

**T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI**

**VAJİNİSMUS TANISI ALAN HASTALARIN  
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN  
CİNSEL MİT İNANÇLARI, CİNSEL  
ÖYKÜLERİ, CİNSEL DOYUM DÜZEYLERİ  
VE EŞ DEĞERLENDİRME BİÇİMLERİYLE  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

**DR. ELİF AKTAN MUTLU**

**TEZ DANIŞMANI  
DOÇ. DR. RIFAT KARLIDAĞ**

**MALATYA 2009**

## TEŞEKKÜR

Tıp Fakültesi eğitimim sırasında iyi bir hekim olmam için hiç bir çabayı esirgemeyen ve bugünlere gelmemde çok büyük katkıları olan, her zaman saygıyla anacağım Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki bütün hocalarıma;

Uzmanlık eğitimim sırasında her gün ve her an arkamda olan, desteklerini hiç bir gün eksik etmeyen, erdemlilik ve etik olma ilkesini her fırsatta rehber gösteren Prof. Dr. Süheyla Ünal ve Doç. Dr. Rıfat Karlıdağ hocalarıma;

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Nöroloji Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Cemal Özcan, Çocuk Psikiyatrisi Ana Bilim Dalı Başkanı Yrd. Doç. Dr. Özlem Özcan, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hakan Coşkunol hocalarıma;

Tez çalışmama katkılarından dolayı Prof. Dr. Gülsen Güneş, Yrd. Doç. Dr. Şükrü Kartalçı ve Yrd. Doç. Dr. Birgül Cumurcu hocalarıma;

Uzmanlık eğitimime değerli katkılarından dolayı Doç. Dr. Burhanettin Kaya hocama;

Klinikte beş yıl boyunca ailem olan asistan arkadaşlarım, servis hemşireleri ve personel arkadaşlarıma;

Her sıkıntımı tolere eden kardeşlerime ve her zaman arkamda olduğunu bildiğim Dr. Demet Pepele'ye;

Beni yetiştiren ve hayatlarının her anına benden bir parça işleyen biricik anne ve babama teşekkür ederim.

Dr. Elif Aktan MUTLU

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLOLAR DİZİNİ.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
I. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
II. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
III. BULGULAR.....	26
IV. TARTIŞMA.....	38
V. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
VI. ÖZET.....	48
VII. ABSTRACT.....	50
VIII. EKLER.....	52
IX. KAYNAKLAR.....	68

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo -1</b> Cinsel işlev bozukluklarının DSM IV sınıflandırılması.....	3
<b>Tablo -2</b> Cinsel işlevleri kadında olumsuz yönde etkileyen fiziksel hastalıklar.....	6
<b>Tablo -3</b> Kadında cinsel işlev bozukluğuna yol açan ilaçlar.....	7
<b>Tablo-4</b> Hastaların ortalama yaş ve evlilik değerlerinin dağılımı.....	26
<b>Tablo-5</b> Hastaların sosyodemografik özellikleri.....	27
<b>Tablo-6</b> Hastalara ait bazı özelliklerin dağılımı.....	28
<b>Tablo-7</b> Hastaların cinsel mitlere inanma oranları.....	29
<b>Tablo-8</b> Şiddet gören hastalarda inanılma düzeyi yüksek cinsel mit-1....	30
<b>Tablo-9</b> Şiddet gören hastalarda inanılma düzeyi yüksek cinsel mit-2....	30
<b>Tablo-10</b> Hastaların kliniğimize başvuru süresi ile eğitim yılı ve evlilik biçimlerinin karşılaştırması.....	31
<b>Tablo-11</b> Eğitim süresi ve evlenme biçimlerinin karşılaştırması.....	31
<b>Tablo-12</b> Mitlere inanma düzeyinin eğitim düzeyleri açısından karşılaştırması.....	32
<b>Tablo-13</b> Hastaların, vajinismus sorunlarının başkaları tarafından bilinmesinin şiddet görme ve eğitim süresi bakımından karşılaştırması.....	32
<b>Tablo-14</b> Hastaların evlilik sürelerinin ek psikiyatrik hastalık gelişmesi bakımından karşılaştırması.....	32
<b>Tablo-15</b> Hastaların evlilik sürelerinin denedikleri çözüm yolları açısından karşılaştırması.....	33
<b>Tablo-16</b> Hastaların şiddet görmesinin eğitim ve evlilik süresi bakımından karşılaştırması.....	33
<b>Tablo-17</b> Hastaların kliniğimize başvuru sürelerinin yaşadıkları yer bakımından karşılaştırması.....	34
<b>Tablo-18</b> Hastaların iyileşme süresinin yatakta çıplak kalabilmesi, eşine dokunabilmesi ve erkeğin eşine dokunabilmesi bakımından karşılaştırması.....	34

<b>Tablo-19</b> Hastaların iyileşme süresinin tedavi biçimi bakımından karşılaştırması.....	35
<b>Tablo-20</b> Hastaların iyileşme süresinin eş değerlendirme biçimleri bakımından karşılaştırması.....	35
<b>Tablo-21</b> Hastaların sorunun başkaları tarafından bilinmesinin iyileşme süresi bakımından karşılaştırması.....	36
<b>Tablo-22</b> GRISS ortalama puanları.....	36
<b>Tablo -23</b> GRISS Ölçeği ve alt ölçeklerinin dağılımları.....	37
<b>Tablo-24</b> Hastaların eğitim süresinin dokunma ve kaçınma alt ölçekleri bakımından karşılaştırması.....	37

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>DSM IV TR</b>	: Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition,Text Revision Criteria
<b>WAS</b>	: World Association for Sexual Health
<b>ACE inhibitörleri</b>	: Anjiotensin Converting Enzim İnhibitörleri
<b>Ca kanal blokerleri</b>	: Kalsiyum Kanal Blokerleri
<b>H2</b>	: Histamin 2
<b>GRISS</b>	: Golombock –Rust Cinsel Doyum Ölçeği
<b>CÖF</b>	: Cinsel Öykü Formu
<b>CMÖ</b>	: Cinsel Mit Ölçeği
<b>BEDÖ</b>	: Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği
<b>Min</b>	: Minimum
<b>Max</b>	: Maksimum
<b>N</b>	: Hasta sayısı

## I. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik insan yaşamının en önemli parçalarından biridir. Hem en çok merak edilen hem de çok konuşulmayan ve utanılan konu durumundadır (1). Cinsellik; deneyime bağlı olarak bazen hoş, keyifli, romantik, sıcak bir yakınlaşma, bazen bir zorunluluk dolayısıyla çekince ve tikslenme kaynağı olarak yaşanır (1, 2). İnsanda cinsel davranış birçok faktörden etkilenen son derece karmaşık bir süreçtir. Kişinin öz güveni, diğer insanlarla ilişkileri, hayat şartları, kişinin yaşadığı kültür ve inançlar cinsel davranışı etkiler (3). Cinselliğin sağlıklı birlikte anılması garip gelebilir ancak cinsel sağlıktan söz edebilmek için zorunluluk olarak yaşanmaması ön koşuldur. Cinsellik denilince ilk akla gelen iki kişinin sevişmesidir ancak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinselliği çok boyutlu olarak tanımlar. Buna göre cinsellik: “Fiziksel, duygusal, sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da üreme amaçlı yaşama hakkı vardır. Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil; duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlık halidir” (1).

Ülkemizde ise cinsellik son derece zorlu bir konudur. Toplumumuzda cinsellekle ilgili birçok tabu halen önemini koruyarak yaşamaktadır. Hem en çok merak edilen, hem de en çok yasaklanan, hem en çok konuşulan hem de hiç

konusulmayan, çok bilindiği iddia edilen ama aslında çok az bilinen, bir yanda övünülen diğer yanda ise aslında çok utanılan bir konudur (1, 4).

Cinsel işlev bozuklukları cinsel ilişkinin evrelerine göre düzenlenmiş klinik sendromlar topluluğu olarak değerlendirilmektedir (5). Masters ve Johnson cinsel işlev bozukluğunu cinsel yanıt siklusunun, uyarılma veya doyum dönemlerindeki yetmezliğine neden olan herhangi bir sorunu olarak tanımlamışlardır (6).

DSM IV TR ise cinsel işlev bozukluklarını: cinsel istek ve cinsel yanıt döngüsünü oluşturan psikofizyolojik değişikliklerde, kişiler arası ilişkilerde güçlüklerle ve strese neden olacak düzeyde bozulma olarak tanımlamış ve Kaplan'ın tanımladığı cinsel yanıt döngüsünü temel almıştır (7).

DSM IV-TR' ye göre cinsel sorunlar ve bozukluklar üç kısma ayrılmıştır. Bunlar:

- 1-Cinsel işlev bozuklukları
- 2-Parafililer
- 3-Cinsel kimlik bozukluklarıdır.

## **1- CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI:**

Dünya Cinsel Sağlık Birliği (World Association for Sexual Health (WAS)) cinselliği her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçası olarak tanımlar ve cins, cinsel kimlik ve rol, cinsel yönelim, erotizm, haz, yakınlık ve üreme kavramlarını içerdiğini bildirir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinsel sağlığı "cinsellikle ilgili olarak fiziksel, emosyonel, mental ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır (8). Cinsel işlev bozuklukları, insandaki cinsel yanıt evrelerindeki aksamalardan kaynaklanmaktadır. Bu evreler;

- Cinsel istek
- Uyarılma
- Orgazm'dır.



Ancak bu evrelerin dışında gelişen cinsel işlev bozuklukları da mevcuttur. Bu bozukluklar ise; cinsel ağrı bozuklukları ve vajinismustur (9). Aşağıda cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması Tablo -1 de gösterilmiştir.

**Tablo -1 Cinsel işlev bozukluklarının DSM IV sınıflandırması**

<b>1-Cinsel istek bozuklukları</b>	Azalmış cinsel istek bozukluğu Cinsel tiksinti bozukluğu
<b>2-Cinsel uyarılma bozuklukları</b>	Kadında cinsel uyarılma bozuklukları Erkeklerde cinsel uyarılma bozuklukları
<b>3-Orgazm ile ilgili bozukluklar</b>	Kadında orgazm bozukluğu Erkeklerde orgazm bozukluğu Erken boşalma
<b>4-Cinsel ağrı bozuklukları</b>	Disparoni Vajinismus
<b>5-Genel tıbbi bir duruma bağlı cinsel işlev bozuklukları</b>	Kadında ....'e bağlı azalmış cinsel istek bozukluğu Erkeklerde ....'e bağlı azalmış cinsel istek bozukluğu Erkeklerde ....'e bağlı erektil bozukluk Kadında ....'e bağlı disparoni Erkeklerde ....'e bağlı disparoni Kadında ....'e bağlı başka bir cinsel işlev bozukluğu Erkeklerde ....'e bağlı başka bir cinsel işlev bozukluğu
<b>6-Madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu</b>	
<b>7-Başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozukluğu</b>	

#### **1-Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu:**

Cinsel istekte azalma, cinsel düşünce ve fantezilerin, cinsel birleşme ve orgazma ulaşma sıklığının azlığı ya da yokluğu, cinsel bir etkinliği başlatma, katılma ya da yanıt verebilme motivasyonunun yetersizliği olarak tanımlanır (9, 10, 11). Bu klinik, birçok duruma bağlı olarak gelişebilir. Hastanın yaşı, yetiştiği sosyal çevrenin cinselliğe bakışı ve kişinin hayatındaki diğer bir takım değişkenler buna yol açıyor olabilir (9,10).

Birincil olanı ergenlikten başlayıp bütün hayat boyunca devam etmektedir. Bu tür; cinselliğin yasaklandığı baskıcı toplumlarda daha sık görülür ( 5, 9, 12). Küçük yaşta uygulanan baskılar kişide suçluluk ve günahkarlık duygularının oluşmasına ve kendi bedenine yabancılaşmasına yol açmaktadır ( 5, 9, 12, 13).

İkincil olanı ise sonradan oluşan tiptir. Bu formda ise nedenler eş uyumsuzlukları, depresyon, anksiyete bozuklukları, çeşitli kronik hastalıklar, ilaç yan etkisi, madde kullanımı, menopoz, gebelik ve emzirme gibi fizyolojik durumlar, cinsel travmaya maruz kalmış olmak olarak sıralanabilir (14).

Tedavisinde çok yönlü yaklaşmak ve mitler üzerinde çalışmak, temel bilgileri vermek, ikincil tipte ise temel sorunu ortadan kaldırmak hastanın sorunlarını büyük ölçüde çözecektir (1, 15).

## **2-Cinsel Tiksinti Bozukluğu:**

Cinsel ilişki kurmaktan sürekli ve şiddetli bir biçimde tiksinti duyma ve bundan dolayı cinsellikten tamamen kaçınmaktır (16). Diğer cinsel işlev bozukluklarından daha seyrek görülür. Cinsel tiksinti genital salgılara veya öpme, dokunma gibi tüm cinsel uyarılara karşı yaygın bir iğrenme şeklinde ortaya çıkabilir. Cinsel tiksinti bozukluğu olan kişilerde cinsellikle ilgili düşünceler bile anksiyete ortaya çıkmasına hatta bazen kişinin panik nöbeti yaşamasına sebep olabilir (9, 16). Cinsel tiksinti bozukluğu prognozu en kötü olan cinsel işlev bozukluğudur (13).

## **3-Kadında Cinsel Uyarılma Bozuklukları:**

Yeterli cinsel uyarıya rağmen, kadında beklenenden daha az salgı ve kabarma yanıtının olması veya cinsel etkinliğin sonuna kadar sürdürülememesidir. Orgazm bozukluklarıyla sık birliktelik gösterir. DSM IV'te ayrı bir kategori olmasına rağmen üzerinde çok çalışılmış bir işlev bozukluğu değildir (17, 18).

Nedenleri arasında tutucu toplumda yaşıyor olmak, cinsel travmalar, cinsellikle ilgili bilgilerin yetersiz olması veya deneyimin yetersiz olması, eşler arasındaki iletişim eksikliği, yetersiz ön sevişme ve yetersiz cinsel uyarı, eşte ereksiyon sorunları veya erken boşalma olması, diyabetes mellitus, hiperprolaktinemi, gebelik ve menopoz gibi doğal süreçler, madde kullanımı, ilaç kullanımına ikincil gelişen yan etkiler sayılabilir (18).

#### **4- Orgazm İle İlgili Bozukluklar:**

DSM IV TR kadındaki orgazm bozukluğunu normal seksüel fazları takiben sürekli veya tekrarlayıcı olarak, orgazmda gecikme, güçlükle oluşma veya hiç oluşmama olarak tanımlamaktadır. Çoğu çalışmada orgazm bozuklukları birincil ve ikincil olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Birincil orgazmik işlev bozukluğunda kadın - masturbasyon dahil - hiç orgazm olmamıştır. DSM IV'e göre bu kadınlar yaşam boyu yaygın orgazm bozukluğu olarak tanımlanır. İkincil formda ise durumsal veya edinilmiş kadın orgazm bozukluğu söz konusudur. Cinsel eş ve çeşitli seksüel durumlara göre değişen bir bozukluktur (9).

Birincil olarak gelişen orgazm bozukluğunda en sık görülen nedenler baskıcı toplumsal yapı, cinsel travmalar ve cinsel şiddet görmek, yetersiz bilgi sahibi olmak, duygusal hazırlığın yetersiz olması, eşler arasındaki iletişimin az olması sayılabilir (19, 20, 21).

İkincil olarak gelişen orgazm bozukluğunda ise en sık görülen nedenler depresyon veya diğer psikiyatrik hastalıklar, sistemik veya kronik hastalıklar, eşler arasındaki uyum sorunları, jinekolojik hastalıklar, menopoza ve yaşlılık olarak sıralanabilir (19, 20, 22). Toplumumuzda orgazm sorununun en temel nedeni yeterli süre ve nitelikte uyarılmanın olmamasıdır.

#### **5- Cinsel Ağrı Bozuklukları:**

##### **1. Disparoni:**

DSM IV tanı kriterlerine göre cinsel ilişkiye yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak eşlik eden genital ağrının olmasıdır. Belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara yol açmalıdır. Bu bozukluk sadece vajinismus veya lubrikasyonun olmaması nedeniyle ortaya çıkmamaktadır. Bu bozukluk başka bir eksen I bozukluğu ile daha iyi açıklanamamalıdır.

Disparonideki bu ağrı vajendeki ıslaklığın bozulmasına ve sıyrıklara bağlı olabileceği gibi, vajinismusda olduğu gibi kas spazmına da bağlı gelişebilir. Jinekolojik nedenler dışlanmalıdır. Ağrının fobik beklentisi olması psikojenik disparoninin temel özelliğidir (7, 23, 24).

## 2. Vajinismus: İleriki bölümlerde detaylı anlatılmıştır.

Cinsel işlev bozuklukları yukarıdaki nedenlerin dışında organik, kronik, sistemik bazı hastalıklardan da kaynaklanabilmektedir ( Tablo-2 ) (15, 24).

**Tablo 2: Cinsel İşlevleri Kadında Olumsuz Yönde Etkileyen Fiziksel Hastalıklar**

Kardiyo vasküler hastalıklar	Aterosklerotik hastalıklar Aort anevrizması Lerische sendromu Kalp yetmezliği Miyokard enfarktüsü Angina pectoris
Böbrek ve Ürolojik hastalıklar	Peyroni hastalığı Kronik böbrek yetmezliği İmperfore hymen, rijit hymen Vajinit , pelvik diğer inflamasyonlar
Karaciğer hastalıkları	Siroz ve benzeri karaciğer yetmezlikleri
Akciğer hastalıkları	Solunum yetmezlikleri
Kalıtsal hastalıklar	Hipogonadizm
Beslenme bozuklukları	Malnutrisyon, Vitamin eksiklikleri
Endokrin bozukluklar	Diyabetes mellitus Hipotalamus hipofiz adrenal eksen hastalıkları Akromegali Addison hastalığı Kromofob adenomu Adrenal neoplaziler Miksödem hipertiroidi Hipotiroidi
Nörolojik hastalıklar	Multiple skleroz Parkinson hastalığı Temporal lob epilepsisi Omuriliğin travmatik ve neoplastik hastalıkları Merkezi sinir sistemi tümörleri Amyotrofik lateral skleroz Periferik nöropati Genel pareziler Tabes dorsalis, inmeler
Zehirlenmeler	Kurşun Tarım ilaçları
Operasyonlar	Abdominal perineal kolon rezeksiyonu Sempatektomi Aortoiliak operasyonlar Radikal sistektomi Retroperitoneal lenfadenektomi
Enfeksiyon hastalıkları	Elefantiyazis, kabakulak
Diğer nedenler	Radyoterapiler Pelvis kırıkları İlaçlar Genel durumu bozan her türlü hastalık ya da durum

**Tablo -3: Kadında Cinsel İşlev Bozukluğuna Yol Açan İlaçlar**

<b>Diüretikler</b>	Tiyazid grubu diüretikler, Potasyum tutucular, Furosemid, Spiranolakton
<b>Antihipertansif ilaçlar</b>	Reserpin, Guanetidin, Metildopa, ACE İnhibitörleri, Beta blokerler, CA kanal blokerleri, Alfa 1 blokerler, Alfa 2 antagonistler
<b>Psikotrop ilaçlar</b>	Antidepresanlar, Duygudurum Düzenleyiciler, Antipsikotikler, Anksiyolitikler, Sedatifler, Hipnotik ilaçlar
<b>Uyuşturucu ilaçlar</b>	Alkol, Esrar, Barbitüratlar, Opioidler, Nikotin
<b>Dekonjestan İlaçlar</b>	Difenhidramin, Psödoefedrin, Klorfeniramin, H2 antagonistleri
<b>Epilepsi ilaçları</b>	Fenitoin, Karbamazepin, Valproik asit, Primidon
<b>Kardiyoloji ilaçları</b>	Digital glikozitleri, Antiaritmikler, Lipid düşürücüler, Epinefrin

## **2-PARAFİLİLER:**

Cinsel uyarılmanın sıra dışı bir fantezi ya da davranışa bağlı olduğu bir grup bozukluktur. DSM IV'te parafililer aşağıdaki şekilde sınıflandırmaktadır:

- 1-Egzibisyonizm (Teşhircilik, göstermecilik)
- 2-Frottörizm (Sürtünmecilik)
- 3-Pedofili
- 4-Cinsel mazokizm ve cinsel sadizm
- 5-Voyörizm (Gözetlemecilik)
- 6-Fetişizm ve transvestik fetişizm
- 7-Başka türlü adlandırılmayan parafililer

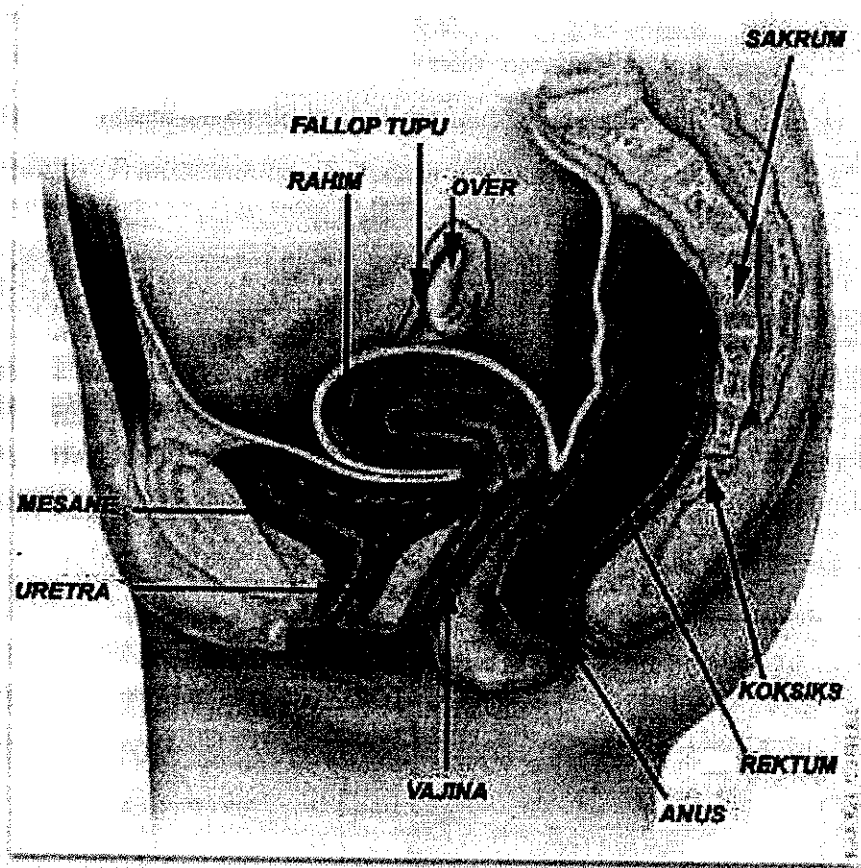
### 3-CİNSEL KİMLİK BOZUKLUKLARI:

Kişinin anatomik cinsiyetinden bağımsız olarak, kendini kadın veya erkek olarak hissetmesidir. Cinsel kimlikle ilgili hafif düzeyde sorunlar transseksüalite ile karıştırılmamalıdır. *Transseksüalite* en önemli cinsel kimlik bozukluğudur (25, 26).

### KADIN CİNSEL ANATOMİSİ :

Anatomik olarak iç ve dış genital organlar olmak üzere iki kısma ayrılabilir.

**İç genital organlar;** ovaryum, tuba uterina, uterus ve vajinadan oluşmaktadır (Resim 1) (1).



**Resim 1** Kadın İç Genital Organları “Cinsel Yaşam ve Sorunları. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Yayınları”.

Biz burada vajinismusla daha çok ilgili olan vajinayı daha detaylı ele alacağız.

## Vajina:

Kastan yapılmış bir boru olan vajina, vulvadan başlar, arkaya ve yukarıya doğru uzanarak uterusu ulaşır. Yaklaşık 8 cm uzunluğunda olup, normalde birbirlerine temas eden ön ve arka duvarları vardır (27). Ön tarafında mesane, arka tarafında ise rektum bulunur (28, 29). Ön duvarın üst ucundan serviks uteri, arkadan ve yukarıdan vajinanın içerisine girmiştir. Vajinanın üst yarısı pelvis döşemesinin üstünde, alt yarısı ise perinenin içerisinde bulunmaktadır. Serviksi çevreleyen vajina lümeni anlaşılabilir olması amacıyla dört bölgeye ayrılır ve bunlara forniks denir. Arka çıkmaz, ön çıkmazdan daha derindir ve spermlerin atıldığı bölge olması nedeniyle *receptaculum seminis* de denilmektedir (28). Vajinanın paries anterior ve paries posterior olmak üzere iki duvarı vardır. Bu duvarlar mesane ve rektumun basıncı ile birbirine temas eder. Boşluğu, alt kısımdan yapılan transvers kesitte bir H harfi şeklindedir. Transvers olan kolu ön veya arka tarafa doğru biraz konvekstir. Yan kolları ise mediyale doğru konvekstir. Ortalardan yapılan kesitte transvers bir yarık şeklindedir. Vajinanın ön duvarının uzunluğu yaklaşık 6-7,5 cm, arka duvarının ise 9 cm kadardır. Vajinanın orta kısmı uçlarına oranla daha geniştir. Vajinanın alt ağzına ostium vajina denir. Vajinanın başlangıç deliğini ise hymen adı verilen ince bir mukoza zarı oluşturur (27). Vajina önde yukarıda idrar kesesi ile daha aşağıda ise üretra ile yakın komşuluk halindedir. Üst üçte birlik kısmı Douglas çukuru ve anal kanalla komşuluk yaparken, en üst parçası üreterlere yakındır. Orta parçasına m. levator aninin ön lifleri ile komşudur. Arkaya, perineal cisme doğru seyreden bu lifler ano-rektal kıvrıma kement yaparlar. M. levator aninin kasılması ile birlikte vajina da sıkıştırılmış olur (30).

**Yapısı:** *Tunica mucosa*, *tunica muscularis* ve *tunica spongiosa* olmak üzere üç tabakadan oluşur.

### *Tunica mucosa:*

Yukarıda uterus mukozası ile devam eder. Ön duvarda *columna rugarum anterior*, arka duvarda ise *columna rugarum posterior* denilen ve uzunlamasına seyreden kabarık birer sütun bulunur. Bu sütunlardan yan tarafa doğru uzanan mukoza plikalarına *rugae vaginales* denir. Bunların da üzerinde konik papillalar

bulunur. *Urethra femininanın*, ön duvarda yapmış olduğu çıkıntıya *carina urethralis vaginae* denilir. Vajina mukozası çok katlı yassı epitelle örtülü olup, açık kırmızı renklidir. Çok gevşek yapılı olan tunica submukozada, geniş venlerin oluşturduğu ven pleksusu ile bu pleksus arasında kas tabakasından gelen kas lifleri bulunur. Bu tabakada müköz salgı bezlerine benzer kapalı uçlu keseler vardır. Fakat bunlar gerçek bir bez yapısında değildir. Vajinada salgı bezi bulunmaz, buranın ıslaklığını ve kayganlığını serviksten gelen uterus salgısı sağlar (31). Bu salgı, dejenere olmuş ve yerinden kopmuş epitel hücreleri ile uterus salgısında bulunan fermentler ve vajinada bulunan bakteriler içerir. Bu karışım asit reaksiyonu oluşturur. Normal koşullarda vajinada her zaman çok miktarda bakteri, özellikle Döderlein basilleri bulunur. Vajinada bulunan bu sıvıda normalde süt asidi bulunur. Bu nedenle vajinadaki ortam inflamasyona neden olacak bakterilerin gelişmesi için uygun bir ortam değildir. Vajinadaki sıvıda asit miktarı azaldığı zaman, bu bakteriler hızla çoğalarak mukozanın inflamasyonuna neden olurlar. Vajinal sıvının asit reaksiyonlu olması, spermlerin uzun süre vajinada kalmasına uygun değildir. Bu nedenle bazik reaksiyonlu ejakülat, asit reaksiyonlu vajinal sıvıyı etkisizleştirerek spermlerin bir süre canlı kalmasını sağlar (27, 31).

#### *Tunica muscularis :*

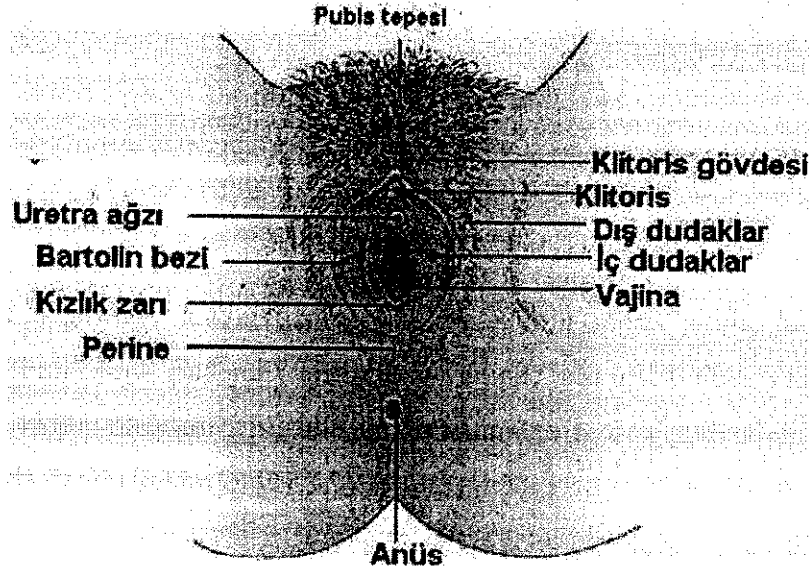
Nispeten zayıf olan vajinanın kas tabakası, dışta longitudinal ve içte de sirküler olmak üzere iki tabakadan oluşur. Kas lifleri arasında bulunan bağ dokusunda da bol miktarda elastik ve kollagen lifler bulunur. Daha kalın olan longitudinal tabaka, uterusun yüzeysel kas lifleri ile devam eder. Longitudinal lifler, özellikle arka duvarında daha fazla miktarda bulunur. İki tabaka arasında belirgin bir sınır yoktur. İki tabaka arasında birinden diğerine uzanan oblik lifler bulunur. Vajinanın *ostium vaginae* yakınındaki bölümü, dıştan erektil özeliği olan *bulbus vestibuli* ve *m. bulbospongiosus* tarafından sarılmıştır (32).

#### *Tunica spongiosa:*

Vajinanın etrafını saran bağ dokusuna *paracolpium* denir. Vajinayı komşu organlara bağlayan bu gevşek bağ dokusu içerisinde kan damarları pleksusları bulunur (27).



**Dış genital organlar:** Kadın dış genital organlarını mons pubis, labium majus pudendi, labium minus pudendi, vestibulum vaginae, clitoris, bulbus vestibuli ve gl. vestibularis major oluşturur. Bu oluşumların tümüne birden pudendum femininum veya vulva da denir (Resim 2) (27, 29).



**Resim-2** Kadın Dış Genital Organları “Kışnişçi, H. A., Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi”.

### ***Mons pubis:***

*Symphysis pubicanın* ön tarafındaki kabarık bölgeye mons pubis denir. Mons pubisin kabarıklığının nedeni deri altındaki zengin yağ dokusudur. Erişkinlerde bu bölgede kıllar bulunur. Bu kıllar normal deri kıllarına göre daha kalındır. Pubes denilen bu kıllar yukarıda spina iliaca anterior superiorları birleştiren çizgi yakınlarında belirgin bir sınırla kaybolur. Menopozdan sonra azalır (29).

### ***Labium majus pudendi:***

Genital kanalın girişinde uzunlamasına bulunan bir çift kalın deri plikasıdır. Erkeklerdeki scrotum derisi karşılığı olan labium majus pudendiler, yaklaşık 8 cm uzunluğunda 2-2,5 cm yüksekliğindedir. Önde mons pubisten, arkada perineuma kadar uzanır. Labium majus pudendinin bir iç, bir de dış yüzü vardır. Dış yüzü scrotum gibi fazla pigment içermesi nedeniyle komşu bölge derisine oranla daha

koyu renklidir ve üzerinde kıllar bulunur. İç yüzü düzdür ve büyük yağ follikülleri içerir. Dış ve iç yüzleri arasında bol miktarda yağ ve bağ dokusu bulunur. Derisinde de çok miktarda yağ ve ter bezi bulunur. Erkeklerdeki tunica dartosda olduğu gibi düz kas lifleri ile damar ve sinirler bulunur. Symphysis pubicanın alt kenarından koksikse kadar uzanan bölgeye perineum denir (29).

#### ***Labium minus pudendi:***

Labium majuslar arasında ulunan 3-4 cm uzunluğunda, 1-1,5 cm yüksekliğinde iki küçük deri plikasıdır. Erkeklerdeki penis derisinin karşılığıdır. İçerisinde yağ dokusu bulunmaz. Dış yüzü deri ile örtülüdür. Ancak *stratum corneum* tabakası bulunmadığı için çok incedir ve derinindeki kan damarlarının görünmesi nedeniyle rengi glans penis gibi kırmızımsıdır. İç yüzü vajina mukozasına benzer bir mukoza ile kaplıdır ve burada bol miktarda duyu reseptörleri bulunur. Önde klitoristen başlar, oblik olarak aşağıya, dışa ve arkaya doğru, *ostium vaginaeyi* saracak şekilde 4 cm kadar uzanır. *Labium minusların* ön uçları çatallıdır. Çatalın ön dış kolları, clitorisın ön tarafında birleşerek *preputium clitoridisi*, arka iç kolları ise clitorisin arkasında birleşerek, *frenulum clitoridisi* oluştururlar. *Labium minus pudendilerin* dış yüzlerinde kıl ve ter bezi bulunmaz fakat yağ bezi bulunmaktadır (27, 31).

#### **Vestibulum vaginae:**

*Labium minus pudendiler* arasında kalan aralığa *vestibulum vaginae* denilir. Buraya *ostium vaginae* ile *ostium urethrae externum* açılır. Ayrıca çok sayıdaki *glandulae vestibularis minorislerin* kanalları *ostium vaginae* ile *ostium urethrae externum* arasına açılır. *Ostium vaginae* ile *frenulum labiorum pudendi* arasında kalan sığ çukura *fossa vestibuli vaginae* denir (31).

#### ***Clitoris:***

Penisin kavernöz cisminin karşılığıdır. Onun gibi erektil dokudan-corpora cavernosum clitoridis- yapılmıştır. Ön kısmı (*glans clitoridis*) *preputium clitoridis* ile *frenulum clitoridis* arasında bulunur. Clitoris de peniste olduğu gibi iskion pubis kollarına tutunan 3-3,5 cm uzunluğundaki *crus clitoridis* şeklinde başlar ve *musculus*

*ischiocavernosus* tarafından örtülür. Crus clitoridisler pubise doğru uzanırken birbirlerine doğru yaklaşırlar ve pubisin ön tarafında da birleşerek *corpus clitoridisi* (2,5-3cm) oluştururlar. Corpus clitoridisin serbest ucuna, *glans clitoridis* denir. Clitoridisi *fascia clitoridis* denilen bir bağ dokusu sarar. Dokunma, basınç ve ısıya karşı çok duyarlıdır (18, 31).

### ***Ostium vaginae:***

*Ostium urethrae externumun* arka ve aşağısında, orta hatta bulunan yarık şeklinde bir açıklıktır. Vajinayı vestibulum vajinaya bağlar. Bakirelerde burada *hymen* (kızlık zarı) bulunur (27).

### ***Hymen :***

Yunanca bir kelime olan hymen perde anlamına gelmektedir. *Ostium vaginaeyi* kısmen kapatan bir mukoza plikasıdır. Vajina ve *vestibulum vaginae* arasında bulunur. Normalde ortasındaki deliği sınırlayan kenarları birbirine temas eder ve *ostium vaginae* da, bu kenarlar arasında kalan bir yarık şeklinde görülür. *Hymenin* şekli kişiler arasında farklılık göstermektedir (27). Genellikle yarımay (*hymen semilunare*) şeklinde olan olan *hymen*, *ostium vaginaenin* büyük bir kısmını kapatır. Ortasında bulunan delikten menstruasyon kanı ile uterus ve vajinadan gelen salgılar dışarıya akar. Bazen *hymen* vajina ağzını geniş bir halka şeklinde sarar ve ortasında küçük bir delik bulunur (*hymen anularis*). Hymendeki deliğin kenarları genellikle düz olur. Fakat bazen birkaç yerinde çentikler, yarıklar bulunabilir. Bu yarıklar ilk koitusta oluşan yırtıklara benzediği için muayenelerde hatalar yapılabilir. Bazen de hymen kalbur gibi delikli olabilir (*hymen cribriformis*). Embriyonel hayatın 6. ayına kadar hymen deliksiz bir perde şeklindedir. Gelişimin bundan sonraki aşamalarında delik veya delikler oluşur. Bazen de bazı durumlarda ilk deliksiz şeklini korur ve *hymen imperforatus: atresia hymenalis* oluşabilir. Bu durumlarda menstruasyon kanı dışarı akmaz ve müdahale gerekir. *Hymenin* hiç gelişmediği durumlar da söz konusudur (30).

Genellikle *hymen* ilk cinsel birleşmede yırtılarak birkaç parçaya ayrılır. Doğum esnasında bu parçalar da kaybolarak, yerlerinde *carunculae hymenales*

denilen küçük kabartılar kalır. Hymen ile *frenulum labiorum pudendi* arasında kalan sığ çukura *fossa vestibuli vaginae* denir (27).

#### ***Bulbu vestibuli:***

Erkeklerdeki *corpus spongiosum penisin* arka bölümünün karşılığıdır. Fakat erkeklerdeki gibi tek olmayıp sağlı sollu iki adettir. *Ostium vaginae nin* her iki yanında bulunur. *Bulbus vestibulinin* ön uçları ince, arka uçları ise kalındır. İnce ön uçları birleşerek *pars intermedia bulborumu* oluşturur. Yaklaşık 2-3 cm uzunluğunda olan bulbus vestibulinin kalın arka uçları birbiri ile temas etmez ve *glandula vestibularis major* ile komşuluk yaparlar. Alt yüzlerini *musculus bulbospongiosus* örter. Üst yüzleri ise diaphragma pelvisin alt yüzüne yapışıktır (30, 31).

#### ***Glandulae vestibularis major:***

Erkeklerdeki *glandula bulbourethralisin* karşılığıdır ve bu bezler gibi sağlı sollu bir çifttir. 0,5 cm çapındaki bu iki bez *ostium vaginaenin* yan taraflarında bulunur ve *bulbus vestibulinin* arka kısımları ile komşudur. Her bir bez 2 cm uzunluğundaki bir kanal aracılığı ile *labium minus pudendi* ile *hymen* arasındaki oluğa açılır (27, 30, 31).

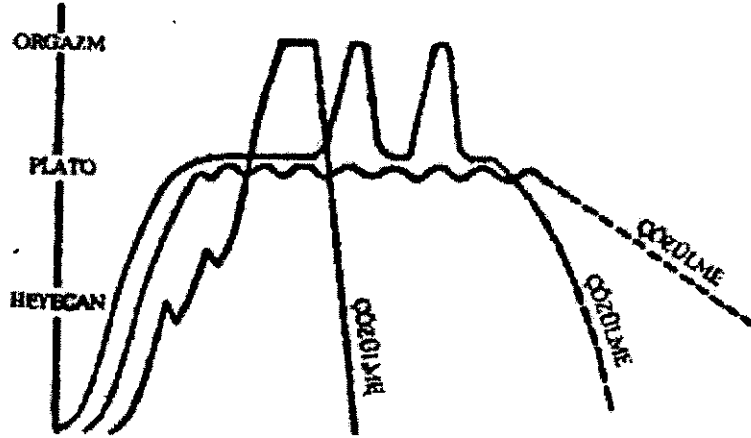
### **KADIN CİNSEL İLİŞKİ FİZYOLOJİSİ:**

İnsan cinsel işlevi sinir sistemi, endokrin sistemi ve vasküler sistemlerin arasındaki karmaşık etkileşimler sonucunda doğar. Cinsel uyarılma kadınlarda fantezilerin, görsel uyaranların ve fiziksel uyaranların olmasına bağlıdır.

Bu uyarılar parasempatik sinir sistemini harekete geçirerek genital organlara kan akımını hızlandırır, bu da vajinanın lubrikasyonu ve klitorisin genişlemesi, kabarması ile sonuçlanır. Klitorisin uyarılmasının devamı ile -direkt veya sevişme sırasında indirekt- orgazm meydana gelir (33, 34).

Östrojen ve progesteron kadın cinsel fonksiyonlarında önemli role sahiptir. Androjenler de seksüel uyarılmanın sürekliliğinde önemli role sahiptir. Erkeklerde olduğu gibi kadınlarda da dopaminerjik sistem uyarılmayı ve orgazmı kolaylaştırır. Serotonerjik sistemler ise bu işlevleri baskılar (24, 33, 34).

Masters ve Johnson cinsel ilişki döngüsünü ilk kez 1966'da açıklayan kişiler olmuşlardır. Bu döngüyü uyarılma, plato, orgazm ve çözülme fazları olmak üzere dört faza ayırmışlardır. Ardından 1979'da Kaplan modifiye ederek; istek, uyarılma, orgazm ve çözülme aşamaları olmak üzere dört kısma ayırmıştır (Grafik 1) (1). Bu aşamalar hem DSM IV hem de Amerikan Ürolojik Hastalıklar Sınıflaması sisteminde temel olarak alınmıştır (24, 34).



**Grafik 1: Cinsel yanıt döngüsü**

*İstek aşaması* hem kadın hem de erkekte geçerli olmak üzere erotik düşünceler ve hisler ile karakterizedir. Kadınlarda vajinal lubrikasyon (ıslanma) meydana gelir. Ayrıca kalp atım hızı artar, kan basıncı yükselir.

*Plato aşaması* ise artmış kas tonusu, kalp hızı, genitallere kan akımı ile karakterizedir. Kadınlarda *orgazm* meydana geldiğinde sirkumvajinal kaslarda refleks ritmik kasılmalar olur.

*Çözülme aşaması* boyunca da, bu aşamaya kadar gelmiş fizyolojik cevaplar, dinlenme aşamasındaki hallerine dönerler. Erkeklerde orgazm sonrası refrakter periyot denilen süre mevcuttur. Bu süre yaş ve cinsel ilişki sıklığına göre değişmektedir. Kadınlarda ise değişkendir. Bazılarında refrakter periyot varken, bazılarında görülmez ve bunlarda çok sayıda, ardışık orgazmlar görülür (24, 33, 34, 35).

## VAJİNİZMUS:

Vajinismus ülkemizde kadınların doktorlara en sık ilettikleri cinsel problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Anadolu kültüründeki cinsel değerler, cinselliğin anlamı, cinsel ilişkinin tanımı, cinsel işlev bozukluğunun algılanması gibi bazı özelliklerin bu yüksek görülme sıklığında rol oynayabileceği belirtilmektedir (12). Vajinismus strese yol açması, ilişki sorunları oluşturması ve infertilite ile sonuçlanması açısından çok önemli bir sağlık sorunudur (36).

Başlangıcına göre birincil ve ikincil olarak tanımlanabilir. Birincil vajinismus veya bazı yazarların tanımladığı şekliyle “tamamlanmamış evlilik” kadının hiçbir şekilde cinsel hayatının başlangıcından bu yana cinsel ilişki kuramamasıdır. İkincil tip vajinismusda ise cinsel ilişki kurabilen bir kadının durumsal olarak istemsiz kasılmalar yaşamasıdır. İkincil tip vajinismus genellikle dispareni ile ilişkili bir durumdur (36).

Bazı yazarlar da vajinismus şiddetine göre tiplendirmektedirler. Buna göre tip 1 şiddetteki olgular güvence verildiği takdirde perineal ve levator kasılmalarını rahatlatılabilen hastalar, tip 2 şiddetteki olgular perineal kasılmalarını rahatlatamayan hastalar, tip 3 şiddetteki hastalar levator spazmına ek olarak kalçalarını da kaldırarak kasan hastalar, tip 4 şiddetteki olgular ise tüm bunlara ek olarak bacaklarını açmayan ve geri çekilen hastalardan oluşmaktadır (7, 37).

İnsidans ve prevalans çalışmaları çok kısıtlı olmakla beraber vajinismus oranları %5 ile %17 arasında bildirilmektedir (38, 39, 40). Aile planlaması ve jinekoloji kliniklerine gelen hastalarda yapılan çalışmalarda İran’da %12, Hollanda’da da ise %4,2 oranında prevalans değerleri elde edilmiştir (41, 42). Çoğu yazar vajinismusun tanı olarak atlandığına, görmezden gelindiğine veya rapor edilmediğine inanmaktadır. Bunun da gerçek oranların oluşmasına engel teşkil ettiğini düşünmektedirler (40, 43, 44).

Psikiyatride cinsellik ile ilgili ilk bilimsel çalışmaları Henry Havelock Ellis ve Sigmund Freud yapmış ve cinselliğin yalnızca hastalık olarak görüldüğü Kraliçe Viktorya çağını çok geride bırakmışlardır. Yirminci yüzyıla gelindiğinde ise insan cinselliğinde bilimsel yaklaşımlar giderek artmış, Kinsey ve arkadaşları insanı ilk kez

bilimsel çalışmalarda kullanmışlar ve bu konuda büyük adımların atılmasına öncülük etmişlerdir. Masters ve Johnson da bu konuda öncü olmuşlar ve birçok soruna ışık tutmuşlardır. Psikiyatri polikliniklerine başvuran hastaların önemli bir kısmı cinsel işlev bozuklukları yakınmaları veya başka sorunlara ikincil gelişen cinsel sorunlarla gelmektedirler (13).

Kadın cinsel işlev bozuklukları içinde en fazla yeri tutan vajinismus ülkemizde %15 ile %41 arasında değişen görülme sıklığına sahiptir (1, 10, 16). Anadolu kültüründeki cinsel değerler, cinsellikle ilgili bilgi eksikliği, kadınların kendi cinsel organlarını tanımamaları, bekâret kavramına verilen abartılı önem, cinsel deneyimin aşamalı gelişmeyip doğrudan cinsel birleşme ile başlamasının bu yüksek görülme sıklığında rol oynayabileceği bildirilmiştir (4, 6, 45, 46, 47).

Vajinismusa benzer bir tablonun ilk kez 11. yüzyılda İtalyan kadın bir doktor tarafından belirlendiği ve vajinismusun günümüzdeki tanımının temellerinin Sims tarafından atıldığı bildirilmektedir (1).

DSM IV kriterlerine göre vajinismus: vajinanın dış üçte birindeki kaslarda cinsel birleşmeyi engelleyecek bir biçimde, yineleyici olarak veya sürekli olarak istem dışı spazmın olması olarak tanımlanmaktadır. Vajinismus bu sınıflamaya göre bir cinsel ağrı bozukluğu olarak kabul ediliyor olsa da, tanı için ağrı olması gerekli değildir. Bu bozukluk cinselliğe olumsuz yaklaşan kadınlarda veya travma yaşantısı olan kadınlarda daha fazla görülmektedir (7, 48).

Vajinismus genellikle cinsel yaşamın başlangıcında, ilk cinsel birleşme denendiği andan itibaren ortaya çıkmaktadır. Bazen de jinekolojik muayene sonrası gelişebilir. Her ne kadar medyada ve toplumda daha yaygın olarak konuşulsa da halen çok iyi bilinmeyen bir cinsel işlev bozukluğudur. Hastalar bu sorunun çoğu diğer kadınlarda da olduğunu bilmezler, kendi kadınlıklarında bir eksiklik olarak algırlar. Eşlerine karşı suçluluk hissederler. Vajinismuslu kadınların eşleri de aynı şekilde birçok sorun yaşarlar. Birçok çift boşanmaya kadar varan sonuçlarla karşı karşıya kalır (4).

Ward ve Ogden'e göre vajinismusun en önemli nedenini "*ağrı olacağıının algılanması*" olarak göstermektedir (49). Vajinismusun oluşmasında tehdit edici

durum karşısında gösterilen genel savunmanın da rol aldığı ileri sürülmüştür (50). Yazarlar vajinismusun birçok nedeni olduğundan söz etmiştir. Bunlar; ağrı korkusu, cinsel ilişkinin tiksindirici olması, hamile kalma korkusu veya vajinanın çok dar olduğu inancı olabilir (48, 51). Gündoğar ve Koşar vajinismusla birlikte görülen bazı fobik bozukluklardan bahsetmiş ve penetrasyon fobisini tartışmışlardır (52). Bodenmann ve arkadaşları ise günlük stresin, kritik yaşam olaylarının cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilediğini söylemişlerdir (53).

Vajinismusun diğer nedenleri arasında cinsel bilgi eksikliği, cinsel ve fiziksel kötüye kullanım, ilişki zorlukları sayılabilir (13).

Vajinismuslu hastaların %93'ünün tedaviye tam cevap verdikleri ve cevap verme yüzdesi ile evlilik yılı arasında ters orantı olduğu ileri sürülmüştür. Yine aynı çalışmada hastaların veya partnerlerinin yaşı iyileşme üzerinde etkili bulunmamıştır (7).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada hastaların %46'sının üniversite ,%39'nun lise, kalanlarının da ilkokul ve ortaokul mezunu oldukları gösterilmiş (45).

Vajinismus tedavisinde ise birçok yöntem kullanılmıştır. Bu yöntemler içinde eğitim vermek, hipnoz, ilaç tedavileri, seks terapileri bulunmaktadır. Terapi tiplerinin etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada veri yetersizliği nedeniyle kesin bir sonuca ulaşılamamış, ancak sistematik duyarsızlaştırmanın (in vivo-in vitro) ve seks terapilerinin başarılı sonuçlar verdiği bildirilmiştir (36, 55).

## **CİNSEL DOYUM:**

Cinsellik; biyolojik, sosyal ve psikolojik boyutları olan bir kavram olarak şekillenmiştir. Cinsel doyum kişinin cinsel ilişkisinden duyduğu memnuniyet ve keyif olarak tanımlanabilir. Cinselliğin doyumlu yaşanması sağlıklı gelişimle elde edilen uzlaşmış bir kimlik içinde gerçekleşebilir (56). Cinsel doyum bu anlamda birçok faktörden etkilenmektedir. Bunların başında bireyin yaşadığı fiziksel veya ruhsal hastalıklar, menopoz, cinsiyeti ve yaşı, kültürel faktörler, yaşam koşulları ve evlilik uyumu gibi etmenler gelmektedir. (57, 58, 59, 60). Birçok araştırmacı cinsel doyumun anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklardan etkilendiğini ve



tedavi ile cinsel doyumunun arttırılabileceğini belirtmiştir (57, 61, 62). Gülsün ve arkadaşları cinsel doyumun evlilik yaşamı ile iç içe olduğunu, evlilikteki sorunlarla başa çıkma, sorumluluk alma, huzur gibi parametrelerin cinsel doyumda etkin olduğunu söylemektedir (21). Frank ve arkadaşları ise cinsel doyum düzeyinin yüksek olmasının çiftler arasındaki ilişkiyi sağlamlaştırdığı sonucuna ulaşmışlardır (63). Bir diğer araştırmada çiftler arasındaki ilişki kalitesinin cinsel doyumla ilişkili olduğu gösterilmiştir (64).

Cinsel doyumun cinsel işlev bozukluğu ile ilişkisi de birçok araştırmayla desteklenmektedir (57, 65). Düzenli olarak orgazm yaşayan kadınların yaşamayanlardan daha mutlu oldukları ve daha yüksek cinsel doyum düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (66). Erkek hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada ise empotans ve prematür ejakülasyon ile cinsel doyum arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu görülmüştür (67). Cinsel işlev bozuklukları bireyin cinsellikten uzaklaşmasına neden olarak cinsel doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Cinsel ilişki sıklığının azalması cinsel isteği azaltacak, bu da kaçınmaya yol açacaktır. Tüm bu baskılanma sonuç olarak cinsel yaşamın tümüyle olumsuz etkilenmesine neden olacaktır (60).

#### **CİNSEL MİTLER:**

Cinsel işlev bozukluklarında birçok faktör neden olarak gösterilmektedir. Cinsel mitler de bu nedenler arasında bulunmaktadır (46). Cinsellikle ilgili olarak oluşan yanlış cinsel inanışlar/mitler insanların cinselliğe ait tutum ve davranışlarını etkilemektedir (68). Cinsel mitlerin oluşumunda dini inançlar, yaşanan kültür, cinsiyet, etnisite gibi birçok faktör rol almaktadır (69, 70). Erken dönem Hıristiyanlık kilisesinin cinsel zevki günah sayması, amaç çocuk olmadıkça asla cinsel ilişki kurulmaması gerektiğini söylemesi, mastürbasyonu yasaklaması cinsel mitlerin oluşumunda önemli görünmektedir (71). Ülkemizde de yapılan çalışmalar günlük dini faaliyetlerini yerine getirenlerde getirmeyenlere oranla daha fazla tutucu cinsel inanışın olduğunu göstermiştir (70). Ancak günümüzde, yapılan çalışmalar batı kültüründe yanlış cinsel inançların doğu kültürlerine oranla daha az olduğunu bildirmektedir (70). Dinin ve kültürel faktörlerin etkili olmasının yanı sıra evrensel olan mitler de vardır. Örneğin mastürbasyonun zararlı olması düşüncesinin altında bedene zarar vereceği, cinsel eşle ilişkiyi bozacağı düşüncesi yatmaktadır (1).

Doğru cinsel bilgilenme sağlıklı cinsel yaşam açısından önemlidir (1, 70). Cinsel işlev bozukluğu ile başvuran birçok hastada çok fazla cinsel mit olması da bunun bir göstergesidir (72). Kadınları çoğu cinsel isteklerini eşlerine belli etmemesi gerektiğine inanmakta, cinsellikle ilgili sorumluluğu erkeğe ait olduğunu düşünmektedirler. Bu da sorunun sürekliliğinde etkin görünmektedir (81). Cinsel işlev bozukluklarına neden olmalarında; oluşturdukları abartılı ve gerçek olmayan beklentiler, suçluluk ve yetersizlik hisleri, kaygı ve başarısızlık endişeleri bulunmaktadır (73). Bu yanlış inançlar tedaviyi de olumsuz yönde etkilemekte ve iyileşmeyi geciktirmektedir (46).

### **EŞ DEĞERLENDİRME:**

Aile bir sistem olarak ele alındığında içinde alt sistemlerin de varolduğu görülmektedir. Evlilik de eşlerin oluşturduğu ve ailenin oluşmasına temel olan bir alt sistemdir. Bu sistem içerisinde eşlerin evlilik ilişkilerinden aldıkları doyum önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır (74). Evlilik birçok faktörden etkilenen bir yapıdır. Evliliği değerlendirirken kültür, cinsiyet, cinsel uyum, ocuk sayısı, evlenme biçimi ve eğitim gibi değerkenlerin dikkate almak gerekmektedir (75). Eşlerin bağlanma stillerinin evlilik uyumunda önemli olduğu özellikle güvenli bağlanma stiline sahip çiftlerin evliliklerinde daha fazla uyum gösterdiği tespit edilmiştir. Bu sonuç eş değerlendirme biçimlerine de aynı oranda yansımaktadır. Eşlerin birbirlerini değerlendirirken güvenilir olarak değerlendirmeleri evlik uyumunun yüksek olması ile doğru orantılıdır (58, 59).

Ülkemizde en sık görülen kadın cinsel işlev bozukluğu olan vajinismus oluşumunda yordayıcı faktörler incelendiğinde birçok etmenin bir arada bulunduğu görülür. Bunlar arasında hastaların kaygı düzeyleri, eşlerini güvenilir bulmamaları, daha önceki aile ortamlarındaki baskıcı ve otoriter tutum sayılabilir (76). Bu durumun tedaviyi de etkilediği düşünülmektedir. Vajinismusu olan hastaların eşlerinde ertelemeci, kaçıngan veya eşlerinin tedavi isteklerini kırııcı biçimde davranışlar gözlenmektedir (88).

Bizler de bu çalışmamızda kliniğimize başvuran vajinismus tanısı alan hastaların sosyodemografik verilerinin eş değerlendirme, cinsel doyum düzeyleri, cinsel mitleri ve cinsel öyküleri ile olan ilişkisini incelemeyi amaçladık.

## II. GEREÇ VE YÖNTEM

### 1-ÖRNEKLEM GRUBU

Bu çalışmada hasta grubu 1999-2008 yılları arasında psikiyatri polikliniğine başvuran vajinismus tanısı almış hastalardan, geçmiş dosyaları incelenerek, oluşturulmuştur. Hastalara poliklinikte rutin kullanılan GRISS (Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği), Birtchnell Eş Değerlendirme, Cinsel Öykü Formu, Cinsel Mit Ölçeği, İlişki Ölçekleri Anketi ve sosyodemografik soruların olduğu formlar verilmiştir. Hastalar bu formları tedavinin başlangıcında doldurmuşlardır. Eğitim düzeyi doldurmaya uygun olmayan hastalar çalışmaya alınmamıştır.

Hastaların vajinismus tanıları DSM IV esas alınarak iki bağımsız klinisyen tarafından klinik görüşme sonucuna göre belirlenmiştir. Bu görüşme sonucunda başka psikiyatrik tanısı olan hastalara bu hastalıkları ile ilgili tedavileri verilmiş olup, eşik altı depresyon veya anksiyete bulguları olanlar takip altına alınmış ancak belirli bir tedavi düzenlenmemiştir. Hastalık süresi üç aydan kısa olanlar çalışmaya alınmamış, spontan olarak düzelmeye bırakılmış, sorunu devam edenler tekrar dâhil edilmişlerdir.

### 2- ÖLÇÜMLER

Hastaların sosyodemografik özellikleri kendi içinde ve diğer değişkenlerle karşılaştırılmıştır. Bu değişkenler aşağıda tanımlanan ölçeklerden oluşmaktadır.

### **Sosyodemografik Veri Formu:**

Hastaların sosyodemografik özellikleri literatür ışığında, vajinismusla ilişkili olduğu düşünülen durumlar göz önüne alınarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (Ek-5).

### **Golomboc–Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS):**

Cinsel sorunların varlığını ve şiddetini değerlendiren bir ölçektir. Erkekler ve kadınlar için, her biri 28 maddeden oluşan ayrı formları vardır. Verilen yanıtlar “0=her zaman” ile “5= hiçbir zaman” arasında değişen likert formatında ölçülür ve bir toplam skor ile yedi alt ölçek skoru elde edilmesini sağlar. Cinsel birliktelik sıklığı, iletişim, doyum, kaçınma ve duygusallık alt ölçekleri kadınlar ve erkekler için ortaktır. Cinsiyetlere özgü ikişer alt ölçek daha vardır; bunlar, kadınlar için anorgazmi ve vajinismus, erkekler için ise erektil disfonksiyon ve erken boşalmadır. Daha yüksek skorlar cinsel bozukluğun varlığını gösterir. Hem toplam skorlar hem de alt ölçek skorları, bir ile dokuz arasında bir skora çevrilir ve ayrı olarak kullanılabilir. Çevrilen skorların 1 ile 4 arasında olması normal cinsel işlevi, 5 ile 9 arasında olması ise artan düzeylerde cinsel bozukluğu gösterir. Tuğrul ve arkadaşları, 1993’te ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır (77).

### **Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği:**

Birtchnell tarafından hazırlanan ve eşlerin evlilik içindeki yaşantı ve paylaşımlarına göre birbirlerini değerlendirmelerini amaçlayan bir ölçektir. Her iki form da 90 ifadeden oluşmaktadır ve eşlerin birbirlerini düşünerek bu ifadelere “evet”, “hayır” ya da “kararsızım” şeklinde yanıtlar vermeleri istenmektedir. Maddelerin bazıları düz, bazıları ise ters olarak puanlanmaktadır. Her iki formda da yer alan ortak ifadelerin yanı sıra, farklı ifadeler de mevcuttur ancak kuramsal açıdan ölçmeyi amaçladıkları özellikler aynıdır. Kadın formunda alt ölçeklerin cronbach alfa katsayıları .80 ile .90; erkek formunda ise .66 ile .91 arasında değişmektedir (57).

Ölçeğin kuramsal temeline bakıldığında, bazı kişilik boyutlarının ilişkilerdeki varsayılan etkilerini temel aldığı görülmektedir. Bu ölçekte ele alınan boyutlar bağımlılık (dependency), kopukluk (detachment), kontrolcülük (directiveness) ve

güvenilebilirlik (dependability) olarak belirtilmektedir. Bu boyutların tanımlarına bakıldığında, “bağımlılık”, kendini daha aşağı bir konumda algılayan bir kişinin karşıdaki kişiye çok fazla yapışma eğilimi; “kopukluk”, yakın ilişkiden kaçınma eğilimi; “kontrolcülük”, kendini başat bir konumda hisseden bir kişinin aşırı derecede kısıtlayıcı ya da kontrol edici olma eğilimi; “güvenilebilirlik” ise, karşıdaki kişiyi olduğu gibi kabul etme, destek olma, duygularını ifade etme eğilimi şeklinde açıklanmaktadır. Güvenilebilirlik boyutunun evlilikteki uyumu arttıran özellikler içerdiği, buna karşın kontrolcülük, kopukluk ve bağımlılığın uyumlu bir evliliğin sürdürülmesine engel teşkil edeceği ileri sürülmektedir.

Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği (BEDÖ) dilimize Kabakçı ve arkadaşları tarafından çevrilmiştir (79). Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan yazarlar, analizler sonucunda anlamlı farklılık göstermeyen bazı maddeleri ölçek dışı bırakmışlardır. Bunun sonucunda aslından farklı olarak kadın formu 79, erkek formu ise 72 ifade içerir duruma getirilmiştir. Kabakçı ve arkadaşları, Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeğini hem klinik hem de kuramsal alanda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek haline getirebilmek için çalışmalar yapmışlardır. Böylece ülkemize evlilik ilişkilerini geçerli ve güvenilir biçimde değerlendiren ilk ölçeği kazandırmışlardır. Çalışmamızda hastalarımızı değerlendirirken “güvenilebilirlik” ve “diğerleri” şeklinde iki kısma ayırarak karşılaştırmalarımızı tamamladık.

### **Cinsel Öykü Formu (CÖF)**

CÖF, Schover ve ark. (1980) tarafından geliştirilen ve LoPiccolo tarafından normatif verileri toplanan "Sexual History Form"un Türkçeleştirilmiş şeklidir. Erkekler ve kadınlar tarafından yanıtlanabilen, kendi bildirimli, çoktan seçmeli, kadınlar için olanı 27 sorudan oluşan bir ölçektir. Bu ölçek, çok eksenli tanımlayıcı sisteme göre değerlendirilmektedir ve cinsel istek, uyarılma, orgazm, cinsel birleşmede ağrı ve cinsel etkinlik sıklığına ilişkin doyumsuzluk eksenlerinde tanılar belirlenmiştir (80).

### **Cinsel Mit Ölçeği:**

Zilbergeld'in geliştirdiği cinsel mit ölçeğinde toplumda en çok inanılan mitler sıralanmış ve hastaların bu mitlere ne kadar katıldıklarını belirtmeleri istenmiştir. Her bir mit için "tümüyle doğru-kısmen doğru-kısmen yanlış- tümüyle yanlış" şeklinde dört tane seçenekten birini seçmeleri istenmiştir (68).

Ancak istatistik programının sınırlılıkları ve hasta sayısının yetmemesi nedeniyle mitler hesaplanırken doğru ve yanlış şeklinde iki kısma ayrılarak hesaplamalar tamamlanmıştır.

### **3-VERİLERİN ANALİZİ**

Elde edilen veriler SPSS 13 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Değişkenler arası karşılaştırmalar ki-kare yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

### III. BULGULAR

Araştırmamıza polikliniğimize başvuran ve vaginismus tanısı alan 118 hasta dâhil edilmiş olup bu hastaların 34'ü ilk görüşmeden sonra tedaviye devam etmemişlerdir.

Vaginismus tanısı almış olan 16–38 yaş arasındaki 118 hastanın yaş ortalaması  $24,43 \pm 3,90$ 'dır. Hastaların evlilik süreleri ay üzerinden ortalama 23,36 olarak hesaplanmıştır (Tablo–4).

**Tablo–4 Hastaların ortalama yaş ve evlilik değerlerinin dağılımı**

	N	Min.	Max.	Ort.	S
Yaş (yıl)	118	16.00	38.00	24.43	3.90
Evlilik süresi(ay)	115	3.00	156.00	23.36	26.37

S: Standart sapma

Ort: Ortalama

N:Hasta sayısı

Min: Minimum

Max: Maksimum

Bilgilerine ulaşılabilen toplam 75 hastanın %73.3'ü (n=55) ilk kez Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanına başvurmuştur. Bu başvuruların hepsi ilk bir sene içinde yapılmıştır. İlk kez psikiyatri uzmanına başvuranlar ise %26.7 (n=20) oranındadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarına başvuran hastaların sadece %36.3'ü (n=20) gittikleri doktor tarafından bir psikiyatri kliniğine yönlendirilmiş, kalan hastalar medya ve arkadaş-akraba tavsiyesi ile psikiyatriste başvurmuşlardır.



Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarına ve psikiyatriste başvurma ile kliniğimizde terapilere başlama süresi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo-5’de hastaların sosyodemografik verileri özetlenmiştir. Bu verilere göre aşağıdaki bulgular elde edilmiştir: Hastaların %64.4’ünün eğitim düzeyinin lise ve üzeri olduğu tespit edilmiştir. Başvuran grubun en uzun yaşadığı yer %81.7 ile şehir, ikinci sırada %10.4 ile ilçe-kasaba, son sırada ise %7.8 ile köydür. Büyük çoğunluğun flört ederek evlendikleri tespit edilmiştir. Görücü usulü ile evlenenler, hasta grubunun %35.5’ini oluşturmaktadır. Hastaların %70.2’sini ev hanımları, çalışan hastaların yarısını ise öğretmen bayanlar oluşturmuştur. Hastaların büyük çoğunluğu tedavi için evliliklerinin ilk senesinde başvurmuştur (%49.6). Gebelik öyküsü olan sadece bir hasta bulunmaktadır. Bu da tüm hastaların yaklaşık %1’i kadardır. 115 hastanın yedisinin çocuğu olduğu, bunun da hastaların %6.1’ini oluşturduğu görülmüştür.

**Tablo-5 Hastaların sosyodemografik özellikleri**

		N	%
<b>Eğitim süresi (yıl)</b>	0-5	26	22.0
	6-10	16	13.6
	>10	76	64.4
<b>Evlilik süresi (ay)</b>	0-12	58	49.6
	13-24	32	27.4
	25-36	7	6.0
	37-48	11	9.4
	≥49	9	7.7
<b>Yaşanılan yer</b>	Şehir	94	81.7
	İlçe-kasaba	12	10.4
	Köy	9	7.8
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	80	70.2
	Öğretmen	17	14.9
	Sağlık personeli	9	7.9
	Diğerleri	8	7.0
<b>Evlenme biçimi</b>	Görücü	38	35.5
	Flört	69	65.5
<b>Gebelik öyküsü</b>	Var	1	0.9
	Yok	112	99.1
<b>Çocuk öyküsü</b>	Var	7	6.1
	Yok	108	93.9

Hastalar psikiyatri polikliniğine gelmeden önce çok çeşitli branşlardan doktorlara ve birçok çözüm yoluna başvurmuşlardır. Bu yöntemlerin bazıları tabloda gösterilmiştir. En çok denenen yöntemler sakinleştirici haplar ve lokal anestezi jel kullanmaktır. Oranları sırasıyla %16.8 ve %11.2 şeklindedir.

Hastaların eşik altı depresyon ve anksiyeteleri tedavi edilmemiş, bunun dışında ek psikiyatrik hastalığı olduğu belirlenenler psikoterapi ve ilaç ile tedavi edilmişlerdir. En fazla eşlik eden psikiyatrik hastalık majör depresyondur (%15.4).

Hastalara vajinismus nedeniyle yaşadıkları fiziksel veya ruhsal şiddete maruz kalıp kalmadığı sorulmuş şiddete maruz kalma oranı %12.7 olarak tespit edilmiştir.

Hastalara vajinismus durumlarını kendilerinden başka kimlerin bildiği sorulmuş ve %46.3 oranında sadece eşlerin bildiği, geriye kalan %53.7 hastada bu durumun kendilerinin dışında başka kişiler tarafından da bilindiği öğrenilmiştir.

Hastaların, merkezimize başvurmadan önce %40.9'u bir psikiyatri doktoruna başvurmuştur. İlk kez psikiyatri kliniği olarak merkezimize gelen hastaların oranı %59.1'dir (Tablo-6).

**Tablo-6 Hastalara ait bazı özelliklerin dağılımı**

		N	%
<b>Psikiyatriste gitme öyküsü</b>	Var	45	40.9
	Yok	65	59.1
<b>Önceki çözüm yolları</b>	Kayganlaştırıcı jel	8	7.5
	Lokal anestezi jel	12	11.2
	Alkol içmek	1	0.9
	Sakinleştirici haplar	18	16.8
	Kızlık zarını aldırma	4	3.7
	Genel anestezi altında cinsel ilişki kurmak	2	1.9
	Porno filmler izlemek	9	8.4
	Diğer metodlar	9	8.4
	Metod kullanmayan	44	41.1
	<b>Komorbid psikopatoloji</b>	Depresyon	17
Konversiyon bozukluğu		1	0.9
Diğerleri		4	3.6
Ek tanı almayanlar		89	80.2
<b>Şiddet</b>	Yok	96	87.3
	Var	14	12.7
<b>Vajinismusun bilinmesi</b>	Sadece eş	50	46.3
	Çok yakınlar	16	14.8
	Her iki aile	42	38.9

Cinsel mitlere inanma yüzdelerine bakılmış ve her mit için aşağıdaki değerler elde edilmiştir. Hastaların mitlere inanma oranı genel olarak yüksek bulunmuştur. Hastaların verdikleri cevaplar “tümüyle doğru” ve “kısmen doğru” seçenekleri birleştirilerek hesaplanmıştır. En çok inanılan mit “*Eşler birbirlerini sevdikleri takdirde sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini de bilirler*” miti, en az onaylanan mit ise “*Sevişmeyi başlatan kadın ahlaksızdır*” miti olmuştur. Aşağıdaki tabloda mitleri onaylayan hastalar ve yüzdeleri verilmiştir. En çok onaylanan ikinci mit ise “*Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile birlikte güzeldir*” mitidir (Tablo-7).

**Tablo-7 Hastaların cinsel mitlere inanma oranları**

CİNSEL MİT	Cevaplayan hasta sayısı	Onaylayan hasta sayısı	Onaylanma oranı (%)
Erkek her zaman seks ister ve her zaman sekse hazırdır.	98	89	90.9
Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.	95	42	44.2
<i>Sevişmeyi başlatan kadın ahlaksızdır.</i>	95	8	8.5
Sevişme cinsel birleşmeye eşittir.	95	63	66.4
Erkeğin cinsel organında sertleşme olunca en yakın zamanda boşalmalıdır.	93	48	51.6
Sevişme her zaman doğal ve kendiliğinden olmalıdır, sevişme hakkında konuşmak ve düşünmek onu bozar.	92	63	68.5
Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir.	95	42	44.2
Erkekler duygularını belli etmemelidir.	95	16	16.8
Her erkek, her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir.	96	90	93.7
Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile birlikte güzeldir.	98	94	95.9
<i>Eşler birbirlerini sevdikleri takdirde sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini de bilirler.</i>	98	96	98
Cinsel ilişki içinde olan eşler, içgüdüsel olarak diğer eşin ne düşündüğünü ve ne hissettiğini bilirler.	94	88	88.6
Mastürbasyon kirli ve zararlıdır.	91	43	47.3
Cinsel ilişki içerisinde mastürbasyon yanlıştır.	90	52	57.7
Erkek cinsel organında sertleşmenin kaybı eşini çekici bulmadığı anlamına gelir.	97	35	36.1
Cinsel birleşme sırasında fantezi (hayal) kurma yanlıştır.	95	34	35.8
Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez.	98	52	53.1
Sevişmede neyin normal olduğuna ilişkin belirli ve kesin kurallar vardır.	90	44	48.8

Şiddet gören hastalarla görmeyen hastalar cinsel mitlere inanma düzeyleri bakımından karşılaştırılmıştır. Şiddet gören hastalarda "Mastürbasyon kirli ve zararlıdır", "Cinsel ilişki içerisinde mastürbasyon yanlıştır" mitlerine inanma düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ , Tablo-8, Tablo-9). Diğer mitlere inanma düzeyleri açısından şiddet gören ve görmeyen gruplar arasında farklılık tespit edilmemiştir.

**Tablo-8 Şiddet gören hastalarda inanılma düzeyi yüksek cinsel mit-1**

		Mastürbasyon kirli ve zararlıdır				P
		Doğru		Yanlış		
		N	%	N	%	
Şiddet	Yok	33	42.9*	44	57.1	0.027
	Var	8	80.0	2	20.0	
	Toplam	41	47.1	46	52.9	

\*Satır yüzdesi

**Tablo-9 Şiddet gören hastalarda inanılma düzeyi yüksek cinsel mit-2**

		Cinsel ilişki içinde mastürbasyon yanlıştır				P
		Doğru		Yanlış		
		N	%	N	%	
Şiddet	Yok	41	53.2*	36	46.8	0.027
	Var	9	90.0	1	10.0	
	Toplam	50	57.5	37	42.5	

\*Satır yüzdesi

Hastaların cinsel yaşamlarını kendileri ve eşleri için ne kadar tatminkâr ve tatminsiz buldukları incelenmiş ve kendileri için tatminkâr bulan hastaların oranı %67.1, eşleri için tatminkâr bulanların oranı ise %74.4 olarak saptanmıştır.

Hastaların eğitim süreleri ile kliniğimize başvuru süreleri bakımından gruplar karşılaştırılmış, fark anlamsız bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Evlilik biçimleri ve evlilik süresi bakımından da gruplar arasında farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Ancak eğitim süresi ile sorunun her iki aile tarafından bilinmesi bakımından gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmaktadır ( $p < 0.05$ , Tablo-10). Eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda sorunun her iki aile tarafından bilinme oranı daha düşüktür.

**Tablo-10 Hastaların kliniğimize başvuru süresi ile eğitim yılı ve evlilik biçimlerinin karşılaştırması**

		Evlilik Süresi				Toplam	p
		≤2 yıl		>2 yıl			
		N	%	N	%	N	
<b>Eğitim yılı</b>	≤10 yıl	33	80.5*	8	19.5	41	0.501
	>10 yıl	57	75.0	19	25.0	76	
	Toplam	90	76.9	27	23.1	117	
<b>Evlilik biçimleri</b>	Görücü	29	78.4	8	21.6	37	0.854
	Flört	53	76.8	16	23.2	69	
	Toplam	82	77.4	24	22.6	106	

\*Satır yüzdesi

Eğitim süresinin evlenme biçimleri bakımından karşılaştırmasında ise; yüksek eğitim düzeyindeki hastaların daha çok flört biçimi ile tanışarak evlendikleri görülmüştür ( $p<0.05$ , Tablo-11).

**Tablo-11 Eğitim süresi ve evlenme biçimlerinin karşılaştırması**

		Eğitim yılı				Toplam	p
		≤10 yıl		>10 yıl			
		N	%	N	%	N	
<b>Tanışma biçimi</b>	Görücü usulü	20	52.6*	18	47.4	38	0.004
	Flört	17	24.6	52	75.4	69	
	Toplam	37	34.6	70	65.4	107	

\*Satır yüzdesi

Eğitim yılı ile “Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır”, “Sevişme cinsel birleşmeye eşittir”, “Erkekler duygularını belli etmemelidir”, “Mastürbasyon kirlili ve zararlıdır”, “Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez”, “Sevişmede neyin normal olduğuna ilişkin kesin ve belirli kurallar vardır” mitlerine inanma düzeyleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Söz konusu mitlere inanma düzeyleri eğitim düzeyi 10 yıl üzeri olan hastalarda düşüktür. Eğitim yılı ile diğer mitlere inanma düzeyleri bakımından ise farklılık saptanmamıştır (Tablo-12).

**Tablo-12 Mitlere inanma düzeyinin eğitim düzeyleri açısından karşılaştırması**

MİT	N	E.S≤10 (%)	E.S>10 (%)	P <
Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır	95	20.8	79.2	0.05
Sevişme cinsel birleşmeye eşittir	95	15.6	84.4	0.05
Erkekler duygularını belli etmemelidir	95	27.8	72.2	0.05
Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez	98	21.7	78.3	0.05
Sevişmede neyin normal olduğuna ilişkin kesin ve belirli kurallar vardır	90	20.0	80.0	0.05
Mastürbasyon kirli ve zararlıdır	91	20.8	79.2	0.05

E.S:Eğitim süresi (yıl)

Kadının vajinismus nedeniyle şiddet görmesinin, sorunu bilenler bakımından karşılaştırması yapıldı ve gruplar arası farklılık anlamlı bulundu ( $p<0.05$ , Tablo-13). Her iki ailenin de sorunu bildiği kadınlarda şiddet görme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo-13 Hastaların, vajinismus sorunlarının başkaları tarafından bilinmesinin şiddet görme ve eğitim süresi bakımından karşılaştırması**

		Sorunu bilenler				Toplam	p
		Eşler, yakın çevre		Her iki aile			
		N	%	N	%		
Şiddet	Yok	58	65.2*	31	34.8	89	0.036
	Var	5	35.7	9	64.3	14	
	Toplam	63	61.2	40	38.8	103	
Eğitim süresi	≤10 yıl	16	44.4	20	55.6	36	0.012
	>10 yıl	50	69.4	22	30.6	72	
	Toplam	66	61.1	42	38.9	108	

\*Satır yüzdesi

Evlilik süresi ve ek psikiyatrik hastalık bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo-14).

**Tablo-14 Hastaların evlilik sürelerinin ek psikiyatrik hastalık gelişmesi bakımından karşılaştırması**

		Ek psikiyatrik hastalık				Toplam	p
		Var		Yok			
		N	%	N	%		
Evlilik süresi	≤2 yıl	17	19.8*	69	80.2	86	0.952
	>2 yıl	5	19.2	21	80.8	26	
	Toplam	22	19.6	90	80.4	112	

\*Satır yüzdesi

Evlilik süresi ve sorunu çözmek amacıyla daha önceden denenmiş çözümler bakımından gruplar karşılaştırılmış ve gruplar arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ , Tablo-15).

**Tablo-15 Hastaların evlilik sürelerinin denedikleri çözüm yolları açısından karşılaştırması**

		Daha önce denenmiş yöntem				Toplam	p
		Var		Yok			
		N	%	N	%	N	
<b>Evlilik süresi</b>	≤2 yıl	46	55.4*	37	44.6	83	0.177
	>2 yıl	17	70.8	7	29.2	24	
	Toplam	63	58.9	44	41.1	107	

\*Satur yüzdesi

Fiziksel veya ruhsal şiddet gören ve görmeyen hastalar, eğitim yılı bakımından karşılaştırılmış, gruplar arasında saptanan farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Eğitim düzeyi daha düşük hastalarda şiddet görme oranı daha yüksektir. Hastalar evlilik süresi ve şiddet görme bakımından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel düzeyde farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo-16).

**Tablo-16 Hastaların şiddet görmesinin eğitim ve evlilik süresi bakımından karşılaştırması**

		Şiddet görme				Toplam	p
		Yok		Var			
		N	%	N	%	N	
<b>Eğitim süresi</b>	≤10 yıl	28	75.7*	9	24.3	37	0.009
	>10 yıl	68	93.2	5	6.8	73	
	Toplam	96	87.3	14	12.7	110	
<b>Evlilik süresi</b>	≤2 yıl	71	84.5	13	15.5	84	0.120
	>2 yıl	25	96.2	1	3.8	26	
	Toplam	96	87.3	14	12.7	110	

\*Satur yüzdesi

En uzun süre yaşadıkları yer ile hastalık süresi ve kliniğimize başvuru süresi bakımından gruplar arası fark anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ , Tablo-17).

**Tablo-17 Hastaların kliniğimize başvuru sürelerinin yaşadıkları yer bakımından karşılaştırması**

		Yaşanılan yer				Toplam	p
		Şehir		Diğerleri			
		N	%	N	%	N	
Evlilik süresi	≤2 yıl	74	84.1*	14	15.9	88	0.399
	>2 yıl	20	76.9	6	23.1	26	
	Toplam	94	82.5	20	17.5	114	

\*Satır yüzdesi

İyileşme süresi yedi hafta ya da altı ile sekiz hafta ya da üzeri olarak iki kısma ayrılmış ve bir takım değişkenlerle incelenerek aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır. Buna göre iyileşme süresi ile yatakta çıplak kalabilme ve eşin penisine dokunabilme bakımından gruplar karşılaştırılmış, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sekiz hafta veya üzeri sürede iyileşen hastaların yatakta çıplak kalma, eşin penisine dokunabilme bakımından daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür. Ayrıca tedaviyi terk eden hastaların da bu gruptan olması dikkat çekicidir.

İyileşme süresi ile erkeğin kadının cinsel organına dokunabilmesi bakımından gruplar arası anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Eşin penisine dokunmakta güçlük çeken hastaların iyileşme sürelerinin sekiz hafta veya üzerindedir. Bir diğer deyişle eşin penisine dokunmada sorun yaşamayan kadınlar daha kısa sürede iyileşmişlerdir (Tablo-18).

**Tablo-18 Hastaların iyileşme süresinin yatakta çıplak kalabilmesi, eşine dokunabilmesi ve erkeğin eşine dokunabilmesi bakımından karşılaştırması**

		İyileşme süresi						Toplam	p
		≤7 hafta		≥8 hafta		Tedaviyi terk			
		N	%	N	%	N	%	N	
Çıplaklık	Evet	36	48.6	17	23.0	21	28.4	74	0.013
	Hayır	2	11.1	6	33.3	10	55.6	18	
	Toplam	38	41.3	23	25.0	31	33.7	92	
Dokunma -1	Evet	36	52.2	16	23.2	17	28.4	69	0.001
	Hayır	1	5.6	7	38.9	10	55.6	18	
	Toplam	37	42.5	23	26.4	31	31.0	87	
Dokunma -2	Evet	33	50.0	16	24.2	17	25.8	66	0.018
	Hayır	3	15.0	7	35.0	10	50.0	18	
	Toplam	36	41.9	23	26.7	27	31.4	86	

Çıplaklık: Kadının yatakta tamamen çıplak kalabilmesi

Dokunma -1: Kadının eşinin penisine dokunabilmesi

Dokunma -2: Erkeğin kadının cinsel organına dokunabilmesi



Kliniğimizde 2005 yılından sonra vajinismus tanısı alan hastalar bayan grup terapisi şeklinde tedaviye alınmaya başlanmıştır. Çift ya da grup terapisi alan hastalar iyileşme süreleri bakımından karşılaştırılmış, fark anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Ancak grup şeklinde görülenlerin yedi hafta ve altındaki sürede iyileşme oranlarının daha çok olması dikkat çekicidir (Tablo-19).

**Tablo-19 Hastaların iyileşme süresinin tedavi biçimi bakımından karşılaştırması**

		İyileşme süresi						Toplam	p
		≤7 hafta		≥8 hafta		Tedaviyi terk			
		N	%	N	%	N	%	N	
Tedavi biçimi	Çift şeklinde	17	35.4*	14	29.2	17	35.4	48	0.130
	Grup terapisi	22	56.4	9	23.1	8	20.5	18	
	Toplam	39	44.8	23	26.4	25	28.7	86	

\*Satır yüzdesi

Hastaların eş değerlendirme oranlarına bakıldığında %88'9 nun eşlerini güvenilirlik sınırları içinde değerlendirdiği, geri kalanının da kopukluk, bağımlılık, kontrolçülük sınırlarında değerlendirdiği görülmüştür. Hastaların eşlerini değerlendirme sonuçları, iyileşme süresi bakımından karşılaştırılmış, gruplara düşen hasta sayısının yetersizliği nedeniyle fark anlamsız bulunmuştur. Fakat kısa sürede iyileşen hastaların büyük çoğunluğunun eş değerlendirmelerini güvenilirlik sınırları içinde yaptığı gözlenmiştir (Tablo-20).

**Tablo-20 Hastaların iyileşme süresinin eş değerlendirme biçimleri bakımından karşılaştırması**

		İyileşme süresi						p
		≤7 hafta		≥8 hafta		Tedavi terk		
		N	%	N	%	N	%	
Eş değerlendirme	Güvenli	21	43.8*	14	29.2	17	27.1	0.700
	Diğerleri	2	28.6	3	42.9	2	28.6	
	Toplam	23	41.8	17	30.9	15	27.3	

\*Satır yüzdesi

Her iki ailenin sorundan haberdar olması ile iyileşme süresi bakımından gruplar karşılaştırılmış, fark anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ , Tablo-21).

**Tablo–21 Hastaların sorunun başkaları tarafından bilinmesinin iyileşme süresi bakımından karşılaştırması**

		Sorunu bilenler				Toplam	p
		Eş ve çok yakını		Her iki aile			
		N	%	N	%	N	
<b>İyileşme süresi</b>	≤7 hafta	26	74.3*	9	25.7	35	0.277
	≥8 hafta	15	65.2	8	34.8	23	
	Tedaviyi terk	16	55.2	13	44.8	29	
	Toplam	57	65.5	30	34.5	87	

\*Satır yüzdesi

Hastaların cinsel doyumları GRISS ile incelendiğinde; (yüksek puanlar cinsel doyumda kötüleşmeyi göstermekte) vajinismus puanları yüksek oranda (%97.8) gözlenmiştir.. Bunun dışında hastaların dokunma, kaçınma ve sıklık puanları da yarıdan fazla hastada yüksek görülmüştür. Hastaların GRISS ortalama değerleri Tablo-22’de gösterildiği gibidir. Toplam GRISS puanı ise hastaların %69.7 sinde yüksek bulunmuştur (Tablo–23).

**Tablo–22 GRISS ortalama puanları**

	N	Min.	Max.	Ort.	S
<b>GRISS toplam</b>	89	1.00	9.00	5.25	1.87
<b>Sıklık</b>	89	1.00	9.00	5.20	2.18
<b>İletişim</b>	89	1.00	9.00	4.30	1.92
<b>Doyum</b>	89	1.00	9.00	3.90	1.55
<b>Kaçınma</b>	89	1.00	9.00	4.76	2.44
<b>Dokunma</b>	89	1.00	9.00	4.71	2.33
<b>Vajinismus</b>	89	1.00	9.00	8.03	1.39
<b>Anorgazmi</b>	89	1.00	8.00	4.27	1.48

Ort: Ortalama, S:Standart sapma

**Tablo- 23 GRISS Ölçeği ve alt ölçeklerinin dağılımları**

GRISS Alt Birimi	N	0-4 arası puan alanlar		5-9 arası puan alanlar	
		N	%	N	%
Vajinismus	89	2	2.2	87	97.8
Anorgazmi	89	57	64	32	36
Dokunma	89	37	41.6	52	58.4
Kaçınma	89	38	42.7	51	57.3
Doyum	89	62	69.7	27	30.3
İletişim	89	52	58.4	37	41.6
Sıklık	89	32	36	57	64
<b>GRISS Toplam</b>	89	27	30.3	62	69.7

GRISS alt ölçekleri yaş, evlilik süresi ve eğitim süresi, sorunun kimler tarafından bilindiği, tanışma şekilleri bakımından tek tek karşılaştırılmış; tüm yaş grupları, tanışma şekilleri, sorunun kimler tarafından bilindiği ve evlilik süreleri bakımından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Eğitim süresi ile kaçınma ve dokunma puanları bakımından fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ , Tablo-24). Eğitim süresi 10 yıl üzerinde olan grupta kaçınmanın azaldığı, dokunmanın ise arttığı saptanmıştır.

**Tablo-24 Hastaların eğitim süresinin dokunma ve kaçınma alt ölçekleri bakımından karşılaştırması**

		Eğitim süresi				Toplam	p
		≤10 yıl		>10 yıl			
		N	%	N	%	N	
<b>Dokunma</b>	Yeterli	4	10.8*	33	89.2	37	0.001
	Yetersiz	23	44.2	29	55.8	52	
	Toplam	27	30.3	62	69.7	89	
<b>Kaçınma</b>	Az	7	18.4	31	81.6	38	0.035
	Fazla	20	39.2	31	61.8	62	
	Toplam	27	30.3	62	69.7	89	

\*Satır yüzdesi

## IV. TARTIŞMA

### Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi

Hasta grubunun yaş ortalaması  $24.43 \pm 3.90$  olarak saptanmıştır. Bu sonuç lkemizdeki diğer vajinismusla ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir (48, 51, 82, 83).

Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında, hastaların %22 sinin 0–5 yıl arasında eğitim aldığı, %13.6'sının 6–10 yıl arasında, %64.4'nn ise 10 yıl üzerinde eğitim aldığı tespit edilmiştir. Türkiye'deki diğer çalışmalardan Kayır'ın İstanbul Tıp Fakültesindeki yaptığı çalışmanın sonucu bizim çalışmamıza benzer şekildedir. İlkokul mezunu oranı %15, yüksek okul mezunu oranı ise %40 olarak bulunmuştur (84). Bayrak, İncesu ve Yetkin'in yaptıkları çalışmalarda ise ilkokul mezunu sayıları yüksek okul mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur (48, 85). Bu sonuçlardaki farklılıklar niversite hastanelerine başvuran hastaların sosyoekonomik düzey farklılığına bağlanabilir.

Vajinismus grubunda en sık rastlanan meslek grubu %70.2 ile ev hanımlığı olmuştur. İncesu ve Yetkin'in çalışmalarında bu oran %64.7 olarak, Bayrak'ın tez çalışmasında %60 olarak bulunmuştur (48). Bizim alışmamızda da lkemizdeki diğer çalışmalarla paralel sonuçlar bulunmuştur.

Hasta grubumuzun ortalama evlilik süreleri 23.36 ay olarak tespit edilmiştir. Bu hastaların %49.6'sı ise evliliklerinin ilk yıllarında başvuran hasta grubundan oluşmaktadır. Kayır bu süreyi 44.4 ay, Tuğrul 30.7 ay, Bayrak ise 30.5 ay olarak

bulmuştur (48, 84). Terapiye başvurma süresinin diğer çalışmalara göre kısa olması; vajinismusun toplum tarafından daha çok bilinmesi, medyada daha rahat tartışılabilir olması ve psikiyatri uzmanına yönlendirilme oranının artması ile açıklanabilir.

Hastalarımızın %73.3'ü ilk kez bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanına başvurmuştur. %26.7 hasta ise ilk kez bir psikiyatri kliniğine başvurmuştur. Bu hastaların ise sadece %36.3'ü gittikleri kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından psikiyatri kliniğine yönlendirilmişlerdir. İlk kez bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanına veya psikiyatriste başvurma süresi ile kliniğimize gelme süresi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hastalar kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına evliliklerinin ilk yılında başvurmuşlardır. Kliniğimize başvuru süresi ise 23.36 aydır. En az 12 aylık gecikmenin nedeni diğer branş hekimlerinin ilaç, krem veya başka yöntemler denemesi veya psikiyatri doktorlarının cinsel terapilerle ilgili deneyimsizliği olabilir.

Hastaların %81.7'sinin en uzun süre şehirde yaşadığı tespit edilmiştir ve bu sonuç diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (85, 86, 87).

Hasta grubumuzun %64.5'i flört ederek, kalan 35.5'i ise görücü usulü ile evlendiklerini belirtmişlerdir. İncesu ve Yetkin bu oranları sırasıyla %48 ve % 52, Bayrak ise %35 ve %65 olarak tespit etmişlerdir (48, 85). Bu farkın çalışmaların yapıldığı kliniklere başvuran hastaların sosyoekonomik düzeylerindeki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Hastalarımızın bu sorunlarını çevrelerinde kimlerin bildiğine bakıldığında ise, sadece %46.3 oranında çift dışındakilerin bilmediği görülmüştür. Hastaların yarısından fazlasının bu sorunlarını başka insanlarla paylaşmak zorunda kaldığı görülmüş, bunun da terapi sürecinde hastalar üzerinde olumsuz etki gösterdiği tespit edilmiştir. Zira her iki ailenin soruna ortak olduğu çiftlerde terapi sürecinin uzadığı, hastaların anksiyete ve depresyon bulgularının diğer hastalara oranla fazla olduğu gözlenmiştir.

Daha önce bir psikiyatri uzmanı tarafından görülen hasta oranı %40.9 olarak tespit edilmiş ve ancak bu oran sadece tedavi edici görüşmeleri içermediği, merkezimize sevk için şart olan başvuruları da içerdiği için sağlıklı olarak

nitelendirilmemiştir. Ancak %59.1 hastanın hiçbir psikiyatri uzmanına gönderilmeden diğer branş hekimleri tarafından tedavi edilmek istenmeleri hem doktorların, hem de hastaların bu hastalık konusundaki bilgi eksikliklerini ve etik sorunları tartışmaya açmaktadır.

### **Cinsel mitler ile ilgili tartışma**

En çok inanılan mit %98 ile “Eşler birbirlerini sevdikleri takdirde sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini de bilirler” miti olmuştur. Bu miti % 95.9 ile “Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile birlikte güzeldir” miti takip etmektedir. Üçüncü sırada en çok onaylanan mit ise %93.7 ile “Her erkek, her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir” miti bulunmaktadır. En az onaylanan mitler ise “Sevişmeyi başlatan kadın ahlaksızdır”; %8.5, “Erkekler duygularını belli etmemelidir”; %16.8 şeklinde sıralanmıştır.

Ülkemizde bu konu ile ilk çalışmalar 1991 yılında Motavallı ve Üçok tarafından yapılmıştır (81). Bu çalışmada “Sevişme ancak her iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir”, “Sevişme her zaman doğal ve kendiliğinden olmalıdır” ve “Sevişme hakkında konuşmak ve düşünmek onu bozar” mitlerine yüksek inanılma düzeyleri saptanmıştır. Yaşan ve Gürgen’in 2004’te hemşire grubunda yaptığı çalışmasında da en çok kabul gören mit “Sevişme ancak her iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir” miti olmuştur (46). Bizim çalışmamızda da bu mitler yüksek puan almışlardır. Çok büyük farklılık olmamakla beraber Motavallı ve arkadaşlarının çalıştığı grubun eğitim seviyesinin daha düşük olması aradaki farkı yaratabilir. Cinsel mit ölçeğinde bulunan “Sevişme ancak her iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir” mitinin sorulma şekli de bu mitin en çok inanılan mitler arasında bulunmasına katkı sağlıyor olabilir. Klinik gözlemlerimiz sorunun “Sevişme ancak her iki tarafın aynı anda birlikte orgazm olması ile güzeldir” şeklinde düzenlenmesinin daha yordayıcı olacağını düşündürmektedir. Yine aynı çalışmada en az onaylanan mit olarak “Sevişmeyi başlatan kadın ahlaksızdır” miti birinci sırada yer almaktadır. Bu sonuç bizim çalışmamızla benzerdir. İkinci en az onaylanan mit olan “Erkekler duygularını belli etmemelidir” miti de bizim çalışmamızla aynı şekilde benzerdir. Yaşan ve Gürgen’in çalışmasındaki en az onaylanan mit ise yine “Sevişmeyi başlatan kadın ahlaksızdır” miti olmuştur.

“Sevişmeyi başlatan kadın ahlaksızdır” mitindeki kesin yargının da bu mitin değerlendirilmesinde yanlış sonuçlar verebileceğini düşündürmektedir. Mit “Sevişmeyi başlatan kadınlar toplumda pek hoş karşılanmazlar” şeklinde daha yumuşak ifadelerle anlatılırsa daha çok onay göreceği düşünülmektedir. Sonuç olarak cinsel mitlerin ne kadar yaygın olduğu bizim gözlemlerimizle de paralellik göstermektedir.

Vajinismus sorunundan dolayı şiddet gören hastalarda cinsel mitler araştırılmış ve şiddet görmeyenlerden farklı olarak mastürbasyonla ilgili mitlere daha fazla inandıkları tespit edilmiştir. Bu farklılık istatistiksel anlamlılık göstermektedir. Bu konuyla ilgili literatür çalışması bulunamamış olup mastürbasyonla ilgili mitlere olan inançlarının eşler arasında sorunlara yol açabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Eğitim düzeyinin mitler üzerindeki etkilerine bakılmış ve “Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır”, “Sevişme cinsel birleşmeye eşittir”, “Erkekler duygularını belli etmemelidir”, “Mastürbasyon kirli ve zararlıdır”, “Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez”, “Sevişmede neyin normal olduğuna ilişkin kesin ve belirli kurallar vardır” mitlerinde istatistiksel anlamlılık görülmüştür. Bu mitlere inanma oranı yüksek eğitilmiş hastalarda azalıyor görünmektedir. Yaşan ve Gürgeç’in çalışmasında da cinsel partneri olan ve olmayan iki hemşire grubu karşılaştırılmış ve her iki grupta da “Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır”, “Sevişmeyi başlatan kadın ahlaksızdır”, “Cinsellik içgüdüseldir öğrenilemez”, “Cinsel fantezi kurmak ahlak dışı ve sadakatsizce bir davranıştır” mitleri en az kabul gören mitlerdir (46). Eğitilmiş olan bu grupta bizim çalışmamız arasındaki fark çalışmamızın hasta grup üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

### **Cinsel Doyum İle İlgili Tartışma:**

Golombok Rust cinsel doyum ölçeği uygulanan hastaların %69,7’sinde toplam GRISS puanlarının 5–9 arasında olduğu, yani cinsellikle ilgili doyumlarının az olduğu sonucu elde edilmiştir. GRISS toplam puan ortalaması 5.24 olarak tespit edilmiştir. Beklenildiği gibi vajinismus ortalama puanı en yüksek 8.03 diğer en yüksek ikinci ortalama puan ise 5.20 ile sıklık alt ölçeğidir. En az ortalama puan gösteren alt ölçek ise doyum’dur. Bayrak çalışmasında GRISS toplam puanını

ortalama 5.30 olarak tespit etmiştir (48). Çalışmamızda bu değer benzer şekilde 5.24 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada kaçınma ve dokunma puan ortalamaları sırasıyla 5.05 ve 5.08 olarak tespit edilmiş olup bizim çalışmamızda bu değerler kaçınma için 4.76, dokunma için 4.71 şeklindedir. Bu ölçeğin alt parametrelerine bakıldığında dokunma, kaçınma ve sıklık puanlarının da hastaların yarısından fazlasında yüksek olduğu gözlenmiştir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da bu değerlerin ortalama puanları çalışmamızdaki ile benzer şekildedir (48).

GRISS puanlarının yaş, evlilik süresi, tanışma şekli ve sorunun diğer insanlar tarafından bilinmesi arasında bir ilişki saptanmamış olup sadece eğitim düzeyi yüksek olan grupta kaçınmanın azaldığı, dokunmanın ise arttığı gözlenmiştir. Bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda vajinismus gruplarında kaçınma, sıklık, anorgazmi başta olmak üzere -kontrol gruplarıyla yapılan kıyaslamalarda- bu ölçeklerin puanlarının daha belirgin arttığı gösterilmiş ancak bu çalışmalarda vajinismus hastaları kendi içlerinde değerlendirilmemiştir (48). Kontrol grubu kullanılmadan yapılan bir diğer çalışmada da vajinismuslu kadınlarda ilişki sıklığında azalma, ilişkiden kaçınma, dokunma ve dokunulma sorunları tespit edilmiştir (51). Bizim çalışmamızda da aynı alt ölçeklerde yükseklik gösterilmiştir. Hastaların eğitim süresi ile diğer GRISS alt ölçekleri arasında ilişki saptanmamıştır.

Doğan ve Saraçoğlu tarafından yapılan bir çalışmada evlilik süresi ortalaması 28.3 ve yaş ortalaması 24.5 olan vajinismuslu bir grup hasta kontrol grubuyla kıyaslanmış GRISS değerlerinin toplam ortalaması 4.75 olarak hesaplanmıştır (4). Sosyodemografik özelliklerin hasta grubumuzla benzer olduğu bu çalışmada GRISS puanının daha düşük çıkması hasta sayısındaki azlığa ve özel hastaneye başvuran grup ve kliniğimize başvuran grubun sosyokültürel farklarına bağlanabilir.

Vajinismus sorunun çevrede kimler tarafından bilindiği ile ilgili literatür çalışmasına rastlanılmamış olup, çalışmalar genel olarak toplumumuzun baskıcı ve tutucu özelliklerine vurgu yapmaktadır (1, 4). Klinik gözlemlerimiz sorunun her iki aile tarafından bilinmesinin eşler üzerinde baskı yarattığı ve bunun da motivasyonlarını azalttığı yönündedir. Nitekim sorunun her iki aile tarafından bilinmesi ile kadına bu sorundan dolayı uygulanan şiddet arasında istatistiksel olarak



anlamli fark bulunmuştur. Buna göre sorunu her iki aile tarafından bilinen kadınların daha fazla oranda şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Sadece eşlerin ve yakın arkadaşların sorunu bilmesi şiddet görme yüzdesini azaltıyor görünmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların sorununun her iki aile tarafından bilinme oranının istatistiksel olarak az olması mahremiyetin eğitilmiş ailelerde daha fazla korunduğunu gösterir bir bulgu olmakla beraber, toplum yapımızın hala gelenekselliğini koruduğu görülmektedir.

### **Cinsel Öykü-ve Eş Değerlendirme İle İlgili Tartışma:**

Gerek cinsel öykü formundan gerekse anamnez formlarından edindiğimiz bilgiler değerlendirilmiş ve bazı sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre hastaların kliniğimize başvuru süreleri evlilik süreleri olarak değerlendirilmiştir. Buna göre evlilik süreleri; geçirilen psikiyatrik hastalık, daha önceden denenmiş yöntemler, kadının şiddet görmesi, hastanın en uzun süre yaşadığı yer, eğitim süresi ile karşılaştırılmış, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hastaların iyileşme süreleri yedi hafta ya da altında ve sekiz hafta ya da üzerinde olmak üzere iki kısma ayrılmış ve tedavi biçimleri, eş değerlendirme, sorunun başkaları tarafından bilinmesi değişkenleri bakımından karşılaştırılmış ve arada anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak yatakta çıplak kalabilme, eşinin penisine dokunabilme, erkeğin kadının cinsel organına dokunabilmesi parametrelerinin iyileşme süreleri üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Yatakta çıplak kalabilen ve karşılıklı dokunmaya müsaade eden hastaların istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha kısa sürede iyileştikleri bulunmuştur. Kayır ve arkadaşlarının çalışmasında vajinismus eşlerinin tedaviyi sürdürmedeki rolleri araştırılmış ve doğrudan eşlerle görüşülmüştür. Bu çalışmada eşlerin çeşitli düzeylerde kırıncı ve kaçınan oldukları, bunun da tedavi süresini uzattığı sonucuna ulaşılmıştır (88). Bizim çalışmamızda eşlerle görüşülmemiş ancak hastaların eşlerini nasıl değerlendirdiklerine bakılmış ve güvenilebilirlik sınırı içinde değerlendirenler ve dışında değerlendirenler arasında tedavi süresi açısından fark bulunmamıştır. Bu durum güvenilir ilişki biçiminin evliliğin dolayısıyla vajinismusun sürekliliğinde önemli rol oynadığını düşündürmektedir.

Hastaların evlilik ve hastalık sürelerinin uzamasının ek psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olmaması bu duruma uyum sağlandığını gösterebilir. Ancak hasta sayısının yeterli olmaması kısıtlılığımız olarak düşünölmelidir.

Eğitim düzeyi ile kliniğimize başvuru süreleri arasındaki ilişkiye bakıldığında ise eğitim düzeyinin on yıl üzeri ve on yıl ya da altında olan her iki grubun da başvuru süreleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Buna göre daha yüksek eğitim düzeyinin kliniğimize başvuru süresini kısaltmada etkili olmadığı sonucu tespit edilmiştir. Bu durum hastaların ilk başvurdukları doktor grubu olan kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının hastaları yönlendirmemesi, hastanın vajinismusun psikiyatrik bir sorun olduğundan haberdar olmaması ve bilgi eksikliği ile açıklanabilir. Eğitim düzeyinin flört şeklindeki evlenme biçiminde belirgin olarak yordayıcı olduğu tespit edilmiştir. Benzer olarak Doğan ve Saraçoğlu da yaklaşık %60 hastanın lise ve üzeri eğitim aldığı çalışmalarında hastaların dörtte üçünün flört ederek evlendiğini belirtmişlerdir (4). Ayrıca eğitim düzeyi on yıl üzerinde olan hastaların evlilik yaşamlarında, vajinismus ile ilgili olarak daha az şiddete “psikolojik veya fiziksel” maruz kaldıkları da istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar arasındadır. Bu sonuç terapi sürecinde hekimin aile içi dinamiklerle ilgili değerlendirmeleri sağlıklı yapması ve yerinde müdahalelerde bulunması açısından önem taşımaktadır. Deneyimlerimiz bu konuyla ilgili olarak şiddete maruz kalan hastaların tedaviyi terk etmek zorunda kaldıklarını veya terapi sürecini uzun sürede tamamlayabildiklerini göstermiştir.

Hastaların cinsel yaşamlarını kendileri ve eşleri için ne kadar tatminkâr ve tatminsiz buldukları incelenmiş ve kendileri için tatminkâr bulan hastaların oranı %67.1, eşleri için tatminkâr bulanların oranı ise %74.4 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar hastaların terapiye başvuru süresinin uzamasında etkili olabilir. Ayrıca yetersiz cinsel bilgi düzeyinin de önemli bir göstergesi kabul edilebilir.

Hastaların %88.9'nun eşlerini güvenilirlik sınırları içinde değerlendirmeleri ölkemizdeki diğer çalışmalarla uyumlu bulunmamıştır. Yapılan çalışmalar hastaların eşlerine güvenmediklerini, bunun da vajinismus oluşumunda yordayıcı bir faktör olduğunu göstermektedir (76, 88). Aradaki farklılığın hasta gruplarının

sosyodemografik özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülebilir. Hastaların eşlerini güvenilir bulmaları hastalığın süregenliğinde önemli bir rol alıyor olabilir.

## V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar, vajinismusun hem bir sağlık sorunu, hem de bir sosyolojik sorun olarak konumunu koruduğunu göstermektedir. Vajinismus yaşamın birçok alanını etkileyen önemli bir hastalık olarak yerini korumasına yol açan birçok etken söz konusudur. Bu etkenlerin başında cinsel konularda bilgi eksikliği ve toplumdaki yanlış inanışlar gelmektedir.

Hastaların büyük çoğunluğunun cinsel mitlere inanma oranı hala yüksek düzeydedir. Çalışmamız sırasında hastaların cinsel mitleri ve anatomi-fizyoloji bilgileri detaylı olarak görüşülmüş, bu konuda bilgilenmeleri sağlanmıştır. Çalışmamızda cinsel bilgi düzeyleri ölçülmede hastalardan ilk gece, kızlık zarı anatomisi ile ilgili fikirlerini belirtmeleri istenmiş, "korkunç" denebilecek sonuçlara ulaşılmıştır. İlk gece çok kanama olduğunu, çok acı çekildiğini, bazı kadınların ise bayıldığını duyduklarını söyleyen hastalar vardır. Namus kavramının tabulaştırıldığı kültürlerden biri olan ülkemiz kültüründe bir hasta "gözüm gibi esirgediğim cinsel organıma sert bir cismin girmesi, gözüme bir şey sokmak kadar korkunç" demiştir. Bir diğer hasta ise bıçakla kesilip, ardından da iyice oyulacağını düşündüğünü belirtmiştir. "penisin başına bir et parçası gelecek, aklın varsa evlenme" diye öğüt verilen genç kızların sayısı az değildir. Kendini kaybedip, bilincini yitireceğini düşünen hastalar azımsanmayacak orandadır. Fikir beyan etmeleri istenen hiçbir hasta kızlık zarının vajinanın girişinde olduğunu belirtmemiş, hepsi de belirli bir mesafe içeride olduğunu, vajinanın 3-4 cm içerisinde olduğunu, hatta 5-6 cm içerisinde bile olduğunu söylemişler, yırtılınca çok kanayıp acıyacağını

belirtmişlerdir. Bu bilgiler ışığında kadınların cinsellikle ilgili yanlış ve gerçek dışı bilgileri olduğu ve ülkemizde cinsellikle ilgili eğitim çalışmalarının artırılması gerektiği anlaşılmıştır.

Dokunma, dokunulma ve çıplak kalma ile ilgili bulgular sonucu vajinismus hastalarının iki tipe ayrılacağı düşünülmüştür. Buna göre eşinin cinsel organına dokunmakta, kendi cinsel organına dokunulmasında ve çıplak kalmada sorun yaşamayan hastalar tip 1, bunlarda sorun yaşayanlar tip 2 olarak sınıflandırılabilir. Böylece hastaların prognozları, tedavi biçimleri ve değerlendirilme süreçleri, direnç noktaları daha net ölçülebilecektir.

Kliniğimizde vajinismus tedavi süreci bir bütün olarak değerlendirilip hastaların sorunları ile ilgili çevrelerini haberdar etmemeleri önerilmiştir. Nitekim sorunun her iki aile tarafından bilinmesi kadının vajinismus hastalığından dolayı şiddet görmesi oranını arttırmaktadır. Bu durum vajinismusun hem bir sağlık sorunu, hem de toplumsal sorun bir sorun olarak ele alınması gerektiği şeklinde yorumlanmıştır. Hekimlere ve çiftlere önerimiz ailelerin tedavi süreci dışında tutulmasını sağlamak şeklindedir.

Sorunun diğer bir boyutu da, çare arama davranışını ilgilendirmektedir. Sakinleştirici ilaç alma, alkol alma, el ve ayaklarından bağlama gibi eşler kendilerince birkaç yol denedikten sonra, tıbbi yardım arama davranışına geçmektedirler. Bu amaçla başvuru alan ilk hekimin kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olduğu gözlenmektedir. Psikiyatriste başvurma konusunda geç kaldıkları görülmüştür. Bu çalışmadaki 118 hastamızdan dördü kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından muayene edilmiş ve kızluk zarları alınmış, iki hastamız da genel anestezi altında cinsel ilişki kurmuştur. Bu hastalar dışında görüşmelerimizden bu yöntemleri kabul etmeyen birçok hasta olduğunu da bilmekteyiz. Bu konu hakkında yasal düzenlemelerin yapılması konusunda girişimlerin olması gerektiğini düşünmekteyiz.

İnsanların cinselliğe bakışları ve bu konuyla ilgili eğitimlerinin artırılması, vajinismusun psikiyatrik bir hastalık olarak medyada ve okullarda daha çok tanıtılması, kadın hastalıkları ve üroloji gibi anabilim dallarıyla daha sıkı işbirliği içinde olunması ve daha fazla psikiyatristin bu konuda çalışması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

## VI. ÖZET

### VAJİNİZMUS TANISI ALAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN CİNSEL MİT İNANÇLARI, CİNSEL ÖYKÜLERİ, CİNSEL DOYUM DÜZEYLERİ VE EŞ DEĞERLENDİRME BİÇİMLERİYLE KARŞILAŞTIRILMASI

**GİRİŞ:** DSM IV' e göre vajinismus bir cinsel işlev bozukluğu olarak tanımlanmış ve cinsel ağrı bozuklukları sınıfına dâhil edilmiştir. Buna göre vajinismus tanımı; “vajinanın dış 1/3'nü çevreleyen kasların, tekrarlayan veya sürekli, istem dışı ve cinsel ilişkiye engel olan kasılması” olarak yapılmaktadır. Ülkemiz ve doğu kültüründeki birçok ülkede sıklıkla görülen bu hastalık batılı ülkelerde pek nadir görülmektedir.

**AMAÇ:** Bu çalışmada İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine 1999-2008 yılları arasında başvuran vajinismus tanısı alan hastaların; sosyodemografik özelliklerini, cinsel mit, eş değerlendirme, cinsel doyum ve cinsel öyküleri ile karşılaştırmak amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Çalışma geriye dönük olup, hastaların klinik değerlendirmeleri yapılırken kullanılan cinsel mit ölçeği, cinsel öykü formu, Golombock–Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği ve araştırmacı tarafından

hazırlanmış sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Bulgular SPSS 13 programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 24,4 yıl, evlilik süresi 23,3 ay, hastaların %64,4'ünün eğitim düzeyi 10 yıl üzeri ve % 70,2'sinin ise ev hanımı olduğu saptanmıştır. Genel olarak diğer çalışmalarda gösterilen ortalama evlilik sürelerinin bizim çalışmamızda daha kısa olması psikiyatriste başvuru süresinin kısalması açısından sevindiricidir. Ancak kadınların eğitim düzeyininin artması ile psikiyatriste başvurma sürelerinin kısalmadığı, mitlere olan inancın her kesimden vajinismuslu kadında yüksek oranlarda olduğu, cinsel doyum düzeylerinin genel olarak düşük olduğu, cinsellikle ilgili bilgilerinin az olduğu, toplumun bu konuda tutucu ve baskıcı tutumunun pek değişmediği, cinselliğin büyük oranda tabu olarak kalmaya devam ettiği, diğer branş hekimlerinin hastaları psikiyatri kliniklerine yönlendirmede yetersiz kaldıkları ve etik olmayan yöntemlere başvurdukları sonucu çıkarılmıştır. Hastaların dokunma ve dokunulma konularında direnç gösterdikleri ve bu grup hastaların diğer hastalara göre daha uzun sürede iyileştikleri ve daha az eğitim gördükleri tespit edilmiştir. Vajinismus hem bir sağlık sorunu hem de bir sosyolojik sorun olarak konumunu korumaktadır. Ailelerin sürece müdahil olmalarının kadınların şiddet görmesi ile sonuçlanması bu açıdan düşündürücüdür.

**SONUÇ:** Yaşamın birçok alanını etkileyen önemli bir hastalık olan vajinismus toplumsal bir sağlık sorunu olmaktan çıkarma konusunda, insanların cinselliğe bakışları ve bu konuyla ilgili eğitimlerinin artırılması, vajinismusun psikiyatrik bir hastalık olarak medyada ve okullarda daha çok tanıtılması, kadın hastalıkları ve üroloji gibi anabilim dallarıyla daha sıkı işbirliği içinde olunması ve daha fazla psikiyatristin bu konuda çalışması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Vajinismus, sosyodemografik veriler, cinsel doyum, cinsel mit, eş değerlendirme.

## **VII. ABSTRACT**

### **INTRODUCTION**

In DSM-IV vaginismus is categorized as a sexual dysfunction and inserted in sub-category of sexual pain disorders. The basic diagnosis criterion is that “it is the existence of the spasm of 1/3 muscle of vaginas outside, this spasms reiterates or is continuously unwilling and impedes sexual intercourse”. The disorder which is seen often in our country and most countries in eastern culture, is rarely seen in western countries.

### **PURPOSE**

In this study it is aimed to compare with the patients’ socio-demographic features, sexual myth, partner evaluation, sexual satisfaction, sexual story who applied to İnönü University Medical Faculty Psychiatry Department between the date of 1999-2008 and have vaginismus.

### **METHOD**

This study is retrospective and the sexual myth scale, sexual story form, Golombock-Rust sexual satisfaction scale, Birtchnell partner evaluation scale and socio-demographic data form which was prepared by the researcher have been used while doing patients’ clinic evaluation. Findings have been evaluated by using SPSS 13 programme.



## **FINDINGS**

It is confirmed that the patients' average age is 24,4 years, marriage period is 23,3 months, education level %64,4 of them is ten years and over %70,2 of patients are housewives.

Generally, in terms of short application period for psychiatrist it is pleased to see that the average marriage periods in our study are shorter than the other studies. But it is concluded that by the increase of women's education level, their applications period for psychiatrist have not diminished, the believes in myth are high in women from all sections, generally the level of sexual satisfactions are low, the knowledge of sexuality is little, the conservative and repressive attitude of the society is stable, sexuality remains as myth at high rate, other branch physicians are inadequate to direct patients to psychiatry clinic and used non-ethical methods.

It is found that this group patients offer resistance to touch or being touched and they get better longer than other patients and have less education. It is thought-provoking that if the families are included in this period, it results in act of violence to women.

## **RESULT**

It is found that vaginismus which affects most fields of life, should be elevated such an important social health problem, people's sexual point of view and their education about this topic should be raised;vaginismus should be more presented as a psychiatric disease to media and schools, there should be more cooperation with gynecology and urology disciplines, more psychiatrists should study in this field.

Key Words:- Vaginismus, socio-demografic features, sexual satisfaction, sexual myth, partner evaluation.

## VIII. EKLER

Ek-1

### BIRCHNELL EŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıda eşlerle ilgili ifadeler yer almaktadır. Her ifade için “EVET”, “HAYIR”, ve “KARARSIZIM” şeklinde üç cevap şıkkı bulunmaktadır. Sizden istenilen eşinizi ve eşinizle olan ilişkilerinizi göz önüne alarak maddeleri cevaplamanızdır.

Cevaplarken:

1. Her maddeyi dikkatle okuyunuz.
2. O maddede sözü edilen ifadenin SİZİN EŞİNİZE uyup uymadığını düşününüz.
3. Maddedeki ifadenin sizin eşiniz için ÇOĞUNLUKLA UYGUN OLDUĞUNU düşünüyorsanız “EVET” sütununun altındaki o maddeye ait parantezin içine (X) işareti koyunuz. Eğer o ifadenin eşinize uyup uymadığı konusunda KARAR VEREMİYORSANIZ “KARARSIZIM” sütununun altındaki parantezin içine (X) işareti koyunuz.
4. Hiçbir maddeyi cevapsız bırakmayınız.

Lütfen maddeleri içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşlerinizi belirtiniz.

## KADIN FORMU

	<b>Evet</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Hayır</b>
1. Eşimle geçinmek kolaydır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tartışma çıkarmayı sever	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sabırlı ve hoşgörülüdür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kırıcı konuşur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eşimle hoş vakit geçirilir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Her şeye kusur bulur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Güçlü ve güvenilirdir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kendi başına karar verebilir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Hatalarımı sürekli yüzüme vurur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Moralimin bozuk olduğunu fark eder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. İnsanlarla iyi geçinir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Gergin olduğumda beni yatıştırır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Sorumluluktan kaçır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Olduğım gibi davranmama izin verir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Kolay incinir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Eşim saygı duyduğım ve güvendiğim bir insandır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Hiçbir zaman bana ayıracak fazla zamanı olmaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Eleştirilerden aşırı etkilenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Beni aşağılar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Ona ihtiyacım olduğu zaman yanımdadır ( ) ( ) ( )
21. Benim fikirlerime değer vermez ( ) ( ) ( )
22. İstediuim halde beni kendi halime bırakmaz ( ) ( ) ( )
23. Omzunda ağlamama izin verir ( ) ( ) ( )
24. Beni tehdit eder ( ) ( ) ( )
25. İnsanlara güvenir ( ) ( ) ( )
26. Beni çekici bulur ( ) ( ) ( )
27. Beni sık sık kötüler ( ) ( ) ( )
28. Şaka kaldırır ( ) ( ) ( )
29. Sık sık içine kapanır ( ) ( ) ( )
30. İyi bir şey yaptığımda beni takdir eder ( ) ( ) ( )
31. Kendini bana acındırmaya çalışır ( ) ( ) ( )
32. Anlayışlıdır ( ) ( ) ( )
33. Aşırı üzüntüye, sevince, heyecana gelemez ( ) ( ) ( )
34. Yeni durumlara kolayca uyar ( ) ( ) ( )
35. Onunla konuşmak zordur ( ) ( ) ( )
36. Eşim sevecen bir insandır ( ) ( ) ( )
37. Hayatımı benim yerime düzenlemeye çalışır ( ) ( ) ( )
38. Başkalarını n düşüncelerine değer verir ( ) ( ) ( )
39. Ona aşırı ilgi göstermemi ister ( ) ( ) ( )
40. Evine bağlıdır ( ) ( ) ( )
41. Aileme karşı hoşgörülü değildir ( ) ( ) ( )
42. Mahremiyetime saygı gösterir ( ) ( ) ( )

43. İşlerim yolunda gitmediğinde üzülür ve  
benimle ilgilenir ( ) ( ) ( )
44. Yaptıklarımı kontrol edip bana  
hükmetmekten hoşlanır ( ) ( ) ( )
45. Eşimle sırrımı paylaşabilirim ( ) ( ) ( )
46. Biraz soğuk bir insandır ( ) ( ) ( )
47. İkimizin eşit haklara sahip olduğunu düşünür ( ) ( ) ( )
48. Kendi arkadaşlarım olmasından hoşlanmaz ( ) ( ) ( )
49. Hatalarının farkındadır ( ) ( ) ( )
50. Kendini savunamaz ( ) ( ) ( )
51. Ona benzememi ister ( ) ( ) ( )
52. Bana güvenir ( ) ( ) ( )
53. Kendine güveni azdır ( ) ( ) ( )
54. Moralim bozuk olduğunda bana  
yardımcı olur ( ) ( ) ( )
55. Aklı hep kendi düşüncelerindedir ( ) ( ) ( )
56. Acil problemlerle başa çıkabilir ( ) ( ) ( )
57. Hayattan ne beklediğini bilir ( ) ( ) ( )
58. Eşim aşırı kıskançtır ve çok fazla  
üstüme düşer ( ) ( ) ( )
59. Asık suratlıdır ( ) ( ) ( )
60. Bana karşı samimidir ( ) ( ) ( )
61. Kendi bildiğini okur ( ) ( ) ( )

62. Kendinden emin değildir
63. Kendi ailesiyle iyi geçinir
64. Genellikle ne yapması gerektiğinin söylenmesini ister
65. Eşim iyi ve düşünceli bir insandır
66. Duygusal olarak ona çok yakın olmamdan hoşlanmaz
67. Hoşlandığım şeyleri yapmam için beni destekler
68. Bana hayranlık duyar
69. Başkalarının sorunlarıyla uğraşmak istemez
70. Neyi başarıp neyi başaramayacağını iyi bilir
71. Güçlülere göğüs gerebilir
72. Sık sık desteklenmeye ihtiyaç duyar
73. Benim ne istediğimi benden daha iyi bildiğini düşünür
74. Bana duygusal olarak yakın olmaktan hoşlanır
75. Beni dikkate almaz
76. Beni şımartır
77. Ondan farklı yönlerimi olduğu gibi kabul eder
78. Her şeyin kendi istediği biçimde yapılmasını arzu eder
79. Yapmak istediğim şeyleri gerçekleştirmemi engeller

## CİNSEL ÖYKÜ FORMU

Lütfen her soruda en uygun yanıtı işaretleyiniz.

### 1) Eşinizle hangi sıklıkta cinsel ilişkide bulunursunuz?

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| 1- Günde bir kereden çok | 5- İki haftada bir kere |
| 2- Günde bir kere        | 6- Ayda bir kere        |
| 3- Haftada 3-4 kere      | 7- Ayda bir kereden az  |
| 4- Haftada 1-2 kere      | 8- Hiçbiri              |

### 2) Ne sıklıkta cinsel ilişkide bulunmak isterdiniz?

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| 1- Günde bir kereden çok | 5- İki haftada bir kere |
| 2- Günde bir kere        | 6- Ayda bir kere        |
| 3- Haftada 3-4 kere      | 7- Ayda birden az       |
| 4- Haftada 1-2 kere      | 8- Hiçbiri              |

### 3) Cinsel ilişkiyi genellikle kim başlatır?

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| 1- Daima ben başlatırım                             | 4- Genellikle eşim başlatır |
| 2- Genellikle ben başlatırım                        | 5- Daima eşim başlatır      |
| 3- Eşim ve ben hemen hemen eşit sıklıkta başlatırız |                             |

### 4) Cinsel ilişkiyi kimin başlatmasını isterdiniz?

- |                                     |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| 1- Daima kendimin                   | 4- Genellikle eşimin |
| 2- Genellikle kendimin              | 5- Daima eşimin      |
| 3- Eşimin ve kendimin eşit sıklıkta |                      |

**5) Hangi sıklıkta mastürbasyon (elle doyum, kendi kendini tatmin) yaparsınız?**

- |                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| 1- Günde birden çok | 6- İki haftada bir kez |
| 2- Günde bir kez    | 7- Ayda bir kez        |
| 3- Haftada 3-4 kez  | 8- Ayda birden az      |
| 4- Haftada iki kez  | 9- Hiç denemedim       |
| 5- Haftada bir kez  |                        |

**6) Hangi sıklıkta cinsel istek duyarsınız? (İstek sözüyle cinsel ilişkiyi arzulama, cinsel ilişkiye niyetlenme ve ilişki olanaksızsa bundan dolayı sıkıntı duyma kastedilmektedir).**

- |                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| 1- Günde birden çok | 5- Haftada bir kez     |
| 2- Günde bir kez    | 6- İki haftada bir kez |
| 3- Haftada 3-4 kez  | 7- Ayda bir kez        |
| 4- Haftada iki kez  | 8- Ayda bir kezden az  |
| 9- Hiçbiri          |                        |

**7) Eşinizle kaç yıldan beri cinsel ilişkiniz var?**

- |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| 1- Altı aydan az      | 4- Dört-altı yıldan beri |
| 2- Bir yıldan az      | 5- Yedi-on yıldan beri   |
| 3- Bir-üç yıldan beri | 6- On yıldan beri        |

**8) Eşinizle cinsel birleşmeye geçmeden önce sevişmeye (öpmişme, okşama gibi) ne kadar zaman ayırırsınız?**

- |                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| 1- Bir dakikadan az | 5- Onbir-onbeş dakika  |
| 2- Bir-üç dakika    | 6- Onaltı-otuz dakika  |
| 3- Dört-altı dakika | 7- Otuz dakikadan uzun |
| 4- Yedi-on dakika   |                        |



9) Cinsel birleşmeniz genellikle ne kadar sürüyor (Cinsel organın giriminden boşalmaya kadar)?

- |                       |                             |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1- Bir dakikadan kısa | 6- Onbir-onbeş dakika       |
| 2- Bir-iki dakika     | 7- Onbeş-yirmi dakika       |
| 3- İki-dört dakika    | 8- Yirmi-otuz dakika        |
| 4- Yedi-on dakika     | 9- Otuz dakikadan daha uzun |

10) Eşinizin birleşme sırasında girmeye çalışırken boşaldığı olur mu?

- |                              |                                       |
|------------------------------|---------------------------------------|
| 1- Hiçbir zaman              | 4- Bazen: %50'sinde                   |
| 2- Nadiren: %10'dan az       | 5- Genellikle: %75'inde               |
| 3- Seyrek olarak: %25'den az | 6- Hemen hemen her zaman: %90'dan çok |

11) Genelde eşinizle olan cinsel ilişkiniz sizin için ne derece tatminkârdır?

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 1- İleri derecede tatminsiz | 4- Hafif tatminkâr          |
| 2- Orta derecede tatminsiz  | 5- Orta derecede tatminkâr  |
| 3- Hafif tatminsiz          | 6- İleri derecede tatminkâr |

12) Genelde cinsel ilişkinizin eşiniz için ne derecede tatminkâr olduğunu düşünürsünüz?

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 1- İleri derecede tatminsiz | 4- Hafif tatminkâr          |
| 2- Orta derecede tatminsiz  | 5- Orta derecede tatminkâr  |
| 3- Hafif tatminsiz          | 6- İleri derecede tatminkâr |

13) Eşinizin cinsel ilişki isteğini genelde nasıl karşılırsınız?

- |                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 1- Genellikle isteyerek kabul ederim  | 3- Sıklıkla reddederim   |
| 2- Biraz tereddüt ederek kabul ederim | 4- Genellikle reddederim |

**14) Eşinizle cinsel temasta bulunduğunuz zaman cinsel uyarılma hisseder misiniz (Tahrik olmak, haz ve heyecan duymak gibi)?**

- 1- Hemen hemen her zaman: %90'dan çok 4- Seyrek olarak: %25'inden az  
2- Genellikle: %75'inde 5- Hiçbir zaman  
3- Bazen: %50'sinde

**15) Eşinizle cinsel ilişkiden sonra korku, iğrenme, utanma ya da suçluluk duyar mısınız?**

- 1- Hiçbir zaman 4-Bazen: %50'sinde  
2- Nadiren: %10'undan az 5- Genellikle: %75'ten çok  
3- Seyrek olarak: %25'ten az 6- Hemen her zaman: %75'ten çok

**16) Denerseniz mastürbasyon (elle doyum, kendini tatmin) yoluyla boşalmanız olanaklı mı?**

- 1- Hemen her zaman: %90'dan çoğunda 4- Seyrek olarak: %25'in altında  
2- Genellikle: %75'inden çoğunda 5- Hiçbir zaman  
3- Bazen: %50'sinde 6- Hiç denemedim

**17) Denerseniz eşiniz eliyle boşalmanızı sağlayabilir mi?**

- 1- Hemen her zaman: %90'dan çoğunda 4- Seyrek olarak: %25'in altında  
2- Genellikle: %75'inden çoğunda 5- Hiçbir zaman  
3- Bazen: %50'sinde 6- Hiç denemedik

**18) Denerseniz cinsel ilişki yoluyla boşalmanız olanaklı mı?**

- 1- Hemen her zaman: % 90'dan çoğunda 4- Seyrek olarak: %25'in altında  
2- Genellikle: %75'inden çoğunda 5- Hiçbir zaman  
3- Bazen: %50'sinde 6- Hiç denemedik

**19) Genel olarak erotik veya pornografik (cinsel içerikli) malzemelere (resimler, filmler, kitaplar) tepkiniz ne olur?**

1- Çok uyarılırim

3- Hiç uyarılmam

2- Az uyarılırim

4- İğrenirim, tiksindiririm v.b

**20) Cinsel ilişkiden önce eşinizin cinsel organının sertleşmesinde güçlük olur mu?**

1- Hiçbir zaman

4- Bazen: %50'sinde

2- Nadiren: %10'dan az

5- Sıklıkla: %75'inde

3- Seyrek olarak: %25'den az

6- Hemen her zaman: %90'dan çok

**21) Cinsel ilişki sırasında eşinizin cinsel organının sertliğini sürdürmede güçlüğü olur mu?**

1- Hiçbir zaman

4- Bazen: %50'sinde

2- Nadiren: %10'dan az

5- Genellikle: %75'inde

3- Seyrek olarak: %25'den az

6- Hemen her zaman

**22) Eşinizin cinsel organı tam sertleşmeden boşalır mı?**

1- Hiçbir zaman

4- Bazen: %50'sinde

2- Nadiren: %10'dan az

5- Genellikle: %75'inde

3- Seyrek olarak: %25'den az

6- Hemen her zaman

**23) Cinsel organınızda cinsel birleşmeye olanak vermeyecek ölçüde kuruluk ya da darlık olur mu?**

1- Hiçbir zaman

4- Bazen: %50'sinde

2- Nadiren: %10'dan az

5- Genellikle: %75'inde

3- Seyrek olarak: %25'den az

6- Hemen her zaman: %90'müstünde

**24) Cinsel ilişki sırasında ağrı duyduğunuz olur mu?**

- |                              |                                    |
|------------------------------|------------------------------------|
| 1- Hiçbir zaman              | 4- Bazen: %50'sinde                |
| 2- Nadiren: %10'dan az       | 5- Genellikle: %75'inde            |
| 3- Seyrek olarak: %25'den az | 6- Hemen her zaman: %90'ın üstünde |

**25) Cinsel organlarınızı uyarma yoluyla (elektrikli vibratör, ya da akan su ya da bir cismi cinsel organınıza sürtme gibi) doyuma ulaşabilir misiniz?**

- |                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| 1- Hemen her zaman      | 4- Nadiren: %25'inde |
| 2- Genellikle: %75'inde | 5- Hiçbir zaman      |
| 3- Bazen: %50'sinde     | 6- Hiç denemedim     |

**26) Eşinizle cinsel ilişki sırasında, kendiniz ya da eşiniz tarafından cinsel organınız okşanırsa boşalabilir misiniz?**

- |                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| 1- Hemen her zaman      | 4- Nadiren: %25'inde |
| 2- Genellikle: %75'inde | 5- Hiçbir zaman      |
| 3- Bazen: %50'sinde     | 6- Hiç denemedim     |

**27) Eşinizle birleşme öncesinde ya da birleşme sırasında kendinizde şu değişiklikleri fark eder misiniz? Soluğunuzun ve kalbinizin hızlanması, cinsel organınızda ıslanma, göğsünüzde ve cinsel organlarınızda haz duygusu...**

- |                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| 1- Hemen her zaman      | 4- Nadiren: %25'inde |
| 2- Genellikle: %75'inde | 5- Hiçbir zaman      |
| 3- Bazen: %50'sinde     |                      |

## Ek-3

## Cinsel Mit Ölçeği

	Tümüyle doğru	Kısmen doğru	Kısmen yanlış	Tümüyle yanlış
Erkek her zaman seks ister ve her zaman sekse hazırdır.				
Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.				
Sevişmeyi başlatan kadın ahlaksızdır.				
Sevişme cinsel birleşmeye eşittir.				
Erkeğin cinsel organında sertleşme olunca en yakın zamanda boşalmalıdır.				
Sevişme her zaman doğal ve kendiliğinden olmalıdır, sevişme hakkında konuşmak ve düşünmek onu bozar.				
Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir.				
Erkekler duygularını belli etmemelidir.				
Her erkek, her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir.				
Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile birlikte güzeldir.				
Eşler birbirlerini sevdikleri takdirde sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini de bilirler.				
Cinsel ilişki içinde olan eşler, içgüdüsel olarak diğer eşin ne düşündüğünü ve ne hissettiğini bilirler.				
Mastürbasyon kirli ve zararlıdır.				
Cinsel ilişki içerisinde mastürbasyon yanlıştır.				
Erkek cinsel organında sertleşmenin kaybı eşini çekici bulmadığı anlamına gelir.				
Cinsel birleşme sırasında fantezi (hayal) kurma yanlıştır.				
Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez.				
Sevişmede neyin normal olduğuna ilişkin belirli ve kesin kurallar vardır.				

GRISS

(KADIN FORMU)

1. **Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?**  
 Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Her zaman
2. **Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?**  
 Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Her zaman
3. **Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)**  
 Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Her zaman
4. **Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?**  
 Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Her zaman
5. **Sizce, sizin ve eşinizin ön sevişmeye (öpme eve okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?**  
 Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Her zaman
6. **Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?**  
 Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Her zaman
7. **Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?**  
 Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Her zaman
8. **Cinsel ilişki sırasında doyuma ulaşıyor mısınız?**  
 Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Her zaman
9. **Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alıyorsunuz mu?**  
 Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Her zaman

10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman
12. Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız olur musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız olur musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman
14. Sizin için doyuma (orgazm) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman
15. Haftada iki defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman
16. Eşinize cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman
17. Eşinizin cinsel organı sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**21. Önsevişme sırasında eşinizin bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**22. Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**23. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**24. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**25. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**26. Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**27. Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman

**28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazm) ulaşır mısınız?**

Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman



**Ek-5**

**Sosyodemografik Veri Ölçeği**

1- Adınız –soyadınız?

2- Yaşınız?

3- Evlilik süreniz?

4- Toplam eğitim seneniz?

5- Mesleğiniz nedir?

6- Çocuk sayınız?

7- En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?

-köy –kasaba –şehir – büyükşehir

8- Evlenme biçiminiz hangisidir?

-görücü usulü - flört ederek

9- Bu sorunu kimler biliyor? Lütfen yazınız.

10- Daha önceden bu sorununuz için neler yaptınız? Lütfen yazınız.

11- Daha önceden psikiyatri doktoruna başvurduunuz mu?

12- Eşiniz tarafından bu sorunuzdan dolayı fiziksel ya da ruhsal şiddet gördünüz mü?

## IX. KAYNAKLAR

- 1- İncesu C. (2006). *Cinsel Yaşam ve Sorunları*. İstanbul: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Yayınları.
- 2- Elmerstig E., Wijma B., Berterö C. (2008). Why Do Young Women Continue to Have Sexual Intercourse Despite Pain?. *Journal of Adolescent Health*, Vol: 43, 357-363.
- 3- Eşel E. (2006). İnsan Cinselliğinin Biyolojik ve Evrimsel Temelleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, Cilt: 16, Sayı: 4.
- 4- Doğan S. , Saraçoğlu G. Yaşam boyu vajinismus olan kadınlarda cinsel bilgi, evlilik özellikleri, cinsel işlev ve doyumun değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, (Baskıda)
- 5- İncesu C. (1998). Cinsel işlevin fizyolojisi. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi*, (1): 3-11.
- 6- Masters WH ., Johnson VE. (1970). *Human sexual inadequacy*. First edition. p: 3-223 Boston: Little. Brown& Company .
- 7- Amerikan Psikiyatri Birliği. (1995). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. 4.Baskı. Çeviri Editörü: Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- 8- Doğan S., Özkorumak E. (2008). Ağrılı Cinsel Aktivite ve Vajinismus Tanısında Yaşanan Güçlükler. *Klinik Psikiyatri*, 11: 135-142.
- 9- Meston CM., Bradford A. (2007). Sexual Dysfunctions in Women. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 3: 233-256.
- 10- Leiblum SR., Goldmeier D . (2008). Persistent Genital Arousal Disorder in Women: Case Reports of Association with Anti-Depressant Usage and Withdrawal. *J Sex Marital Ther*, 34: 150-9.
- 11- Ortigue S., Bianchi-Demicheli F. (2008). The chronoarchitecture of human sexual desire: A high-density electrical mapping study. *Neuroimage*, 43: p: 337-345.
- 12- Yetkin N. (1999). Vajinismus . *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi*, (3),26-29.
- 13- Köroğlu E., Güleç C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Bölüm 44, sayfa 416-422, bölüm 45; sayfa 422-433. Ankara: HYB Basım yayın.

- 14- Pillsworth EG., Haselton MG., Buss DM. (2004). Ovulatory shifts in female sexual desire. *J Sex Res*, 41: 55-65.
- 15- Şahin D., Kayır A. (2001). *Sık görülen iki cinsel işlev bozukluğu: Vajinismus ve Erken boşalmada değerlendirme, tanı ve tedaviler*. İstanbul.
- 16- Doğan S. (2006). Cinsellikten Tiksinti Duyuma Bozukluğu: Davranışçı Terapiye Olumlu Yanıt ve Hızlı Yanıt Veren Bir Olgu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 9, 191-197.
- 17- Bancroft J. (2005). The Neurobiology of Sexual Arousal. *J Endocrinol*, 186, 411-427.
- 18- Schober JM., Donald P. (2007). The Neurophysiology of sexual arousal. *Best Practise and Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol.21, No.3, pp 445-461.
- 19- Lief HI. (1980). Comments on current thinking on the orgasm experience. *Medica Aspects of Human Sexuality*, 14(7): 55, 59, 62.
- 20- Rust J., Golombok S., Rausche A. (1988). Marital problems and the sexual dysfunction: How are they related?. *Br. J. Psychiatry*, 152: 629-631.
- 21- Gülsün M., Aydın H., Gülçat Z. (2006). A Study on Marital Releationship and Female Sexual Dysfunction. *Türkiye 'de Psikiyatri Dergisi*, Cilt 8 (2), 68-73.
- 22- Newcomb MD., Bentler PM. (1983). Dimension of subjective female orgasmic responsiveness. *Journal of Personal and Social Psychology*, 44(4), 862-873.
- 23- Graziottin A. (2008). Dyspareunia and Vaginismus: Review of the Literature and Treatment. *Current Sexual Health Reports*, 5, 43-50.
- 24- DeUrgate CM., Berman L., Berman J. (2004). Female Sexual Dysfunction: from diognosis to treatment. *Sexuality, Reproduction and Menopause*, Volume: 2, Issue 3, 139-145.
- 25- Swaab FD. (2007). Sexual Differentiation of the brain and behavior. *Best Practise and Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol.21, No.3, 431-444.
- 26- Cohen-Kettenis PT & Gooren LJG. (1998). Transseksualizm: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psycomatic Research*, 46, 315-333.

- 27- Kişnişçi HA., Gökşin E., Durukan T., Üstay K., Ayhan A., Gürkan T., Önderoğlu SL. (1996). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Bölüm 1;3-23. Ankara: Güneş Kitabevi.
- 28- Snell R. *Snell's Clinical Anatomy for Medical Students*. (2003). Nobel Tıp Kitabevi, Çeviri Editörü: Prof. Dr. Mehmet Yıldırım.
- 29- Standring S. (2005). *Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practise*. 39 th Edition. Editor –in-chief: -London-UK. Chapter 107: p: 1355-1356, chapter 108: p:1357-1371
- 30- Sancak B., Cumhur M. (2004). *Fonksiyonel Anatomi*. Sayfa: 298-311. Ankara: ODTÜ yayıncılık.
- 31- Junqueira LC., Carneiro J., Kelley RO. (1998). *Temel Histoloji*. Bölüm 23; sayfa: 441-447. Çeviri editörü: Aytekin Y. Sekizinci baskı. İstanbul: Güneş Kitabevi .
- 32- Wendell-Smith CP, Wilson PM. (1991) .*The vulva, vagina and the urethra and the musculature of the pelvic flor*. In: Philipp E., Setchell M., Ginsburg J., (eds) Scientific Foundation of Obstetrics and Gynaecology. Oxford : Butterworth-Heinemann: 84-100.
- 33- Kaplan HS. (1979). *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy*, Volume 2, First Edition, New York, Brunner / Mazel.
- 34- Masters WH., Johnson VE. (1966). *Human sexual Response*. First Edition. Boston: Little Brown & Company .
- 35- Hales RE., Yudofsky SC., Gabbard GE. (2008). *Textbook of Psychiatry*. The American Psychiatric Publishing , Fifth edition.
- 36- Hawton KKE., McGuire H. (2009). *Interventions for vaginismus* (Review). The Cochrane Collabrative. Issue 1, London.U.K: The Cochrane Library.
- 37- Lamont JA. (1978). Vaginismus. *American journal of obstetrics and gynaecology*, 131, 632-636.
- 38- Hawton K., Catalan J. (1990). Sex therapy for vaginismus: Characteristics for couples and treatment outcome. *Sex Mar Ther*, 5, 39-48.

- 39-Laumann EO., Gagnon JH., Michael RT., Michael S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: TheUniversity of Chicago.
- 40-Elke D., Reissing BA., Yitzchak M., Khalife S. (1999). Does vaginismus exist? A Critical review of the literature. *The journal of Nervous and Mental Disease*, Vol: 187, No: 5, p: 261-274.
- 41-Shokrollahi P., Mirmohamadi M., Mehrabi F., Babaei GH. (1999). Prevalance of sexual dysfunction in womwn seeking services at a family palnning centers in Tehran. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 25, 211-5.
- 42-Frenken J., Van Tol P. (1987). Sexual problems in gynaecological practise. *Journal of Psychosomatics Obstetric &Gynaecology*, 6: 143-55.
- 43-Crenshaw TL., Kessler J. (1985). Vaginismus. *Med Aspects Hum Sex*, 19: 21-32.
- 44-Leiblum SR., Pervin LA., Campbell EG. The treatment of vaginismus: Success and failure. In SR Leiblum, RC Rosen (Eds), *Principles and practise of sex therapy* (2nd Ed, pp113-138). New York: Guildford.
- 45-Doğan S., Özkorumak E. (2008). Ağrılı cinsel aktivite ve vajinismus tanısında yaşanan güçlükler. *Klinik Psikiyatri*, 11, 135-142.
- 46-Yaşan A., Gürgen F. (2004). Cinsel Partneri Olan Bir hemşire Grubu İle Hiç Partneri Olmamış Bir Hemşire Grubunun Cinsel Bilgi Edinme Yolları ve Cinsel Mitlerin Yaygınlığının Karşılaştırılması. *Yeni Symposium Dergisi*, Cilt:42 Sayı: 2, 72-76.
- 47- Çetin SK., BildikT., Erermiş S., Demiral N., Özbaran B., Tamar M., Aydın C. (2008). Erkek Ergenlerde Cinsel Davranış ve Cinsel Bilgi Kaynakları: Sekiz Yıl Arayla Değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 390-397.
- 48-Meltem Bayrak. Vajinismus Oluşumunda Etyolojik Özellikler. Uzmanlık Tezi. 2006. Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- 49- Ward E., Ogden E. (1994). Experiencing Vaginismus –Sufferers’ beliefs about causes and effects. *Sex Mar Ther*, 9, 33-45.

- 50- Van der Velde J., Laan E., Everaerd W. (2001). Vaginismus, a component of a general defensive reaction. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 12(5) p: 328-31.
- 51- Tuğrul C., Kabakçı E. (1997). Vajinismus and its corrolates. *Sexual and Marital Therapy*, 12(1): 23-34.
- 52- Gündoğar D., Koşar A. (2008). Komorbid vajinismus ve enjeksiyon fobisi: Bir vak'a sunumu. *Yeni symposium*, 46(3), 154-156.
- 53- Bodenmann G., Ledermann T., Blattner D., Galluzzo C. (2006). Associations among everyday stres, critical life events, and sexual problems. *The journal of Nervous and Mental Diseases*. 194(7), pp 494-501.
- 54- Kabakçı E. & Batur S. (2003) Who benefits from Cognitive Behavioral Therapy for vaginismus?, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29(4), 277-288.
- 55- Ter Kuile MM., van Lankveld JJ., de Groot ED., Melles R., Neffs J., Zandbergen M. Cognitive –behavioral therapy for women with lifelong vagiinismus: process and prognostic factors. *Behav. Res. Ther*, In Press.
- 56- Aydın H. (1991). Psikojen empotansta kişilik yapısının araştırılması. *GATA Bülteni*, 33, 187-194.
- 57- Varma GS., Karadağ F., Oğuzhanoglu NK., Özdel O., Kökten S. (2006). Menopoz: Klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki. *New/Yeni Symposium Journal*. 44, 4, 182-188.
- 58- Stahl MS. (2003). Cinsiyete özgü ve cinsel işlevlerle ilişkili psikofarmakoloji. *Temel psikofarmakoloj*, Çeviren: Taneli B, Taneli Y. Bursa: Yelkovan Yayıncılık, 540-574.
- 59- Palacios S., Tobar AC., Menendez C. (2002). Sexuality in the climacteric years. *Maturitas*, 43 (Suppl.1), 69-77.
- 60- Ercan S., Zeynep G., Gülsün M., Aydın H., Özgen F. (2006). Sertleşme bozukluğu olan erkeklerde ve eşlerinde beden algısı, kişilik özellikleri ve cinsel doyum. *Psychiatry in Türkiye*, 8, 3, 136-144
- 61- Aydemir Ö., Yağcı E., Gülseren L., Kültür S. (1999). Menopoz döneminde anksiyete ve depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10, 268-274.
- 62- Kılıçdağ EB., Tarım E., Erkanlı S., Aslan E., Kuşcu E. (2002). Histerektomi veya ooferektomi menopozal kadında cinsel fonksiyonu etkiler mi? *Türk Fertilitate Dergisi*, 10, 288-292.

- 63-Frank E., Anderson C., Rubinstein D. (1979). Marital role strain and sexual satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(6), 1096-1103.
- 64-Lawrance K., Byers ES. (1995). Sexual satisfaction in heterosexual long-term relationships: The interpersonal Exchange model of sexual satisfaction. *Personal relationships*, 2(2), 267-285.
- 65-Schenk J., Pfrang H., Rausche A. (1988). Personality traits versus the quality of the marital relationship as the determinant of marital sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 12(1), 31-42.
- 66-Lief HI. (1980). Comments on current thinking on the orgasm experience. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 14(7), 55, 59, 62.
- 67-Gülçat Z. (1995). Cinsel işlen bozukluklarında empotansın psikolojik boyutları üzerine bir araştırma. Yayınlanmamış doktora tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- 68-Zilbergeld B. (1999). The new male sexuality. Revised edition. New York: Batam Books.
- 69-Leiblum S., Wiegel M., Brickle F. (2003). Sexual attitudes of US and Canadian medical students: The role of ethnicity, gender, religion and acculturation. *Sex Relationship Ther*, 18, 473-491.
- 70-Eşsizoglu A., Yaşan A., Yıldırım EA. (2009). Erkek üniversite öğrencilerinde evlilik öncesi cinsel deneyimler ve deneyimlerin tutucu cinsel inançlarla olan ilişkisi. *New/Yeni Symposium Journal*, 47, 2, 80-90.
- 71-Tannahill R. (2003). Tarihte Cinsellik. Sayfa: 138-139, Ankara: Dost Kitabevi.
- 72-Nobre PJ., Pinto-Gouavia J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *J. Sex Res*, 43, 68-75.
- 73-De Silva P., Rodrigo W. (1998). Sex therapy in Sri Lanka-development, problems and prospects. *Int Rev. Psychiatry*, 7: 241-246
- 74-Gibson JH. (1993). Couples communications getting on the right track. *Total Health*. C. 15. S.5. SS. 201-227.
- 75-South SJ., Lloyd KM. (1995). Spousal Alternatives and Marital Dissolution. *American Sociological Review*, C.60, SS.21-35.
- 76-Tuğrul C., Kabakçı E. (1996). Vajinismus olgularında yordayıcı değişkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(3), 201-207.
- 77-Tuğrul C., Öztan N., Kabakçı E. (1993). Golombock Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Standardizasyon Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2: 83-88.
- 78-Birtchnell J. (1988). The assessment of the marital relationship by questionnaire. *J Sex Marital Ther*, 3(1), 57-70.

- 79- Kabakçı E., Tuğrul C., Öztan N. (1993). Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 8 (29): 31-36.
- 80- Schover LR., Freedman JM. (1982). Multiaxial problem oriented system of sexual dysfunction. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 614-618.
- 81- Motavallı N., Yücel B., Kayır A., Üçok A. (1991). Üç grup evli kadının cinsel inanış ve yaşantılarının değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, (2-4) 94-97.
- 82- İncesu C., Yetkin N. (1997). Assesment of 200 Subjects Referred to a Sexual Dysfunction Outpatient Clinic in Turkey. Proceeding of the XIII th. World Congress of Sexology, 285-290.
- 83- Sungur M. (1994). Evoluation of Couples Referred to a Sexual Dysfunction Unit and Prognostic Factors in Sexual and Marital Therapy. *Sexual and Marital Therapy*, 9(3) 251-265.
- 84- Kayır A., Geyran P., Tükel MR., Kızıltuğ A. ( 1990). Cinsel sorunlarda başvuru özellikleri ve tedavi seçimi. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Bilimsel yayınları, Cilt 2, s:451-458.
- 85- İncesu C., Yetkin N. (2000). Cinsel işlev bozukluğu nedeniyle başvuran kadın ve erkek 561 olgunun sosyodemografik özellikleri ile cinsel tutum ve deneyimlerinin karşılaştırılması. *3 P Dergisi*, 8( Özel sayı, 1) s: 14-21.
- 86- Gürbüz A., Yetkin N. (2000). Vajinismus, Konversiyon Bozukluğu tanısı konan ve evlilik sorunlarıyla başvuran üç grup kadında Aleksitimi ve Somatizasyon ilişkisi. *3P Dergisi*, 8(Özel sayı,1) s: 22-29.
- 87- Eriştiren P. Cinsel işlev bozukluğu tanısı konarak terapiye alınan kadın olgularla, evlilik içi çatışma nedeniyle terapiye alınan kadın olguların, psikiyatrik komorbidite ve evlilik ilişkilerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. 1999. Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- 88- Kayır A., Şahin D. (1997). Vajinismus Tedavisinin Uzamasında Eşlerin Rolü. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 34(4), 78-185.