çok güçlü bağa sahip olma, ailenin iyi kızı olma isteği, dini inançları baskın olduğu bir evde büyüme ve çocukluk çağında cinsiyet ayrımına maruz kalma gibi özelliklerde vajinismus derecelerine göre anlamlı fark belirlenmiştir (p<0,05).

Buna göre hep çocuk kalma isteği açısından ikili karşılaştırma sonuçlarında, 4. Derece vajinusmusu olan kadınların hep çocuk kalma isteği 1. Derece, 2. Derece ve 3. Derece vajinusmusu olan kadınlara oranla anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0,05).

Çalışmaya katılan kadınların babası ile çok güçlü bağa sahip olma ifadesinin ikili karşılaştırma sonuçlarında, 2. Derece vajinusmusu olan kadınların babası ile çok güçlü bağa sahip olma ifadesi 1. Derece kadınlara oranla anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0,05).

Gruptaki kadınların ailesinin içinde iyi kız olmanın her zaman önemli olduğunun ifadesinin ikili karşılaştırma sonuçlarında 4. Derece vajinismusu olan kadınların 2. Derece vajinismusu olan kadınlara oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Ayrıca kadınların dini inançların baskın olduğu bir evde büyüdükleri ile ilgili ifadelerin ikili karşılaştırma sonuçlarında 3. derece vajinismusu olan kadınların 4. Derece vajinismusu olan kadınlara göre, 3. Derece vajinismusu olan kadınların 2. Derece vajinismusu olan kadınlara göre ve 2. Derece vajinismusu olan kadınların 1. Derece vajinismusu olan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0,05).

Çalışmaya katılan kadınların çocukluk çağında ailem/akrabalarım tarafından cinsiyet ayrımcılığına maruz kaldıkları ile ilgili ifadelerin ikili karşılaştırma sonuçlarına göre 2. Derece vajinismus tanılı kadınların 4. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 15: Katılımcıların Vajinusmus Derecesine Göre Aile Etkileşiminin Karşılaştırılması

Değişkenler	Total (N=218)	Grup 1 (n=41)	Grup 2 (n=104)	Grup 3 (n=45)	Grup 4 (n=28)	χ^2	p^{β}
			N (%)				
Hep çocuk kalmak istemişimdir.							
Evet	88 (%40,4)	10 (%24,4)	15 (%14,4)	35 (%77,8)	28 (%100)	100,954	***0,001***
Hayır	130 (%59,6)	31 (%75,6)	89 (%58,6)	10 (%22,2)	0 (%0)		
Annem ile çok güçlü bir bağım vardır.							
Evet	171 (%78,4)	34 (%82,9)	74 (%71,2)	37 (%82,2)	26 (%92,9)	7,575	0,06
Hayır	47 (%21,6)	7 (%17,1)	30 (%28,8)	8 (%17,8)	2 (%7,1)		
Babam ile çok güçlü bir bağım vardır.							
Evet	75 (%34,4)	24 (%58,5)	29 (%27,9)	14 (%31,1)	8 (%28,6)	13,177	***0,004***
Hayır	143 (%65,6)	17 (%41,5)	75 (%72,1)	31 (%68,9)	20 (%71,4)		
Ailemizde baskın olan kişi …							
Annemdir.	146 (%67)	31 (%75,6)	66 (%63,5)	27 (%60)	22 (%78,6)	4,654	0,19
Babamdır.	72 (%33)	10 (%24,4)	38 (%36,5)	18 (%40)	6 (%21,4)		
Ailemin iyi kızı olmak benim için her zaman önemlidir.							
Evet	89 (%40,8)	16 (%39)	25 (%24)	25 (%55,6)	23 (%82,1)		
Hayır	129 (%59,2)	25 (%61)	79 (%76)	20 (%44,4)	5 (%17,9)	36,014	***0,001***
Dini inançların baskın olduğu bir evde büyüdüm.							
Evet	157 (%72)	19 (%46,3)	72 (%69,2)	38 (%84,4)	28 (%100)	28,142	***0,001***
Hayır	61 (%28)	22 (%53,7)	32 (%30,8)	7 (%15,6)	0 (%0)		
Çocukluk çağında ailem/akrabalarım tarafından cinsiyet ayrımcılığına maruz kaldım.							

Evet	64 (%29,4)	9 (%22)	22 (%21,2)	17 (%37,8)	16 (%57,1)	16,421	***0,001***
Hayır	154 (%70,6)	32 (%78)	82 (%78,8)	28 (%62,2)	12 (%42,9)		

Grup 1: 1. Derece Vajinusmus; Grup 2: 2. Derece Vajinismus; Grup 3: 3. Derece Vajinismus; Gup 4: 4. Derece Vajinusmus.
[β]Chi-Square Test, p<0,05.

Araştırmaya katılan katılımcıların vajinusmus derecesine göre korkulara yönelik özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 16'da sunulmuştur. Yaşadıklarını üzerinden atma durumu, cinsel ilişkiyi sadece eşi/partnerini tatmin etme görevi olara görme vajinismus derecelerine göre benzer dağılım gösterirken (p>0,05), canının tatlı olduğunu ifade etme durumu, iğne, hayvanlar ve kapalı alan gibi korkuların olması, cinsel ilişki sırasında kendini bırakmada zorlanma, vücuduna herhangi bir şeyin girmesinden korkma ve her cinsel ilişkide gebe kalma korkusu özellikleri vajinismus derecelerine göre anlamlı olarak farklı bulunmuştur (p<0,05).

Buna göre vajinismus tanılı kadınların canlarının çok tatlı oldukları ile ilgili ifadelerinin ikili karşılaştırma sonuçlarına göre 4. Derece vajinismus tanılı kadınların 3. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre ve 3. Derece vajinismus tanılı kadınların 2. Derece vajinimus tanılı kadınlara oranla anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0,05).

Gruptaki vajinimus tanılı kadınların iğne, hayvan, kapalı alan, vb. farklı korkular ile ilgili ifadelerinin ikili karşılaştırma sonuçlarına göre 3. Derece vajinismus tanılı kadınların 2. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p<0,01).

Vajinismus tanılı kadınların vücutlarına herhangi bir şey girmesinden korktukları ile ilgili ifadelerinin ikili karşılaştırma sonuçlarına göre 4. Derece vajinismus tanılı kadınların 3. Derece vajinimus tanılı kadınlara göre, 3. Derece vajinismus tanılı kadınların 2. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre ve 2. Derece vajinismus tanılı kadınların 1. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p<0,05).

Ayrıca çalışmaya katılan vajinismus tanılı kadınların her cinsel ilişkide gebe kalmaktan korktuklarını ifade ettikleri ikili karşılaştırma sonuçlarına göre 4. Derece vajinismus tanılı kadınların 3. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p<0,01).

Tablo 16: Katılımcıların Vajinusmus Derecesine Göre Korkulara Yönelik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Total (N=218)	Grup 1 (n=41)	Grup 2 (n=104)	Grup 3 (n=45)	Grup 4 (n=28)	χ^2	p^{β}
			N (%)				
Canım çok tatlıdır.							
Evet	153 (%70,2)	28 (%68,3)	54 (%51,9)	43 (%95,6)	28 (%100)	42,380	***0,001***
Hayır	65 (%29,8)	13 (%31,7)	50 (%48,1)	2 (%4,4)	0 (%0)		
İğne, hayvanlar, kapalı alan vb. farklı korkularım vardır.							
Evet	99 (%45,4)	20 (%48,8)	22 (%21,2)	33 (%73,3)	24 (%85,7)	57,374	***0,001***
Hayır	119 (%54,6)	21 (%51,2)	82 (%78,8)	12 (%26,7)	4 (%14,3)		
Yaşadığım, gördüğüm şeyleri kolay kolay üzerimden atamam.							
Evet	129 (%59,2)	21 (%51,2)	62 (%59,6)	27 (%60)	19 (%67,9)	1,969	0,57
Hayır	89 (%40,8)	20 (%48,8)	42 (%40,4)	18 (%40)	9 (%32,1)		
Cinsel ilişki sırasında kendimi bırakmada zorlanırım.							
Evet	208 (%95,4)	36 (%87,8)	99 (%95,2)	45 (%100)	28 (%100)	8,943	***0,03***
Hayır	10 (%4,6)	5 (%12,2)	5 (%4,8)	0 (%0)	0 (%0)		
Vücuduma herhangi bir şey girmesinden korkuyorum.							
Evet	66 (%30,3)	5 (%12,2)	19 (%18,3)	19 (%42,2)	23 (%82,1)	52,178	***0,001***
Hayır	152 (%69,7)	36 (%87,8)	85 (%81,7)	26 (%57,8)	5 (%17,9)		
Eşimin/Partnerimin cinsel ilişki sırasında bana zarar verebileceği endişesi yaşarım.							
Evet	120 (%55)	18 (%43,9)	45 (%43,3)	31 (%68,9)	26 (%92,9)	27,548	0,001
Hayır	98 (%45)	23 (%56,1)	59 (%56,7)	14 (%31,1)	2 (%7,1)		

Her cinsel ilişkide gebe kalmaktan korkarım.							
Evet	55 (%25,2)	10 (%24,4)	14 (%13,5)	19 (%42,2)	12 (%42,9)	19,150	***0,001***
Hayır	163 (%74,8)	31 (%75,6)	90 (%86,5)	26 (%57,8)	16 (%57,1)		
Cinsel ilişki benim için sadece eşimi/partnerimi tatmin etme yönünde bir görevdir.							
Evet	47 (%21,6)	12 (%29,3)	19 (%18,3)	8 (%17,8)	8 (%28,6)	3,301	0,34
Hayır	171 (%78,4)	29 (%70,7)	85 (%81,7)	37 (%82,2)	20 (%71,4)		

Grup 1: 1. Derece Vajinusmus; Grup 2: 2. Derece Vajinismus; Grup 3: 3. Derece Vajinismus; Gup 4: 4. Derece Vajinusmus.
[β]Chi-Square Test, p<0,05.

4.2.5. Vajinusmus Derecesine Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Puan Dağılımı

Çalışma grubunun Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Ölçeği puan ortalaması 42,18±7,13 (26-52) olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların tümünde (%100, n=218) Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Ölçeği total puanının, kesme değeri olan 11,5 değerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tüm grubun total puan değerinin ölçeğin kesim noktası (11,5) değerinin üzerinden olması nedeniyle cinsel distresli/sıkıntılı ya da değil şeklinde gruplandırma yapılamamış, değerlendirmeler ölçek ortalama puanları ve total puanları üzerinden yapılmıştır.

Vajinusmus derecesine göre cinsel sıkıntı (distres) ortalama puan karşılaştırmaları Tablo 17'de sunulmuş vajinismus derecelerine göre gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,001). Anlamlı farklılığın yönünü belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalarda, 1. Derece vajinusmusu olan kadınların cinsel sıkıntı ortalama puanlarının 2. Derece, 3. Derece ve 4. Derece vajinusmusu olan kadınlara oranla anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p=0,001). Benzer şekilde 2. Derece vajinusmusu olan kadınların 3. Derece ve 4. Derece vajinusmusu olanlara göre (p=0,001) ve 3. Derece vajinusmus tanılanan kadınların cinsel sıkıntı puanları 4. Derece vajinusmus tanılanan gruba göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p=0,001) (Tablo 17).

Tablo 17: Katılımcıların Vajinusmus Derecesine Göre Cinsel Sıkıntı Envanteri Puan Ortalaması Dağılımı

	Gruplar	X±SS, Min-Max	One-way ANOVA			
			F	p*	LSD	
					Grup	p§
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	**Total (N=218)**	42,18±7,13 (26-52)	-	-	-	-
	Grup 1 (n=41)	34,85±6,23 (26-52)	69,431	***0,001***	1-2	***0,001***
					1-3	***0,001***
	Grup 2 (n=104)	40,77±5,24 (30-52)			1-4	***0,001***
	Grup 3 (n=45)	46,73±4,89 (39-52)			2-3	***0,001***
					2-4	***0,001***
	Grup 4 (n=28)	50,85±2,36 (44-52)			3-4	***0,001***

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum; LSD: Least Significant Difference.
Grup 1: 1. Derece Vajinusmus; Grup 2: 2. Derece Vajinismus; Grup 3: 3. Derece Vajinismus; Gup 4: 4. Derece Vajinusmus.
*One-way ANOVA, p<0,05; §LSD, p<0,05.

4.2.6. Vajinusmus Derecesine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Dağılımı

Çalışma grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması 25,17±10,79 (4,44-45,56) olarak belirlenmiştir. Vajinismus derecesine göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması dağılımı tablo 18'de sunulmuştur. Gruplar arasında yapılan karşılaşırmalarda anlamlı fark belirlenmiştir (p=0,001). Ayrıntılı ikili karşılaştırmalarda bu farklılıkların yönü incelenmiştir. Buna göre 1. Derece vajinusmusu olan kadınların cinsel yaşam kalitesi puan ortalaması 2. Derece, 3. Derece ve 4. Derece vajinusmusu olan kadınlara oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,001). Benzer şekilde 2. Derece vajinusmusu olan kadınların cinsel yaşam kalite puanı 3. Derece ve 4. Derece vajinusmusu olan kadınlara oranla (p=0,001), 3. Derece vajinusmusu olan kadınların ise 4. Derece vajinusmusu olan kadınlara oranla cinsel yaşam kalitesi puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,001) (Tablo 18).

Tablo 18: Katılımcıların Vajinusmus Derecesine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması Dağılımı

	Gruplar	X±SS, Min-Max	One-way ANOVA			
			F	p*	LSD	
					Grup	p§
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	**Total (N=218)**	25,17±10,79 (4,44-45,56)	-	-	-	-
	Grup 1 (n=41)	35,28±9,25	57,350	***0,001***	1-2	***0,001***
					1-3	***0,001***
	Grup (n=104)	27,09±8,28			1-4	***0,001***
	Grup 3 (n=45)	20,39±7,27			2-3	***0,001***
					2-4	***0,001***
	Grup 4 (n=28)	10,95±6,63			3-4	***0,001***

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum; LSD: Least Significant Difference.
Grup 1: 1. Derece Vajinusmus; Grup 2: 2. Derece Vajinismus; Grup 3: 3. Derece Vajinismus; Gup 4: 4. Derece Vajinusmus.
*One-way ANOVA, p<0,05; §LSD, p<0,05.

4.2.7. Sosyodemografik Özelliklere Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Puan Dağılımı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Puan Dağılımı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 19, Tablo 20, Tablo 21, Tablo 22 ve Tablo 23'de sunulmuştur.

Katılımcılar arasında medeni durum ve çalışma durumuna göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (sırasıyla, p=0,001 ve p=0,002). Evli katılımcıların bekar katılımcılara kıyasla, çalışmayan katılımcıların çalışan katılımcılara kıyasla Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 19: Katılımcıların Medeni Durum ve Eğitim Durumuna Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	X±SS, Min-Max (N=218)		Mann-Whitney U test	
Medeni Durum				
Gruplar	**Bekâr (n=20)**	**Evli (n=198)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	41,65±6,27	42,24±7,22	-0,544	0,58
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	33,16±7,46	24,37±10,76	-3,653	***0,001***
Çalışma Durumu				
Gruplar	**Çalışıyor (n=105)**	**Çalışmıyor (n=113)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	42,63±6,81	41,76±7,41	-0,553	0,58
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	27,64±10,58	22,89±10,52	-3,153	***0,002***

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum.

*Mann-Whitney U test, p<0,05.

Çalışmaya katılan vajinusmus tanılı kadınlar arasında evlenme öyküsü ve eğitim durumuna göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 19 ve Tablo 20). Gelir durumuna göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması bakımından gruplar arasında anlanlı fark saptanmazken, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,003). Ayrıntılı ikili karşılaştırmalarda bu farklılıkların yönü incelenmiştir. Buna göre geliri giderinden fazla olan katılımcıların, geliri giderinden az olan veya geliri giderine eşit olan kadınlara kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (sırasıyla, p=0,001 ve p=0,01) (Tablo 22). Yaşamın geçtiği göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,001). İkili karşılaştırma sonuçlrına göre yaşamı ilçede geçen katılımcıların, yaşamı köyde veya ilde geçen katılımcılara kıyasla Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (p=0,001). Bununla birlikte, yaşamı ilçede geçen katılımcıların, yaşamı köyde veya ilde geçen katılımcılara kıyasla Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha düşük bulunmuştur (sırasıyla, p=0,004 ve p=0,001) (Tablo 23).

Tablo 20: Evlenme Öyküsüne Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	X±SS, Min-Max (N=218)			Kruskal-Wallis H test			
	Görücü Usulü[1] (N=52)	Flört Ederek[2] (N=124)	Kaçarak[3] (N=22)	χ^2	p*	Mann-Whitney U test Grup	p§
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	42,65±7,29 (31-52)	41,99±7,30 (26-52)	42,68±6,86 (30-52)	0,271	0,87	3- 2 3- 3 2- 3	0,69 0,81 0,69
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	33,16±7,46 (22,22-44,44)	25,11±11,34 (4,44-45,56)	20,95±7,30 (6,67-32,22)	2,804	0,24	3- 2 3- 3 2- 3	0,67 0,16 0,10

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum.

*Kruskal-Wallis H test, p<0,05; §Mann-Whitney U test, p<0,05.

Tablo 21: Eğitim Durumuna Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	X±SS, Min-Max (N=218)				Kruskal-Wallis H test			
	Ortaokul (n=4)[1]	Lise (n=64)[2]	Lisans (n=133)[3]	Lisansüstü (n=17)[4]	χ^2	p*	Mann-Whitney U test	
							Grup	p§
							3- 2	0,41
							3- 3	0,85
Kadın Cinsel	42,25±5,25	40,39±6,58	42,687±7,26	45,05±7,40	0,756	0,38	3- 4	0,36
Sıkıntı Envanteri	(39-50)	(27-52)	(26-52)	(31-52)			2- 3	0,51
							2- 4	0,72
							3- 4	0,25
							3- 2	0,13
							3- 3	0,16
Cinsel Yaşam	17,50±8,43	25,20±8,66	25,14±11,40	27,12±13,36	2,259	0,13	3- 4	0,17
Kalitesi Ölçeği	(11,11-28,89)	(6,67-43,33)	(4,44-45,56)	(5,56-44,44)			2- 3	0,86
							2- 4	0,51
							3- 4	0,51

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum.

*Kruskal-Wallis H test, $p<0,05$; §Mann-Whitney U test, $p<0,05$.

Tablo 22: Gelir Durumuna Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	X±SS, Min-Max (N=218)			Kruskal-Wallis H test			
	Gelir Giderden Az[1] (N=49)	Gelir ve Gider Eşit[2] (N=151)	Gelir Giderden Fazla[3] (N=18)	χ^2	p*	Mann-Whitney U test	
						Grup	p§
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	43,14±6,54 (30-52)	42,08±7,29 (26-52)	40,44±7,31 (31-52)	1,625	0,44	1- 2 1- 3 2- 3	0,41 0,24 0,38
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	22,13±9,28 (4,44-40)	25,36±11,12 (4,44-45,56)	31,91±8,73 (8,89-43,33)	11,864	***0,003***	1- 2 1- 3 2- 3	0,09 ***0,001*** ***0,01***

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum.

*Kruskal-Wallis H test, $p<0,05$; §Mann-Whitney U test, $p<0,05$

Tablo 23: Yaşamın Geçtiği Yere Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	X±SS, Min-Max (N=218)			χ^2	p*	Kruskal-Wallis H test	
	Köy[1] (N=56)	İlçe[2] (N=53)	İl[3] (N=109)			Mann-Whitney U test	
						Grup	p§
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	41,58±7,07 (26-52)	45,54±7,18 (26-52)	40,17±6,16 (30-52)	12,161	***0,001***	1- 2	***0,001***
						1- 3	0,13
						2- 3	***0,001***
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	27,98±10,70 (4,44-45,56)	19,24±10,83 (4,44-42,22)	25,33±8,61 (10-43,33)	18,371	***0,001***	1- 2	***0,004***
						1- 3	0,07
						2- 3	***0,001***

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum.

*Kruskal-Wallis H test, $p<0,05$; §Mann-Whitney U test, $p<0,05$.

4.2.8. Sağlık Bilgilerine Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Puan Dağılımı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Dağılımı

Çalışma grubunun sağlık bilgilerine göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 24'de verilmiştir. Buna göre jinekolojik ameliyat öyküsü durumuna göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,001). Jinekolojik ameliyat öyküsü olan kadınların Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması jinekolojik ameliyat öyküsü olmayan kadınlara kıyasla daha düşük bulunurken, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 24). İlaç kullanımı durumuna ve aile planlaması yöntemine göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (sırasıyla, p=0,009 ve p=0,02). İlaç kullanımı olan kadınların ilaç kullanımı olmayan kadınlara kıyasla ve aile planlaması yöntemi kullanan kadınların kullanmayan kadınlara kıyasla Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 24).

Tablo 24: Sağlık Bilgilerine Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	**X±SS, Min-Max (N=218)**		**Mann-Whitney U test**	
Jinekolojik Ameliyat Öyküsü				
Gruplar	**Var (n=32)**	**Yok (n=186)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	37,09±7,22	43,06±6,75	-4,127	***0,001***
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	31,52±9,16	24,08±10,69	-3,429	***0,001***
Tanı Konulmuş Hastalık				
Gruplar	**Var (n=46)**	**Yok (n=172)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	42,63±7,66	42,06±7,00	-0,866	0,38
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	27,07±10,07	24,67±10,94	-1,557	0,12
İlaç Kullanımı				
Gruplar	**Var (n=12)**	**Yok (n=206)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel	42,31±5,21	42,17±7,29	-0,187	0,85

Sıkıntı Envanteri				
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	31,16±7,87	24,60±10,87	-2,624	***0,009***
Aile Planlaması Yöntemi				
Gruplar	**Var (n=100)**	**Yok (n=118)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	41,51±6,78	42,76±7,39	-1,330	0,18
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	27,06±9,30	23,57±11,71	-2,217	***0,02***

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum.

*Mann-Whitney U test, p<0,05.

4.2.9. Cinsel Yaşantıya İlişkin Bulgulara Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Puan Dağılımı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Dağılımı

Çalışma grubunun cinsel yaşantıya ilişkin özelliklerine göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 25'de verilmiştir. Buna göre ilk cinsel deneyime göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,001). İlk cinsel deneyimini iyi (hafif ağrılı/ağrısız) olarak tanımlayan kadınların Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması ilk cinsel deneyimini kötü (ağrılı ve kasıntılı) olarak tanımlayan kadınlara kıyasla daha düşük bulunurken, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 25).

Mastürbasyon yapma durumu ve cinsel ilişki öncesi sevişme süresi ve yoğunluğuna göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (sırasıyla, p=0,008 ve p=0,01). Mastürbasyon yapan kadınların, mastürbasyon yapmayan kadınlara kıyasla ve cinsel ilişki öncesi sevişme süresi ve yoğunluğunu yeterli olarak tanımlayan kadınların cinsel ilişki öncesi sevişme süresi ve yoğunluğunu yetersiz olarak tanımlayan kadınlara kıyasla Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 25).

Tablo 25: Cinsel Yaşantıya İlişkin Bulgulara Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	X±SS, Min-Max (N=218)		Mann-Whitney U test	
İlk Cinsel Deneyim				
Gruplar	**İyi (Hafif ağrılı/ağrısız) (n=26)**	**Kötü (Ağrılı ve kasıntılı) (n=192)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	31,19±4,94	42,86±7,12	-3,957	***0,001***
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	33,46±7,23	24,05±10,71	-4,104	***0,001***
Mastürbasyon Yapma Durumu				
Gruplar	**Evet (n=97)**	**Hayır (n=121)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	41,15±8,16	42,10±6,41	-0,178	0,85
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	30,70±10,00	25,36±10,47	-2,645	***0,008***
Cinsel İlişki Öncesi Sevişme Süresi ve Yoğunluğu				
Gruplar	**Yeterli (n=75)**	**Yetersiz (n=143)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	41,61±7,01	42,48±7,20	-1,118	0,26
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	27,22±11,61	24,10±10,21	-2,352	***0,01***
Vajinismus İle İlgili Çözüm Arama Durumu				
Gruplar	**Evet (n=149)**	**Hayır (n=69)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	42,67±7,08	41,14±7,17	-1,696	0,09
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	24,34±10,51	26,97±11,24	-1,790	0,07

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum.

*Mann-Whitney U test, p<0,05.

4.2.10. Aile Etkileşimi ve Korkulara Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Puan Dağılımı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Dağılımı

Katılımcıların aile etkileşimi özelliklerine göre göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 26'da verilmiştir. Hep çocuk kalma isteği, ailenin iyi kızı olmaya verdiği önem ve dini inançların baskın olduğu bir evde büyüme durumu bakımından Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Hep çocuk kalma isteği taşıyan kadınların, ailenin iyi kızı olmaya önem veren kadınların ve dini inançların baskın olduğu bir evde büyüyen kadınların Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması daha yüksek bulunurken, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha düşük bulunmuştur (Tablo 26). Annesi ile çok güçlü bir bağı olduğunu bildiren kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha düşük bulunurken babası ile bir bağı olduğunu bildiren kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunuştur (sırasıyla, $p=0,02$ ve $p=0,08$). Çocukluk çağında ailesi/akrabaları tarafından cinsiyet ayrımcılığına maruz kaldığını bildiren kadınların Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p=0,01$) (Tablo 26).

Tablo 26: Aile Etkileşimine Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	**X±SS, Min-Max (N=218)**		**Mann-Whitney U test**	
Hep çocuk kalmak istemişimdir.				
Gruplar	**Evet (n=88)**	**Hayır (n=130)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	45,36±7,58 (26-52)	40,03±5,93 (26-52)	-6,449	***0,001***
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	20,34±11,29 (4,44-45,56)	28,45±9,11 (11,11-44,44)	-5,208	***0,001***
Annem ile çok güçlü bir bağım vardır.				
Gruplar	**Evet (n=171)**	**Hayır (n=47)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	42,53±7,59 (26-52)	40,91±4,95 (25-52)	-1,324	0,18
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	24,36±11,19 (4,44-44,44)	28,15±8,63 (5,56-45,56)	-2,199	***0,02***
Babam ile çok güçlü bir bağım vardır.				
Gruplar	**Evet (n=75)**	**Hayır (n=143)**	**Z**	**p***

Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	41,45±6,35 (28-52)	42,57±7,50 (26-52)	-1,254	0,21
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	28,57±9,77 (4,44-45,56)	23,39±10,90 (4,44-44,44)	-3,574	***0,001***
Ailemizde baskın olan kişi …				
Gruplar	**Annemdir (n=146)**	**Babamdır (n=72)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	42,35±7,35 (26-52)	41,84±6,69 (26-52)	-1,116	0,26
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	28,06±11.94 (4,44-45,56)	25,40±8,04 (11,11-43,339	-0,154	0,87
Ailemin iyi kızı olmak benim için her zaman önemlidir.				
Gruplar	**Evet (n=129)**	**Hayır (n=89)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	43,91±7,95 (26-52)	41,00±6,26 (26-52)	-3,221	***0,001***
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	22,55±12,20 (4,44-42,22)	26,98±9,33 (10-45,56)	-2,639	***0,008***
Dini inançların baskın olduğu bir evde büyüdüm.				
Gruplar	**Evet (n=157)**	**Hayır (n=61)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	44,19±6,44 (27-52)	37,03±6,19 (26-50)	-6,696	***0,001***
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	22,90±10,53 (4,44-43,33)	31,03±9,18 (14,44-45,56)	-4,758	***0,001***
Çocukluk çağında ailem/akrabalarım tarafından cinsiyet ayrımcılığına maruz kaldım.				
Gruplar	**Evet (n=154)**	**Hayır (n=64)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	43,93±6,90 (27-52)	41,46±7,12 (5,56-43,33)	-2,553	***0,01***
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	41,46±7,12 (26-52)	28,08±10,76 (4,44-45,56)	-1,833	0,06

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum.

*Mann-Whitney U test, p<0,05.

Katılımcıların korku özelliklerine göre göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 27'de verilmiştir. Canının çok tatlı olduğunu bildirme, farklı korkular taşıma, cinsel ilişki sırasında kendini bırakmakta zorlanma, vücuduna herhangi bir şey girmesinden korkma, eşinin/partnerinin cinsel ilişki sırasında zarar verebileceği endişesi taşıma ve cinsel ilişkiyi sadece eşini/partnerini tatmin

etme yönünde bir görev olarak algılama durumu bakımından Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Canının çok tatlı olduğunu bildiren kadınların, iğne, hayvanlar, kapalı alan vb. farklı korkuları olan kadınların, cinsel ilişki sırasında kendini bırakmakta zorlanan kadınların, vücuduna herhangi bir şey girmesinden korkan kadınların, eşinin/partnerinin cinsel ilişki sırasında ona zarar verebileceğinden endişelenen kadınların ve cinsel ilişkiyi sadece eşini/partnerini tatmin etme yönünde bir görev olarak algılayan kadınların Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması daha yüksek bulunurken, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha düşük bulunmuştur (Tablo 27).

Tablo 27: Korkulara Göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	**X±SS, Min-Max (N=218)**		**Mann-Whitney U test**	
Canım çok tatlıdır.				
Gruplar	**Evet (n=153)**	**Hayır (n=65)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	43,61±7,03 (27-52)	38,83±6,22 (26-52)	-4,734	***0,001***
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	23,41±11,09 (4,44-45,56)	29,33±8,82 (11,11-44,44)	-3,586	***0,001***
İğne, hayvanlar, kapalı alan vb. farklı korkularım vardır.				
Gruplar	**Evet (n=99)**	**Hayır (n=119)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	45,53±7,23 (27-52)	39,40±5,72 (26-51)	-6,774	***0,001***
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	20,07±11,39 (4,44-43,33)	29,42±8,15 (14,44-45,56)	-5,982	***0,001***
Yaşadığım, gördüğüm şeyleri kolay kolay üzerimden atamam.				
Gruplar	**Evet (n=129)**	**Hayır (n=89)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	42,42±7,52 (26-52)	41,84±6,54 (28-52)	-1,024	0,30
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	24,07±11,03 (4,44-44,44)	26,77±10,27 (4,44-45,56)	-1,829	0,06
Cinsel ilişki sırasında kendimi bırakmada zorlanırım.				
Gruplar	**Evet (n=208)**	**Hayır (n=10)**	**Z**	**p***

Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	42,59±6,92 (26-52)	33,70±6,37 (26-41)	-3,185	***0,001***
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	24,55±10,59 (4,44-45,56)	38,11±5,49 (30-43,33)	-3,869	***0,001***
Vücuduma herhangi bir şey girmesinden korkuyorum.				
Gruplar	**Evet (n=66)**	**Hayır (n=152)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	45,92±7,97 (26-52)	17,32±11,13 (4,44-43,33)	-5,399	***0,001***
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	28,58±8,67 (8,89-45,56)	40,56±6,08 (26-52)	-6,793	***0,001***
Eşimin/Partnerimin cinsel ilişki sırasında bana zarar verebileceği endişesi yaşarım.				
Gruplar	**Evet (n=120)**	**Hayır (n=98)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	43,76±7,50 (26-52)	40,25±6,15 (26-52)	-3,727	***0,001***
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	21,93±11,07 (4,44-44,44)	29,14±9,01 (11,11-45,56)	-4,660	***0,001***
Her cinsel ilişkide gebe kalmaktan korkarım.				
Gruplar	**Evet (n=55)**	**Hayır (n=163)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	43,23±7,43 (27-52)	41,83±7,01 (26-52)	-1,737	0,08
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	25,67±10,87 (5,56-44,44)	25,01±10,79 (4,44-45,56)	-0,596	0,55
Cinsel ilişki benim için sadece eşimi/partnerimi tatmin etme yönünde bir görevdir.				
Gruplar	**Evet (n=47)**	**Hayır (n=171)**	**Z**	**p***
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	44,42±7,13 (31-52)	41,57±7,02 (26-52)	-2,464	***0,01***
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	21,22±11,46 (6,67-44,44)	26,26±10,37 (4,44-45,56)	-2,82	***0,005***

Kısaltmalar: X: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minumum; Max: Maksimum.

*Mann-Whitney U test, $p<0,05$.

4.3. İlişki Arayıcı Bulgular

4.3.1. Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Total Puanı ile Yaş, Beden Kitle İndeksi, Doğum Sayısı ve Cinsel Yaşam Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların beden kitle indeksi, cinsel ilişki sıklığı, ilk cinsel ilişki deneme yaşı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği total puanı ile Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri total puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Beden kitle indeksi ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği total puanı ile Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri total puanı arasında negatif yönlü bir ilişki varken, cinsel ilişki sıklığı ve ilk cinsel ilişki deneme yaşı ile Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri total puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır (Tablo 28).

Tablo 28: Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Total Puanı ile Yaş, Beden Kitle İndeksi, Doğum Sayısı ve Cinsel Yaşam Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişkenler (N=218)	Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri
Yaş	-0,05 (0,44)
Beden Kitle İndeksi	***-0,14 (0,02)****
Doğum Sayısı	-0,20 (0,19)
Partner Sayısı	-0,07 (0,25)
Cinsel İlişki Sıklığı (Gün/Hafta)	***0,14 (0,03)****
İlk Cinsel İlişki Deneme Yaşı	***0,16 (0,01)****
Mastürbasyona Başlama Yaşı	-0,07 (0,49)
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	***-0,68 (0,001)*****

Pearson korelasyon testi $p<0.05^{*}$, $p<0.01^{**}$

Veriler r (p) şeklinde ifade edildi.

4.3.2. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Total Puanı ile Yaş, Beden Kitle İndeksi, Doğum Sayısı ve Cinsel Yaşam Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılın kadınların yaş, partner sayısı ve Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri total puanı ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p<0,05). Yaş ve partner sayısı ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği total puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki varken, Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri total puanı ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği total puanı arasında negatif yönlü bir ilişki vardır (Tablo 29).

Tablo 291: Cinsel Yaşam Kalitesi Total Puanı ile Yaş, Beden Kitle İndeksi, Doğum Sayısı ve Cinsel Yaşam Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişkenler (N=218)	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği
Yaş	***0,16 (0,01)****
Beden Kitle İndeksi	0,06 (0,36)
Doğum Sayısı	0,22 (0,15)
Partner Sayısı	***0,24 (0,001)*****
Cinsel İlişki Sıklığı (Gün/Hafta)	-0,30 (0,66)
İlk Cinsel İlişki Deneme Yaşı	-0,07 (0,28)
Mastürbasyona Başlama Yaşı	0,16 (0,10)
Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri	***-0,68 (0,001)*****

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

Veriler r (p) şeklinde ifade edildi.

4.3.3. Katılımcıların Beden Kitle İndeksi, Cinsel İlişki Sıklığı ve İlk Cinsel İlişki Deneme Yaşının Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Puanı Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular

Tüm çalışma grubunun vajinismus tanılı guptan oluşması nedeniyle vajinismus odaklı çoklu regresyon analizi yapılamamıştır. Buna karşın katılımcıların beden kitle indeksi, cinsel ilişki

sıklığı ve ilk cinsel ilişki deneme yaşının Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puanı üzerindeki etkisinin incelendiği çoklu regresyon modelinin anlamlı bir model olduğu görülmüştür (F=4,931 ve p=0,002).

Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Puanı bağımlı değişkenini, katılımcının beden kitle indeksi, cinsel ilişki sıklığı ve ilk cinsel ilişki deneme yaşı ile açıklamak istatistiksel açıdan mümkündür (Tablo 30).

Tablo 30: Çoklu Regresyon Modelinin ANOVA (Varyans Analizi) Tablosu

	Model	Toplam Karaler	Df	Ortalama Kareler	F	P
1	Regresyon	713,873	3	237,958	5,852	,000[b]
	Artık	10327,416	214	748,259		
	Toplam	11041,289	217			

Bağımlı değişken: Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Puanı

Bağımsız değişken: Beden Kitle İndeksi, Cinsel İlişki Sıklığı (Ayda) ve İlk Cinsel İlişki Deneme Yaşı

Model katsayıları tablosuna göre beden kitle indeksi ve ilk cinsel ilişki deneme yaşı katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 31). Bu sonuca göre beden kitle indeksi ile Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puanı arasında negatif yönlü bir ilişki, ilk cinsel ilişki deneme yaşı ile Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Kadınların beden kitle indeksinin azalması ve ilk cinsel ilişki deneme yaşının artması Kadın Cinsel Sıkıntı envanteri puanının artmasına neden olmaktadır. Bağımsız değişkenlerin (beden kitle indeksi, cinsel ilişki sıklığı ve ilk cinsel ilişki deneme yaşı), bağımlı değişkeni (Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Puanı) açıklama oranı Tablo 31'de gösterilmiştir. Bu sonuca göre ilgili regresyon modeli ile bağımlı değişkeninin yaklaşık olarak %5'inin açıklanması mümkündür.

Tablo 31: Model Katsayılar ve Açıklayıcı Tablosu

Model		Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	p	R	R^2	Düzeltilmiş R^2	Standart Hatanın Tahmini
		B	Standart Hata	Beta (β)						
1	Sabit	36,013	5,631		6,396	,000	0,254[a]	0,065	0,052	6,94687

Beden Kitle İndeki	-0,30	0,15	-0,13	-1,983	0,04
Cinsel İlişki Sıklığı	0,26	0,17	0,10	1,508	0,13
İlk Cinsel İlişki Deneme Yaşı	0,47	0,18	0,17	2,609	0,01

Bağımlı değişken: Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Puanı

4.3.4. Katılımcıların Yaş ve Partner Sayısının Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular

Katılımcının yaş ve partner sayısının Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı üzerindeki etkisinin incelendiği çoklu regresyon modelinin anlamlı bir model olduğu görülmüştür (F=8,561 ve p=0,001). Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği bağımlı değişkenini, katılımcının yaşı ve partner sayısı ile açıklamak istatistiksel açıdan mümkündür (Tablo 32).

Tablo 32: Çoklu Regresyon Modelinin ANOVA (Varyans Analizi) Tablosu

	Model	**Toplam Karaler**	**Df**	**Ortalama Kareler**	**F**	**P**
1	Regresyon	1864,584	2	392,292	8,561	,000[b]
	Artık	23413,047	215	108,898		
	Toplam	25277,631	217			

Bağımlı değişken: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı

Bağımsız değişken: Yaş ve Partner Sayısı

Model katsayıları tablosuna göre partner sayısı katsaysı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001) (Tablo 33). Bu sonuca göre partner sayısı ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Katılımcıların partner sayısının artması, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanının artmasına neden olmaktadır. Bağımsız değişkenlerin (yaş ve partner sayısı), bağımlı değişkeni (Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı) açıklama oranı Tablo 33'de gösterilmiştir. Bu sonuca göre ilgili regresyon modeli ile bağımlı değişkeninin yaklaşık olarak %7'sinin açıklanması mümkündür.

Tablo 33: Model Katsayılar ve Açıklayıcılığı Tablosu

Model		Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	p	R	R^2	Düzeltilmiş R^2	Standart Hatanın Tahmini
		B	Standart Hata	Beta (β)						
1	Sabit	8,273	6,31		1,310	0.19	0,272[a]	0,074	0,065	10,43542
	Yaş	0,48	0,25	0,12	1,889	0,06				
	Partner Sayısı	-3,75	1,15	0,21	3,251	0,001				

Bağımlı değişken: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı

5. TARTIŞMA

Bu çalışma vajinismus tanılı hastaların cinsel distres ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu bölümde, araştırmada elde edilen bulgular alan yazını ile destekleyecek şekilde başlıklar halinde tartışılmıştır.

5.1. Sosyodemografik Özellikler Kapsamında Vajinismus Derecesi, Cinsel Sıkıntı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Bulgularının Tartışılması

Bu bölümde kadınların sosyodemografik özellikle kapsamında vajinismus derecesi, cinsel sıkıntı ve cinsel yaşam kalitesi ile ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 verilerine göre ülkemizde kadınların %68' inin 15-64 yaş aralığında olduğu, eğitim düzeyinin %34' ünün ilkokul, %15'inin ortaokul ve %26' sınında lise ve üzeri olduğu, medeni durumuna bakıldığında %66' sının evli ve %30'unun hiç evlenmemiş olduğu, çalışma durumuna bakıldığında %28' inin çalışıyor ve %64' ünün çalışmıyor olduğu bulunmuştur (TNSA 2018). Çalışmaya katılan grubumuzun yaş ortalaması 24,87±2,81 yıl ve Yıldırım (2017) çalışmasında araştırmamıza paralel bir sonuç bulmuştur (Yıldırım, 2017). Çalışmamıza katılan kadınların yaşı ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı (p=0,01) bir fark bulunmuştur. Ayrıca yaş ile cinsel yaşam ölçeği total puanının arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Literatürde ise, yaş ile cinsel yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki belirtilmekle birlikte (Balsis ve Carpenter 2004; Fleeson 2004) cinsellikle ilgili bilgiye ulaşımın kolaylaşması, cinsel ilişki sıklığının artması ve cinsel partner sayısının artması ile yaş ve cinsel yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Forbes ve ark. 2017). Çalışmamızda da bu bulguya paralel bir sonuç bulunmuş olup ayrıca çalışmamızda yaş ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve cinsel sıkıntı envanteri total puanları arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda kadınların yaşları ile cinsel sıkıntı envanteri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Maseroli ve ark. (2018) yaptıkları metaanaliz çalışmasında 3 randomize kontrollü çalışmada ortalama yaşı 27,76 yıl olarak bulurken 43 gözlemsel çalışmada 27,07 yıl olarak bulmuşlardır. Ayrıca yapılan çalışmalarda yaş ile vajinismus arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Maseroli ve ark. 2018; Fadul ve ark. 2019).

Medeni durumlarına bakıldığında %90,8' i (n=198) ile evli, %9,2' si (n=20) bekar olması TNSA verileri ile paralel olmasına rağmen Reissing ve ark. (2004) vajinismuslu kadınlar ile yaptıkları çalışmada kadınların medeni durumları %23 evli, %20 bekar ve %57 diğer olarak olarak ayrılmıştır (Reissing ve ark. 2004; TNSA 2018). Fadul ve ark. (2019) çalışmasında ise kadınların %42,5 evli ve %2,5 bekar olarak bildirilmiştir (Fadul ve ark., 2019). Bu bulgulara bakılarak çalışmamızın bulguları literatür ile uyumlu olmasına rağmen

literatürdeki çalışmalarda ve çalışmamızda kadınların vajinismus derecesi ve medeni durumları arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunmamıştır (Reissing ve ark. 2005; Fadul ve ark. 2019; Özkorumak Karagüzel ve ark. 2020). Çalışmaya katılan kadınların medeni durumuna göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,001). Evli katılımcıların bekar katılımcılara kıyasla Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır. Medeni duruma göre Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalamasına bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmamıza katılan kadınların evlenme öyküsüne baktığımızda da kadınların %23,9 (n=52) görücü usulü, %56,9 (n=124) flört ve %10,1 (n=22) kaçarak evlendiği bulunmuştur. Çalışmamızda evlenme öyküsüne göre yapılan karşılaştırmada, 4. Derece vajinismusu olan kadınlar 3. Derece, 2. Derece ve 1. Derece vajinismus olan kadınlara göre belirgin olarak görücü usülü ile evlendikleri bulunmasına rağmen literatürde evlilik şeklinin vajinismus ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı belirtilmiştir (Konkan ve ark. 2012). Çalışmamıza katılan kadınların eğitim düzeyi %1,8 (n=4) ortaokul mezunu, %29,4 (n=64) lise mezunu, %61 (n=133) lisans ve %7,8 (n=17) olarak belirlenmiştir. TNSA verilerine göre de ülkemizde eğitim düzeyinin %34' ünün ilkokul, %15'inin ortaokul ve %26' sınında lise ve üzeri olduğu bu yönüyle çalışma grubundaki kadınların eğitim düzeyinin ülkemizin ortalamasına göre yüksek olduğu görülmektedir (TNSA 2018). Konu ile ilgili literatürde yapılan araştırmalara bakıldığında ise Fadul ve ark. (2019) yaptıkları araştırmada da kadınların %100 (n=40) üniversite mezunu oldukları bulunmuştur (Fadul ve ark. 2019). Ayrıca İsveç'te 1973-2001 yılları arasında doğan 1359315 kadından 9247 vajinismus tanısı almış olan kadın ile yaptıkları çalışmada kadınların yüksek eğitim düzeyinin vajinismus ile ilişkilendirilmiştir (Mühlrad ve ark. 2021). Ülkemizde cinsel işlev bozuklukları polikiniğine başvuran vajinismus tanılı kadınları kapsayan bir başka çalışmada da eğitim düzeyi durumlarına bakıldığında ise %71,6 (n=78) ilköğretim mezunu, %18,3 (n=20) ortaöğretim mezunu (12 yıl), %7,3 (n=8) lisans olarak belirlenmiştir (Yıldırım, 2017). Kurban ve ark. (2021) vajinimus tanılı kadınlar ile yaptıkları çalışmada da eğitim düzeyinin normal popülasyondan yüksek olduğu, çalışmaya katılan kadınların %66,1' inin üniversite ve üzeri eğitim durumu olduğunu bulmuşlardır. Bunun sonucununda çalışmanın özel bir klinikte yapıldığını ve sadece kliniğe başvuran hastaları örneklem grubuna aldıkları için olduğunu ifade etmişlerdir (Kurban ve ark. 2021). Çalışma grubundaki eğitim düzeyi yüksekliğinin çalışmamızın bireysel ödemeye dayalı özel ve bu konuda tanınmış bir klinikte yapılmış olmasının ve yüksek eğitim düzeyindeki kadınların tedavi aramak için uzmanlaşmış klinikleri başvurmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda kadınların vajinismus

dereceleriyle eğitim durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmaya katılan vajinusmus tanılı kadınlar arasında evlenme öyküsü ve eğitim durumuna göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Çalışmamıza katılan kadınların çalışma durumuna bakıldığında %48,2 (n=105) çalışıyor ve %51,8 (n=113) çalışmıyor olduğu bulunmuştur. Ayrıca kadınların çalışma durumları ile vajinismus dereceleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. TNSA verilerine çalışma durumuna bakıldığında ise nüfusun %28' inin çalışıyor ve %64' ünün çalışmıyor olduğu bulunmuştur (TNSA 2018). Turan ve ark. (2020) yaptıkları çalışmaya katılan kadınların çalışma durumu ile ilgili bulguları incelendiğinde %73,21 çalışıyor iken %26,78 çalışmıyor olarak bulunmuştur (Turan ve ark. 2020). Buna ek olarak grubun çalışma durumuna göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,002). Çalışmayan katılımcıların çalışan katılımcılara kıyasla Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmasına rağmen Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalamasında istatistiksel olarak herhangi bir fark saptanmamıştır. Çalışmamıza katılan kadınların yaşamını geçirdikleri yerlere bakıldığında %50 (n=109) il, %24,3 (n=53) ilçe ve %25,7 (n=56) köyde geçirdikleri ve 2. Derece vajinimusu olan kadınlar 3. ve 4. Derece vajinismusu olan kadınlara göre il düzeyinde yaşamını geçirdiklerini (p=0,02) belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların yaşamlarını geçirdikleri yerlere göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,001). İkili karşılaştırma sonuçlrına göre yaşamı ilçede geçen katılımcıların, yaşamı köyde veya ilde geçen katılımcılara kıyasla Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (p=0,001). Bununla birlikte, yaşamı ilçede geçen katılımcıların, yaşamı köyde veya ilde geçen katılımcılara kıyasla Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha düşük bulunmuştur (sırasıyla, p=0,004 ve p=0,001). Bu bulgulara bakarak çalışmaya katılan kadınların çoğunlukla genç, eğitimli ve il merkezinde büyümüş kişiler sonucuna varılabilmektedir. Ayrıca bu bulgular doğrultusunda literatür incelendiğinde, Özdel ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılan kadınların %76,7 (n=23) kentsel ve %23,3 (n=7) kırsal bölgede yaşamlarını geçirdiklerini ifade etmişlerdir (Özdel ve ark. 2013). Çalışmamızda ise katılan kadınların aylık gelir durumuna bakıldığında ise kadınların %22,5 (n=49) gelir giderden az, %69,3 (n=151) gelir gidere eşit ve %8,3 (n=18) gelir giderden fazla olarak belirtmiştir. Çalışmamızda kadınların vajinismus derecesi ile gelir durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gelir durumuna göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan

ortalaması bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,003). Ayrıntılı ikili karşılaştırmalarda bu farklılıkların yönü incelenmiştir. Buna göre geliri giderinden fazla olan katılımcıların, geliri giderinden az olan veya geliri giderine eşit olan kadınlara kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (sırasıyla, p=0,001 ve p=0,01). Reissing ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada çalışmaya katılan kadınların %53 düşük, %30 orta ve %16 yüksek geliri olduğu bulmuşlardır (Reissing ve ark. 2004).

5.2. Sağlık Bilgileri Kapsamında Vajinismus Derecesi, Cinsel Sıkıntı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Bulgularının Tartışılması

Bu bölümde kadınların sağlık bilgileri kapsamında vajinismus derecesi, cinsel sıkıntı ve cinsel yaşam kalitesi ile ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Çalışmamıza katılan vajinismus tanılı kadınların boylarının ortalaması 164,21±4,75 (155-180) olarak bulunmuştur. Vücut ağırlıklarının ortalaması 62,68±9,72 (42-85) olarak bulunmuştur. Vajinismus derecesine göre vücut ağırlığının karşılaştırıldığı bulgularda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,008). Buna göre vücut ağırlığı açısından ikili karşılaştırma sonuçlarında, 3. Derece vajinusmusu olan kadınların vücut ağırlığı ortalaması 1. Derece ve 2. Derece vajinusmusu olan kadınlara oranla anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0,05). Boy uzunluğu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). BKİ (Beden kitle indeksi) değerlerinin ortalaması 23,23±3,22 kg/m^2 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların vajinismus derecelerine göre BKİ değerlerinin ortalamasının karşılaştırıldığı bulgularda ise vajinismus dereceleri ve BKİ değerlerinin ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,01). Ayrıca 3. Derece vajinusmusu olan kadınların BKİ değerlerinin ortamalası da 1. Derece ve 2. Derece vajinusmusu olanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0,05). Maseroli ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada da vajinismus tanılı kadınların BKİ 23,73 ± 4,61 kg/m^2 olarak bulunmuştur (Maseroli ve ark. 2017). Ayrıca Möller ve ark. (2015) retrospektif olarak yaptıkları çalışmada vajinismus tanılı kadınların BKİ' si ile diğer tüm kadınların BKİ' si arasında anlamlı olarak fark bulunmuştur. Vajinismus tanılı kadınların BKİ' si daha düşüktür (Möller ve ark., 2015). Araştırmaya katılan kadınların BKİ değerlerinin ortalaması arasında Kadın Cinsel Sıkıntı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,02). Ayrıca araştırmaya katılan kadınların BKİ değerlerinin ortalaması ve Cinsel Yaşam Kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Efthymiou ve ark. (2015) BKİ' nin cinsel işlev üzerine etkisi ile yaptıkları çalışmada da BKİ' nin cinsel işlev bozukluklarını etkilediği bulunmuştur (Efthymiou ve ark. 2015). Bu çalışmanın bulguları ise çalışmamızın bulguları ile

paraleldir. Elsheikh (2018) yaptığı çalışmada çalışmaya katılan vajinimus tanılı kadınların BKİ' sini 24,6 ± 6,7 olarak bulmasına rağmen vajinismusa etkisiyle alakalı hiçbir bulgu ifade edilmemiştir (Elsheikh 2018). Ayrıca araştırmamızda katılan vajinismus tanılı kadınların BKİ ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Total Puanı ile Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri Total Puanı arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Literatüre bakıldığında da BKİ' nin cinsel yaşam kalitesini etklediğini gösteren çalışma mevcuttur (Efthymiou ve ark. 2015).

Çalışmaya katılan kadınların doğum sayısı ortalaması 1,5±0,59 olarak bulunmuştur. TNSA verilerine bakılıdığında ülkemizdeki doğurganlık hızının 2,3 olarak bulunmuştur (TNSA 2018). Çalışmamıza katılan kadınların ülkemizin geneline göre doğum sayısının ortalamasının düşük olması cinsel işlev bozukluğundan dolayı cinsel birleşmenin tam anlamıyla gerçekleşmemesi sonucu çıkartılabilmektedir. Bu bulguların ışığında literatüre bakıdığında ise kadınların doğum sayıları değişkenlik göstermektedir. Toplam 42 evli kadınla yapılan bir araştırmada kadınların doğum sayılarının ortalamasına bakılacak olursak 0,5 ± 0,07 olarak bulunmuştur (Elsheikh 2018). Bir başka çalışmaya göre ise çalışmaya katılan vajinimus tanılı kadınların paritesine bakıldığında %20 (n=4) iken vajinismus tanılı olmayan kadınların paritesi %57,5 (n=119) olarak bulunmuştur (Maseroli ve ark. 2017).

Çalışma grubundaki kadınların jinekolojik ameliyat öyküsüne bakıldığında %14,6 (n=32) herhangi bir ameliyat olduğu ve %85,4 (n=186) herhangi bir ameliyat olmadığı bulunmuştur. Katılımcıların vajinismus derecesine göre jinekolojik ameliyat öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,001). Ayrıca kadınların jinekolojik ameliyat öyküsü durumuna göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,001). Jinekolojik ameliyat öyküsü olan kadınların Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması jinekolojik ameliyat öyküsü olmayan kadınlara kıyasla daha düşük bulunurken, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında vajinimus vakalarının çok az bir kısmı vajinismusu tetikleyen fizyolojik faktörlere sahiptir. Bunların içinde vajinismusun en sık görülen anatomik nedeni ise Hymen anomalileridir. Bölmeli veya kalın hymen cinsel ilişkiyi zorlaştırır veya imkânsız hale getirebilmektedir (Kurban ve ark. 2021). Kurban ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada çalışmaya katılan kadınların %14,3' üne hymen anomalilerinden dolayı jinekolojik ameliyat yapılmış olup bunun sonucunda tedavileri daha iyi bir şekilde yönetilmiştir (Kurban ve ark. 2021). Bu bulgular çalışmamızla paralellik gösterdiği gibi jinekolojik ameliyat geçiren kadınların cinsel yaşam kalitesinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca vajinismus tanılı gebe kadınların doğum şekilleri ile ilgili

yapılan çalışmada, vajinismus tanılı kadınların %70,6 (n=12) sezaryen ve %29,4 (n=5) vajinal doğum yaptıkları belirtilmiştir (Eserdağ ve Akalın 2021).

Çalışmamıza katılan vajinismus tanılı kadınların %21 (n=46) tanı konulmuş herhangi bir hastalığı olduğu ve %79 (n=172) tanı konulmuş herhangi bir hastalığının olmadığı bulunmuştur. Ayrıca kadınların tanı konulmuş hastalıklarına bakıldığında ise %28,3 (n=13) sistemik hastalıklardan herhangi biri, %28,3 (n=13) depresyon ve %43,4 (n=20) panik atağı tanısı olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların vajinismus derecesine göre tanı konulmuş hastalık karşılaştırması sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların tanı konulmuş hastalık öykülerine göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgular Uğurlucan ve ark. (2021) yaptıkları çalışmanın bulgularına paralellik göstermektedir (Uğurlucan ve ark. 2021). Vajinismus tanılı kadınlarda fobik reaksiyonlar sadece vajinal ağrı ve vajinal penetrasyon ile sınırlı olmayıp bu kişilerin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu ifade edilmektedir (Özkorumak Karagüzel ve ark. 2016; Yıldırım ve ark. 2019). Yapılan bir çalışmada depresyon tanısı almış olan vajinismus tanılı kadınların oranın %35,4 olduğunu ifade etmişlerdir (Yıldırım ve ark. 2019). Turan ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada da vajinismus tanılı kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Turan ve ark. 2020). Bazı çalışmalarda ise vajinismusun depresyon ile ilişkisi olmadığını ifade etmesine (Derogatis ve ark. 1981; Özdel ve ark. 2012) rağmen birçok çalışmada vajinismus ve depresyonun ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Özkorumak Karagüzel ve ark. 2016; Şafak Öztürk ve ark. 2017; Yıldırım ve ark. 2019; Achour ve ark. 2019; Turan ve ark. 2020). Çalışmamıza katılan kadınlara bakıldığında ise vajinismus ve depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Turan ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada depresif mizaca sahip olan kadınların cinsel işlev bozukluklarından etkilediğini bunun nedeni olarakta bu kadınların ağrı algısının daha şiddetli yaşaması olarak açıklamaktadır (Turan ve ark. 2020). Kaplan (1987) vajinal penetrasyon ve cinsel ilişkiden kaçınma konusundaki korkuların olumsuz duygu ve düşüncelerden kaçınmak amacıyla ortaya çıkan bir baş etme mekanizması olarak ifade etmiştir (Kaplan 1987). Reiss ve ark. (1986) Penetrasyon sırasında paniğe kapılacağımdan korkuyorum ve cinsel ilişki sırasından vücudumda ne olduğunu bilmemek korkutucu geldiğini ifade etmişlerdir (Reiss ve ark. 1986). Bu duruma göre yakın zamanda yapılan araştırmalara göre de cinsel ilişkiye girdiklerinde panik atak geçirme korkusu olan kişilerde vajinismus görülme sıklığının daha fazla olduğu gözlenmiştir (Reissing ve ark. 2004; Van Lankveld ve ark. 2010; Fadul ve ark. 2019). Anksiyete ve depresif belirtileri olan hastalarla yapılan bir çalışmada da hastaların bu

belirtileri azaltıldığı zaman daha az cinsel sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir (Pâquet ve ark. 2018).

Kadınların ilaç kullanımına bakıldığında %6 (n=12) kullandığı ve %94 (n=206) kullanmadığı bulunmuştur. İlaç kullanan kadınlara bakıldığında ise %33,3 (n=4) psikiyatrik herhangi bir ilaç kullandığını ve %66,7 (n=8) doğum kontrol hapı kullandığı bulunmuştur. Katılımcıların vajinismus derecesine göre ilaç kullanımının karşılaştırılması istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,01). İlaç kullanımı durumuna göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,009). İlaç kullanımı olan kadınların ilaç kullanımı olmayan kadınlara kıyasla Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.
Uğurlucan ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada kadınların %2,6 (n=2)' sının antidepresan ve %2,6 (n=2)' sının da oral kontraseptif kullandığı bulunmuş olup bu çalışmaya göre ilaç kullanma oranları çalışmamızın bulgularına paralel olarak bulunmuştur (Uğurlucan ve ark. 2021).

Gruptaki kadınların aile planlaması yöntemine bakıldığında %46 (n=100) herhangi bir yöntem kullandığı ve %54 (n=118) herhangi bir yöntem kullanmadığı bulunmuştur. TNSA verilerine göre ülkemizdeki kadınların %49' unun modern yöntem, %21' inin geleneksel yöntem ve %30' unun yöntem kullanmadıkları ifade edilmiştir (TNSA 2018). Katılımcıların vajinismus derecesine göre aile planlaması yöntemi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Aile planlaması yöntemine göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,02). Literatüre bakıldığında vajinismus tanılı kadınların doğum kontrol yöntemlerini kullanmada zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir (Crowley ve ark. 2009).

5.3. Cinsel Yaşama İlişkin Bilgiler Kapsamında Vajinismus Derecesi, Cinsel Sıkıntı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Bulgularının Tartışılması

Bu bölümde kadınların cinsel yaşama ilişkin bilgiler kapsamında vajinismus derecesi, cinsel sıkıntı ve cinsel yaşam kalitesi ile ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Sampson (2007) yaptığı çalışmada çiftlerin genellikle ilk cinsel deneyimleri olduğunu ve bunun sonucunda başarılı bir cinsel ilişkileri olmadığı için çiftlerin cinsellikte uzak durmalarına ve bazen de cinsel ilişkiye giremeyeceklerini düşünmelerine neden olarak vajinismusa temel hazırladığını ifade etmişlerdir (Sampson 2007). Çalışmamıza katılan kadınların partner sayılarının ortalaması ise 1,28±0,62 bulunmuş olup çalışmamıza katılan kadınların birçoğunun ilk cinsel ilişkileri olduğunu ifade etmişlerdir. Bunun nedeni ise ülkemizde bekaretin evlilikle birlikte ortadan kalkması gerektiği inancı olduğu için ilk cinsel

aktivitenin evlilik ile gerçekleşir ve vajinal birleşme kadın erkek arasındaki başarılı cinsel ilişkinin temel faktörü olmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle evliliğin ilk gecesi cinsel birleşme ile ilgili olarak kaygı ve korku beklenen bir durumdur ve bunun sonucu olarak kadınlarda vajinismus gelişmektedir (Sungur 2012; Ibrahimipure ve ark. 2012; Yıldırım 2016). Çalışmamıza katılan kadınların vajinismus dereceleri ve cinsel partner sayısının ikili karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde ise geçmiş zamanda yapılan araştırmalarda yaş ile cinsel yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğunu ifade etmelerine (Balsis ve Carpenter 2004; Fleeson 2004) rağmen cinsellikle ilgili bilgileye ulaşımın kolaylaşması, cinsel ilişki sıklığının artması ve cinsel partner sayısının artması ile yaş ve partner sayısının cinsel yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Forbes ve ark. 2017).

Vajinismus ülkemizde batı ülkeleri ile karşılaştırıldığında daha yaygın bir cinsel işlev bozukluğudur (Yıldırım 2017). Bunun sebebi ise dini inançlar, cinsellikle ilgili olumsuz düşünceler, bekaret, evlilik öncesi cinsel ilişkiye karşı olumsuz söylemler, cinsel deneyimlerle ilgili tabular gibi faktörler vajinimusun oluşumunu etkilemektedir (Masters ve Johnson 1966; Reissing ve ark. 1999; Fadul ve ark. 2019). Çalışmamıza katılan kadınların ise %88,1 ($n=192$) ilk cinsel ilişki deneyimlerini kötü, çok ağrılı, kasıntılı gibi geçtiğini ifade etmişlerdir. Vajinusmus derecesine göre ilk cinsel deneyiminde kötü (ağırılı ve kasıntılı) olarak tanımlanan ikili karşılaştırılmalarında ise 4. Derece vajinismus tanılı kadınların 3. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre, 3. Derece vajinismus tanılı kadınların 2. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre 2. Derece vajinimus tanılı kadınların 1. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre daha fazla deneyimledikleri ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,01$). Çalışma grubunun ilk cinsel deneyime göre Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$). İlk cinsel deneyimini iyi (hafif ağrılı/ağrısız) olarak tanımlayan kadınların Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması ilk cinsel deneyimini kötü (ağrılı ve kasıntılı) olarak tanımlayan kadınlara kıyasla daha düşük bulunurken, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Deneyimlenen her şey zihin tarafından sınıflandırılmakta ve bu sınıflandırma deneyime yüklenen anlama göre yapılmaktadır. Dolayısıyla, deneyimler ile sınıflandırma ve yargılamaya dayanan bir ilişki içinde olmak sıkıntının kaynağı olarak görülmektedir (Matchim ve ark. 2011). Bu bilgiye dayanarak literatüre bakıldığında vajinimus tanılı kadınların cinsel ilişki sırasında anksiyete düzeylerinin önemli ölçüde yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Tuğrul ve Kabakçı 1997; ter Kuile ve ark. 2007; Özkorumak ve ark. 2016; Turan ve ark. 2020). Kadınların cinsel ilişki

esnasında ağrı hissedecekleri korkusu vajinismusun ortaya çıkmasını etkilemektedir (Mutlu ve Karlıdağ 2021). Eserdağ ve ark. (2021) tarafından yapılan yapılan vajinismus tanılı kadınların ağrı eşiği hakkında yaptıkları çalışmada vajinismus tanılı kadınların normal popülasyona göre ağrı eşiğinin daha düşük olduğu ve vajinismus derecesi yükseldikçe ağrı eşiğinin azaldığını ifade etmişlerdir (Eserdağ ve ark. 2021). Literatüre bakıldığında da çalışmamızın sonuçları ile paralellik gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca yapılan diğer araştırmalarda da depresif ve anksiyete bozukluğu öyküsü olan kadınların ağrı şikayetlerinin daha sık olduğu görülmüştür. Anksiyete pelvik kasların istemsiz bir şekilde kasılmasına neden olmaktadır. Çalışmamızın bulgularında ise vajinismus tanılı kadınların cinsellik konusunda çoğunlukla endişeli olduklarını ifade etmişlerdir. Bu durum ise kadınların penetrasyon sırasında istemsiz bir şekilde pelvik kasların kasılmasına ve penetrasyonun gerçekleşememesine yol açtığı bulunmuştur (Ter Kuile ve ark. 2007; Both ve ark. 2012; Dias-Amaral ve Marques-Pinto 2018).

Çalışma grubumuzdaki kadınların cinsel ilişki sıklığına bakıldığında kadınların cinsel ilişki sıklığı haftada 2,52±0,68 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında cinsel ilişki sıklığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,004). Uğurlucan ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada vajinismus tanılı hastaların ortalama cinsel ilişki sıklığı haftada 2,4±1,5 olarak bulunmuştur (Uğurlucan ve ark. 2021). Bu bulgular çalışma grubumuz ile paralellik göstermektedir. Ayrıca vajinimus tanılı kadınlar ve vajinimus tanısı olmayan bir kontrol grubu ile yapılan çalışmada vajinimus tanılı kadınların haftalık cinsel ilişki sıklığı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (Doğan ve Saraçoğlu 2009). Buna zıt olarak vajinismus tanılı kadınların normal cinsel işlevi olan kadınlara göre daha az cinsel ilişkiye girdiklerini ve cinsel işlevden kaçındıklarını belirten çalışmalarda literatürde mevcuttur (Tuğrul ve Kabakçı 1997; Reissing ve ark. 2003). Çalışmamızda da ikili karşılaştırma sonuçlarına göre 1. Derece tanılı kadınların 3. Derece ve 4. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre cinsel ilişki sıklığının daha düşük olduğu bulunmuştur (p<0,05). Bununla ilgili literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak nedeni vajinismus nedeniyle cinsel ilişkiyi gerçekleştiremeyen çiftler sorunu çözmek amacıyla daha sık cinsel ilişkiye girmeyi denedikleri sonucuna varılabilmektedir.

Ülkemizde kadınlar bu gibi korkulardan dolayı evlilik öncesi cinsel ilişkiye girmemektedir (Yıldırım 2017). Çalışmamıza katılan kadınların ilk cinsel ilişki deneme yaşlarının ortalamasına baktığımızda ise 20,52±2,63 olarak bulunmuştur. Bu bulgulara göre vajinismus derecesi ile cinsel ilişki deneme yaşı istatistiksel olarak (p=0,001) anlamlı bir fark bulunmuştur. İlk cinsel ilişki yaşı ve vajinimus dereceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir farklılık saptanmıştır (p=0,02). Çalışmamızdaki 2. Derece vajinismus tanılı kadınların, 1. Derece ve 3. Derece vajinismus tanılı kadınlara kıyasla ilk cinsel ilişki yaşının daha büyük olduğu saptanmıştır (p<0,05). Bunun sebebi ise kadınların evlenmeden önce cinsel ilişkiye girmemesi olarak düşünülmektedir.

Çalışma grubuna bakıldığında kadınların %44,5 (n=97) mastürbasyon yaptığını ve %55,5 (n=121) mastürbasyon yapmadığını, kadınlarında ilk mastürbasyon yaşlarının ortalamasının 20,52±2,63 olarak belirtmişlerdir. Vajinismus derecesine göre mastürbasyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Buna rağmen mastürbasyon yapma durumuna göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,008). Mastürbasyon yapan kadınların, mastürbasyon yapmayan kadınlara kıyasla Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde kadınların evlilik öncesi birleşmeyi kısıtlayan ve yasaklayan tabuların varlığından dolayı kadınların evlilik öncesi mastürbasyon ve cinsel deneyim oranlarının düşük olması göze çarpan bir bulgudur. Bu durum kadınlarda vajinismusu tetiklemektedir. Literatüre bakıldığında ise Eserdağ ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada vajinismus tanılı kadınların %46,9' unun mastürbasyon yaptıklarını belirtmişlerdir. (Eserdağ ve ark. 2020). Çalışmamızda bu bulguya paralellik göstermektedir Yıldırım (2016) mastürbasyon sıklığı ve mastürbasyon tutum açısından vajinismus tanılı kadınlar ile kontrol grubu olan vajinismus dışında herhangi bir cinsel işlev bozukluğuna sahip kadınlar arasında herhangi bir farklılık saptanmamasına rağmen her iki grubunda mastürbasyonu gereksiz veya zararlı olarak ifade ettiğini bulmuştur. Ayrıca kadınların ilk mastürbasyon yapma yaşına bakıldığında 17,69±3,83 olarak bulunmuştur (Yıldırım 2016). Bir başka çalışmaya göre de vajinismus tanılı kadınların mastürbasyon yaşlarının ortalaması 18,50±6,02 olarak bulunmuştur (Şafak Öztürk ve Arkar 2017). Bu görüş çalışmamınızın aksine bir görüştür. Ayrıca çalışmamıza katılan kadınların mastürbasyona başlama yaşlarının ortalaması 20,52±2,63 olarak bulunmuştur.

Yapılan bir araştırmada vajinismus tanılı kadıların ön sevişmeye ait herhangi bir sorunu olmadığını ve ön sevişmeden yeteri kadar haz aldıklarını ifade etmişlerdir (Ulusoy ve ark. 2019). Çalışmamızda bulgularında ise kadınların %65,6 (n=143) cinsel ilişkilerinde ön sevişme süresi, yoğunluğu, ıslanması ve uyarılmasını Çoğu zaman yetersiz daha uzun ve yoğun olmasını isterdim. olarak ifade etmişlerdir. Vajinusmus derecesine göre cinsel ilişki öncesi sevişme süresi ve yoğunluğu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,001). Çalışmamızdaki 2. Derece, 3. Derece ve 4. Derece vajinismus tanılı kadınların yarısından fazlası cinsel ilişki öncesi sevişme süresini ve yoğunluğunu yetersiz

olarak tanımlarken, cinsel ilişki öncesi sevişme süresini ve yoğunluğunu yetersiz olarak tanımlayan 1. Derece vajinismus tanılı kadınların oranı %39 (n=16) olarak saptandı. Cinsel ilişki öncesi sevişme süresi ve yoğunluğuna göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,01). Cinsel ilişki öncesi sevişme süresi ve yoğunluğunu yeterli olarak tanımlayan kadınların cinsel ilişki öncesi sevişme süresi ve yoğunluğunu yetersiz olarak tanımlayan kadınlara kıyasla Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Literatürde mevcut olan uyarılma ile ilgili bir diğer çalışmaya bakıldığında da vajinismus tanılı kadınların %9,1' inin cinsel uyarılma bozukluğu olduğunu ifade etmiştir (Yasan ve Akdeniz 2009). Achour ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada vajinismus tanılı kadınların %60 (n=12)' sinin cinsel işlev bozukluğu nedeniyle bir jinekoloğa başvurduklarını ifade etmiştir. Ayrıca bunun nedeni olarak jinekologların seksoloji konusunda uzman oldukları düşündüklerinden dolayı başvuru tercihi olduklarını ifade etmişlerdir (Achour ve ark. 2019). Çalışmamızda ise kadınların %31,7 (n=69) vajinismus ile ilgili çözüm aramadıklarını ve %68,3 (n=149) vajinismus ile ilgili çözüm aradıkları bulunmuştur. Çalışmamıza katılan kadınların vajinismus ile ilgili yardım kaynaklarına bakıldığında ise %29,8 (n=65) kadın doğum uzmanı, %19,7 (n=43) psikiyatrist, %6,9 (n=15) psikolog, %5 (n=11) cinsel terapist, %6,9 (n=15) hoca ve %31,7 (n=69) diğer (sosyal çevre ve medya araçları) başvurdukları bulunmuştur. Ayrıca vajinusmus derecesine göre vajinusmus nedeniyle başvurulan kaynaklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ancak gruplar arasında bulunan daha önce vajinismus tedavisi alma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).Yapılan araştırmalarda vajinimustan etkilenen kadınların yaklaşık olarak %22' sinin cinsel işlev bozuklukları hakkında herhangi bir uzmanla konuşamayacak kadar korktuklarını, %17' sinin kendilerine herhangi bir uzmanın yardım edemeyeceklerini ve %12'sinin bu konu hakkında konuşma fikrini bile düşünmediklerini belirtmişlerdir (Reissing ve ark. 2004; Hope ve ark. 2010).

Çalışmamıza katılan kadınların vajinismus derecelerini inceleyecek olursak %18,80 (n=41) 1. derece, %47,70 (n=104) 2. derece, %20,64 (n=45) 3. derece ve %12,84 (n=28) 4. derece vajinismus olarak bulunmuştur. Zulfikaroglu (2020) yaptığı çalışmada ise %31,77 (n=150) 1. derece, %36,86 (n=174) 2. derece, %25,42 (n=120) 3. derece ve %5,93 (n=25) 4. derece olarak bulunmuş olup çalışmamızın bulguları ile paralellik göstermektedir (Zulfikaroglu 2020). Ayrıca vajinusmus derecesine göre cinsel sıkıntı ortalama puan karşılaştırmaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,001). Anlamlı farklılığın yönünü belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalarda, 1. Derece vajinusmusu olan kadınların

cinsel sıkıntı ortalama puanlarının 2. Derece, 3. Derece ve 4. Derece vajinusmusu olan kadınlara oranla anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p=0,001). Benzer şekilde 2. Derece vajinusmusu olan kadınların 3. Derece ve 4. Derece vajinusmusu olanlara göre (p=0,001) ve 3. Derece vajinusmus tanılanan kadınların cinsel sıkıntı puanları 4. Derece vajinusmus tanılanan gruba göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p=0,001). Vajinismus derecesine göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması dağılımı arasında yapılan karşılaştırmalarda anlamlı fark belirlenmiştir (p=0,001). Ayrıntılı ikili karşılaştırmalarda bu farklılıkların yönü incelenmiştir. Buna göre 1. Derece vajinusmusu olan kadınların cinsel yaşam kalitesi puan ortalaması 2. Derece, 3. Derece ve 4. Derece vajinusmusu olan kadınlara oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,001). Benzer şekilde 2. Derece vajinusmusu olan kadınların cinsel yaşam kalite puanı 3. Derece ve 4. Derece vajinusmusu olan kadınlara oranla (p=0,001), 3. Derece vajinusmusu olan kadınların ise 4. Derece vajinusmusu olan kadınlara oranla cinsel yaşam kalitesi puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,001). Yaşam kalitesi hem ruhsal hem fiziksel sağlık ile ilişkilendirilen çok boyutlu bir kavramdır. Literatüre baktığımızda ise cinsel işlev bozukluklarında yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalar oldukça sınırlı olduğu gözlenmiştir. Bu sınırlı çalışmalardaki cinsel işlev bozuklukları bireylerin yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilediğini ifade etmişlerdir (Ventegodt 1998; Naeinian ve ark. 2011). Kötü yaşam kalitesi ve cinsel işlev bozukluklarının arasında nedensel bir ilişki kurulamamasına rağmen kötü yaşam kalitesinin cinsel işlev bozukluklarının nedeni olabileceği gibi sonucuda olabilmektedir (Nappi ve ark. 2016). Özkorumak Karagüzel ve ark. (2020) yılında yaptıkları çalışmada vajinismus tanılı kadınlarda ve kontrol grubu arasında yaşam kalitesi açısından fark olmadığını bulmuşlardır (Özkorumak Karagüzel ve ark. 2020). Buna rağmen Gölbaşı ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada ise cinsel sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilgili olarak olumsuz ilişkinin olduğu belirtilmekle birlikte araştırmanın bulguları çalışmamızla paralellik göstermektedir (Gölbaşı ve ark. 2014). Vajinismus Lamont tarafında şiddetine göre dört dereceye ayrılmıştır. Birinci derecede (1. derece vajinismus olarak da bilinir), hastanın pelvik taban spazmı vardır ve bu spazm kontrol edilerek vajinal muayeneye izin verilebilir. İkinci derecede vajinal spazm daha fazla olmaklar birlikte pelvis boyunca mevcuttur. Üçüncü derecede hasta muayene edilmemek için kalçasını kaldırır. Vajinismusun en şiddetli şekli olan dördüncü derece vajinismusta hasta, muayeneden kaçınmak için kalçasını kaldırır, geri çeker ve bacaklarını sıkıca kapatır (Lamont 1978). Lamont' un sınıflandırılmasından da anlaşılacağı gibi vajinismus derecesi arttıkça kadınların kaçınma davranışların artmasından kaynaklı olarak cinsel sıkıntının arttığı ve cinsel yaşam kalitesinin azaldığı düşünülmektedir. Jebelli ve ark. (2018) vajinimus tanılı kadınlar ile

yaptıkları çalışmada ise kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puanlarının ortalamasını 19,8±1,8 olarak bulmuşlardır (Jebelli ve ark. 2018). Çalışmamızda ise kadınların cinsel yaşam kalitesinden aldıkları toplam puan 25,17±10,79 ve en düşük 4. derece vajinismus tanılı kadınların puanlarının ortalaması ise 10,95±6,63 olarak bulunmuştur.

5.4. Aile Etkileşimi ve Korkulara İlişkin Bilgiler Kapsamında Vajinismus Derecesi, Cinsel Sıkıntı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Bulgularının Tartışılması

Bu bölümde kadınların aile etkileşimi ve korkulara ilişkin bilgiler kapsamında vajinismus derecesi, cinsel sıkıntı ve cinsel yaşam kalitesi ile ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Çalışma grubundaki kadınların %40,4 (n=88) hep çocuk kalmak istediklerini ifade etmişlerdir. Hep çocuk kalma isteği bakımından Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamızın bulguları incelendiğinde kadınların anne ile güçlü bağ durumu, evde baskın olan ebeveyn durumu vajinismus derecelerine göre benzer dağılım gösterirken ($p>0,05$), hep çocuk kalma isteği, baba ile çok güçlü bağa sahip olma vajinismus derecelerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmamızda da vajinismuslu kadınların %78,4 (n=171) annesi ile çok güçlü bir bağı olduğunu ve kadınların %67 (n=146) ailesinde annesinin baskın olduğu bulunmuştur. Ayrıca annesi ile çok güçlü bir bağı olduğunu bildiren kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha düşük bulunurken babası ile bir bağı olduğunu bildiren kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla, $p=0,02$ ve $p=0,08$). Hiller (2000) göre doğu toplumlarında çocuk yetiştirmede aşırı müdahaleci ve bağımlı anne modelinin benimsenmesinden dolayı vajinismusun nedeni olabileceğini ifade etmiştir ve bu bulgu çalışmamız ile paralellik göstermektedir (Hiller 2000).

Çalışmanın bulgularında dini inançtan baskın bir evde büyüyen kadınların sayısının %72 (n=157) olduğu görülmektedir. Dini inançların baskın olduğu bir evde büyüme durumu bakımından Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Dini inançların baskın olduğu bir evde büyüyen kadınların Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması daha yüksek bulunurken, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Ayrıca kadınların dini inançların baskın olduğu bir evde büyüdükleri ile ilgili ifadelerin ikili karşılaştırma sonuçlarında 3. derece vajinismusu olan kadınların 4. Derece vajinismusu olan kadınlara göre, 3. Derece vajinismusu olan kadınların 2. Derece vajinismusu olan kadınlara göre ve 2. Derece vajinismusu olan kadınların 1. Derece

vajinismusu olan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bulgular, Muammar ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada gösterilmekte olup Müslüman toplumlarda cinsellik ile ilgili olarak yaygın cinsel mitlerin olduğunu ve cinsel bilgi eksikliğine yol açarak vajinismusun toplumda görülme sıklığının daha fazla olduğu ile ilgili olan bulguya paraleldir (Muammar ve ark. 2015). Vajinismus ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da katı dini inançların vajinismusa etkisinin olduğu bulunmuştur (Lahaie ve ark. 2010; Pacik 2014).

Çalışma grubumuzun %29,9 (n=64) çocukluk çağında ailesi akrabaları tarafından cinsiyet ayrımcılığına maruz kaldıkları bulunmuştur. Bu da kadınların bedenlerine ve cinselliklerine yabancılaşmasına neden olmaktadır. Çalışmaya katılan kadınların çocukluk çağında ailesi/akrabaları tarafından cinsiyet ayrımcılığına maruz kaldıkları ile ilgili ifadelerin ikili karşılaştırma sonuçlarına göre 2. Derece vajinismus tanılı kadınların 4. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Çocukluk çağında ailesi/akrabaları tarafından cinsiyet ayrımcılığına maruz kaldığını bildiren kadınların Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p=0,01$). Deliktas Demirci ve Kabukcuoglu (2019) yaptıkları çalışmanın bulguları, çalışmamızla paralellik göstermektedir (Deliktas Demirci ve Kabukcuoglu 2019).

Çalışmamıza katılan kadınların %45,4’ ü (n=99) iğne, hayvan, kapalı alan vb. farklı korkuları olduğunu İğne, hayvanlar, kapalı alan vb. farklı korkuları olan kadınların Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması daha yüksek bulunurken, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Ayrıca gruptaki vajinimus tanılı kadınların iğne, hayvan, kapalı alan, vb. farklı korkular ile ilgili ifadelerinin ikili karşılaştırma sonuçlarına göre 3. Derece vajinismus tanılı kadınların 2. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Batı toplumlarındaki kadınlarda gözlenen 12 aylık özgül fobi yaygınlığı (%9,5) yüksek bulunduğu ifade edilmiştir (Stinson ve ark. 2007). Özgül fobi oranının yüksek olması vajinismusun fobik boyutunun sadece cinsel birleşme ile sınırlı olmadığını, bu hastaların bir bölümünün genel olarak fobiye yatkın kişiler olduğunu düşündürmektedir. Farnam ve ark. (2014) da çalışmalarında 22 vajinismus hastasının kontrol grubuna göre özgül fobi ve genel anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu göstermiş ve vajinismusun fobi ile güçlü bir ilişkisi olduğunu öne sürmüşlerdir (Farnam ve ark. 2014). Reissing ve ark. (2004)’ te yaptıkları çalışmada da kadınların sadece penetrasyon korkusu değil aynı zamanda jinekolojik muayene, enjeksiyon, tampon takma gibi girişimlerden de korktuklarını bulmuşlardır (Reissing ve ark. 2004). Bu bulgular ışığında çalışmamızın bulguları da paralellik göstermektedir. Vajinismus tanılı kadınların vücutlarına

herhangi bir şey girmesinden korktukları ile ilgili ifadelerinin ikili karşılaştırma sonuçlarına göre 4. Derece vajinismus tanılı kadınların 3. Derece vajinimus tanılı kadınlara göre, 3. Derece vajinismus tanılı kadınların 2. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre ve 2. Derece vajinismus tanılı kadınların 1. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Vücuduna herhangi bir şey girmesinden korkma durumu bakımından Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna ek olarak vücuduna herhangi bir şey girmesinden korkan kadınların Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması daha yüksek bulunurken, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Ayrıca yapılan araştırmalarda vajinismus tanılı kadınların cinsel uyaranlarla ilgili iğrenme bireyler arasında farklılık göstermesine rağmen belirgindir (Borg ve ark. 2010; Borg ve ark. 2014). Vajinismus tanılı kadınların cinsel ilişki sırasında koşullu bir tepki oluşarak kaçınmacı bir davranış göstermektedirler ve cinsel ilişkiden kaçınmaktadırlar (Salehzadeh ve ark. 2011).

Cinsel işlev bozuklukları ile ilgili yapılan araştırmalarda özellikle önemli olan bir konuda cinsel distrestir (Derogatis ve ark. 2002; Santos-Iglesias ve ark. 2018). Cinsel sıkıntı, insanların cinsellikleri ve cinsel işlevleriyle ilişkili olarak deneyimledikleri endişe, kaygı, hayal kırıklığı ve yetersizlik gibi farklı olumsuz duygularuın duygusal tepkisi olarak ifade edilmekte olup kadınların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etki bırakmaktadır (Stephenson ve Meston 2010). Çalışmamıza katılan kadınlar da %95,9 (n=208) cinsel ilişki sırasında kendilerini bırakmakta zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Kendini bırakmakta zorlanan kadınların Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması daha yüksek bulunurken, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Çalışmamıza katılan kadınların %75,8’ inin (n=163) her cinsel ilişkide gebe kalmaktan korkmadığı bulunmuştur. Ayrıca çalışmaya katılan vajinismus tanılı kadınların her cinsel ilişkide gebe kalmaktan korktuklarını ifade ettikleri ikili karşılaştırma sonuçlarına göre 4. Derece vajinismus tanılı kadınların 3. Derece vajinismus tanılı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,01$). Fadul ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada kadınların %87,5’ inin (n=35) gebe kalmaktan korkmadığını bulmuşladır (Fadul ve ark. 2019).

Yapılan araştırmalarda cinsel işlev bozukluklarının partnerler arası anlayışsızlığa ve birbirlerine anlayışsız davranmasıyla birlikte cinsel yaşam kalitesini düşürdüğü göstermektedir (Kabakçi ve Batur 2003; Dehkordi ve ark. 2017). Araştırma bulguları incelendiğinde, vajinismus tanılı kadınların %55’ inin (n=120) penetrasyon esnasında partneri / eşleri tarafından zarar verileceğinden korktuğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca cinsel ilişkiyi

sadece eşini/partnerini tatmin etme yönünde bir görev olarak algılayan kadınlar Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri puan ortalaması daha yüksek bulunurken, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Bu bulgular Fadul ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışma ile paraleldir (Fadul ve ark. 2019).

Çalışmamızda vajinismus tanılı kadınların cinsel ilişkiden kaçındıklarını ifade etmişlerdir. Tetik ve ark. (2020) yaptıkları çalışmanın bulgularına paraleldir. Barnes (1981) yaptığı çalışmada sosyal normların çift ve onların cinsellik görüşleri üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduklarını ayrıca çalışmada İlişki söz konusu olduğunda toplumun genç, evli bir çiftten açık beklentileri vardır. Özellikle doğu toplumlarında bu beklentiler daha önemli olmakta ve bu değer her yıl daha da sert bir şekilde ifade edilmektedir. Ayrıca bu toplumun beklentileri ve tutumları çiftler üzerinde yoğun bir bireysel yetersizlik hissi uyandıran bir baskı oluşturmaktadır. Çalışmamızın bulgularında vajinismus tanılı kadınların kendilerini cinsel açıdan yetersiz hissettiklerini ifade etmişlerdir (Barnes 1981).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın amacı; vajinismus tanılı kadınların cinsel distres ve cinsel yaşam kalitesinin vajinismus ile ilişkisinin incelenmesidir. Bulgular vajinismus derecesinin, bununla birlikte cinsel distres düzeyinin ve cinsel yaşam kalitesinin sosyodemografik özellikler, kadının sağlık bilgileri, özellikleri, cinsel yaşam ve deneyim özellikleri bununla birlikte aile ilişkileri ve bireysel korkuları gibi farklı özellikler boyutunda da değişkenlik gösterdiği belirlenmiştir. Dolaysıyla vajinismus tanısı alan kadınların tedavi, bakım, destek, eğitim, danışmanlık sürecinde geniş bakış açış ile değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Tek yönlü tıbbi tedavi yaklaşımı yeterli olmayacaktır.

Çalışmaya katılan kadınların cinsel distresin arttığı ve cinsel yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur. Cinsel yaşam kalitesini yaş ve partner sayısı etkilerken, Cinsel distresi BKİ, cinsel ilişki sıklığı ve ilk cinsel ilişki deneme yaşı etkilemektedir. Ayrıca kadınların vajinismus dereceleri ile cinsel yaşam kalitesi karşılaştırılınca 1. derece vajinismusu olan kadınların 2. derece, 3. derece ve 4. derece vajinismusu olan kadınlara kıyasla puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Kadınların vajinismus dereceleri ile cinsel sıkıntı envanterine bakıldığında ise 1. derece vajinismusu olan kadınların 2. derece, 3. derece ve 4. derece vajinismusu olan kadınlara kıyasla puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Çalışma bulguları vajinismus tanılı hastaların vajinismus dereceleri arttıkça cinsel distresinin arttığını ve cinsel yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur. Konunun ülkemizde hala bir tabu olması, bu konuda uzmanlaşmış birimlerin birçok yerde

bireysel ödemeye dayalı klinikler olması nedeniyle birçok kadının vajinismus sorunu yaşamasına rağmen hizmetlerden yararlanamadığı hatta toplumsal baskılar nedeni ile olanağı olanların dahi sorunu dile getirmekte zorlandığı bilinmektedir. Çalışmamızda vajinismus ve cinsel distres arasında belirlenen güçlü ilişki, pratik bir değerlendirme aracı olarak Cinsel distres ölçeğinin olası cinsel işlev bozkluğu sorunu yaşayan kadınların belirlenmesi ve konu ile ilgili soruların yöneltilmesi açısından uygun bir araç olduğu düşünülmektedir. Kesim noktası 11,5 puan üzerinde olan ve cinsel distres yönünden kaygılı olarak tanımlanan grubun ilgili uzmana yönlendirilmesi cinsel işlev bozukluğunun erken tanısı açısından önemli katkı sağlayacaktır.

6.1. Öneriler

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda;

Cinsel işlev bozukluklarının ayrıntılı ve sistematik bir şekilde değerlendirilmesi için, ebelerin cinsel işlevi değerlendirip, sorunların belirlenmesi ve cinsel danışmanlık verebilmesi için yetkin olması,

Vajinismusa zemin hazırlayan faktörlerin belirlenmesi ve bireylerin cinsellik ile ilgili bilgi, tutum ve becerilerini geliştirmek amacıyla ebeler tarafından danışmanlık yapılması,

Vajinismusun cinsel distres ve cinsel yaşam kalitesine etkisiyle ilgili daha çok niteliksel araştırmaların yapılması ve sayısının arttırılması,

Bireylerin doğru cinsel bilgiye erken yaşta ulaşabilmesi ve alanında uzman kişilerden bu bilgileri öğrenebilmesi için cinsellik ile ilgili eğitimlerin çocukluk çağında başlatılması, aynı zamanda ailelerin çocuklarına doğru bilgi aktarabilmesi için bilgilendirilmesi,

Cinsel sağlık dersinin öneminin kavranması, ebelik lisans ve lisansüstü eğitimde yer verilmesi,

Ebelerin cinsel sağlığı ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirebilme ve etkili iletişim becerilerine sahip olabilmeleri için hizmet içi eğitim / kurs / seminer / kongre gibi bilimsel ortamlara katılması,

Vajinismus tanılı kadınların cinsel distres ve cinsel yaşam kalitelerinin daha iyi bir şekilde karşılaştırılması için daha önce herhangi bir cinsel işlev bozukluğuna sahip olmayan kadınlarla veya vajinismus tanısı almasına rağmen tedavi olup sağlıklı cinsel işlevi olan kadınlar ile değerlendirildiği başka bir çalışma yapılarak farklılıkları gözlenmesi önerilmektedir.

6.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Literatürde mevcut çalışmalarda olduğu gibi yaptığımız çalışmamızda da önemli bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Vajinismus tanısı çoğunlukla öz değerlendirmeye dayalı bir

şekilde hekim tarafından yapılan jinekolojik muayene sonucu konulmaktadır. Bu da tanı güvenliği açısından bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca çalışmamızda bir kontrol grubu olmaması da çalışma için önemli bir kısıtlayıcı olmaktadır.

KAYNAKLAR

Achour, R., Koch, M., Zgueb, Y., Ouali, U. Ve Hmid, R. B. (2019). Vaginismus and pregnancy: epidemiological profile and management difficulties. *Psychology Research and Behavior Management, **12***, 137.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (text revision). Washington, DC; 2000.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. Arlington, TX: *American Psychiatric Publishing;* 2013

Ahmed, K. ve Bhugra. D. (2007). The role of culture in sexual dysfunction. *Psychiatry Journal, **3(***2), 23-5.

Akbulut, M. F., Üçpınar, M. B., ve Gürbüz, Z. G. (2015). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics, **8***(3), 10-5.

Akpınar, E. ve Saatçı, E. (2007) "An Uncosummated Marriage: A Case Report". *Marmara Medical Journal, **20(3),***182-185.

Akyolcu, N. (2008). Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi, **4***(2), 77-83.

Ambrosetti, A. (2019). Treatment of vaginismus by hypnotic psychotherapy. Review. *SeraSIS JK-Tape*, 96.

Amidu, N., Owiredu, W., Woo, E., Addai-Mensah, O., Quaye, L., Alhassan. A.ve ark. (2010). Incidence of sexual dysfunction: a prospective survey in Ghanaian females. *Reproductive Biology and Endocrinology*, ***8***(1), 106-11.

Anğın, A. D., Gün, İ., Sakin, Ö., Çıkman, M. S., Eserdağ, S. ve Anğın, P. (2020). Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus. *JBRA Assisted Reproduction, **24***(2), 180.

Armağan, A. ve Ergün, O. (2011). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu tanı ve tedavisinde yenilikler. *Androloji Bülteni. **13***(44), 82-7.

Aslan. E., Beji. N. K., Gungor, I., Kadioglu, A. Ve Dikencik, B. K. (2008). Prevalence and risk factors for low sexual function in women: A study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *The Journal of Sexual Medicine*, ***5***, 2044-52.

Aslan, M., Yavuzkır, Ş., ve Baykara, S. (2020). Is "dilator use" more effective than "finger use" in exposure therapy in vaginismus treatment?. *Journal of Sex & Marital Therapy,* 1-7.

Aydın, S., Kurt, N., Mandel, S., Kaplan, M. A., Karaca, N. ve Dansuk, R. (2015). Female sexual distress in infertile Turkish women. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, ***12(4),*** 205.

Balsis, S. ve Carpenter, B. (2004). Sexual experience across midlife: Results from the MIDUS survey. *The Gerontologist, **44,*** 269-270.

Barnard, K. D., Naranjo, D., Johnson, N., Norton, A., Scibilia, R., Reidy, C. ve ark. (2019). Diabetes and female sexual health: an ongoing challenge. *Practical Diabetes*, ***36***(5), 165-169.

Barnes, J. (1981). Non-consummation of marriage. *Irish Medical Journal**, 74(1),*** 19-21.

Baser, E., Kirmizi, D. A., Unlubilgin, E., Caltekin, M. D., Meriç, N. B. ve Tekin, O. M. (2020). Effect of psychiatric symptoms and male sexual function of couples on the success of treatment for vaginismus. *Sexual Health, **17(5),*** 453-461.

Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S. R. ve ark. (2004) "Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women" *The Journal of Sexual Medicine, **1(1),*** 24-34

Bazzichi, L., Giacomelli, C., Rossi, A., Sernissi, F., Scarpellini, P., Consensi, A. ve Bombardieri, S. (2012). Fibromiyalgia and sexual problems. *Rheumatismo, **64***(4), 261-267.

Beckman, L.J. ve Ackerman, K.T. (2002). Women, alcohol, and sexuality. in: recent developments in alcoholism. *Springer.* 267-285.

Bento de Lima H.J., Sá Vieira Abuchaim E., Kelly Pereira Coca K. ve Freitas de Vilhena Abrão A.C. (2014). Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. *Acta paul. enferm. **27,*** 6.

Bergeron, S., Munt S.C., Aerts, L., Rancourt K. ve Rosen N. (2015). Female sexual pain disorders: a review of the literature on etiology and treatment. *Current Sexual Health Reports, **7***, 159-169.

Berman, J. (2004). Etiology and management of female sexual dysfunction. *Urology Times Trade and Industry, **3***.

Berner, M. ve Günzler, C. (2012). Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions—a systematic review of controlled clinical trials. *The Journal of Sexual Medicine, **9***(12), 3089-3107.

Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mikulincer, M., Gillath, O. ve Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, ***91***(5), 929

Borg, C., De Jong, P. J. ve Schultz, W. W. (2010). Vaginismus and dyspareunia: Automatic vs. deliberate disgust responsivity. *The Journal of Sexual Medicine, **7(6),*** 2149-2157

Borg, C., Georgiadis, J. R., Renken, R. J., Spoelstra, S. K., Schultz, W. W. ve De Jong, P. J. (2014). Brain processing of visual stimuli representing sexual penetration versus core and animal-reminder disgust in women with lifelong vaginismus. *PloS one, **9(1),*** e84882.

Both, S., Van Lunsen, R., Weijenborg, P. ve Laan, E. (2012). A new device for simultaneous measurement of pelvic floor muscle activity and vaginal blood flow: a test in a nonclinical. *The Journal of Sexual Medicine, **9(11),*** 2888-2902.

Bozdemir, N. ve Özcan, S. (2011). Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, **5***(4), 37-46.

Butcher, J. (1999). ABC of sexual health: female sexual problems II: sexual pain and sexual fears. *British Medical Journal, **318***, 110-112.

Butzer, B., Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships, **15***(1), 141-154.

Carpenter, J.S., Reed, S.D., Guthrie, K.A., Larson, J.C., Newton, M., Lau, R.J. ve ark. Using an FSDS-R item to screen for sexually related distress: A MsFLASH analysis. *Sex Med, **3***, 7–13.

CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği).(2007). Cinsel Yaşam Sorunları Derneği. *https://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/21 Erişim Tarihi: 18.03.2021.*

CETAD (2008). Cinsel yaşam ve sorunları. *www.cetad.org.tr (Erişim Tarihi: 22.01.2019).*

Cherner, R. ve Reissing, E.D. (2013). A comparative study of sexual function, behavior and cognitions of women with lifelong vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*. ***42***, 1605–14.

Choi, H., Kim, J.H., Park, J.Y., Shim, J.S., Lee, J.G., Yoon, H.Y. ve ark. (2014). Assessment of sexual dysfunction and determination of its risk factors in the Republic of Korea. *Int J Gynaecol Obstet. **125***(1), 60-4.

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (2011). Cinsel yaşamla ilgili yanlış inanışlar (mitler) nelerdir?, *cetad.org.tr/73/sik-sorulan-sorular/15/cinsel-yasamla-ilgili-yanlis-inanislar-mitler-nelerdir* .

Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CİSED). (2020). Cinsel mitler. *https://www.cised.org.tr/icerik/146/cinsel-mitler. (Erişim Tarihi: 01.11.20)*.

Claney, C. J., Hall, M., ve Anderson, T. L. (2020). Sexual without sex: a qualitative study of single emerging adult evangelical women. *Psychology of Religion and Spirituality,* ***12***(2), 191.

Coleman, E. (2007). Creating a sexually healthier world through effective public policy. *International Journal of Sexual Health,* ***19***(3), 5-24.

Collier, F. ve Cour, F. (2013). En pratique, comment faire devant une femme exprimant une plainte sexuelle. *Progrès En Urologie,* ***23***(9), 612-620.

Crowley, T., Goldmeier, D. ve Hiller, J. (2009). Diagnosing and managing vaginismus. *Bmj*, 338.

Crowley, T., Richardson, D. ve Goldmeier, D. (2006). Recommendations for the management of vaginismus: BASHH special interest group for sexual dysfunction. *International Journal of STD & AIDS*, ***17***, 14-18.

Çelik Bilgiç, D. (2012). Kadında cinsel fonksiyon değerlendirmesi. *Türk Androloji Dergisi.* ***14***(50), 211-15.

Çeri, Ö., Yılmaz, A., ve Soykan, A. (2008). Cinsel işlev bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 71-78.

Dağ, H., Dönmez, S. ve Kavlak, O. (2012). Kadın cinselliğinin gizlenen yönü: vajinismus ve hemşirenin rolü. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED),* ***21***(5), 43-47.

Dalpiaz, O., Kerschbaumer, A., Mitterberger, M., Pinggera, G.M., Colleselli, D. ve Bartsch, G. (2008). Female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field. *BJU,* ***101***, 717-21.

Dansuk, R. (2011). Kadın genital sisteminin embriyolojisi ve cinsel farklılaşma. *Türk Ped Arş Özel Sayısı,* ***46***, 115-7.

Das, D., Davidson, E. R., Walters, M., Farrell, R. M., ve Ferrando, C. A. (2020). Patient-centered outcomes after modified vestibulectomy. *Obstetrics & Gynecology,* ***135***(1), 113-121.

Davis, H.J. ve Reissing, E.D. (2007). Relationship adjustment and dyadic interaction in couples with sexual pain disorders: a critical review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy.* ***22***(2), 245-54.

Dehkordi, M. A., Mohammadi, A., Alipour, A. ve Mohtashami, T. (2017). The impact of cognitive behavioral sex therapy on decreasing anxiety and increasing sexual function in people with vaginismus. *International Journal of Health Studies**, 3(2).***

DeLamater, J. ve Plante, R. F. (2015). The sociological study of sexuality: an introduction. *In Handbook of The Sociology of Sexualities* (pp.1-4). Springer, Cham.

Deliktas Demirci, A. ve Kabukcuoglu, K. (2019). "Being a Woman" in the shadow of vaginismus: the implications of vaginismus for women. *Current Psychiatry Research and Reviews Formerly: Current Psychiatry Reviews, **15(4),*** 231-236.

Demirci N. (2012). Kadının yaşam dönemlerinde cinsellik ve cinsel sağlık. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları El Kitabı. **2. Baskı***. 540-78.

Demirezen, E. (2006). Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmesi. *STED, **15***(5), 79-81.

Demirezen, E., ve Karaçam, Z. D. (2021). Vajinismus tanılı kadınların desteklenmesinde ebelerin rolü. *Androloji Bülteni*. ***23***, 56-61.

Derogatis, L., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, A. ve Heiman, J. (2002). The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sexual & Marital Therapy, **28***(4), 317-330.

Desrochers, G., Bergeron, S., Landry, T., ve Jodoin, M. (2008). Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *Journal of Sex & Marital Therapy, **34***(3), 198-226.

Dias-Amaral, A. ve Marques-Pinto, A. (2018). Female genito-pelvic pain/penetration disorder: review of the related factors and overall approach. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, ***40(12),*** 787-793.

Dişsiz, M., Mamuk, R., ve Oskay, Ü.(2019). Genito pelvik ağrı/penetrasyon bozuklukları ve güncel yaklaşımlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, **9***(3), 202-208.

Dogan, S. ve Dogan, M. (2008). The frequency of sexual dysfunctions in male partners of women with vaginismus in a Turkish sample. International *Journal of İmpotence Research, **20(2),*** 218-221.

Doğan, S., ve Özkorumak, E. (2008). Ağrılı genital cinsel aktivite ve vajinismus tanısında yaşanan güçlükler. *Klinik Psikiyatri Dergisi, **11***(3).

Doğan, S. ve Saraçoğlu, G. V. (2009). Yaşam boyu vajinismusu olan kadınlarda cinsel bilgi, evlilik özellikleri, cinsel işlev ve doyumun değerlendirilmesi. *Medical Journal of Trakya University, **26***(2).

Dogan, S., Varol Saraçoglu, G. ve Erbek, E. (2015). Vajinismus ve disparonisi olan bir kadinda vajinal penetrasyon bilis ölçeginin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalismasi/Validity and reliability of the Turkish version of the vaginal penetration cognition questionnaire in a sample of women with vaginismus and dyspareunia. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, ***16***, 1.

Doğan, T., Tugut, N. ve Golbasi, Z. (2013). The relationship between sexual quality of life, happiness, and satisfaction with life in married Turkish women. *Sex Disabil,* ***31***, 239– 247.

Duman, N. B. (2019). Cinselliğin fizyolojisi. *Cinsel Sağlık,* ***15***, 18-19.

Dyer, K., ve das Nair, R. (2013). Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. *The journal of sexual medicine*, ***10***(11), 2658-2670.

Efthymiou, V., Hyphantis, T., Karaivazoglou, K., Gourzis, P., Alexandrides, T. K., Kalfarentzos, F. ve ark. (2015). The effect of bariatric surgery on patient HRQOL and sexual health during a 1-year postoperative period. *Obesity Surgery,* ***25(2),*** 310-318.

Elsheikh, A. H. M. (2018). Botox injection for treatment of refractory vaginismus in Egyptian Women. *Life Science Journal,* ***15(1).***

Erbil N. (2011). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Turkish women attending a maternity and gynecology outpatient clinic. *Sex Disabil*, ***29***, 377-86.

Eroğlu, A., Aydın, M., Onuk, Ö., Çilesiz, N.C., ve Nuhoğlu, B. (2020). Üriner inkontinansı olan premenopozal dönemdeki kadınlarda cinsel disfonksiyon araştırılması. *Journal of Academic Research in Medicine,* ***10***(2).

Ersanlı, K. ve Kumcağız, H. (2016). Cinsel Sağlık Eğitimi. *Ankara: Pegem Akademi*. https://www.pegem.net/dosyalar/ dokuman/24112016101153pdf.pdf

Eserdag, S. ve Akalin, E. E. (2021). Evaluation of Characteristics and Clinical Outcomes of Vaginismus Treatment During Pregnancy. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*, ***32***(2), 134-141.

Eserdağ, S., ve Anğın, A. D. (2020). Importance of gynecological assessment for the treatment of vaginismus as a predictive value. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, ***47***(7), 2537-2543.

Eserdag, S., Sevinc, T. ve Tarlacı, S. (2021). Do women with vaginismus have a lower threshold of pain? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology,* ***258****,* 189-192.

Eşel E. (2007). Aşkın biyolojik ve evrimsel temelleri. *Yeni Symposium*, ***45***(1), 21– 27.

Eşel, E. (2006). İnsan cinselliğinin biyolojik ve evrimsel temelleri. *Klinik Psikofarmakoloji*

Bülteni, ***16***(4).

Fadul, R., Garcia, R., Zapata-Boluda, R., Aranda-Pastor, C., Brotto, L., Parron-Carreño, T. ve ark. (2019). Psychosocial correlates of vaginismus diagnosis: A case-control study. *Journal of sex & marital therapy*, ***45(1)***, 73-83.

Farnam, F., Janghorbani, M., Merghati-Khoei, E. ve Raisi, F. (2014). Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample. *International Journal of İmpotence Research, **26(6),*** 230-234.

First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E., ve Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry, **14***(1), 82-90.

Fleeson, W. (2004). The quality of American life at the end of the century. *How healthy are we*, 252-272.

Foldes, P. ve Buisson, O. (2009). The clitoral complex: a dynamic sonographic study. *J Sex Med. **6***(5), 1223-31.

Forbes, M. K., Eaton, N. R. ve Krueger, R. F. (2017). Sexual quality of life and aging: A prospective study of a nationally representative sample. *The Journal of Sex Research, **54(2),*** 137-148.

Foster, L. R., ve Byers, E. S. (2016). Predictors of the sexual well-being of individuals diagnosed with herpes and human papillomavirus. *Archives of Sexual Behavior, **45***, 403– 414.

Gallicchio L., Schilling C., Tomic D., Miller S.R., Zacur H. ve Flaws J.A. (2007). Correlates of sexual functioning among mid-life. *Climacteric, **10***, 132-142.

Gölbaşı, Z., Tuğut, N., Erenel, A., ve Eroğlu, K. (2014). Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. *Cumhuriyet Medical Journal*, ***36***(1), 1-10.

Gurvich, C., Hoy, K., Thomas, N., ve Kulkarni, J. (2018). Sex differences and the influence of sex hormones on cognition through adulthood and the aging process. *Brain Sciences, **8***(9), 163.

Güleç, C., ve Köroğlu, E. (1998). *Psikiyatri Temel Kitabı*.

Gülsün, M., Aydın, H. ve Gülçat, Z. (2005), *A Study on Marital Relationship and Male Sexual*

Güneş, M., Akçalı, H., Dede, O., Okan, A., Bulut, M., Demir, S. ve ark. (2016). Prematür ejakülasyon olgularında cinsel mitlere inanma düzeyi. *Dicle Tıp Dergisi, **43***(2), 319-328.

Harden, K. P. (2014). A sex-positive framework for research on adolescent sexuality. *Perspectives on Psychological Science, **9***, 455–469.

Henderson, C. ve Macdonald, S.M. (2004). Midwifery a text for midwives. *13th Edition Bailliere Tindall,* 65–101.

Hensley, P.L. ve Nurnberg, H.G. (2002). SSRI sexual dysfunction: a female perspective. *Journal of Sex & Marital Therapy. **28***, 143-153.

Herbenick D., Reece M., Hensel D., Sanders S., Jozkowski K. ve Fortenberry J. D. (2011). Association of lubricant use with women's sexual pleasure, sexual satisfaction, and genital symptoms: a prospective daily diary study. *The Journal of Sexual Medicine, **8***(1), 202–12.

Hill, D. B. (2007). Differences and similarities in men's and women's sexual self-schemas. *Journal of Sex Research, **44***, 135–143.

Hiller, J. (2000). Defining vaginismus. *Sex Relation Ther, **15*****(1),*** 87.

Hope, M.E., Farmer, L., McAllister, K. F. ve Cumming, G.P. (2010). Vaginismus in peri and postmenopausal women: a pragmatic approach for general practitioners and gynaecologists. *Menopause International, **16(2)**,* 68-73.

Ibrahimipure, H., Najjar, A. V. ve Jalambadani, Z. (2012). The first experience of intercourse in married women of Sabzevar city: a phenomenological study. *Health Med**, 6,*** 453-461.

Ishak, W.W., ve Tobia, G. (2013). DSM-5 Changes in diagnostic criteria of sexual dysfunctions. *Reprod Sys Sexual Disorders **2***, 2-3.

Jayasuriya, A. N., ve Dennick, R. (2011). Sexual history-taking: using educational interventions to overcome barriers to learning. *Sex Education, **11***(01), 99-112.

Jebelli, F., Maaroufi, M., Maracy, M. R. ve Molaeinezhad, M. (2018). Effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on the sexual function of Iranian women with lifelong vaginismus. *Sexual and Relationship Therapy, **33(3),*** 325-338.

Jeynes, L.C., ve Gauci, C.A. (2008). Evidence for the use of botulinum toxin in the chronic pain setting-a review of the literature. *Pain Practice, **8***(4), 269-276.

Jha, S., Ammenbal, M. ve Metwally, M. (2012). Impact of incontinence surgery on sexual function: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med, **9***,34-43.

Junqueira, F.R.R., Alves da Silva, L. L., Romão, Adriana Peterson Mariano Salata, Rosa e Silva, Ana Carolina Japur de Sá, Romão, Gustavo Salata ve Ferriani, Rui Alberto. (2005). Setting up a sexuality outpatient clinic in a ginecology service of a university hospital. *Result of One Year Report*. ***20***, 13-16.

Kabakçi, E. ve Batur, S. (2003). Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus? *Journal of Sex & Marital Therapy, **29(4),*** 277-288.

Kaplan, H.S. (1974). The anatomy and physiology of the sexual response. *The New Sex Therapy*. 27-56.

Kaplan, H. S. (1987). Sexual Aversion, Sexual Phobias and Panic Disorders. Brunner/Mazel, Publishers. New York.

Kaplan, H.S. (2013). New sex therapy: active treatment of sexual dysfunctions. *Routledge*.

Karakaş Uğurlu, G., Uğurlu, M., ve Çayköylü, A. (2020). Prevalence of female sexual dysfunction and associated demographic factors in turkey. A meta-analysis and meta-regression study. *International Journal of Sexual Health,* ***32***(4), 365-382.

Kayır, A. (1997). Şahin, D. Vaginismus tedavisinin uzamasında eşlerin rolü. *NöroPsikiyatri Arşivi,* ***34***, 178-85.

Karrouri, R. (2017). Non-consummation of marriage and vaginismus: about three clinical cases. *The Pan African Medical Journal,* ***27,*** 60-60.

Kingsberg, S. A., Clayton, A. H., ve Pfaus, J. G. (2015). 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,* ***29***(11), 915-933.

Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E. ve Coleman, E. (2017). Sexual rights as human rights: a guide for the was declaration of sexual rights. *International Journal of Sexual Health,* ***29***(sup1), 1-92.

Kora, K. ve Kayır, A. (1996). Cinsel roller ve cinsel mitler. *Düşünen Adam,* ***2***, 55-58.

Konkan, R., Bayrak, M., Gönüllü, O. G., Şenormancı, Ö. ve Sungur, M. Z. (2012). Vajinusmuslu kadınlarda cinsel işlev ve doyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi,* ***25,*** 305-311.

Köroğlu, E. (2014). Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. 5. Baskı.

Kurban, D., Eserdag, S., Yakut, E. ve Mishra, P. C. (2021). The treatment analysis of the patients suffering from vaginismus and the correlation with the psychological issues. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology,* ***10***(4), 1329.

Lahaie, M.A., Boyer, S.C., Amsel, R., Khalifé, S. ve Binik, Y.M. (2010) Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Women's Health*. ***6***(5), 705–719.

Lamont, J. A. (1978). Vaginismus. *Am J Obstet Gynecol*, ***131***, 633-636.

Lamont, J., Bajzak, K., Bouchard, C., Burnett, M., Byers, S., Cohen, T. ve ark. (2018). Female sexual health consensus clinical guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada,* ***40***(6), 451-503.

Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E. ve ark. (2005). Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research, **17***(1), 39-57.

Laumann, E.O., Paik, A. ve Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA, **281***, 537-44.

Lavoisier, P., Aloui, R., Schmidt, M.H. ve Watrelot, A. (1995). Clitoral blood flow increases following vaginal pressure stimulation. *Arch Sex Behav. **24***(1), 37-45.

Lee, Y., Lim, M. C., Kim, S. I., Joo, J., Lee, D. O., ve Park, S. Y. (2016). Comparison of quality of life and sexuality between cervical cancer survivors and healthy women. *Cancer Research and Treatment: Official Journal of Korean Cancer Association, **48***(4), 1321.

Lowth, M. (2017). Female sexual dysfunction. *NICE (National Institute for Health and Care Excellence)*. *patient.info/doctor/female-sexual-dysfunction-pro*

Lu, T. F. (2004). Sexual Medicine, 2 nd International Consultation on Sexual dysfunctions, Health Publication Paris, *932.*

Lue, T.F., Basson, R., Rosen, R., Giuliano, F., Khoury, S. ve Montorsi, F. (2006). *Seksüel Tıp; Erkek ve Kadında Seksüel Fonksiyon Bozuklukları. **1. Baskı***. 450-59.

Mark, K. P. ve Jozkowski, K. N. (2013). The mediating role of sexual and nonsexual communication between relationship and sexual satisfaction in a sample of college-age heterosexual couples. *Journal of Sex & Marital Therapy, **39(5),*** 410-427.

Maseroli, E., Scavello, I., Cipriani, S., Palma, M., Fambrini, M., Corona, G. ve ark. (2017). Psychobiological correlates of vaginismus: an exploratory analysis. *The Journal of Sexual Medicine, **14(11),*** 1392-1402.

Masheb, R.M., Kerns, R.D., Lozano, C., Minkin, M.J. ve Richman, S.(2009). A randomized clinical trial for women with vulvodynia: cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain. **141***(1-2), 31-40

Masters W. H. ve Johnson V. E. (1966). *Human Sexual Response*.

Masters, W. H. ve Johnson, V. E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*.

Masters, W. H., ve Johnson, V. E. (1994). İnsanda cinsel davranış. *İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı*.

Mastro, S., ve Zimmer-Gembeck, M. J. (2015). Let's talk openly about sex: sexual communication, self-esteem and efficacy as correlates of sexual well-being. *European Journal of Developmental Psychology, **12***, 579–598.

Marazziti D. ve Canale D. (2004). Hormonal changes when falling in love.

*Psychoneuroendocrinology, **29***(7), (931–936).

Matchim, Y., Armer, J. M. ve Stewart, B. R. (2011) Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on health among breast cancer survivors. *West J Nurs Res*, **33,** 996-1016.

McGuire, H., ve Hawton, K. (2002). Interventions for vaginismus (Cochrane Review). *The Cochrane Library, **3**,* 1-16.

Melnik, T., Hawton, K., ve McGuire, H. (2012). Interventions for vaginismus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **12**.

Mete, S. (2008) Kadın ve cinsellik. *Kadın Sağlığı. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti*, 110-23

Montorsi F., Basson R., Becher E., Clayton A. ve Gıulıano F.,S. I. (2010). Sexual medicine sexual dysfunctions in men and women. *Paris: Health Publication Ltd, **3***(27).

Moore, C.K. (2012). Female sexual function and dysfunction. in: Wein, A.J., Kavoussi, L.R., Novick, A.C., Partin, A.W., Peters, C.A., eds. *Campbell-Walsh Urology. Tenth Edition. **30**,* 823-836.

Möller, L., Josefsson, A., Bladh, M., Lilliecreutz, C. ve Sydsjö, G. (2015). Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: A Swedish register-based study. BJOG: *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, **122(3),*** 329-334.

Muammar, T., McWalter, P., Alkhenizan, A., Shoukri, M., Gabr, A. ve Bin, A. A. (2015). Management of vaginal penetration phobia in Arab women: A retrospective study. *Annals of Saudi Medicine, **35(2),*** 120–126.

Mutlu, E. A. ve Karlıdağ, R. Factors affecting the recovery time in vaginismus. *Sağlık Akademisi Kastamonu, **6(1),*** 52-63. 2021

Mühlrad, H., Haraldson, P., Harlow, B. L., Anell Olofsson, M. ve Bohm-Starke, N. (2021). Early life health in women with provoked vestibulodynia and/or vaginismus. *Journal of Women's Health.*

Naeinian, M. R., Shaeiri, M. R. ve Hosseini, F. S. (2011). General health and quality of life in patients with sexual dysfunctions. *Urology Journal, **8**,* 127-131.

Nappi, R. E., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M., Tiranini, L., ve Martini, E. (2016). Female sexual dysfunction (FSD): prevalence and impact on quality of life. *Maturitas, **94***, 87-91.

Nazik, E. ve Eryılmaz, G. (2011). Kadında disparoni ve hemşirelik yaklaşımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, **4***(1), 212-215.

Öksuz, E., ve Malhan, S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in turkish women. *The Journal of urology*, ***175***(2), 654-658.

Özdel, O., Tümkaya, S., Levent, N., Atesci, F. Ç., Oğuzhanoğlu, N. K. ve Varma, G. (2013). Bilişsel davranışçı yöntemlere dayalı cinsel terapinin vajinismuslu kadınlar ve eşlerinin cinsel sorunları üzerindeki etkileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* ***14(2).***

Özcan, Ö., ve Çelik, G.G. (2017). Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri J. Child Psychiatry-Special Topics,* ***3***(2), 115-120.

Özdemir, N. U., ve Çiydem, E. (2020). Tedavi sürecinde vajinismus erkeğinin yönetimi. *Androl Bul,* ***22***, 137−143.

Özerdoğan N., Sayıner F.D., Köşgeroğlu N. ve Ünsal A. (2009). 40-65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevelansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergi,* ***2***, 46-58.

Özturk, U.A., Atasoy, N., Kurcer, M. A., Karaahmet, E., ve Saracli, O. (2012). *Prevalence of Female Sexual Problems and Effecting Factors in Zonguldak Province.*

Pacik, P.T. (2014). Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *Int Urogynecol J.* ***25***(12), 1613-20.

Pauls, R.N. (2010). Impact of gynecological surgery on female sexual function. *Int J Impot Res.* ***22***(2), 105-14.

Park, Y.W., Kim, Y., Lee, J.H. (2012). Antipsychotic-induced sexual dysfunction and its management. *The World Journal of Men's Health.* ***30***, 153-159.

Pâquet, M., Rosen, N. O., Steben, M., Mayrand, M. H., Santerre-Baillargeon, M. ve Bergeron, S. (2018). Daily anxiety and depressive symptoms in couples coping with vulvodynia: Associations with women's pain, women's sexual function, and both partners' sexual distress. *The Journal of Pain,* ***19(5),*** 552-561.

Rafiq, R, van Schoor, N.M., Sohl, E., Zillikens, M.C., Oosterwerff, M.M., Schaap, L. ve ark. (2016). Associations of vitamin d status and vitamin d-related polymorphisms with sex hormones in older men. *J Steroid Biochem Mol Biol*, ***164*** ,11–17.

Ramanathan, V., ve Redelman, M. (2020). Sexual dysfunctions and sex therapy: The role of a general practitioner. *Australian Journal of General Practice*, ***49***(7), 412.

Ramesh, S. (2016). Effectiveness of combination of cognitive-behavioral therapy and biofeedback on vaginismus patients′ sexual function and marital status. *Biannual Journal of Applied Counseling,* ***6(1),*** 1-22.

Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M.B. ve ark. (2016). 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,* ***15***(3), 205-221.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. ve McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour research and therapy,* ***24(1),*** 1-8.

Reissing, E.D., Binik, Y.M. ve Khalife, S. (1999). Does vaginismus exist? a critical review of the literature. *Journal of Nervous and Mental Disease,* ***187***, 261–74.

Reissing, E.D., Binik, Y.M., Khalif, S., Cohen, D. ve Amsel, R.(2003). Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self- schema, and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther.* ***29***(1), 47-59.

Reissing, E., Binik, Y., Khalife, S., Cohen, D. ve Amsel, R. (2004). Vaginal spazm, pain and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Behav.* ***33***(1), 5-17.

Reissing, E. D., Armstrong, H. L., ve Allen, C. (2013). Pelvic floor physical therapy for lifelong vaginismus: a retrospective chart review and interview study. *Journal of Sex & Marital Therapy,* ***39***(4), 306-320.

Rostosky, S. S., Wilcox, B. L., Wright, M. L. C., ve Randall, B. A. (2004). The impact of religiosity on adolescent sexual behavior: a review of the evidence. *Journal of Adolescent Research,* ***19***(6), 677-697.

Sadock, V. A. (2007). Normal insan cinselliği, cinsel işlev ve cinsel kimlik bozuklukları. *Kaplan ve Sadock's Comprehensive Textbok of Psychiatry,* ***8. Baskı***.

Salehzadeh, M., Kajbaf, M. B., Moulavi, H. ve Zolfaghari, M. (2011). Effectiveness of cognitive-behavior therapy on sexual dysfunction in women. *Psychological Studies*, ***7,*** 11-31.

Sampson, C. (2007). A qualitative investigation of male partners' experience of relationships with women suffering from vaginismus (Doctoral dissertation).

Santos-Iglesias, P., Mohamed, B. ve Walker, L. M. (2018). A systematic review of sexual distress measures. *The Journal of Sexual Medicine,* ***15(5),*** 625-644.

Stephenson, K. R. Ve Meston, C. M. (2010). Differentiating components of sexual well-being in women: Are sexual satisfaction and sexual distress independent constructs? *The Journal of Sexual Medicine,* ***7(7),*** 2458-2468.

Sh, S., Keramat, A., Malary, M., ve Rezaie Chamani, S. (2019). A systematic review of vaginismus prevalence reports. *J Ardabil Uni Med Sci*, ***19***(3), 263-71.

Shifren, J.L., Monz, B.U. ve Russo, P.A. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol,* ***112***(5), 970-8.

Simonelli, C., Tripodi, F., Cosmi, V., Rossi, R., Fabrizi, A. ve Silvaggi C. (2010). What do men and women ask a helpline on sexual concerns? Results of an Italian telephone counselling service. *International Journal of Clinical Practice.* ***64***(3), 360-70.

Simons, L. G., Burt, C. H., ve Peterson, F. R. (2009). The effect of religion on risky sexual behavior among college students. *Deviant Behavior,* ***30***(5), 467-485.

Singh J.C., Tharyan P., Kekre N.S., Singh G. ve Gopalakrishnan G. (2009). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in South India. *J Postgrad Med*, ***55***, 113-20.

Soh P. N. ve Huyghe E. (2013). Contribution of neuroscience in understanding human. *Sexologies*, ***22***(4), 143–149.

Song, Y.B., Hwang. K., Kim, D.J. ve Han, S.H.(2009) Innervation of vagina: microdissection and immunohistochemical study. *J Sex Marital Ther.* ***35***(2), 144-53.

Su, C.C., Sun, B.Y.C. ve Jiann, B.P.(2015). Association of urinary incontinence and sexual function in women. *Int J Urol.* ***22***(1), 109-13.

Sungur M. (2012). The role of cultural factors in the course and treatment of sexual problems. In: Hall K, Graham C, editors. The Cultural Context of Sexual Pleasure and Problems: Psychotherapy with Diverse Clients. New York: Routledge, 308-329.

Sutherland, O. (2012). Qualitative analysis of heterosexual women's experience of sexual pain and discomfort. *J Sex Marital Ther,* ***38(3)***, 223-44.

Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Smith, S., Goldstein, R. B., Ruan, W. J. ve ark. (2007). The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions1. *Psychological medicine,* ***37(7),*** 1047.

Swanson, C.L., Rueter, J.A., Olson, J.E., Weaver, A.L. ve Stanhope, C.R. (2014). Localized provoked vestibulodynia: out- comes after modified vestibulectomy. *J Reprod Med.* ***59***(3-4), 121-6.

Symonds, T. ve Boolell, M. ve Quırk, F. (2005). Development of questionnaire on sexual quality of life in women. *J Sex Marital Ther.* ***31***, 385-97.

Şafak Öztürk, C. ve Arkar, H. (2017). Effect of cognitive behavioral therapy on sexual satisfaction, marital adjustment, and levels of depression and anxiety symptoms in couples with vaginismus. *Turk Psikiyatri Dergisi,* ***28,*** 172-180.

Şahin, D., Şimşek, F. ve Seyisoğlu, H. (2007). Cinsel yaşam ve sorunları. *Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Yayınları*, 7-54.

Şahin, D., ve Ertekin, E. (2009). Fiziksel hastalıklar ve cinsel işlev bozukluğu. *Klinik Gelişim, **4***, 75-79.

Ter Kuile, M. M., Van Lankveld, J. J., De Groot, E., Melles, R., Neffs, J. ve Zandbergen, M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behaviour Research and therapy, **45(2),*** 359-373.

Ter Kuile, M. M., Bulté, I., Weijenborg, P., Beekman, A., Melles, R., ve Onghena, P. (2009). Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a replicated single-case design. *Journal of consulting and clinical psychology, **77***(1), 149.

Ter Kuile, M.M. ve Weijenborg P.T.M. (2017). A woman who never could have coitus: treatment of lifelong vaginismus. *Bio-psycho-social Obstetrics And Gynecology: A Competency-Oriented Approach,* 297–309.

Tetik, S., Unlubilgin, E., Kayikcioglu, F., Bolat Meric, N., Boran, N. Ve Moraloglu Tekin, O. (2020). The role of Anxiety and childhood trauma on vaginismus and its comorbidity with other female sexual dysfunctions. *International Journal of Sexual Health, **32(3),*** 225-235.

Tevlin, H. E. ve Leiblum, S. R. (1983). Sex role stereotypes and female sexual dysfunction. In V. Franks & E. D. Rothblum (Eds.), The stereotyping of women: Its effects on mental health. *New York: Springer,* 129-150).

Tugrul, C. ve Kabakçi, E. (1997). Vaginismus and its correlates. *Sex Marital Ther, **12(1),*** 23–34.

Tuğut, N. (2016). Cinsel işlev bozukluğu ve güncel yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics, **2***(1), 70-75.

Tuğut, N. ve Gölbaşı, Z. (2010). Cinsel yaşam kalitesi ölçeği - kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Tıp Dergisi, **32***, 172-180.

Tuğrul, C. (1998). Cinsel işlev bozukluklarının psikolojik nedenleri. *N. Yetkin ve C. İncesu, Cinsel Sorunlara Genel Yaklaşım, Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi, **2***.

Turan, Ş., Sağlam, N. G. U., Bakay, H. ve Gökler, M. E. (2020). Levels of depression and anxiety, sexual functions, and affective temperaments in women with lifelong vaginismus and their male partners. *The Journal of Sexual Medicine, **17(12)*****,*** 2434-2445.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2018). http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/sonuclar_sunum.pdf. Erişim Tarihi: 01.07.2021

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Evlenme Boşanma İstatistikleri. (2020). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2020-3721. Erişim Tarihi:01.07.2021

Uğurlucan, F. G., ve Özgör, U. D. B. Y. (2016). Kadın cinsel disfonksiyonu tanı ve tedavisinde yenilikler: 2016 güncelleme. *Androloji Bülteni,* ***18***(67), 282-8.

Ugurlucan, F. G., Yasa, C., Tikiz, M. A., Evruke, I., Isik, C., Dural, O. ve ark. (2021). Effect of the COVID-19 pandemic and social distancing measures on the sexual functions of women treated for vaginismus (genitopelvic pain/penetration disorder). *International Urogynecology Journal,* 1-7.

Ulusoy, M. (2019). Vajinismusta hipnoz tedavisi ve psoas kası. *Üsküdar Üniversitesi Klinik Hipnoz ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi,* ***1(1),*** 1-3.

Ürkmez, D. (2018). Kadınların cinsel sıkıntıları ve evlilik doyumları arasındaki ilişki. *Master's thesis, Sağlık Bilimler Entitüsü*.

Van Lankveld, J. J., Ter Kuile, M. M, De Groot, H. E., Melles, R., Nefs, J. ve Zandbergen, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* ***74,*** 168–178.

Van Lankveld, J. J. D. M., Granot, M., Weijmar Schultz, W. C. M., Binik. Y.M., Wesselmann, U., Caroline, F. ve ark. (2010). Women's Sexual Pain Disorders. *Journal of Sexual Medicine,* ***7(2),*** 615–631.

Varaei, S., Foroutan, S. K., Nayeri, N. D. ve Mousavi, S. Q. (2019). Men's experiences of their partner's vaginismus (A phenomenological study). *International Journal of Ayurvedic Medicine,* ***10(3)****,* 252-256.

Ventegodt, S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Archives of sexual behavior,* ***27,*** 295-307.

Velayati, A., Jahanian Sadatmahalleh, S., Ziaei, S., ve Kazemnejad, A. (2019). Can botox offer help women with vaginismus? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Sexual Health,* ***31***(3), 233-243.

Vrangalova, Z., ve Savin-Williams, R. C. (2011). Adolescent sexuality and positive well-being: a group-norms approach. *Journal of Youth and Adolescence,* ***40***, 931–944.

Weatherby, N. L., Shultz, J. M., Chitwood, D. D., McCoy, H. V., McCoy, C. B. ve Ludwig, D. D. (1992). Crack cocaine use and sexual activity in Miami, Florida. *Journal of Psychoactive Drugs.* ***24***, 373-380.

Witting, K., Santtili, P., Varjonen, M., Jern, P., Johansson, A. ve von der Palen, B. (2008). Female sexual dysfunction, sexual distress, and compatibility with partner. *J Sex Med,* ***5***, 2587–99.

World Health Organization (WHO). (2006). Defining sexual health. *Report of a Technical*

Consultation on Sexual Health, 28–31 January 2002.

World Association for Sexual Health. (2008). Sexual health for the millennium: A declaration and technical document. *MN, USA: World Association for Sexual Health*.

World Health Organization (WHO). (2010). *Developing Sexual Health Programmes: A Framework for Action Geneva.*

Yasan, A. ve Akdeniz, N. (2009). Treatment of lifelong vaginismus in traditional Islamic couples: A prospective study. *The Journal of Sexual Medicine, **6(4),*** 1054–1061.

Yeni E. Kadında Genital Anatomi ve Seksüel Fizyoloji. *Androloji Bülteni, **13***, 33-35.

Yıldırım, E. A., Akyüz, F., Hacıoğlu, M., Eşsizoğlu, A., Çakmak, A. C., Çakmak, E. ve ark. (2011). Cinsel işlev bozuklukları kliniğine başvuran olgularda başvuru yakınması ile klinik tanı arasındaki ilişki. *Nöropsikiyatri Arşivi. **48***(3), 24-30.

Yıldırım, E. A., Hacıoğlu Yıldırım, M. ve Karaş, H. (2019). Yaşam boyu vajinismus tanısı konulan kadınlarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ve cinsel işlevlerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi, **30,*** 1.

Yıldırım, M. H. (2017). Vajinismusun sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından diğer cinsel işlev bozuklukları ile karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri. **20***(1), 37-44.

Yılmaz, E., Zeytinci, I. E., Sarı, S., Karababa, I. F., Cıllı, A. S., ve Kucur, R. (2010). Investigation of Sexual Problems in Married People Living in The Center of Konya.

Yükselay, Ö., Gıca, Ş., Yalçın, M., Guleç, M. Y. ve Güleç, H. (2021). Investigation of auditory P50 sensory gating with sexual visual stimuli in patients with vaginismus. *Neurophysiologie Clinique.*

Zabala, Zelaya, Donaire, Mejía ve Muñoz (2012). Disfunción sexual femenina y algunos factores asociados en una población de honduras. *Rev. Fac. Cienc.Medi.(imp) **9***(2), 18-32.

Zargooshi, J. (2000). Unconsummated marriage: clarification of etiology; treatment with intracorporeal injection. *BJU International **86***(1), 77-9.

Zarski, A.C., Berking, M. ve Ebert, D.D. (2018). Efficacy of internet-based guided treatment for genito-pelvic pain/penetration disorder: rationale, treatment protocol, and design of a randomized controlled trial. *Front Psychiatry, **8***, 260.

Zéler, A., ve Troadec, C. (2020). Doctors talking about sexuality: what are the patients feelings? *Sexual Medicine, **8***(4), 599-607.

Zgueb, Y., Ouali, U., Achour, R., Jomli, R. ve Nacef, F. (2019). Cultural aspects of vaginismus therapy: a case series of Arab-Muslim patients. *The Cognitive Behaviour Therapist, **12***.

Zhang, H., Fan, S. ve Yip, P. (2014). The association between female sexual dysfunction and the husband's erectile dysfunction: evidence from married couples in Hong Kong. *J Sex Marital Ther.* ***16***, 1-9.

Zhang, C., Tong, J., Zhu, L., Zhang, L., Xu, T., Lang, J. ve ark.(2017). A population-based epidemiologic study of female sexual dysfunction risk in mainland China: prevalence and predictors. *The Journal of Sexual Medicine,* ***14***(11), 1348-1356.

Zollman, G., Rellini, A. ve Desrocher, D. (2013). The mediating effect of daily stress on the sexual arousal function of women with a history of childhood sexual abuse. *J Sex Marital Ther,* ***39***, 176-192.

Zulfikaroglu, E. (2020). Patient’s characteristics and outcome of therapy in vaginismus: a single-center report of nine-year experience. *Sexual and Relationship Therapy,* 1-13.

FORMLAR

EK-1: BİLGİ FORMU

I. Sosyodemografik Bilgiler

1. Yaşınız…….
2. Medeni durumunuz nedir?

( ) Bekar ( ) Evli

3. Evli iseniz eşiniz ile nasıl evlendiniz?

( ) Görücü usulü ( ) Flört ( ) Kaçarak

4. Eğitim durumunuz nedir?

( ) Okur-yazar değil ( ) İlköğretim mezunu ( ) Ortaokul mezunu

( ) Lise mezunu ( ) Lisans mezunu (.) Lisansüstü mezunu

5. Yaşamınızın büyük çoğunluğu nerede geçti?

( ) İl ( ) İlçe ( ) Kasaba ( ) Köy

6. Çalışma durumunuz nedir?

( ) Çalışıyorum ( ) Çalışmıyorum

7. Mesleğiniz nedir?

( ) Ev Hanımı ( ) Serbest ( ) Memur ( ) Diğer :

8. Aylık gelir durumunuz nedir?

( ) Gelirler giderden az ( ) Gelirler gider ile eşit ( ) Gelir giderlerden fazla

II. Sağlık Bilgileri

1. Boy : ……. Kilo : ……. BKİ Değeri : …….
2. Doğum Sayısı : …….

3. Geçirdiğiniz Kadın Doğum Ameliyatları : …….
4. Tanı konmuş hastalığınız var mı?

   ( ) Hayır ( ) Evet ise;

   ( ) Depresyon ( ) Panik Atak ( ) Sistemik Hastalıklar

5. Kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir?

   ( ) Evet ( ) Hayır

6. Kullandığınız İlaçlar :

   ( ) Hayır ( ) Evet ise; ( )Antipsikotik ( )Antidepresan ( ) Doğum Kontrol Hapları

III. Vajinismus Derecesi ve Cinsel Yaşantıya Dair Bilgiler

1. Cinsel partner sayısı : …….
2. İlk cinsel ilişki **deneme** yaşınız …….
3. İlk cinsel **deneyiminizde ağrıyı nasıl tanımlarsınız?**

   ( ) İyi (Hafif ya da yok denecek kadar ağrı ile)

   ( ) Kötü (Çok ağrılı , kasıntılı , kabus gibi geçti)

4. Cinsel ilişki **deneme** sıklığınız ? …….kez (Haftada)
5. Mastürbasyon yapıyor musunuz?

   ( ) Evet ( ) Hayır

6. Mastürbasyon yapıyorsanız, başlama yaşınız nedir? …….
7. Cinsel ilişkilerinizde ön sevişme süresi, yoğunluğunu yeteri kadar ıslanmanız ve uyarılmanız açısından nasıl tanımlarsınız?

   ( ) Çoğu zaman yeterli ( ) Çoğu zaman yetersiz daha uzun ve yoğun olmasını isterdim

8. Daha önce vajinismus tedavisi almak için bir uzmana başvurdunuz mu?

( ) Evet ( ) Hayır

9. Bugüne kadar yardımcı olabileceğini düşündüğünüz hangi kişilere başvurdunuz (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)? ( ) Kadın Doğum Doktoru ( )Psikolog ( )Psikiyatrist ( )Seks Terapisti ( )Hoca ( ) Diğer ……..
10. Vajinismus derecesi (Araştırmacı tarafından doldurulacaktır.) :

IV. Aile Etkileşimi & Korkulara İlişkin Bilgiler

Aşağıdaki ifadelerden sizin için en uygununu seçiniz.

1. Hep çocuk kalmak istemişimdir. ( ) Evet ( ) Hayır
2. Annem ile çok güçlü bir bağım vardır. ( ) Evet ( ) Hayır
3. Babam ile çok güçlü bir bağım vardır. ( ) Evet ( ) Hayır
4. Ailemizde daha baskın olan ( ) Annemdir ( ) Babamdır ( ) Diğer ……
5. Koruyucu bir aile ile büyüdüm. ( ) Evet ( ) Hayır
6. Dini inançların baskın olduğu bir evde büyüdüm. ( ) Evet ( ) Hayır
7. Çocukluk çağında ailem / akrabalarım tarafından cinsiyet ayrımcılığına maruz kaldım. ( ) Evet ( ) Hayır
8. Canım çok tatlıdır. ( ) Evet ( ) Hayır
9. İğne, hayvanlar, kapalı alan vb. farklı korkularım vardır. ( ) Evet ( ) Hayır
10. Yaşadığım, gördüğüm şeyleri kolay kolay üzerimden atamam. ( ) Evet ( ) Hayır
11. Cinsel ilişki sırasında kendimi bırakma/ teslim olma konusunda zorlanıyorum. ( ) Evet ( ) Hayır
12. Vücuduma herhangi bir şey girmesinden korkuyorum. ( ) Evet ( ) Hayır
13. Eşimin / Partnerimin cinsel ilişki sırasında bana zarar verebileceği endişesi yaşarım ( ) Evet ( ) Hayır
14. Her cinsel ilişkide gebe kalmaktan korkarım. ( ) Evet ( ) Hayır
15. Cinsel ilişki benim için sadece eşimi / partnerimi tatmin etme yönünde bir görevdir. ( ) Evet ( ) Hayır

EK-2: KADIN CİNSEL SIKINTI ENVANTERİ

Sayın katılımcı;

Aşağıda kadın cinselliği ile ilişkili problem ve duygular ile ilgili sorular yer almakta. Son 4 hafta içerisinde ne kadar sıklıkla aşağıdaki problemler sizi rahatsız ettiği veya sıkıntılandırdığına yönelik maddeler bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz. Teşekkür ederim.

CİNSEL AKTİVİTE: Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

CİNSEL İLİŞKİ: Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

CİNSEL UYARILMA: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar.

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

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel hayatınızla ilgili sıkıntı duydunuz?
    1) Hiçbir zaman ( )
    2) Nadiren ( )
    3) Ara sıra (bazen) ( )
    4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
    5) Her zaman ( )
2. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel ilişkinizle ilgili mutsuz oldunuz?
    1) Hiçbir zaman ( )
    2) Nadiren ( )
    3) Ara sıra (bazen) ( )
    4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
    5) Her zaman ( )

3. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsellikle ilgili güçlükler nedeniyle suçluluk duydunuz?
    1) Hiçbir zaman ( )
    2) Nadiren ( )
    3) Ara sıra (bazen) ( )
    4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
    5) Her zaman ( )
4. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel problemlerinizden bıkmış hissettiniz?
    1) Hiçbir zaman ( )
    2) Nadiren ( )
    3) Ara sıra (bazen) ( )
    4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
    5) Her zaman ( )
5. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla seks sizi korkuttu?
    1) Hiçbir zaman ( )
    2) Nadiren ( )
    3) Ara sıra (bazen) ( )
    4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
    5) Her zaman ( )
6. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel problemler kendinizi küçük görmenize neden oldu?
    1) Hiçbir zaman ( )
    2) Nadiren ( )
    3) Ara sıra (bazen) ( )
    4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
    5) Her zaman ( )
7. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsellik konusunda endişeli hissettiniz?
    1) Hiçbir zaman ( )
    2) Nadiren ( )
    3) Ara sıra (bazen) ( )
    4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
    5) Her zaman ( )

8. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel açıdan yetersiz hissettiniz?
    1) Hiçbir zaman ( )
    2) Nadiren ( )
    3) Ara sıra (bazen) ( )
    4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
    5) Her zaman ( )
9. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinselliğiniz ile ilgili pişmanlıklar yaşadınız?
    1) Hiçbir zaman ( )
    2) Nadiren ( )
    3) Ara sıra (bazen) ( )
    4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
    5) Her zaman ( )
10. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel sorunlarınız hakkında utandınız?
    1) Hiçbir zaman ( )
    2) Nadiren ( )
    3) Ara sıra (bazen) ( )
    4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
    5) Her zaman ( )
11. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel hayatınızdan memnun kalmadınız?
    1) Hiçbir zaman ( )
    2) Nadiren ( )
    3) Ara sıra (bazen) ( )
    4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
    5) Her zaman ( )
12. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel hayatınızla ilgili sinirlendiniz (kızdınız)?
    1) Hiçbir zaman ( )
    2) Nadiren ( )
    3) Ara sıra (bazen) ( )
    4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
    5) Her zaman ( )

13. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel isteksizliğinizden rahatsız oldunuz?

1) Hiçbir zaman ( )
2) Nadiren ( )
3) Ara sıra (bazen) ( )
4) Sık sık (çoğunlukla) ( )
5) Her zaman ( )

EK-3: CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerden size uygun olanı (X) şeklinde işaretleyiniz.

	Tamamen katılıyorum	**Büyük ölçüde**	**Kısmen katılıyorum**	**Kısmen katılmıyoru**	**Büyük ölçüde**	**Hiç katılmıyoru**
1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde hayatımın eğlenceli /zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum.						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde hayal kırıklığı hissediyorum.						
3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde kendimi üzgün(depresif) hissediyorum.						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum.						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde kendimi iyi hissediyorum.						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim.						
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde sıkıntı hissediyorum.						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde kızgınlık hissediyorum.						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde eşime yakın olduğumu hissediyorum.						
10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum.						
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum.						
12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde utanıyorum.						

	Tamamen katılıyorum	**Büyük ölçüde**	**Kısmen katılıyorum**	**Kısmen katılmıyoru**	**Büyük ölçüde**	**Hiç katılmıyoru**
13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünmüyorum.						
14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum.						
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde suçluluk hissediyorum.						
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum.						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde bir şeylerimi kaybetmiş gibi hissediyorum.						
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde cinsel ilişki sıklığından memnunum.						

EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Tamamı kadınlardan oluşan ebeler, ülkemizde farklı kurumlarda kadınlara en fazla ulaşabilen sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle birçok kadın için ebeler ilk danışmanlık, sağlık eğitimi aldıkları önemli bir konumdadır. Toplumumuzda özellikle birçok kadın için konuşulması zor olan cinsellik gibi konularda dahi ebeler konumları ilk danışman, yönlendirici olabilecek konumdadırlar. İfade edilemeyen, çözüm bulamayan cinsellik ile ilgili sorunlar birey ve aile sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Cinselliğe ilişkin kaygı, stres, cinsel yaşam kalitesini de doğrudan etkilemektedir. Kadın cinsel sağlığı sorunları arasında vajinismus (Ağrılı Cinsel İlişki) ilk sırada yer almaktadır. Ebeler sadece doğum değil, kadın sağlığını ilgilendiren cinsellik gibi konularda da başta eğitim ve danışmanlık olmak üzere önemli rolleri vardır, ancak konu ile ilgili çalışmalar ülkemizde sınırlıdır.

Bu amaçla Hera Klinik Merkezi'nde İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi yürütücülüğünde gerçekleştirilecek olan "Vajinismus Tanılı Hastalarda Cinsel Distres Ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" başlıklı projeye davet ediyoruz. Araştırma yüzyüze görüşme tekniğiyle araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış olan Kişisel Bilgi Formu (40 madde), Kadın Cinsel Sıkıntı Envanteri (13 madde) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (18 madde) anket soruları sorularak gerçekleştirilecektir. Katılımcı sayısı Raosoft hesaplayıcı ile katılımcı popülasyonunun 500 kişi olmasından dolayı %5 hata payı, %95 güven aralığı ve %50 yanıt dağılımı dikkate alınarak ulaşılması hedeflenen minimum örneklem sayısı 218 olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Adınız, kişisel bilgileriniz yer almayacaktır. Vereceğiniz cevaplar vajinismus tanılı kadınlara daha etkili sağlık hizmeti sunulmasında sağlık çalışanlarına ışık tutacaktır. Anket sorularını cevaplandırma dışında herhangi bir uygulama (kan verme vb.) söz konusu değildir. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce araştırmanın niçin, nasıl, ne yöntemle yapılacağı ve sizden ne istendiği katılmanın size getireceği faydaları, riskleri ve rahatsızlıkları bilmeniz gerekmektedir.

Bu nedenle, bu formun okunup anlaşılması önemlidir. Anlamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa açıklanmasını talep ediniz. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra çıkma hakkına sahipsiniz. Proje ile ilgili olarak aşağıdaki konularda özellikle bilgi alınız:

- Projenin niteliği,
- Amacı,
- Bilime katkıları,
- Yapılacak işlem (kan alma, anket vb.),
- Nasıl uygulanacağı,
- Hangi yöntem/yöntemlerle gerçekleştirileceği (intravenöz, soru, röportaj vb.),
- Süresi,
- Yaklaşık katılımcı sayısı (Çok merkezli ise toplam katılımcı kurum ve katılımcı sayısı).
- Riskler, ortaya çıkabilecek istenmeyen etkiler ve tedavi edilebilirliği,

Bu proje kapsamında yapılacak her türlü işlem için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu proje sizin sosyal güvenli kurumu veya diğer sağlık sigortası kuruluşlarıyla ilgili ödemelerinize herhangi bir yük getirmeyecektir. Sonuçlarınız ve kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak istemeniz halinde elde edilen sonuçlar rapor halinde size verilecektir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için ortak katılımcı havuzuna aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya ..... e-posta adresi ve ..... numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-soyadı, İmzası

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-soyadı, İmzası, Görevi

Araştırmacının Adı/ Soyadı/ İmzası/ Tarih:

EK-5: ETİK KURUL KARARI

EK-6: KURUM İZNİ

EK-7: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

VAJİNİSMUS TANILI HASTALARDA CİNSEL DİSTRES VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%17	%16	%4	%4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
2	jag.journalagent.com İnternet Kaynağı	%1
3	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
4	acikerisim.isikun.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to Ordu Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
6	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
7	halkhemderkongre2018.org İnternet Kaynağı	<%1
8	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<%1
9	www.opus-bayern.de İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı		**Soyadı**	
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
Uyruğu		**TC Kim No**	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans		
Lise		

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.			
2.			
3.			

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**(YÖK-DİL) Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce					

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Programları	
Spss	

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Eğitim Sertifikası, Tarihi ve Yeri

1. 1 st International Forensic Biology & Genetics Congress, 27-28 November 2014, Ankara University, Ankara - Turkey.

2. Kademe Yardımcı Yüzme Antrenörlüğü Eğitimi, 10-18 Ocak 2015, İstanbul - Türkiye.

3. Uluslararası Katılımlı Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi, 02-04 Aralık 2016, Ankara - Türkiye (Suda Doğum Kursu / Michel Odent).

4. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Eğitimi, 1. Modül, 2-3 Mart 2019, İstanbul - Türkiye.

5. Doğuma Hazırlık Eğitimi, 25 Nisan 2019, İstanbul-Türkiye.

6. Odaklanma Aromaterapisi Eğitimi, 3 Mayıs 2019, İstanbul-Türkiye.

7. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Danışmanı, 23 Haziran 2019, İstanbul - Türkiye.

8. 1. Uluslararası Doğum Ekipleri ve Doğum Psikolojisi Kongresi, 28-30 Haziran 2019, İstanbul - Türkiye (Suda Doğum Kursu / Barbara Harper).

9. Congress Of Recontructive – Aesthetic Genital Surgery & Sexology, 12-15 December 2019, Istanbul – Turkey (Sexology Course).

10. Art de Huile by Hülya Kayhan, Aromaterapi Eğitimi, 04-05 Ocak 2020, İstanbul, Türkiye