



TC.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

VAJİNİSMUS TANISI ALAN VE ALMAYAN KADINLARDA ÖZ-DUYARLIK
VE BENLİK SAYGISININ İNCELENMESİ

Gülten DÜMEN

Tez Danışmanı

PROF. DR. NEVZAT TARHAN

İSTANBUL, 2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**VAJİNİSMUS TANISI ALAN VE ALMAYAN KADINLARDA ÖZ-DUYARLIK
VE BENLİK SAYGISININ İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Gülten DÜMEN

134102037

Tez Danışmanı

PROF. DR. NEVZAT TARHAN

İSTANBUL, 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	:	
Öğrenci Adı Soyadı	:	Gülten Dümen
Anabilim Dalı	:	Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	:	Prof. Dr. Nevzat Tarhan
Tezin Başlığı	:	VAJİNİZMUS TANISI ALAN VE ALMAYAN KADINLARDA ÖZ DUYARLIK VE BENLİK SAYGISININ İNCELENMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	:	27.08.2018	Saati	:	10:30
Öğrenci Savunmaya	:	<input checked="" type="radio"/> GELDİ			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU					
<input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.					
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)					
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.					
Savunmada Tezin Başlığı	:	<input checked="" type="radio"/> Değişmedi.	<input type="radio"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:				
Öğrenci Savunmaya	:	<input type="radio"/> GELMEDİ			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.					

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Prof. Dr. Nevzat Tarhan	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Ünübol	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Vajinismus Tanısı Alan ve Almayan Kadınlarda Öz-Duyarlık ve Benlik Saygısının İncelenmesi” adlı çalışmamın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../2017

Gülten DÜMEN

İmza

TEŐEKKÖR

Tez çalışmam süresince, akademik bilgi ve tecrübeleriyle bana destek olan değerli danışman hocam Prof. Dr. Nevzat TARHAN'a, değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÖBOL'a ve sevgili eşim Haydar DÖMEN'e sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Gölten DÖMEN, 2017

(DÜMEN, Gülten, Yüksek Lisans, İstanbul, 2017)

VAJİNİSMUS TANISI ALAN VE ALMAYAN KADINLARDA ÖZ- DUYARLIK VE BENLİK SAYGISININ İNCELENMESİ

ÖZET

Kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozukluklarından biri vajinismustur. Bu araştırmanın amacı vajinismus tanısı alan ve almayan kadınlarda öz-duyarlık düzeyleri ve benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi ve elde edilen verilerin bu kapsamda tartışılarak literatüre katkıda bulunmaktır.

Araştırmanın örneklemini vajinismus tanı ölçütlerini karşılayan 20'si deney ve 20'si kontrol grubu olmak üzere toplamda 40 kişiden oluşmaktadır. Araştırmada veri toplama araçları olarak “öz-duyarlık ölçeği”, “rosenberg benlik saygısı ölçeği” ve araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik veri formu kullanılmıştır. Araştırma verilerinin istatistiksel olarak analizinde, IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi, Kruskal Wallis H Testi ve Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarından elde edilen verilere göre; vajinismus tanısı alan ve almayan katılımcıların öz-duyarlık ölçeği ve benlik saygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Vajinismus tanısı alan kadınların benlik saygılarının orta düzeyde kontrol grubundaki kadınların benlik saygılarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Vajinismus tanısı alan kadınların öz-duyarlıklarının düşük düzeyde kontrol grubunda ki kadınların öz-duyarlıklarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Vajinismus, Benlik Saygısı, Öz-Duyarlık

(DÜMEN, Gülten, Yüksek Lisans, İstanbul, 2017)

**An Examination On The Women Diagnosed As Vaginismus And Not
Diagnosed As Vaginismus About Their Self-Compassion And
Self-Esteem**

SUMMARY

One of the most common sexual dysfunctions in women is vaginismus. The purpose of this study is to examine the level of self-compassion and the level of self-esteem on the women diagnosed as vaginismus and not diagnosed as vaginismus and to make contribution to the literature about obtained data.

The population of the study is composed of 40 women, 40 of which are diagnosed with women diagnosed as vaginismus and 40 of which are not diagnoses as vaginismus. Women have been applied “self-compassion scale” “rosenberg self-esteem scale” and “socio-demographic data form which has been prepared by the researcher. The data collected has been analyzed with IBM SPSS Statistics 22 program. Pearson Product-Moment Correlation, Kruskal-Wallis H Testi and Man Whitney U Test has been used to asses the data.

According to the data obtained in this study, there have been also a statistical significant difference between scores of self-compassion scale and rosenberg self-esteem scale in women diagnosed as vaginismus and not diagnosed as vaginismus. While women diagnosed as vaginismus determined to have a moderate level of self-esteem, women not diagnosed as vaginismus have high level of self-esteem. Women diagnosed as vaginismus determined to have a low level of self-compassion and women not diagnosed as vaginismus have a moderate level of self-compassion.

Key Words: Vaginismus, Self-Esteem, Self-Compassion.

KISALTMALAR VE SİMGELER

ABİAÖ: Ana–Baba İlgisi Alt Ölçeği

AÖAÖ: Aşırı Özdeşleşme Alt Ölçeği

BAÖ: Bilinçlilik Alt Ölçeği

BİAÖ: Babayla İlişki Alt Ölçeği

BSAÖ: Benlik Saygısı Alt Ölçeği

CİB: Cinsel İşlev Bozukluğu

DDAÖ: Depresif Duygulanım Alt Ölçeği

DSM 4: Ruhsal Bozuklukların Tanı Kriterleri El Kitabı-4

DSM 5: Ruhsal Bozuklukların Tanı Kriterleri El Kitabı-5

EDAÖ: Eleştiriye Duyarlılık Alt Ölçeği

HAÖ: Hayalperestlik Alt Ölçeği

ICD: International Statistical Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslar Arası İstatistiksel Sınıflandırması) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

İAÖ: İzolasyon Alt Ölçeği

İGDAÖ: İnsanlara Güven Duyma Alt Ölçeği

KCİB: Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu

KİTHAÖ: Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme Alt Ölçeği

KKSAÖ: Kendilik Kavramının Sürekliliği Alt Ölçeği

MAX: maximum

MİN: minimum

N: hasta sayısı

Ort: Ortalama

ÖDÖ: Öz Duyarlılık Ölçeği

ÖSAÖ: Öz-sevecenlik Alt Ölçeği

ÖYAÖ: Öz-yargılama Alt Ölçeği

PBAÖ: Paylaşım Bilincinde Olma Alt Ölçeği

PIAÖ: Psikik İzolasyon Alt Ölçeği

PSBAÖ: Psikosomatik Belirtiler Alt Ölçeği

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

SPSS: Statistics Package For Social Sciences

SS: Standart Sapma

TKDAÖ: Tartışmalara Katılabilme Derecesi Alt Ölçeği

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1: ICD-10'a Göre Vajinismus Tanı Ölçütleri

Tablo 2: Uluslararası Konsensus Raporunda Bildirilen KCFB Sınıflandırması

Tablo 3: DSM-5'e Göre Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Tablo 4: Katılımcıların Vajinismus Tanısı Alıp-Almama Durumları İle Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki

Tablo 5: Evlenme Şekillerinin Dağılımı

Tablo 6: Deney Grubundaki Kadınların Daha Önce Kaç Kez Vajinismus Tedavisi Almak İçin Bir Uzmanı Başvurduklarının Dağılımı

Tablo 7: Deney Grubundaki Kadınların Tanıyı Aldıkları Süre Dağılımı

Tablo 8: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Öz Duyarlılık Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Elde Edilen Verilerin İncelenmesi

Tablo 9: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçekleri ve Alt Ölçeklerinden Elde Edilen Verilerin İncelenmesi

Tablo 10: Katılımcıların Öz Duyarlılık Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçeğinden aldıkları toplam puanlarının Vajinismus tanısı alıp-almama değişkenine göre incelenmesi

Tablo 11: Deney Grubundaki Kadınların Benlik Saygı Düzeyleri Ve Öz Duyarlılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 12: Kontrol Grubundaki Kadınların Benlik Saygı Düzeyleri Ve Öz Duyarlılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

EKLER LİSTESİ

EK 1: Sosyo-Demografik Veri Formu

EK 2: Öz-Duyarlık Ölçeği

EK 3: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

EK 4: Özgeçmiş



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
Yemin Metni.....	i
Teşekkür.....	ii
Özet.....	iii
Summary.....	iv
Kısaltmalar / Simgeler Listesi.....	v
Tablolar Listesi.....	viii
Ekler Listesi.....	x
BİRİNCİ BÖLÜM: GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Amacı.....	1
1.2. Problem Cümlesi.....	1
1.3.Araştırmanın Sayıtları.....	1
İKİNCİ BÖLÜM: KAVRAMSAL AÇIKLAMALAR	2
2.1.Vajinismus.....	2
2.2. Vajinismus Tanısı Ve Sınıflandırılması.....	3
2.3. Yaygınlık Ve Sıklık.....	7
2.4. Vajismus Etiyolojisi.....	8
2.4.1. Fiziksel/ Organik Faktörler.....	8
2.4.2. Psikolojik Faktörler.....	8
2.4.3. Kültürel Faktörler.....	10
2.5. Tedavi.....	11
2.5.1 Bilişsel Davranışçı Tedavi.....	13

2.5.2. Hipnoz Tedavisi.....	14
2.5.3. Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma Ve Yeniden İşleme.....	15
2.5.4. Dilatör Kullanımı.....	16
2.5.5. Biofeedback Tedavisi.....	16
2.5.6. Farmakolojik Tedaviler.....	16
2.5.6.1. Botulinum Toksin Tedavisi.....	17
2.5.6.2. Topikal Lidokain Uygulaması.....	17
2.6. Öz-Duyarlık.....	17
2.6.1 Öz-Duyarlık Alt Boyutları.....	18
2.6.1.1. Öz-Sevecenlik.....	18
2.6.1.2. Paylaşımların Bilincinde Olmak.....	19
2.6.1.3. Bilinçlilik.....	19
2.7. Benlik Saygısı.....	19
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM; GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR.....	24
BEŞİNCİ BÖLÜM: TARTIŞMA	38
ALTINCI BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
KAYNAKLAR.....	43
EKLER.....	54
ÖZGEÇMİŞ.....	65

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.ARAŞTIRMANIN AMACI

Vajinismus tanısı alan ve almayan kadınların öz-duyarlıklarının incelenmesi, buna ilişkili olarak farklı öz-duyarlık düzeylerine sahip olan kadınlarda benlik saygılarının değişkenliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

1.2.PROBLEM CÜMLESİ

Vajinismus tanısı alan ve almayan kadınların öz-duyarlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark gözlenmekte midir?

Vajinismus tanısı alan ve almayan kadınların benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir fark gözlenmekte midir?

Vajinismus tanısı alan ve almayan kadınlarda farklı öz-duyarlık düzeyleri ve benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmekte midir?

1.3.ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI

Araştırmanın planlanıp yürütülmesinde, elde edilen bulguların yorumlanmasında Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Öz-Duyarlık Ölçeğinden yararlanılmıştır. Söz konusu ölçekleri doldururken vajinismus tanısı alan ve almayan kadınların sansürlü bir şekilde gerçek duygu ve düşüncelerini yansıttıkları varsayılmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL AÇIKLAMALAR

2.1. VAJİNİSMUS

Vajinismus, ilk olarak 19. Yüzyılda Amerikalı jinekolog Sims tarafından “artan fizyolojik uyarılma ile beraber vajinal sfinkterin spazmodik kasılması” şeklinde tanımlanmıştır. Sims, vajinismusun tanımını yaparken “Kişisel gözlemlerime göre, tereddüt etmeden söyleyebilirim ki, evlilikte her iki tarafı da bu derece mutsuz etmeye muktedir başka bir hastalık bilmiyorum ve belirtmekten mutluluk duyduğum şudur ki iyileştirmesi bu kadar kolay, güvenli ve kesin olan başka ciddi hastalık da bilmemekteyim” cümlelerini eklemiştir (Sims, 1861). Trotula ise 1547’de “Kadınların Hastalıkları” adlı eserinde vajinismusu “Vulva’da öyle bir kasılma meydana gelir ki, işfal edilmiş bir kadın bile bakire gibi görünebilir.” şeklinde tanımlamıştır (Salerno, 1940).

Genel olarak vajinismus vajina girişini saran kasların istemsiz olarak kasılması ve bundan dolayı koitusun başarısız olması olarak tanımlanabilir (Hope ve ark., 2010). Diğer bir deyişle vajinismus, koitusu önleyecek biçimde vajinanın dış üçte birini çevreleyen kasların sürekli veya tekrarlayıcı biçimde kasılmasıdır (İncesu, 2004).

Vajinismuslu kadınlar, bilişsel olarak koitusu tehlike olarak algılamaktadır. Bu nedenle korku ortaya çıkarken, buna bağlı olarak kalp atış hızında ve nefes ritminde artış gibi fizyolojik tepkilerde gözlenmektedir. Bölgesel olarak, pelvik kaslarının istemsiz daralması ile penisin vajinaya girişi engellenir. Kadın, kendini korumaya alarak bacaklarını kapatmaya çalışır ve basenini arkaya doğru çeker. Kadında ağrı beklentisi, kaçınma ve korku gözlemlenmektedir. Sadece penis değil, parmak, tampon, spekulum veya herhangi bir objenin vajinaya girişi tam olarak engellenmektedir (Basson ve ark., 2004; Ersanlı ve Kumcağız, 2016).

Bilinçaltında korunma reaksiyonu olarak korku duygusunun abartılı dışavurumu şeklinde de ifade edebilen vajinismus sorununda, kadınların çoğu bu korkunun ana nedenini unutmuş durumda olabilirler. Böylece unutulmuş korku, gerçekte bağıni kaybetmiş biçimde olumsuz bir duygu olarak karşalarına çıkmaktadır (Amanak ve ark., 2013; Boyacıoğlu,1999; Gillan, 1993).

Vajinismus kadının kendine karşı yetersizlik duyguları hissetmesine ve eşine karşı ise suçluluk duyguları hissetmesine neden olabilmektedir. Vajinismuslu kadınların eşlerinde ise kırgınlık, öfke, istenmeme ve reddedilme gibi duygular gözlemlenirken erektil disfonksiyon ve prematür ejakülasyon sorunları gözlemlenebilmektedir. Vajinismus sadece kadının değil, her iki eşinde cinsel hayatını ve psikolojisini etkileyen bir çift sorunudur (Ersanlı ve Kumcağız, 2016; Gillan,1993; Özerdoğan ve ark., 2009; Yetkin, 1999).

Vajinismuslu kadınların eşleriyle yapılan bir çalışmada, 580 erkeğin %38'9'unda bir cinsel işlev bozukluğu olmadığı, %61.03'ünde prematür ejakülasyon, erektil disfonksiyon ve cinsel isteksizlik gibi bir veya birden fazla cinsel işlev bozukluğu olduğu saptanmıştır (Eserdağ ve ark., 2012).

Vajinismus, katolik kilisesi tarafından evliliği sona erdirmeye nedenleri arasındayken müslümanlar ve yahudiler tarafından da boşanma nedeni olarak görülmektedir (Coppini, 1999). Tedavi edilmediğinde; tecavüz girişimi, fiziksel şiddet gibi adli olaylar ve boşanmalara yol açabilmektedir (Çakmak ve Saatçioğlu, 2003). Tüm kadın cinsel işlev bozukluklarında olduğu gibi kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Akpınar ve Saatçı, 2007).

2.2.VAJİNİSMUS TANISI VE SINIFLANDIRMASI

ICD-10'a göre cinsel işlev bozukluğu altında organik nedenli olmayan vajinismus; vajinanın etrafındaki kasların vajina girişinin kapanmasına neden olacak şekilde kasılması ve penisin vajinaya girişinin olanaksız veya acı verici olması şeklinde tanımlanmaktadır. ICD-10'a göre vajinismus tanı ölçütleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: ICD-10'a GÖre Vajinismus Tanı Ölçütleri

A. Cinsel işlev bozukluğunun genel ölçütleri karşılanmalıdır.

B. Penis girişini önleyecek veya girişte zorluk yaratacak şekilde vajina etrafındaki kaslarda kasılma vardır. İşlev bozukluğu aşağıdakilerden biri olarak görülebilir.

1- Normal bir yanıt hiç yaşanmamıştır.

2- Vajinismus, nispeten normal yanıtın olduğu dönem sonrasında gelişmiştir.

a) Vajinal girişe teşebbüs edilmediğinde, normal bir cinsel yanıt ortaya çıkabilir.

b) Cinsel ilişki girişimleri, yaygın bir korku duyulmasına ve vajinal girişten kaçınmaya yol açar. (örneğin; kalçanın addüktör kaslarının kasılması)

ICD-10 ve DSM- IV'de kadın cinsel işlev bozuklukları sınıflandırmalarında psikojenik ve organik bozukluklar arasında ayırım yapan bir sınıflandırma sisteminin olmaması nedeniyle kadın cinsel işlev bozukluklarını sınıflandırma/tanımları değerlendirme ve düzenleme amacıyla 1998 yılında Boston'da 19 uzmanın katıldığı bir konferans düzenlenmiştir. Konferansta yapılan düzenleme ve değişiklikler 2000 yılında uluslararası konsensus raporu olarak yayınlanmıştır. 2000 yılında yayınlanan uluslararası konsensus raporuna göre kadın cinsel işlev bozuklukları sınıflandırılması Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Uluslararası Konsensus Raporunda Bildirilen KCİB Sınıflandırması

1.Cinsel İstek Bozuklukları

A. Hipoaktif Cinsel İstek Bozuklukları

B. Cinsel Tiksinti Bozuklukları

2.Cinsel Uyarılma Bozuklukları

3.Orgazmik Bozukluklar

4.Cinsel Ağrı Bozuklukları

A. Disparoni

B. Vajinismus

C. Diğer Cinsel Ağrı Bozuklukları

Uluslararası Konsensus Sınıflandırmasında DSM- IV deki tanımlara bazı değişiklikler getirilmiştir. Getirilen değişiklikler kadın cinsel işlev bozukluklarının biyo-psikososyal yönüne ve ilgilenilmeyen kadın cinsel işlev bozukluklarına işaret ettiğinden olumlu eleştiriler alınırken terapotik ve prognostik anlamda eksiklerinin olması, gelecek araştırmalara ve bu bozuklukların tedavisinde sağlayacağı düşünülen faydanın az olması yönünden olumsuz eleştiriler almıştır (Gabbard, 2001; Slowinski, 2001; Sugrue ve Whipple,2001).

2003 yılında yeni sınıflandırmaya yapılan eleştirilerin oldukça fazla olması nedeniyle Paris’te 13 uzmandan oluşan bir komiteyle ikinci bir uluslararası konsensus konferansı yapılmıştır. Yapılan bu konferansta cinsel uyarılma bozuklukları tanımı değişerek dört gruba ayrılmıştır. Tanımı değişen diğer bozukluklar ise orgazmik bozukluklar, cinsel tiksinti bozukluğu, cinsel istek bozukluğu, disparoni ve vajinismustur.

Uluslararası konsensus konferansında önerilen yeni vajinismus tanımı “Kadın istediği halde; penisin, parmağın ve/veya herhangi bir objenin vajinaya girişine izin vermede yaşadığı, devamlı ve tekrarlayan güçlüktür” şeklindedir (Oskay ve Beji, 2008).

DSM-IV-TR’de vajinismus cinsel ağrı bozuklukları alt kategorisi içinde ayrı bir cinsel işlev bozukluğu olarak sınıflandırılırken, DSM-5’te vajinismus ve disparoni tanımlarının kaldırılması ile bu tanımların yerine “cinsel organlarda-pelviste ağrı / içe girme

bozukluğu” olarak yeni bir tanım getirilmiştir (İncesu,2011). DSM-5’e göre cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu tanı ölçütleri Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3: DSM-5’e Göre Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden birinde (ya da daha çoğunda), sürekli ya da yineleyici güçlük çekme:
1. Birleşme sırasında vajinaya girme
2. Vajinaya girme ya da girme girişimleri sırasında vulvovajinada ya da pelviste belirgin ağrı duyma.
3. Vajinaya girme eyleminin gerçekleşeceği beklenirken ya da vajinaya girme sırasında ya da girilmesinden ötürü, vulvovajinada ya da pelviste ağrı duymayla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma.
4. Vajinaya girme girişimi sırasında pelvis tabanı kaslarını çok germe ya da sıkma.
B. A tanı ölçütündeki belirtiler, en az, yaklaşık altı aydır sürmektedir.
C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.
D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan (örn. eşin kaba güç kullanması) ya da gerginlik ve bir maddeye / ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.
Olup olmadığımı belirtiniz:
Yaşam boyu: Bu bozukluk, kişi cinsel açıdan etkin olduğundan beri vardır.
Edinsel: Bu bozukluk, oldukça olağan bir cinsel işlevsellik evresinden sonra başlamıştır.
O sıradaki ağırlığımı belirtiniz:
Ağır olmayan: A tanı ölçütündeki belirtiler az sıkıntı doğurur.
Orta derecede: A tanı ölçütündeki belirtiler orta düzeyde bir sıkıntı doğurur.
Ağır: A tanı ölçütündeki belirtiler çok sıkıntı doğurur.

Vajinismus ve dispareni hem pelvik taban hiperaktivitesi hem de ağrı bildirimini ile ilişkili olduğu ve aralarındaki farkı bulmak zor olduğundan dolayı DSM-5’te her ikisi de cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu içine dahil edilmiştir. Fakat

uygulamada, vajinismuslu ve disparonili kadınların cinsel davranışları ve ağrı toleransları arasında farklılık olduğu görülmektedir. Farklılıklar arasında birçok disparonili kadının ağrı bildirimine rağmen cinsel ilişkiye girmekte devam etmekte olması örnek olarak gösterilmiştir. Bu sebeple tedavi seçenekleri bu farklılıklar göz önünde tutularak değerlendirilmektedir (Brauer ve ark., 2014).

Vajinismus primer (yaşam boyu) ve sekonder (edinilmiş) olarak da sınıflandırılmaktadır. Kadın daha önce hiç cinsel ilişki kuramamış ise yaşam boyu süren yani primer vajinismus, eğer kadın semptomsuz bir şekilde daha önce cinsel ilişki kurmuş, bir süre sonra cinsel ilişki kurmakta sıkıntı yaşamakta ise sekonder vajinismus olarak sınıflandırılır. Psikosomatik bir bozukluk olarak da tanımlanabilen sekonder vajinismus, tekrar eden vajinal enfeksiyonlardan sonra veya yetersiz epizyotomi sonrasında gelişebilmektedir (Gillan,1993; Ter Kuile ve ark., 2009).

2.3. YAYGINLIK VE SIKLIK

Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları arasında en sık görülenlerinden biri vajinismustur. Vajinismus'un genel popülasyonda ki yaygınlığı bilinmemekle birlikte, tanı ölçütlerini karşılayan kadınların tedaviye başvurmaktan çekindikleri ve başvuran kadınlara eksik tanı konulduğu düşünülmektedir (Crowley ve ark., 2006; Spector ve Carey, 1990; Ter Kuile ve ark., 2007). Vajinismus fertil kadınların %0.5 ile %1'inde görülmektedir (Grazziotin, 2006).

Ter Kuile vd. 2009'da birinci basamak sağlık kuruluşlarına, jinekoloji polikliniklerine ve cinsel işlev bozukluğu kliniklerine vajinismus tedavisi için başvuru oranının %3 ve %25 arasında değişkenlik gösterdiğini bildirmişlerdir.

İsveçli kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada cinsel ağrı yaygınlığı %9.3 iken , Danimarkalı kadınlar üzerinde yapılan başka bir araştırmada ise çalışmaya katılan 2295 kadının %0.4'unun vajinismus olduğu belirlenmiştir (Christensen ve ark., 2011; Hope ve ark., 2010).

Cinsel eğitim tedavi ve araştırma derneği, ülkemizde vajinismus görülme oranının batı ülkelerine kıyasla daha fazla olduğu ve bu oranın ülkemizde yaklaşık %50 batı ülkelerinde ise yaklaşık %10 olduğunu bildirmiştir (CETAD, 2006).

Batı ülkelerine kıyasla ülkemizde daha sık görülen vajinismusun en sık karşılaşılan tipi primer vajinismustur (Berkol ve ark., 2015; Oktay ve Tombul, 2003).

Ülkemizde yapılan bir başka araştırmaya göre cinsel terapi alan çiftler arasında en sık görülen cinsel işlev bozukluğu vajinismus ve görülme sıklığı %15.3'tür (Yılmaz ve ark., 2010).

Ayrıca ülkemizde yapılan araştırmalar sonucu, cinsel işlev bozuklukları arasında tedavi amacıyla psikiyatri kliniklerine başvuran hastalardan %73'ünün, polikliniklere başvuran kadın hastaların %66-%75.9'unun ve cinsel işlev bozuklukları polikliniklerine başvuran kadın hastaların %41'inin vajinismus olduğu bilirmiştir (Doğan, 2009; Şimşek ve ark., 2003; Tuğrul ve ark., 1993; Yıldırım ve ark., 2011; Yılmaz ve ark., 2010).

2.4. VAJİNİSMUS ETYOLOJİSİ

2.4.1. FİZİKSEL / ORGANİK FAKTÖRLER

Genellikle vajismus vakalarının etiolojisinde psikolojik ve kültürel faktörlerin rol oynadığı bilinmekte olsa da nadiren organik faktörler de vajinismus vakalarının etiolojisinde gözlenebilmektedir. Kızlık zarı anomalileri, konjenital anomaliler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, vajinal atrofi ve adezyonlar, vajinal cerrahi veya intravajinal radyasyona bağlı vajinal atrofi ve adezyonlar, vulvar vestibülit sendromu, endometriozis, enfeksiyonlar, uterus prolapsusu, vajinal lezyonlar ve tümörler genel olarak vajinismus etiolojisinde rol oynayan organik faktörlerdendir (Basson, 1996; Jeng, 2004).

2.4.2. PSİKOLOJİK FAKTÖRLER

Genel olarak cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkışında ki etiolojik faktörler birbirine benzemektedir. Tutucu yetiştirilme biçimi, çocukluk yaşantıları ve aile ortamı, eşler arasındaki uyumsuzluk ve iletişim sorunları, olumsuz beden imgesi, başka bir cinsel sorunun ya da psikiyatrik sorunun bulunması, cinsel bilgi eksikliği ve cinsel mitler cinsel işlev bozukluklarının etiolojisinde önemli rol oynayan psikolojik faktörlerdendir (Özakkaş, 1993; Tuğrul, 1999). Cinsel işlev bozukluklarının ortaya

çıkışında yalnızca cinsel bilgi eksikliği değil öğrenilen bilgilerin yanlış olması da önemli bir rol oynamaktadır.

Tecavüz, cinsel şiddet ve istismar gibi travma ile sonuçlanan durumlar başta olmak üzere, tutucu yetiştirilme biçimi, cinsel bilgi eksikliği, yanlış cinsel bilgi aktarımı, cinsel tiksintiler, hamilelik ve doğum korkusu, cinsel yollarla bulaşan hastalık korkusu, ailede başka bir vajinismus vakasının olması, eş güvensizliği, eşin kadın cinselliğini yeterince bilmemesi veya aşırı saldırgan tutumu vajinismusun ortaya çıkışında ve devam etmesinde rol oynayan psikolojik faktörlerdendir (Ersanlı ve Kumcağız, 2016; Çakmak ve Saatçioğlu, 2003; Tuğrul ve Kabaçı, 1997b; Gillan, 1993; Ramli ve ark., 2012; Karagüzel ve ark., 2016). Bir kurama göre kadının eşini, kendini veya cinsel yakınlaşma ile zevk almayı bilinçdışı reddetmesinden dolayı vajinismus ortaya çıkabilmektedir. Bir diğer görüşe göre ise kadınların orgazm anında bağırabileceklerinden, küçük düşeceklerinden ya da bayılacaklarından korkmaları, cinsel birleşme sırasında akıllarından uzaklaşarak vücutlarına teslim olmalarının uygunsuz bir davranış olduğunu düşünmeleri ve eşlerden birinin diğer eşe cinsel duygularının olmaması da diğer nedenler arasında gösterilmektedir (Davison ve Neale, 2004).

Cinsel şiddet ve istismara maruz kalma gibi olumsuz deneyimler, vajinismusun etiolojisinde en önemli rolü oynayan psikolojik faktörlerdendir. Cinsel şiddet veya istismara uğrayan bireylerde, uzun süre ve sıkça maruz kalmayla orantılı olarak uygunsuz cinsel davranışlar ortaya çıkmaktadır. Yapılan araştırmalarda cinsel şiddet veya istismara ne kadar erken yaşta maruz kalındıysa o kadar fazla uygunsuz cinsel davranış geliştirildiği bildirilmiştir. Sözel istismar, teşhircilik, röntgencilik, cinsel ilişkiye tanık etme, bedene cinsel amaçla dokunma, müstehcen yayınlara konu etme, fuhuşa zorlama, tecavüz ve ensest gibi istismar türlerinden herhangi birine maruz kalan bireyler korku, kirlenmişlik ve suçluluk gibi duygular geliştirirler. Özellikle cinsel istismara maruz kalan kadınlar erişkinlik dönemlerinde vajinismus gibi cinsel işlev bozuklukları ile karşılaşmaktadırlar (Coppini, 1999; Ersanlı ve Kumcağız, 2016; Yaşar ve ark., 2010).

Vajinismus vakalarının etiolojisinde %90 oranla psikolojik faktörlerin rol oynadığı bildirilmiştir (İncesu, 1999). Genellikle vakalarının birçoğu primer olup tutucu yetiştirilme biçiminden ve psikolojik travmalardan dolayı ortaya çıkmaktadır. Nadir

görülen sekonder vajinismus vakaları yine cinsel istismar ve tecavüz gibi faktörlerin psikolojik travmaya neden olmasıyla ortaya çıkmaktadır (Gillan, 1993).

2.4.3. KÜLTÜREL FAKTÖRLER

Cinsellik bireysel faktörlerden etkilendiği gibi toplumsal ve kültürel faktörlerden de etkilenebilmektedir. Her toplum yetiştirdiği yeni kuşaklara eski kalıp düşüncelerini ve yargılarını da aktarmaktadır. Küçük yaşlardan itibaren bireyler cinsiyet farklılıklarına göre yetiştirilmektedir. Cinsiyet farklılıklarına göre yetiştirilen bireyler, küçük yaştan itibaren içlerinde buldukları kültüre göre bir kadının veya bir erkeğin neleri yapması ve neleri yapmaması gerektiğini öğrenmeye başlarlar. Fakat bu süreçte öğrenilen ve benimsenen birçok bilgi yanlış veya eksik olabilir. Cinsellikle ilgili abartılı ve yanlış inanışlar çoğunlukla, cinsellikle ilgili fıkralardan, esprilerden, kitle iletişim araçlarından ve pornografik yayınlardan beslenmektedirler (Ersanlı ve Kumcağız,2016).

Toplumda cinsellikle ilgili inanışları en çok etkilediği düşünülen, televizyon ve radyo gibi kitle iletişim araçları gerçekler yerine fantazilere daha çok yer vermektedir. Edebiyat da ise yazarlar topluma mükemmel aşk ve romantizmi verir. Pek çok yazarın kadın ve erkek kahramanları cinsel açıdan güçlü ve her an cinselliğe hazırdır. Kahramanların aynı anda orgazm olması okuyucu kitlesinde mükemmel cinsellik beklentisini arttırmaktadır. Yine toplumda cinsellikle ilgili inanışları etkilediği düşünülen pornografik yayınlarda diğer faktörler gibi bireylerde olanaksız beklentilere yol açmaktadır (Gillan, 1993).

Cinselliği etkileyen bir diğer kültürel faktör ise hayatın her döneminde önemli rol oynayan cinsellik konusunun, birçok kültürde halen tabu olarak görülmesidir (Ersanlı ve Kumcağız, 2016). Cinselliğin tabu olarak görüldüğü kültürlerde ağırlıklı olarak tutucu yetiştirilme biçimi hâkimdir. Sağlıklı bir cinsel eğitim verilmesinin aksine özellikle kadınlara cinsel davranışlarda bulunmanın ayıp, günah, tehlikeli ya da pis olduğu aktarılmaktadır. Cinselliğin bu şekilde yanlış aktarıldığı kültürlerde cinsellik bireylerde utanç ve suçluluk duygularına yol açabilmektedir (Tuğrul, 1999).

Birçok kültür cinsel yaşam ve cinsel hazzın erkekler için var olduğuna dair düşüncelerle kadını aşağılayarak değersizleştirirken, erkek ve kadını birbirinden ayırıştırarak yabancılaştırır (Ersanlı ve Kumcağız, 2016).

Kültürel faktörler diğer cinsel işlev bozukluklarında olduğu gibi vajinismusun da ortaya çıkışında önemli bir rol oynamaktadır (Tuğrul, 1999). Özellikle tutucu yetiştirilme biçimiyle aktarılan veya direk olarak kültürden gelen cinsel yaşamın tehlikeli olduğuna ve bekâret kavramının kutsallığına dair inançlar kadınları etkilemektedir (Crowley ve ark., 2009; Kahraman, 2012; Yetkin, 1999). Gillan primer vajinismus vakalarının çoğunlukla tutucu yetiştirilme biçimi gibi kültürel faktörlerden dolayı ortaya çıktığını bildirmiştir (Gillan, 1993). Diyarbakır'da yapılan bir diğer çalışmada ise vajinismus vakalarında, etiyolojik faktörlerin tutucu yetiştirilme biçimi ve dini otoriteler gibi kültürel faktörler olarak saptandığı bildirilmiştir (Yasan ve Akdeniz, 2009).

2.5. TEDAVİ

Cinsel işlev bozuklukları arasından en kolay tedavi edilen vajinismus, başarı oranı %90'ı aşan bir kadın cinsel işlev bozukluğudur (İncesu, 2004). Vajinismus tedavisinde bilişsel davranışçı terapi, hipnoterapi, göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme, biofeedback ve dilatör tedavilerinin kullanılmasının yanı sıra lokal anestetikler, kas gevşeticiler ve anksiyolitik ilaçlar gibi farmakolojik tedavi yöntemleri de önerilmiştir. Önerilen farmakolojik tedavilerin etkililiği ile ilgili yayınlanan çalışmaların sayısı oldukça kısıtlı olmakla birlikte, çalışmaların çoğunda kontrol grupları bulunmadığından dolayı vajinismusun farmakolojik tedavisi ile ilgili sonuçlar oldukça sınırlıdır (Lahaie ve ark., 2010). Bununla birlikte yapılan bir araştırmada vajinismus tedavisi için himenektomi gibi cerrahi müdahalelerin sorunu ortadan kaldırmaktan ziyade daha da ileriye taşıyacağı bildirilmiştir (Boyacıoğlu, 1999; İncesu, 2004).

Terapistler bazı vajinismus vakalarının tedavilerinde bir tane tedavi tekniği kullanmaktayken bazı vajinismus vakalarında görülen sorunların çok yönlü ve karmaşık yapısından dolayı birden fazla tedavi tekniği kullanabilmektedirler (Davison ve Neale, 2004).

Vajinismuslu kadınlar çoğu zaman kasılma nedeniyle jinekolojik muayenenin olmasını engellemektedirler (İncesu, 2004). Penetrasyon korkusu sebebiyle kaçma davranışları gösterebilmekte ve hatta cinsel organlarına bile dokunamamaktadırlar. Vajinismuslu kadınların birçoğu vajinalarının çocuk doğuramayacak kadar küçük olduğunu ya da doğumun çok ağrılı olacağını düşünmekte olduklarından dolayı doğum fobisine sahiptirler. Vajinismus tedavisi görmeden düşük olasılıkla hamile kalabilmektedirler fakat çoğunlukla doğum fobisine sahip olmaları nedeniyle oluşan kasılmalar bebeğin çıkışına izin vermemektedir. Bu nedenle vajinismuslu kadınlar normal doğum yapamamaktadırlar (Çakmak ve Saatçioğlu, 2003; Gillan, 1993; Oktay ve Tombul, 2003). Ayrıca vajinismuslu kadınların eşlerinde de zaman içerisinde prematür ejakülasyon, cinsel ilgi ve istekde azalma veya sadakatsizlik gibi sorunlarla karşılaşabilmektedir. Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre vajinismuslu kadınların eşlerinin %41'inde prematür ejakülasyon sorunu olduğu bildirilmiştir (Boyacıoğlu, 1999). Vajinismus sorunu bu tür nedenlerden dolayı evlilik yaşantısına büyük ölçüde zarar verdiği için tedavisi zaruri bir kadın cinsel işlev bozukluğudur.

Ağrı, ağrı korkusu ve pelvik taban bozukluğu vajinismus ve dispareniye yaygın olarak görüldüğünden, vajinismusun dispareni ile ayırt edilmesini zorlaştırmaktadır (Melles et al, 2014). Fakat son yıllarda yapılan araştırmalarda vajinismuslu kadınların, dispareniye kadınlara göre cinsel uyarılara farklı tepki gösterdiği gözlemlenmiştir (Simonelli ve ark., 2014). Bu sebeple yanlış tanı tedavi sürecini olumsuz etkileyeceğinden, vajinismus tanısı konurken dikkat edilmesi gereken bazı hususlar bulunmaktadır. Jinekolojik muayene sırasında vajinismuslu kadın ile dispareniye kadının tepkileri farklılık göstermektedir. Genellikle vajinismuslu kadınlar şiddetli korku tepkilerinin yanında, savunmacı ve kaçınan davranışları dispareniye kadınlara kıyasla daha fazladır ve muayene sırasında ağlama, muayeneye izin vermeme bazen de muayenenin yapıldığı ortamdan ayrılma çabaları gözlemlenebilmektedir (Melles ve ark., 2014). Ayrıca, vajinismus sorununda penetrasyon gerçekleşmezken dispareniye sorununda penetrasyon mümkün fakat acı vericidir (Hiller, 2000).

Vajinismus tedavisinde, tedavi hedefinin sadece penetrasyon sağlanması değil penetrasyon ile cinsel haz duyulması olduğunu ileri süren görüşler hala mevcutken penetrasyonun vajinismus için tedavi hedefi olup olmadığı hala tartışılmaktadır (Kleinplatz, 1998).

Vajinismus tedavisi için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuran kadınlara, sorunun nedenleri açıklanmalı, kendine güveni ve penetrasyonun başarılı olacağı inancına teşvik edilmeli, tedavi sırasında her zaman vajinasını kontrol edebileceği öğretilmeli ve hem eşinin hem de kendisinin tedavi sürecinde sabırlı ve istekli olmaları gerektiği bildirilmelidir (Caplan, 1988). Tedaviye başlamadan önce eş reddi olup olmadığı saptanmalıdır, aksi takdirde yapılacak olan tedavi etik değildir. Tedavinin başlangıcında her iki eşe de, cinsellik, cinsel mitler, cinsel organlar ve vajinismus ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmesi ve penetrasyonun gerçekleşmesinin zaman alacağının bildirilmesi tedavinin olumlu sonuçlar vermesi için önemli olan ilk bir adımlardır (Çakmak ve Saatçioğlu, 2003).

2.5.1.BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

Vajinismus tedavisinde kullanılan birçok yöntem vardır ve bu yöntemler arasında en yaygın ve en çok başarı sağlanmış olanı bilişsel- davranışçı tedavi yöntemidir. Bilişsel davranışçı tedavi yöntemi vajinal kaslarda istemsiz kasılmayı yenme, kaslar üzerindeki denetimi arttırma, negatif kognisyonları ve fobik tepkileri ortadan kaldırmayı amaçlar (Yetkin, 1999).

Günümüzde ki çalışmalar sonucu vajinismus bir fobi olarak tanımlanmakta ve buna yönelik olarak bilişsel davranışçı terapi ile fobi tedavisine benzer şekilde ele alınmaktadır. İlk olarak sistematik duyarsızlaştırma tekniği ile kademeli olarak kaygı durumları tanımlanarak, rahatlama teknikleri ile rahatlama ve korkunun yönetilmesi öğretilmektedir. Bu sayede korku düzeyleri tanımlanmış olup her aşamada öğretilen rahatlama ve nefes teknikleri ile kişinin gerçek hayatta bunları uygulaması sağlanır. Davranışçı tekniklerle ise kişinin kendi vücudunu ve vajinasını tanıması sağlanmaktadır. Kegel egzersizleri ile kişinin pelvik kaslarındaki kontrolün kendinde olduğunun farkına varması beklenmektedir. Davranışçı tekniklerle ilk olarak kişinin kendi parmaklarıyla daha sonra eşinin parmaklarıyla kademeli vajinaya giriş egzersizleri yapılması sağlanır. Son aşamada ise kişinin kontrolünde kademeli olarak penisin vajinaya girişı sağlanarak tedavi sonlandırılmaktadır (Caplan, 1998; Eranlı ve Kumcağız, 2016).

Akpınar ve Saatçi 2007’de yayınladıkları bir çalışmada 19 aydır evli ve cinsel birleşme yaşayamamış bir çifte, bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri, sensate focus ve aşamalı duyarsızlaştırma gibi bilişsel davranışçı terapi teknikleri ile vajinismus tedavisi uygulamış ve cinsel fonksiyonlarında iyileşme gösterdiğini bildirmişlerdir. Özdel ve ark. 2013’de 28 çifte bilişsel davranışçı tekniklerle cinsel terapi uygulamış vajinismusta bu yöntemin başarılı olduğunu ve vajinismus dışında ki diğer cinsel sorunlarında azaldığını bildirmişlerdir.

Bergeron ve ark. klasik cinsel terapi yöntemleri üzerinde değişiklik yaparak, ağrı kontrolünü ve bilişsel davranışçı terapiyi birleştirerek bilişsel davranışçı ağrı giderme terapisi tedavi yöntemi ortaya koymuşlardır. Bireysel, çift ya da grup olarak uygulanabilen tedavinin, birinci aşaması bağ kurma, eğitim verme ve hedef belirlemeden oluşurken ikinci aşaması bilişsel davranışçı stratejilerin kullanıldığı aktif kısımdan oluşmaktadır. Bu tedavi yöntemi randomize kontrollü bir çalışmada, 78 dispareni kadına grup terapisi olarak uygulanmış %38 oranında ağrının azaldığı gözlenmiş ve kadınların %40’ı büyük ölçüde ilerleme kaydettiğini ya da ağrının tamamen ortadan kalktığını belirtmiştir (Bergeron ve ark., 2001). Dispareni kadınlarda uygulanan bilişsel davranışçı ağrı giderme terapisinin vajinismuslu kadınlarda da kolaylıkla uygulanabileceği belirtilmiştir (Leiblum, 2013).

Yayımlanan bir diğer çalışmada Bilişsel davranışçı tekniklerle yapılan grup psikoterapilerinin vajinismus tedavisinde oldukça başarılı olduğu gözlemlenmiştir. Bilişsel davranışçı tekniklerle yapılandırılmış grup psikoterapileri kısa sürmesi ve kişiler arası ilişkilerin geliştirilmesinde yardımcı olmasından dolayı etkili bir yöntem olarak bildirilmiştir (Yargıç ve Kayır, 1996).

2.5.2.HİPNOZ TEDAVİSİ

Hipnoz, düşünmenin ve insan aklını kullanmanın doğal yollarından biridir. Bir nevi uyku ve rüya hali gibi bilincin dağıldığı bir hal olarak tanımlanabilir. Bu rüya ve bilinç dağılması hali belirli amaçlara doğru yönlendirilerek, yararlı sonuçlara ulaşılabilir. Hipnoz birçok amaca yönlendirilebileceği gibi cinsel işlev bozuklukları tedavisine de yönlendirilebilir.

Hipnoz tedavisi bireylerde olumsuz düşüncelerin yerine olumlu düşüncelerin getirilmesine yoğunlaşmaktadır. Cinsel işlev bozukluklarında hipnoz tedavisi ise olumsuz cinsel düşüncelerin yerine olumlu cinsel düşünceler getirilmesiyle gerçekleşmektedir (Özakkaş, 1993).

Hipnoterapinin vajinismus tedavisinde kullanılabilir olduğu birçok yayında belirtilirken literatürde ilgili çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmüştür (Taştan ve Işık, 2015). Vajinismus tedavisinde sıkça kullanılan bilişsel davranışçı terapi ve diğer tedavi yöntemlerine kıyasla hipnoterapi yöntemi daha kısa sürelidir bu nedenle tedavi sürecini hızlandırırken başarısını da yüksek oranda arttırabilmektedir (Eserdağ ve ark., 2011; Taştan ve Işık, 2015).

Taştan ve Işık 2015’de, 8 aydır vajinismus sorunu yaşayan daha öncesinde iki kere kadın hastalıkları uzmanı ve bir kere psikiyatri geçmişi olan bir çiftin hipnoterapi polikliniğine başvurmaları sonucu 8 seanslık bir görüşme planı yapıldığını ve 3. seans sonunda vajinismus sorununun ortadan kalktığını bildirmiştir.

2.5.3.GÖZ HAREKETLERİ İLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEME

Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tedavisi için ortaya konmuş etkili bir işleme sürecidir. EMDR ‘de terapist tarafından verilmekte olan iki yönlü uyarı ile göz hareketleri sağlanmaktadır. Hasta bir yandan travmatik yaşantının içsel temsilcisine odaklanırken diğer yandan terapistin el hareketlerini takip eder. Sıkıntı azaldığında ya da tamamen ortadan kalktığında verilen ikili dikkat uyarıları sonlandırılır (Torun, 2010).

EMDR tekniği genellikle hızlı ve etkili olmasından dolayı travma tedavilerinde kullanılmaktadır. Edmond ve ark. 1999’da çocukluk çağı cinsel travmalarında da etkili bir tedavi tekniği olduğunu bildirmişlerdir (Edmond ve ark., 1999).

Literatürde vajinismusun EMDR tedavisi ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlı olmasına rağmen özellikle travmaya bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülen vajinismus tedavileri için EMDR alternatif bir yöntem olarak gösterilmiştir (Torun, 2010). Travma

öyküsü bulunan vajinismus olgularında EMDR yönteminin kullanılması terapiye uyumu artırıcı ve süreci oldukça hızlandırıcı olabilmektedir (Alıcı ve ark., 2016; Torun,2010).

Torun 2010'da etiolojisinde travma olan iki vajinismus olgusunda EMDR tedavisinin oldukça etkili olduğunu ve sorunun ortadan kalktığını bildirmiştir.

2.5.4.DİLATÖR KULLANIMI

Vajinismus tedavisinde kullanılan yöntemlerden biride dilatör kullanımı tedavisidir. Dilatör kullanımı kademeli olarak vajinal kaslarda esnekliğe yol açarken aynı zamanda duyarsızlaşmaya da yol açmaktadır (Usta ve Oral, 2016). Böylece vajinismus sorununun fiziksel semptomlarını azaltırken penetrasyon korkusu ve kaygısı gibi vajinismusun psikolojik semptomlarında da azalmaya yardımcı olmaktadır (Pacik, 2014). Macey ve ark. 2015'de yayınladıkları bir araştırmada vajinismus tedavisinde uzmanların dilatör kullanımını reçete olarak verebileceğini bildirmişlerdir.

2.5.5.BİOFEEEDBACK TEDAVİSİ

Küçük elektrotlar yardımıyla bireyde fizyolojik değişkenlerin gözlendiği biofeedback yöntemi, bilinçsiz ve normal olmayan davranışsal yanıtları bilinçli hale getirmeyi amaçlamaktadır (Demiralp ve Oflaz, 2007). İstemsiz davranışsal yanıtların birey tarafından kontrol altına alındığı biofeedback yöntemi özellikle pelvik kasların aşırı aktif olduğu vajinismus gibi cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluklarında oldukça etkili bir tedavi yöntemidir (Amanak ve ark., 2013).

2.5.6.FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

Vajinismus tedavisi için lokal anestetikler, kas gevşeticiler ve anksiyolitik ilaçlar olarak üç ana farmakolojik tedavi yöntemi önerilmiştir. Önerilen yöntemlerin etkililiği ile ilgili yayınlanan çalışmaların sayısı oldukça kısıtlı olmakla birlikte çalışmaların çoğunda kontrol grupları bulunmadığından dolayı vajinismusun farmakolojik tedavisi ile ilgili sonuçlar oldukça sınırlıdır (Lahaie ve ark., 2010).

2.5.6.1.BOTULİNUM TOKSİN TEDAVİSİ

Şiddetli vajinismus olan ve klasik tedavi yöntemlerine cevap vermeyen hastalarda uygulanan diğer bir tedavi yöntemi ise botulinum toksin enjeksiyon tedavisidir. Botulinum toksin enjeksiyonu lokal olarak uygulanarak vajinal bölgede kaslarının fonksiyon kaybına uğramasını sağlamaktadır. Böylece istemsiz vajinal kasılmanın önüne geçmektedir (Ghazizadeh ve Nikzad, 2004).

Ghazizadeh ve Nikzad 2004'de yayınladıkları çalışmada, şiddetli vajinismus olgularında uyguladıkları botulinum toksin enjeksiyon tedavisinin etkililiğini bildirmişlerdir. Yayımlanan çalışmalarda bilişsel davranışçı tedavi yöntemine dirençli, şiddetli vajinismus olgularında botulinum toksin enjeksiyon tedavisinin oldukça etkili bir yöntem olduğu bildirilmiştir (Ghazizadeh ve Nikzad, 2004; Bertolasi ve ark., 2009).

Ayrıca Pacik 2009'da yayınladığı olgu bildirisinde 20 vajinismus hastasına sedasyon altında intravajinal botox enjeksiyonu uygulamış ve etkili sonuçlar aldığını bildirmiştir.

2.5.6.2.TOPİKAL LİDOKAİN UYGULAMASI

Vajinismus tedavisinde sıklıkla tercih edilmesede topikal lidokain uygulaması da tedavi yöntemlerinden biri olarak gösterilmiştir. Yayımlanan bazı çalışmalarda, vajinismuslu kadınlar üzerinde topikal lidokain uygulaması sonrası başarılı cinsel ilişkiye ulaşıldığı bildirilmektedir (Hassel, 1997; Praharaj ve ark., 2006).

2.6. ÖZ-DUYARLIK

Öz-duyarlık kavramı Budizm felsefesini temel almaktadır. Budist felsefesinde önemli bir kavram olan öz-duyarlık, duyarlık kavramı ile direk ilişki içerisindedir (Akın ve ark., 2007). Budist geleneklere göre diğer bireylere karşı duyarlı olabilmek için ilk olarak bireyin kendine karşı duyarlı olabilmesi gerekmektedir (Neff, 2004). Duyarlık diğer bireyleri önemsemeyi, diğer bireylerin acı ve üzüntülerine duyarlı olmayı, hata yapabilecekleri ve başarısız olabileceklerini farkında olarak anlayışlı, sabırlı ve önyargısız bir şekilde anlamaya çalışmayı içermektedir (Tel ve Sarı, 2016). Öz-duyarlık kavramı ise bireyin kendine yönelik iyilik ve anlayış duygularına odaklanmaktadır (Neff ve ark, 2005; İkiz ve Totan, 2012). Neff, bu kavramı bireyin acı ve başarısızlık

gibi yaşantıları yaşamın doğal bir parçası olarak kabul etmesi; duygularına açık olması; duygularıyla akılcı bir şekilde başa çıkabilmesi ve kendine şefkatli yaklaşması şeklinde tanımlanmıştır. Bireyin yaşadığı acıyı bastırması ya da görmezden gelmesi değil, kendi acısını iyileştirmeye yardımcı olmasıdır. Bireyin kendi başarısızlıklarını, hatalarını ve kusurlarını yargılayıcı ve sert bir biçimde eleştirmeden kabul etmesini ve bunları insan olmanın bir parçası olarak görmesini gerektirmektedir (Neff, 2003a; 2004). Öz-duyarlık ile psikolojik iyi olma arasında güçlü bir bağ olduğundan dolayı son dönemlerde öz-duyarlıkla ilgili yapılan araştırmaların sayısı oldukça artmıştır (Albertson ve ark., 2015; Neff, 2004). Yapılan bir araştırmada öz-duyarlık düzeyi yüksek bireylerin psikolojik olarak daha sağlıklı bireyler oldukları bildirilmiştir (MacBeth ve Gumley, 2012). Öz-duyarlık kavramı mutluluk, duygusal zeka ve iyimserlik gibi pozitif psikolojik kavramlarla yakından ilişkili olup, mükemmeliyetçilik ve başarısızlık korkularıyla başa çıkma becerileri geliştirmede yardımcı olarak bireyin refah seviyesini yükseltmesine aracı olmaktadır (Albertson ve ark., 2015; Neff, 2009; Neff ve McGehee, 2009). Yüksek öz-duyarlık düzeyi bireylerde depresyon ve kaygıyı azaltırken daha fazla yaşam memnuniyeti ve sosyal ilişki görülme olasılığını arttırmaktadır (Neff, 2003b; Thompson ve Waltz, 2008).

2.6.1. Öz-Duyarlığın Alt Boyutları

Öz-duyarlık kavramı, öz yargılamaya karşın öz-sevecenlik, izolasyona karşın paylaşımların bilincinde olma ve aşırı özdeşleşmeye karşın bilinçlilik olarak üç temel boyuttan oluşmaktadır (Neff, 2003a). Öz-sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma ve bilinçlilik boyutları kavramsal olarak birbirlerinden ayrı ve bireyler tarafından ayrı ayrı deneyimlenebilmekle birlikte birbirlerinin ortaya çıkmasına ve birbirlerinin gelişmelerine yardımcı olmaktadır (Kirkpatrick, 2005).

2.6.1.1. Öz-Sevecenlik

Öz-sevecenlik kavramı kendine iyiliği, affı, empatiyi, sabrı ve sıcaklığı içermektedir. Bireyin kendine karşı sert ve yargılayıcı bir tutum içerisinde olmasından ziyade kendisine yönelme ve anlayış eğilimini işaret etmektedir (Albertson ve ark., 2015; Neff ve Vonk, 2009). Öz-sevecenlik kusurlar, sınırlılıklar ve yaşam zorluklarıyla karşılaşmanın kaçınılmaz olduğunu fark etmeyi ve duyulan acılar karşısında yargısız olarak iç diyaloga izin vererek kendini desteklemeyi gerektirmektedir (Neff, 2009;

Greenberg ve ark., 1998). Birey kusurları, sınırlılıkları ve yaşadığı zorlukları insan olmanın normal bir parçası olarak kabul etmediğinde kendini yargılama ve stres biçimlerinde acı çekerken; anlayış ile karşılayarak kabul ettiğinde sevecenlik duyguları üretilmektedir (Neff, 2012; Neff ve McGehee, 2009).

2.6.1.2 Paylaşımların Bilincinde Olmak

Paylaşımların bilincinde olma diğer bireylerle bağımızın olduğunu farkında olmayı içermektedir. Yaşanan zorlukların, başarısızlıkların ve üzüntülerin her insan tarafından paylaşılan insani yaşantılar olduğunu, zayıf yönler ve kusurlara sahip olmanın insan olmanın bir parçası olarak kabul ederek bağışlamayı gerektirmektedir (Barnard ve Curry, 2011; Neff, 2004). Paylaşımların bilincinde olma boyutu ise bireylerin acı çektiği dönemlerde onları izole olmaktan ve onların yalnızlık duygularından uzak kalmalarına yardımcı olmaktadır (Neff, 2003b).

2.6.1.3. Bilinçlilik

Bilinçlilik, mevcut tecrübelerimize karşı ılımlı ve samimi ilgiyi içermektedir. Aşırı özdeşleşme ise bireylerin kendi düşünce, duygu ve deneyimlerini keşfetmelerini ve öğrenmelerini engelleyen bir faktördür. Bireyin içinde bulunduğu durumu objektif bir perspektiften görmesini engelleyerek acının boyutunu büyütme fırsat verir (Neff ve ark., 2005; Neff ve Vonk, 2009). Bilinçlilik gelecekle ilgili değerlendirmelere ve kaygıya odaklanmak yerine deneyimlemeye ve öğrenmeye yardımcı olarak dikkatli farkındalık içinde tutmayı gerektirmektedir (Barnard ve Curry, 2011; Neff, 2003b, 2004). Bilinçlilik yaşantılarla ilgili duyguları net bir şekilde görmeye ve kabul etmeye yardımcı olmaktadır (Neff, 2003a).

2.7. BENLİK SAYGISI

Benlik saygısı kavramı psikopatoloji ile yakından ilişkili olup, bireyin kendisi, fiziki ve sosyal çevresi ile etkileşimi sonucu sahip olduğu kendine ait duygu, değer ve kavramlar sistemidir (Bacanlı, 2001; Bos ve ark., 2010; Tan, 1970). Bireyin kendi değer ve önemi hakkındaki genel duygusal değerlendirmesi diğer bir deyişle benliğin değerlendirici yönüdür (Heatheron ve ark., 2003; Kaplan, 1995; Kivuruusu ve ark., 2016; Tan ve ark., 2016). Strese karşı koruyucu bir rol oynamakta olan benlik saygısı, bireyin sahip olduğu yetenekler, sosyal ilişkiler, kişisel inançlar ve deneyimler

bağlamında kendisini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (Fedi ve Rollero, 2016; Lau ve ark., 2008; Heatherton ve ark., 2003).

Benlik saygısı kişilerarası ilişkilerden etkilenen, insan hayatının her alanına etki eden ve yaşam boyu gelişimini devam ettiren genel bir benlik tutumudur (Heatherton ve ark., 2003; Kivuruusu ve ark., 2016). Benlik saygısı, Sosyometre teorisine göre bireyin toplumsal çevresinden aldığı değerlendirmelerle belirlenmektedir (Leary ve ark., 1995). Sosyal çevresinde ki bireyler tarafından reddedildiğini düşünen bir birey düşük benlik saygısı geliştirmeye daha fazla eğilim gösterebilmektedir (Rasmussen ve Pidgeon, 2011). Rosenberg benlik saygısının oldukça karmaşık, tanımlanması ve değerlendirilmesi zor bir kavram olduğunu ifade etmiştir. Aynı zamanda benlik saygısı düzeyi yüksek bireyleri kendisine saygı duyan, kendisini değerli gören, kendi özelliklerinden memnun ve eksik yanlarının farkında bireyler olarak tanımlarken, benlik saygısı düzeyi düşük bireyleri ise kendisine saygı duymayan, kendisini değersiz ve yetersiz gören bireyler olarak tanımlamıştır (Rosenberg, 1979).

Benlik saygısı hiyerarşik bir yapı olarak kavramsallaştırıldığında üç temel bileşene ayrılabilir. Bu üç temel bileşen fiziksel benlik saygısı, performans benlik saygısı ve sosyal benlik saygısıdır. Fiziksel benlik saygısı, bireyin beden imajını nasıl algıladığına dair inancıdır. Fiziksel benlik saygısı, atletik beceri, fiziksel çekicilik, beden görünüşü, ırk ve fiziksel engel vb. faktörlerden etkilenebilmektedir. Performans benlik saygısı, bireyin performans alanında yetenekli olduğuna dair inancıdır. Bireyin entelektüel yeteneklerinden, akademik performansından, kapasitesinden ve keline güveninden etkilenmektedir. Bireyin genel yeterlilik duygusunu ifade etmektedir. Sosyal benlik saygısı, bireyin sosyal çevresi tarafından nasıl algılandığına dair inancıdır. Sosyal benlik saygısı düşük bireyler sosyal çevreleri tarafından nasıl görüldüklerine dair endişe duymaktadırlar. Gerçekliği olmasa da diğer bireyler tarafından değer ve saygı gördüklerine dair inanç geliştiren bireylerin sosyal benlik saygısı yüksek olabilmektedir (Heatherton ve ark., 2003).

Benlik saygısının düşük veya yüksek olması bireylerin davranışlarını, düşüncelerini ve yaptığı seçimleri olumlu veya olumsuz olarak doğrudan etkilemektedir (Sanford ve Donovan, 1999). Çocukluk döneminde zorbalığa maruz kalma, beden imgesi memnuniyetsizliği, toplumsal çevre tarafından kabul görememe, yok sayılma

yada aşığılanma gibi faktörler benlik saygısını olumsuz yönde etkilerken, aile yada arkadaş desteğinin olumlu yönde değişimler sağladığı bildirilmiştir (Çetinkaya ve ark., 2009; Greene ve Way, 2005; Heatherton ve ark., 2003; Kiviruusu ve ark., 2016).

Benlik saygısı yüksek olan bireyler genellikle daha mutlu ve üretkendirler (Heatherton ve ark., 2003). Benlik saygısı düşük olan bireyler ise, yüksek olanlara göre daha az motive olma eğilimi göstermektedirler. Günlük durumları olumsuz değerlendirmeye eğilimli, strese karşı daha fazla duyarlı, iş doyumunu ve yaşam doyumunu daha düşük bireylerdir (Neff, 2009; Rana ve Upton, 2008). Benlik saygısı kişinin kendisini nasıl değerlendirdiği ile ilişkili olarak olumlu benlik ve olumsuz benlik kavramlarına ayrılmıştır. Olumlu benlik saygısı olan kişilerin olumsuz benlik saygısı olan kişilere oranla kendini mutlu hissetme olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Smith ve ark., 2014).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde verilerin elde edildiği örneklem, verilerin toplanmasında kullanılan araçlar ve istatistiksel verilerle ilgili açıklamalara yer verilmiştir.

3.1 Çalışma Örneklemi

Çalışmanın örneklemi; 2016 Aralık ile 2017 Mart ayları arasında özel bir kliniğine başvuran ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre cinsel organlarda-pelviste ağrı/içerme bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan 20'si deney ve 20'si kontrol grubu olmak üzere toplamda 40 kişiden oluşmaktadır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini ve vajinismus sorunu ile ilgili bilgilerini saptamak amacıyla Sosyo-demografik Bilgi Formu, benlik saygısı düzeylerini değerlendirmek için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RSBÖ) ve öz-duyarlık düzeylerini değerlendirmek için Öz-duyarlık Ölçeği (ÖDÖ) uygulanmıştır.

3.2.1. Sosyo-demografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formunun kullanım amacı uygulanan anketlere katkı sağlayan bireyler hakkında detaylı bilgi edinmektir. Anket ve belirli formları pekiştirmek, istenilen verileri tamamlamak üzere sorular oluşturulmuştur. Yaş, cinsiyet, eğitim ve gibi bilgilerin yanı sıra, ek olarak daha önce aldıkları hastalık tanıları, vajinismus tanısı aldıkları zamanı ve daha önce vajinismus tedavisi almak için uzmana başvurma sayıları sorulmuş ve bunları da değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. 15 sorudan oluşan bu soru formunda bazı sorular evet/hayır biçiminde, bazıları tek veya çoklu cevaplı ve bazıları da açık uçlu olmak üzere yanıtlanacak biçimde hazırlanmıştır.

3.2.2. Öz-duyarlık Ölçeği

Neff tarafından geliştirilmiştir. Ahmet Akın tarafından uyarlanmıştır. Toplam 26 maddeden oluşan ölçeğin 6 alt boyutu vardır. Bunlar; öz-sevecenlik, öz-yargılama, paylaşımların bilincinde olma, izolasyon, bilinçlilik ve aşırı özdeşleşmedir. Negatif alt

ölçekler olan öz-yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme maddeleri ters kodlanır ve altı alt ölçeğin ortalamaları toplanır. Toplam öz-duyarlık ortalaması elde edilir. Toplam puanın yorumlanması: 1-2.5 arası puanlar düşük, 2.5-3.5 arası puanlar orta ve 3.5-5 arası puanlar yüksek düzeyde öz-duyarlığı göstermektedir.

3.2.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

M. Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Füsun Çuhadaroğlu tarafından uyarlanmıştır. 93 maddeden oluşan ölçeğin 12 alt testi vardır. Bunlar; benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme becerisi, ana-baba ilişkisi, babayla ilişki ve psişik izolasyondur. Ölçeğin yorumlanması; 'benlik saygısı' alt testinden 0-1 puan alanların yüksek, 2-4 puan alanların orta, 5-6 puan alanların ise düşük benlik saygısına sahip oldukları şeklindedir.

3.3. Verilerin Analizi

Bu araştırmada toplanan veriler SPSS yazılımının 22. Sürümü kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların öz-duyarlık ölçeği ve benlik saygısı ölçeğinden aldıkları toplam puanların vajinismus tanısı alıp almama değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Vajinismus tanısı alan ve almayan katılımcıların öz-duyarlık ve benlik saygısı ölçeklerinden aldıkları toplam puanların arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını incelemek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Vajinismus tanısı alan ve almayan katılımcılara uygulanan ölçeklerden elde edilen toplam puanların bazı sosyo-demografik değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediklerini incelemek için Kruskal Wallis H testi ve Mann-Whitney U testleri yapılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın giriş bölümünde yer verilen araştırma sorularına cevap bulmak amacı ile gerçekleştirilmiş istatistiksel bazı analizlere ait bulgular yer almaktadır.

Sosyo-demografik bilgi formu kapsamında katılımcıların yaş, evlenme şekilleri, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, aylık gelir, büyüdükleri yer, daha önce alınan hastalık tanıları, vajinismus tanısı alıp almadıkları, tanıyı ne zaman aldıkları, tedavi için kaç kez uzmana başvurduklarını incelemek üzere hazırlanmış bir formdur. Deney ve kontrol grubundaki kadınlar sosyo-demografik bilgi formu çerçevesinde karşılaştırılmıştır. Aşağıdaki tablo 4, tablo 5, tablo 6 ve tablo 7’de bu veriler incelenmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Vajinismus Tanısı Alıp-Almama Durumları İle Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişken	Kategori	Vajinismus Tanısı						X ²	df	p
		Alan		Almayan		Toplam				
		N	%	N	%	N	%			
Yaş	22-30	13	65	7	35	20	50	10,133	3	0,017
	31-39	7	35	5	25	12	30			
	40-48	0	0	2	10	2	5			
	49-57	0	0	6	30	6	15			
Eğitim Durumu	İlkokul	1	5	5	25	6	15	5,053	4	0,282
	Ortaokul	2	10	2	10	4	10			
	Lise	6	30	2	10	8	20			
	Ön lisans	1	5	2	10	3	7.5			
	Lisans	10	50	9	45	19	47.5			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	47,8	12	52,2	23	57.5	0,102	1	0,749
	Çalışmıyor	9	52,9	8	47,1	17	42.5			
Aylık Gelir	Gelirler, giderlerden az	0	0	4	20	4	10	5,091	2	0,078
	Gelirler, giderler ile eşit	15	75	10	50	25	62.5			
	Gelirler, giderlerden fazla	5	25	6	30	11	27.5			
Nerede Büyüdünüz	Köy-kasaba	0	0	4	20	4	10	7,606	2	0,022
	Kent	6	30	1	5	7	17.5			
	Büyük Şehir	14	70	15	75	29	72.5			
Toplam		20	100	20	100	40	100			

Tablo 4'te katılımcıların yaşlarının dağılımı verilmiştir. Buna göre; deney grubundaki kadınların %65'i (n=13) 22-30 yaş grubunda, kontrol grubundaki kadınların %35'i (n=7) 22-30 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Toplamda katılımcıların %50'si (n=20) 22-30 yaş grubundadır. Katılımcıların yaş değişkenleri ile vajinismus tanısı alıp-almama durumu değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır (X²=10,133, p<0,05).

Deney grubunun %50'si (n=10) lisans mezunu, kontrol grubunun %45'i (n=9) lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %47.5'i (n=19) lisans mezunudur. Katılımcıların eğitim durumu değişkenleri ile vajinismus tanısı alıp-almama durumu değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($X^2=5,053$, $p<0,05$).

Deney grubunun %75'i (n=15), kontrol grubunun %80'i (n=16) gelirlerinin giderlerine eşit veya fazla olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %90'nının (n=36) gelirleri giderlerine eşit veya fazladır. Katılımcıların aylık gelir durumu değişkenleri ile Vajinismus tanısı alıp-almama durumu değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($X^2=5,091$, $p<0,05$).

Deney grubunun %70'i (n=14) ve kontrol grubunun %75'i (n=15) büyük şehirlerde büyüdükleri tespit edilmiştir. Katılımcıların nerede büyüdünüz değişkenleri ile vajinismus tanısı alıp-almama durumu değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır ($X^2=7,606$, $p<0,05$).

Deney grubunun %55'i (n=11), kontrol grubunun %60'ı (n=12) bir işte çalıştığı tespit edilmiştir. Kadınların %57.5'inin (n=23) ise çalıştığı görülmektedir. Katılımcıların çalışma durumu değişkenleri ile vajinismus tanısı alıp-almama durumu değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($X^2=0,102$, $p<0,05$).

Araştırmaya katılanların %30'u (n=12) ev hanımı, %2.5'u (n=1) öğrenci, diğer katılımcıların %67.5'u (n=27) meslek sahibidirler. Vajinismus tanısı alan kadınların %30'u (n=6) ev hanımı ve %2.5'u (n=1) öğrenci olmak üzere, katılımcıların %67.5'u (n=13) meslek sahibi iken, kontrol grubunun %30'u (n=6) ev hanımı ve %70'i (n=14) meslek sahibidirler.

Tablo 5: Evlenme Şekillerinin Dağılımı

Evlenme Şekilleri	Deney		Kontrol		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Görücü usulü	4	20	5	25	9	22.5
Flört ederek	16	80	15	75	31	77.5

Deney grubunun %80'i (n=16) ve kontrol grubunun %75'i (n=15) ve tüm kadınların %77.5'i (n=31) flört ederek evlendikleri tespit edilmiştir.

Tablo 6: Deney Grubundaki Kadınların Daha Önce Kaç Kez Vajinismus Tedavisi Almak İçin Bir Uzmanı Başvurdularının Dağılımı

Uzmanı Başvurma	Deney		
	Gruplar	N	%
	≥ 3	7	35
	2	5	25
	1	5	25
	Hiç	3	15

Deney grubunun %15'i (n=3) daha önce hiç vajinismus tedavisi almak için uzmanı başvurduğu, %25'i (n=5) bir kez ve %65'i (n=12) birden fazla kez vajinismus tedavisi almak için uzmanı başvurduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7: Deney Grubundaki Kadınların Tanıyı Aldıkları Süre Dağılımı

Vajinismus Tanısı Süresi	Deney		
	Gruplar	N	%
	>1	9	45
	1-3	3	15
	3-5	3	20
	5>	4	20

Deney grubunun %45'i (n=9) bir yıldan az süre önce, %15'i 1-3 sene önce, %20'si (n=4) 3-5 yıl önce ve %20'si (n=4) 5 yıldan fazla bir süre önce bu tanıyı almışlardır.

Deney grubunun %40'ı (n=8) ve kontrol grubunun %35'i (n=7) daha önce hiçbir hastalık tanısı almamıştır. Deney grubunun %25'i (n=5) ve kontrol grubunun %15'i (n=3) daha önce psikiyatrik bir hastalık tanısı almıştır.

Tablo 8'de deney ve kontrol grubundaki katılımcıların öz duyarlılık ölçeğinden edilen puan ortalamaları, standart sapma ve diğer merkezi yığılma ölçüleri incelenmiştir.

Tablo 8: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Öz Duyarlık Ölçeğinden Elde Edilen Verilerin İncelenmesi

	Gruplar	Ort	Ss	Mod	Medyan	Min	Max
ÖZ-DUYARLIK ÖLÇEĞİ	Deney	51,40	8,88	45	51,5	35	66
	Kontrol	82,20	18,55	69	78	47	122

Deney grubundaki kadınların Öz-Duyarlık Ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması $51,40 \pm 8,88$ olup 35 ve 66 puan arasında, kontrol grubundaki kadınların Öz Duyarlılık Ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması $82,20 \pm 18,55$ olup 47 ve 122 puan arasında değiştiği görülmektedir.

Tablo 9’da deney ve kontrol grubundaki kadınların rosenberg benlik saygısı ölçekleri ve alt ölçeklerinden elde edilen puan ortalamaları, standart sapma ve diğer merkezi yığılma ölçüleri incelenmiştir.

Tablo 9: Deneysel ve Kontrol Grubundaki Kadınların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçekleri ve Alt Ölçeklerinden Elde Edilen Verilerin İncelenmesi

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ	Gruplar	Ort	Ss	Mod	Medyan	Min	Max
BSAÖ	Deneysel	2,56	1,18	2,75	2,6	1	4,8
	Kontrol	0,77	0,50	1	0,7	0,3	2,3
KKSAAÖ	Deneysel	2,55	1,79	4	2,5	0	5
	Kontrol	2,75	1,68	4	3	0	5
İGDAÖ	Deneysel	1,60	0,88	1	1	0	3
	Kontrol	1,20	0,41	1	1	1	2
EDAÖ	Deneysel	2,90	0,45	3	3	1	3
	Kontrol	2,40	1,14	3	3	0	3
DDAÖ	Deneysel	1,15	0,37	1	1	1	2
	Kontrol	1,85	0,67	2	2	0	3
HAÖ	Deneysel	1,15	1,23	0	1	0	3
	Kontrol	0,20	0,52	0	0	0	2
PBAÖ	Deneysel	5,80	2,04	5	5,5	1	10
	Kontrol	2,95	2,68	1	2	0	9
KİTHAÖ	Deneysel	2,25	0,97	3	3	0	3
	Kontrol	1,00	1,03	0	1	0	3
TKDAÖ	Deneysel	0,20	0,62	0	0	0	2
	Kontrol	0,75	0,85	0	0,5	0	2
ABİAÖ	Deneysel	2,75	1,83	3	3	0	6
	Kontrol	0,60	0,88	0	0	0	3
BİAÖ	Deneysel	0,75	0,79	1	1	0	3
	Kontrol	1,25	1,33	1	1	0	5
PİAÖ	Deneysel	1,55	0,69	2	2	0	2
	Kontrol	0,15	0,37	0	0	0	1

BSAÖ: Benlik Saygısı Alt Ölçeği, KKSAAÖ: Kendilik Kavramının Sürekliliği Alt Ölçeği, İGDAÖ: İnsanlara Güven Duyma Alt Ölçeği, EDAÖ: Eleştiriye Duyarlılık Alt Ölçeği, DDAÖ: Depresif Duygulanım Alt Ölçeği, HAÖ: Hayalperestlik Alt Ölçeği, PBAÖ: Psikosomatik Belirtiler Alt Ölçeği, KİTHAÖ: Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme Alt Ölçeği, TKDAÖ: Tartışmalara Katılabilme Derecesi Alt Ölçeği, ABİAÖ: Ana-Baba İlgisi Alt Ölçeği, BİAÖ: Babayla İlişki Alt Ölçeği, PİAÖ: Psikik İzolasyon Alt Ölçeği

Deneysel grubundaki kadınların Benlik Saygısı alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $2,56 \pm 1,18$ olup 1 ve 4,8 puan arasında, kontrol grubundaki kadınların Benlik Saygısı alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $0,77 \pm 0,50$ olup 0,3 ve 2,3 puan arasında değiştii görölmektedir.

Deney grubundaki kadınların Kendilik Kavramının Sürekliliği alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $2,55\pm 1,79$ olup 0 ve 5 puan arasında, kontrol grubundaki kadınların Kendilik Kavramının Sürekliliği alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $2,75\pm 1,68$ olup 0 ve 5 puan arasında değiştiği görülmektedir.

Deney grubundaki kadınların İnsanlara Güven Duyma alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $1,60\pm 0,88$ olup 0 ve 3 puan arasında, kontrol grubundaki kadınların İnsanlara Güven Duyma alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $1,20\pm 0,41$ olup 1 ve 2 puan arasında değiştiği görülmektedir.

Deney grubundaki kadınların Eleştiriye Duyarlılık alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $2,90\pm 0,45$ olup 1 ve 3 puan arasında, kontrol grubundaki kadınların Eleştiriye duyarlılık alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $2,40\pm 1,14$ olup 0 ve 3 puan arasında değiştiği görülmektedir.

Deney grubundaki kadınların Depresif Duygulanım alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $1,15\pm 0,37$ olup 1 ve 2 puan arasında, kontrol grubundaki kadınların Depresif duygulanım alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $1,85\pm 0,67$ olup 0 ve 3 puan arasında değiştiği görülmektedir.

Deney grubundaki kadınların Hayalperestlik alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $1,15\pm 1,23$ olup 0 ve 3 puan arasında, kontrol grubundaki kadınların Hayalperestlik alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $0,20\pm 0,52$ olup 0 ve 2 puan arasında değiştiği görülmektedir.

Deney grubundaki kadınların Psikosomatik Belirtiler alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $5,80\pm 2,04$ olup 1 ve 10 puan arasında, kontrol grubundaki kadınların Psikosomatik belirtiler alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $2,95\pm 2,68$ olup 0 ve 9 puan arasında değiştiği görülmektedir.

Deney grubundaki kadınların Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $2,25\pm 0,97$ olup 0 ve 3 puan arasında, kontrol grubundaki kadınların Kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $1\pm 1,03$ olup 0 ve 3 puan arasında değiştiği görülmektedir.

Deney grubundaki kadınların Tartışmalara Katılabilme Derecesi alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $0,20\pm0,62$ olup 0 ve 2 puan arasında, kontrol grubundaki kadınların Tartışmalara katılabilme derecesi alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $0,75\pm0,85$ olup 0 ve 2 puan arasında değiştiği görülmektedir.

Deney grubundaki kadınların Ana-Baba İlgisi alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $2,75\pm1,83$ olup 0 ve 6 puan arasında, kontrol grubundaki kadınların Ana-baba ilgisi alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $0,60\pm0,88$ olup 0 ve 3 puan arasında değiştiği görülmektedir.

Deney grubundaki kadınların Babayla İlişki alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $0,75\pm0,79$ olup 0 ve 3 puan arasında, kontrol grubundaki kadınların Babayla ilişki alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $1,25\pm1,33$ olup 0 ve 5 puan arasında değiştiği görülmektedir.

Deney grubundaki kadınların Psişik İzolasyon alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $1,55\pm0,69$ olup 0 ve 2 puan arasında, kontrol grubundaki kadınların Psişik İzolasyon alt boyutundan elde edilen puanların ortalaması $0,15\pm0,37$ olup 0 ve 1 puan arasında değiştiği görülmektedir.

Katılımcıların Öz Duyarlılık Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, kadınların Vajinismus tanısı alıp-almama değişkenine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Katılımcıların Öz Duyarlılık Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçeğinden aldıkları toplam puanlarının Vajinismus tanısı alıp-almama değişkenine göre incelenmesi

Ölçek	Alt Ölçek	Gruplar	N	Sıra Ortalaması Mean rank	Sıra Toplamı	U	p
Öz-Duyarlılık Ölçeği	ÖDÖ	Almış	20	11,48	229,5	19,5	0,000
		Almamış	20	29,53	590,5		
Benlik Saygısı Ölçeği	BSAÖ	Almış	20	29,53	590,5	19,5	0,000
		Almamış	20	11,48	229,5		
	KKSÖ	Almış	20	19,9	398	188	0,741
		Almamış	20	21,1	422		
	İGDAÖ	Almış	20	23	460	150	0,109
		Almamış	20	18	360		
	EDAÖ	Almış	20	22,55	451	159	0,074
		Almamış	20	18,45	369		
	DDAÖ	Almış	20	14,28	285,5	75,5	0,000
		Almamış	20	26,73	534,5		
	HAÖ	Almış	20	24,93	498,5	111,5	0,005
		Almamış	20	16,08	321,5		
	PBAÖ	Almış	20	26,33	526,5	83,5	0,001
		Almamış	20	14,68	293,5		
	KİTHAÖ	Almış	20	26,65	533	77	0,001
		Almamış	20	14,35	287		
	TKDAÖ	Almış	20	16,75	335	125	0,012
		Almamış	20	24,25	485		
	ABİAÖ	Almış	20	27,38	547,5	62,5	0,000
		Almamış	20	13,63	272,5		
BİAÖ	Almış	20	18,4	368	158	0,222	
	Almamış	20	22,6	452			
PİAÖ	Almış	20	28,98	579,5	30,5	0,000	
	Almamış	20	12,03	240,5			

ÖDÖ: Öz Duyarlılık Ölçeği, BSAÖ: Benlik Saygısı Alt Ölçeği, KKSÖ: Kendilik Kavramının Sürekliliği Alt Ölçeği, İGDAÖ: İnsanlara Güven Duyma Alt Ölçeği, EDAÖ: Eleştiriye Duyarlılık Alt Ölçeği, DDAÖ: Depresif Duygulanım Alt Ölçeği, HAÖ: Hayalperestlik Alt Ölçeği, PBAÖ: Psikosomatik Belirtiler Alt Ölçeği, KİTHAÖ: Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme Alt Ölçeği, TKDAÖ: Tartışmalara Katılabilme Derecesi Alt Ölçeği, ABİAÖ: Ana-Baba İlgisi Alt Ölçeği, BİAÖ: Babayla İlişki Alt Ölçeği, PİAÖ: Psişik İzolasyon Alt Ölçeği

Tablo 10'a göre;

Katılımcıların vajinismus tanısı alıp-almamalarına göre, ÖDÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (U=19,5, p<0,05).

Katılımcıların vajinismus tanısı alıp-almamalarına göre, BSAÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığını

anlamak için yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (U=19,5, p<0,05).

Katılımcıların vajinismus tanısı alıp-almamalarına göre, DDAÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (U=75,5, p<0,05).

Katılımcıların vajinismus tanısı alıp-almamalarına göre, HAÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (U=111,5, p<0,05).

Katılımcıların vajinismus tanısı alıp-almamalarına göre, PBAÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (U=83,5, p<0,05).

Katılımcıların vajinismus tanısı alıp-almamalarına göre, KİTHAÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (U=77, p<0,05).

Katılımcıların vajinismus tanısı alıp-almamalarına göre, TKDAÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (U=125, p<0,05).

Katılımcıların vajinismus tanısı alıp-almamalarına göre, ABİAÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (U=62,5, p<0,05).

Katılımcıların vajinismus tanısı alıp-almamalarına göre, PİAÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığını

anlamak için yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($U=30,5$, $p<0,05$).

Vajinismus tanısı alan kadınların ve Vajinismus tanısı almamış kadınların kendi aralarındaki, Öz Duyarlılık Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında korelasyon, Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 11 ve 12’de verilmiştir.

Tablo 11: Vajinismus Tanısı Alan Kadınların Benlik Saygı Düzeyleri Ve Öz Duyarlılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

ölçek		BSAÖ	KKSAÖ	İGDAÖ	EDAÖ	DDAÖ	HAÖ	PBAÖ	KİTHAÖ	TKDAÖ	ABİAÖ	BİAÖ	PİAÖ
ÖDÖ	r	-0,653*	0,28	-0,462*	-0,042	-0,359	-0,262	-0,14	-0,337	-0,112	-0,385	-0,166	-0,556*
	p	0,002	0,232	0,04	0,859	0,12	0,264	0,555	0,146	0,639	0,094	0,485	0,011

ADÖ: Öz Duyarlılık Ölçeği, BSAÖ: Benlik Saygısı Alt Ölçeği, KKSAÖ: Kendilik Kavramının Sürekliliği Alt Ölçeği, İGDAÖ: İnsanlara Güven Duyma Alt Ölçeği, EDAÖ: Eleştiriye Duyarlılık Alt Ölçeği, DDAÖ: Depresif Duygulanım Alt Ölçeği, HAÖ: Hayalperestlik Alt Ölçeği, PBAÖ: Psikosomatik Belirtiler Alt Ölçeği, KİTHAÖ: Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme Alt Ölçeği, TKDAÖ: Tartışmalara Katılabilme Derecesi Alt Ölçeği, ABİAÖ: Ana-Baba İlgisi Alt Ölçeği, BİAÖ: Babayla İlişki Alt Ölçeği, PİAÖ: Psikik İzolasyon Alt Ölçeği

* $p<0,05$

Tablo 11’de verilen bulgulara göre;

Deney grubundaki kadınların ÖDÖ puanları ile BSAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,653$).

Deney grubundaki kadınların ÖDÖ puanları ile İGDAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,462$).

Deney grubundaki kadınların ÖDÖ puanları ile PİAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,556$).

Tablo 12: Kontrol Grubundaki Kadınların Benlik Saygı Düzeyleri Ve Öz Duyarlılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçek		ÖDÖ	ÖSAÖ	ÖYAÖ	PBAÖ	İAÖ	BAÖ	AÖAÖ
BSAÖ	r	-0,319	-0,343	-0,089	-0,522*	-0,12	-0,499*	-0,173
	p	0,171	0,139	0,709	0,018	0,615	0,025	0,466
KKAÖ	r	-0,154	-0,214	-0,171	-0,212	-0,047	-0,267	0,088
	p	0,518	0,366	0,471	0,370	0,844	0,255	0,713
İGDAÖ	r	-0,109	0,018	-0,119	-0,206	-0,031	-0,261	-0,045
	p	0,647	0,940	0,617	0,383	0,898	0,266	0,849
EDAÖ	r	-0,377	-0,299	-0,387	-0,189	-0,561*	-0,054	-0,481*
	p	0,102	0,200	0,091	0,424	0,010	0,822	0,032
DDAÖ	r	0,396	0,367	0,146	0,527*	0,226	0,590*	0,322
	p	0,084	0,111	0,54	0,017	0,338	0,006	0,166
HAÖ	r	-0,210	-0,244	-0,176	-0,401	-0,054	-0,241	-0,006
	p	0,373	0,299	0,458	0,08	0,820	0,305	0,98
PBAÖ	r	-0,528*	-0,424	-0,366	-0,578*	-0,481*	-0,457*	-0,542*
	p	0,017	0,062	0,112	0,008	0,032	0,043	0,014
KİTHAÖ	r	-0,528*	-0,395	-0,602*	-0,473*	-0,431	-0,392	-0,530*
	p	0,017	0,085	0,005	0,035	0,058	0,088	0,016
TKDAÖ	r	0,667**	0,516*	0,625*	0,631*	0,612*	0,461*	0,721**
	p	0,001	0,020	0,003	0,003	0,004	0,041	0,000
ABİAÖ	r	0,044	0,150	-0,02	-0,039	0,047	0,004	0,060
	p	0,855	0,527	0,935	0,870	0,846	0,986	0,802
BİAÖ	r	-0,2	-0,284	-0,054	-0,438	0,071	-0,395	0,006
	p	0,398	0,226	0,821	0,054	0,766	0,085	0,981
PİAÖ	r	-0,508*	-0,505*	-0,463*	-0,622*	-0,284	-0,559*	-0,293
	p	0,022	0,023	0,040	0,003	0,224	0,010	0,211

ÖDÖ: Öz Duyarlılık Ölçeği, ÖSAÖ: Öz-sevecenlik Alt Ölçeği, ÖYAÖ: Öz-yargılama Alt Ölçeği, PBAÖ: Paylaşım Bilincinde Olma Alt Ölçeği, İAÖ: İzolasyon Alt Ölçeği, BAÖ: Bilinçlilik Alt Ölçeği, AÖAÖ: Aşırı Özdeşleşme Alt Ölçeği, BSAÖ: Benlik Saygısı Alt Ölçeği, KKAÖ: Kendilik Kavramının Sürekliliği Alt Ölçeği, İGDAÖ: İnsanlara Güven Duyma Alt Ölçeği, EDAÖ: Eleştiriye Duyarlılık Alt Ölçeği, DDAÖ: Depresif Duygulanım Alt Ölçeği, HAÖ: Hayalperestlik Alt Ölçeği, PBAÖ: Psikosomatik Belirtiler Alt Ölçeği, KİTHAÖ: Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme Alt Ölçeği, TKDAÖ: Tartışmalara Katılabilme Derecesi Alt Ölçeği, ABİAÖ: Ana-Baba İlgisi Alt Ölçeği, BİAÖ: Babayla İlişki Alt Ölçeği, PİAÖ: Psikik İzolasyon Alt Ölçeği * p<0,05 **p<0,001

Tablo 12’de görüldüğü üzere elde edilen verilere göre;

Kontrol grubundaki kadınların ÖDÖ puanları ile PBAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır (p<0,05, r=-0,528).

Kontrol grubundaki kadınların ÖDÖ puanları ile KİTHAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,528$).

Kontrol grubundaki kadınların ÖDÖ puanları ile TKDAÖ puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=0,667$).

Kontrol grubundaki kadınların ÖDÖ puanları ile PİAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,508$).

Kontrol grubundaki kadınların ÖSAÖ puanları ile TKDAÖ puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=0,516$).

Kontrol grubundaki kadınların ÖSAÖ puanları ile PİAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,505$).

Kontrol grubundaki kadınların ÖYAÖ puanları ile KİTHAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,602$).

Kontrol grubundaki kadınların ÖYAÖ puanları ile TKDAÖ puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,625$).

Kontrol grubundaki kadınların ÖYAÖ puanları ile PİAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,463$).

Kontrol grubundaki kadınların PBAÖ puanları ile BSAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,522$).

Kontrol grubundaki kadınların PBAÖ puanları ile DDAÖ puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,527$).

Kontrol grubundaki kadınların PBAÖ puanları ile PBAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,578$).

Kontrol grubundaki kadınların PBAÖ puanları ile PİAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,622$).

Kontrol grubundaki kadınların PBAÖ puanları ile KİTHAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,473$).

Kontrol grubundaki kadınların PBAÖ puanları ile TKDAÖ puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=0,631$).

Kontrol grubundaki kadınların PBAÖ puanları ile PİAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,622$).

Kontrol grubundaki kadınların İAÖ puanları ile EDAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,561$).

Kontrol grubundaki kadınların İAÖ puanları ile PBAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,481$).

Kontrol grubundaki kadınların İAÖ puanları ile TKDAÖ puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=0,612$).

Kontrol grubundaki kadınların BAÖ puanları ile BSAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,499$).

Kontrol grubundaki kadınların BAÖ puanları ile DDAÖ puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=0,590$).

Kontrol grubundaki kadınların BAÖ puanları ile PBAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,457$).

Kontrol grubundaki kadınların BAÖ puanları ile TKDAÖ puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=0,461$).

Kontrol grubundaki kadınların BAÖ puanları ile PİAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,559$).

Kontrol grubundaki kadınların AÖAÖ puanları ile EDAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,481$).

Kontrol grubundaki kadınların AÖAÖ puanları ile PBAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,542$).

Kontrol grubundaki kadınların AÖAÖ puanları ile KİTHAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=-0,530$).

Kontrol grubundaki kadınların AÖAÖ puanları ile TKDAÖ puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,05$, $r=0,721$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Cinsellik; doğum için bir amaç, bağlanma duygusu sağlayan, doğal bir gevşetici, zevk kaynağı, çiftlere memnuniyet veren ve benlik saygısına katkıda bulunan çok yönlü bir etkinliktir (Anastasiadis ve ark. 2002; Nagaraj ve ark., 2009). Cinsellik; benlik saygısı, benlik kavramı ve beden imajı ile yakından ilişkilidir (Berman ve ark., 1999; Terzioğlu ve Alan, 2015). Cinsel işlev bozuklukları bireylerde benlik saygısının düşüşüne yol açabilmektedir (Anastasiadis ve ark., 2002).

Cinselliğin öneminin ve cinsel işlev bozukluklarının görülme sıklığının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada kadınların %76'sının benlik saygısı için tatmin edici bir cinsel yaşama sahip olmanın önemli olduğunu ifade ettikleri bildirilmiştir (Nicolosi ve ark., 2004). İran'da yapılan benzer bir çalışmada; 22'si vajinismuslu kadın olmak üzere 44 kadın arasında vajinismus grubundaki kadınların benlik saygısı düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir (Farnam ve ark., 2014).

Bilişsel kuramda düşük benlik saygısı belirli bir bozukluğun geliştirilmesi için bir bozukluk ya da savunmasızlık faktörü olarak görülmektedir (Fennell, 1998). İnfertilitenin psikolojik nedenlerinden biri de vajinismustur. İnfertil bireylerde anksiyete, depresyon ve düşük benlik saygısı olduğunu gösteren kaynaklar da mevcuttur (Amanak ve ark., 2014; Keskin ve Gümüş, 2014; Kargın ve Ünal, 2011). Ayrıca düşük benlik saygısının vajinismusun etiyolojik faktörlerinden olduğu çeşitli kaynaklarda bildirilmiştir (Konkan ve ark., 2012; Rosen ve Leiblum, 1995). Vajinismus sonucunda da bireylerde benlik saygısının düştüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (Kayır, 1990; Schultz, 2005).

Bireylerde olumsuz beden imajı, cinsel kimlikle ilgili zorluklar, kişilerarası güçlükler, depresyon, cinsel işlev bozukluğu; düşük benlik saygısı ve kendilik değeri ile ilişkilendirilmektedir (Cook-Cottone, 2015). Cinsel işlev bozuklukları bireylerin kendilik algıları üzerine olumsuz yönde etki etmektedir (Küçük, 2014). Cinsellikle yakından ilişkili olan kendilik kavramı, kişilerarası iletişim süreçlerinden etkilenerek öğrenilir ve devam ettirilir. Cinsel işlev bozukluklarının etiyolojisinde de yer alan kişilerarası iletişim süreçlerinde, duygular büyük bir rol oynamaktadır. Öfke duygusu

bunlardan biridir ve benlik saygısını önemli ölçüde düşürdüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur (Deffenbacher, 1992; Metz ve Epstein, 2002). Ülkemizde vajinismuslu kadınlarla yapılan bir çalışmada vajinismuslu kadınlarda ortaya çıkan temel duygulardan birinin öfke olduğu bildirilmiştir (Torun, 2010). Bu bağlamda vajinismus hem benlik saygısının düşük olmasına neden olurken, hemde benlik saygısında ki düşüklüğün vajinismusu neden olabileceği çalışmamızda ki bulgular ışığında düşünebiliriz.

Vajinismus sorunu kadınlarda öfke, depresyon, çaresizlik, kaygı, korku, aşırı suçluluk duyguları geliştirmeye neden olurken kadınlıklarında eksiklik olduğu düşüncelerine yol açabilmektedir (Torun, 2010; Leiblum, 2013; Yetkin, 1999). Özdel ve ark. vajinismuslu kadınlarla yaptıkları bir çalışmada tedavinin tamamlanmasıyla ilişkili olarak kadınların anksiyete düzeyleri ve mükemmeliyetçilik düzeylerini incelemişlerdir. Vajinismuslu kadınlarda mükemmeliyetçilik düzeylerinin yüksek olduğu ve tedaviyi olumsuz olarak etkilediği bildirilmiştir (Özdel ve ark. 2012).

Öz-duyarlık bireyin başarısızlıklarını, hatalarını ve kusurlarını yargılamadan kabul etmesine ve bunları insan olmanın bir parçası olarak görmesine diğer bir deyişle kendine yönelik iyilik ve anlayış duygularına odaklanmaktadır (Neff, 2003a, 2004). Bireylerde öz-duyarlık düzeyinin yüksek olması depresyon ve kaygıyı azaltırken, mükemmeliyetçilik ve başarısızlık korkularıyla başa çıkma becerileri geliştirmede yardımcı olduğu bildirilmiştir (Albertson ve ark., 2015; Neff, 2003b, 2009; Neff ve McGehee, 2009; Thompson ve Waltz, 2008). Öz-duyarlık ile mükemmeliyetçiliğin negatif ilişkiler sergilediğini bildiren çalışmalar mevcuttur (Neff, 2003a; 2003b; Neff ve ark., 2005; Ashby ve Kottman, 1996). Çalışmamızda vajinismuslu kadınların öz-duyarlık düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla düşük olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda öz-duyarlık düzeyi düşük bireylerin mükemmeliyetçilik ve başarısızlık korkularıyla başa çıkma becerisi geliştirmede güçlük yaşayabilecekleri göz önünde tutulduğunda vajinismuslu kadınların öz-duyarlık düzeylerinin kontrol grubunda ki kadınlardan düşük olması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Öz-duyarlık kavramının; mutluluk, iyimserlik, kendini kabul, yaşam doyumu ve psikolojik iyi olma ile pozitif yönde ilişkiler sergilediği bildirilirken anksiyete, depresyon ve benlik eleştirisi ile negatif ilişkiler sergilediği bildirilmiştir (Neff, 2003a;

2003b; Neff ve ark., 2005; Zuroff ve Duncan,1999). Öz-duyarlık bireylerin başarısızlıklarını ve yetersiz olduğu konuları yargılamadan değerlendirmesine ve bunları insanlığın ortak bir parçası olarak görmesine yardımcı olmaktadır (Neff, 2003b). Horney (1950), benlik nefretinin belirtilerini acımasız kendini suçlama, acımasız kendini aşağılama ve kendine kızgınlık olarak tanımlamıştır. Rubin (1975), benlik nefretinin tek panzerinin kendine merhamet diğer bir deyişle öz-duyarlık olduğundan bahsetmiştir. Bu bağlamda vajinismus sorunu yaşayan kadınlarda ortaya çıkan, depresyon, kaygı, kendini aşağılama ve aşırı suçluluk duygularının (Hartmann, 2007; Leiblum, 2013; Yetkin, 1999) öz-duyarlık düzeylerini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülebilir. Böylece vajinismus'un hem öz-duyarlık düzeyinin düşük olmasına neden olabileceği, hemde öz-duyarlık düzeylerindeki düşüklüğün vajinismus'a neden olabileceği çalışmamızda ki bulgular ışığında düşünebiliriz.

Cinsel işlev bozukluğu olan kadınlar ve eşlerinde cinsel sorunlar genel mutluluk halini, sosyal ve mesleki alanlarda işlevlerini etkilemekte, hayal kırıklığı ve benlik saygısı kaybına neden olmaktadır (Jeng, 2004; Stevenson, 2004). Vajinismus ilişkili sorunları, düşük benlik saygısı, her iki eş içinde depresyon ve kaygı gibi zorluklarla ilişkilendirilmektedir (Melnik ve ark., 2012; Pacik, 2014; Rangaswamy ve Vijayakumar, 2017).

Öz-duyarlık, stresli yaşam olaylarıyla baş etme sürecinde önemli bir rol oynamaktadır (Allen ve Leary, 2010). Yüksek öz-duyarlık düzeylerinin bireyleri olumsuz duygularla boğulmuş hissetmeden rollerini kabul etmesine yönlendirdiği saptanmıştır (Leary ve ark. 2007). Öz-duyarlık bireylerde olumsuz duyguların uygun yollarla olumlu duygulara dönüştürülmesine yardımcı olmaktadır (Neff, 2003b). Öz-duyarlık düzeyinde ki artış bireylerde kaygı düzeyinin azalmasına ve cinsel işlev bozukluklarının çözümlenmesine yol açmaktadır (Carlson ve Dermer, 2016). Öz-duyarlık ile benlik saygısı arasında olumlu bir ilişki olduğu, öz-duyarlığın bazı durumlarda olumsuz yaşam olaylarına gösterilen tepkileri benlik saygısından daha yararlı bir şekilde etkilediği saptanmıştır (Leary ve ark., 2007).

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.1.Sosyo-Demografik Verilere Dair Sonuçlar

- 1- Katılımcıların yaş değişkeni ve büyüdüleri yer değişkeni ile vajinismus tanısı alıp-almama durumu değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.
- 2- Katılımcıların eğitim durumu, aylık gelir durumu ve çalışma durumu değişkenleri ile vajinismus tanısı alıp-almama durumu değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

6.1.2.Öz-Duyarlık Ölçeğinden Elde Edilen Verilere Dair Sonuçlar

- 1- Deney grubundaki kadınların Öz Duyarlık Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlarının düşük düzeyde olduğu saptanmışken, kontrol grubundaki kadınların aldıkları ortalama puanların orta düzeyde olduğu saptanmıştır.
- 2- Katılımcıların vajinismus tanısı alıp-almamalarına göre, Öz-Duyarlık Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

6.1.3. Benlik Saygısı Ölçeğinden Elde Edilen Verilere Dair Sonuçlar

- 1- Benlik Saygısı Alt Ölçeği (BSAÖ) puanlarından elde edilen verilere göre; deney grubundaki kadınların benlik saygısının orta düzeyde ve kontrol grubundaki kadınların yüksek düzeyde oldukları saptanmıştır.
- 2- Kendilik Kavramının Sürekliliği Alt Ölçeği (KKSAÖ) puanlarından elde edilen verilere göre; deney grubundaki kadınların sürekliliğinin az, kontrol grubundaki kadınların sürekliliğinin az olduğu saptanmıştır.
- 3- İnsanlara Güven Duyma Alt Ölçeği (İGDAÖ) puanlarından elde edilen verilere göre; deney grubundaki kadınların insanlara olan güvenlerinin orta düzeyde, kontrol grubundaki kadınların yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.
- 4- Eleştiriye Duyarlılık Alt Ölçeği (EDAÖ) puanlarından elde edilen verilere göre; deney grubundaki kadınların ve kontrol grubundaki kadınların eleştiriye çok duyarlı olduğu saptanmıştır.

- 5- Depresif Duygulanım Alt Ölçeği (DDAÖ) puanlarından elde edilen verilere göre; deney grubundaki kadınların ve kontrol grubundaki kadınların depresyon duygulanımının az düzeyde yaşandığı saptanmıştır.
- 6- Hayalperestlik Alt Ölçeği (HAÖ) puanlarından elde edilen verilere göre; deney grubundaki kadınların ve kontrol grubunun hayalperestliğin az olduğu saptanmıştır.
- 7- Psikosomatik Belirtiler Alt Ölçeği (PSBAÖ) puanlarından elde edilen verilere göre; deney grubundaki kadınların psikosomatik belirtilerin fazla ve kontrol grubunun orta düzeyde psikosomatik belirtileri olduğu saptanmıştır.
- 8- Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme Alt Ölçeği (KİTHAÖ) puanlarından elde edilen verilere göre; deney grubundaki kadınların orta düzeyde ve kontrol grubunun az düzeyde tehdit edilme hissi oldukları saptanmıştır.
- 9- Tartışmalara Katılabilme Derecesi Alt Ölçeği (TKDAÖ) puanlarından elde edilen verilere göre; deney grubundaki kadınların az, kontrol grubunun orta düzeyde tartışmalara katılabilme derecesi olduğu saptanmıştır.
- 10- Ana-Baba İlgisi Alt Ölçeği (ABİAÖ) puanlarından elde edilen verilere göre; deney grubundaki kadınların orta düzeyde ve kontrol grubunun çok düzeyde ana-baba ilgisinin olduğu saptanmıştır.
- 11- Babayla İlişki Alt Ölçeği (BİAÖ) puanlarından elde edilen verilere göre; deney grubundaki kadınların ve kontrol grubunun babayla ilişkisinin az olduğu saptanmıştır.
- 12- Psikişik İzolasyon Alt Ölçeği (PİAÖ) puanlarından elde edilen verilere göre; deney grubundaki kadınlarda izolasyonun çok ve kontrol grubunda az olduğu saptanmıştır.
- 13- Katılımcıların vajinismus tanısı alıp-almamalarına göre, BSAÖ, DDAÖ, HAÖ, PSBAÖ, KİTHAÖ, TKDAÖ, ABİAÖ ve PİAÖ 'den aldıkları puan ortalamaları arasında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

6.1.4. Öz-Duyarlık ve Benlik Saygısı İlişkisine Dair Sonuçlar

- 1- Vajinismus tanısı alan kadınların ÖDÖ puanları ile BSAÖ, İGDAÖ ve PİAÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki vardır.

6.2. ÖNERİLER

- 1- Araştırmanın büyük bir örnekleme tekrarlanması daha sağlıklı ve genellenebilir sonuçlar elde edilebilmesi bakımından etkili olabilir.
- 2- Benlik saygısı ile vajinismus ilişkisinin daha iyi anlaşılabilmesi için iki farklı grupta önce benlik saygısının düzeltildiği, ardından vajinismus skorlarının tekrar değerlendirildiği ve diğer taraftan vajinismus tedavisinin yapıldığı ve benlik saygısının değerlendirildiği bir çalışma yapılarak etki farklılıkları incelenebilir.
- 3- Toplumda cinsel yaşamı aktif olmayan ve tanı almamış olan kadınların evlilik sonrası ruhsal değişim profillerinin incelendiği bir çalışma yapılarak benlik saygısı ve öz-duyarlık ile vajinismus ilişkisi daha iyi incelenebilir.
- 4- Toplumunda vajinismusun diğer cinsel işlev bozuklukları gibi tedavi edilebilir bir sorun olduğu konusunda bilinçlendirme çalışmaları yapılabilir.

KAYNAKLAR

- Akın, Ü., Akın, A., ve Abacı, R. (2007) “Öz-Duyarlık Ölçeği: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması” Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 33, ss 1-10.
- Akpınar, E. ve Saatçı, E. (2007) “An Uncosummed Marriage: A Case Report” Marmara Medical Journal, 20(3), pp 182-185.
- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015) “Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention” Mindfulness, 6(3), pp 444-454.
- Alıcı, Y. H., Kapucu, B. B. ve Kaya, B. (2016) “Çocukluk Çağında Yineleyici Tecavüz Ve Cinsel Taciz Öyküsü Bulunan Bir Vajinismus Olgusunda EMDR'nin Etkinliği” Klinik Psikiyatri Dergisi, 19(2), ss 97-100.
- Allen, A. B. & Leary, M. R. (2010) “Self-Compassion, Stress, and Coping” Social and Personality Psychology Compass, 4 (2), pp 107-118.
- Amanak, K., Karaöz, B. ve Sevil, Ü. (2013) “Alternatif/Tamamlayıcı Tıp ve Kadın Sağlığı” TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(4), ss 441-448.
- Amanak, K., Karaöz, B., ve Sevil, Ü. (2014) “Modern Yaşamın İnfertilite Üzerine Etkisi” TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(4), ss 345-350.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2007) *Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM IV-TR)*, (Çev. E. Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2013) *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*, (Çev. Köroğlu E), Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

Anastasiadis, A.G., Davis, A.R., Ghafar M.A., Burchardt, M. & Shabsigh, R. (2002) "The epidemiology and definition of female sexual disorders" *World Journal of Urology*, 20(2), pp 74-78.

Ashby, J. S., & Kottman, T. (1996) "Inferiority as a distinction between normal and neurotic perfectionism" *Individual Psychology*, 52(3), pp 237-245.

Bacanlı, H.(2001) *Gelişim ve Öğrenme*, Ankara, Nobel Yayıncılık.

Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011) "Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions" *Review of general psychology*, 15(4), pp 289.

Basson, R. (1996) "Lifelong vaginismus: A clinical study of 60 consecutive cases" *Journal SOGC*, 18(6), pp 551-561.

Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S. R., Meston, C., Rosen, R. & Wagner, G. (2004) "Summary Of The Recommendations On Sexual Dysfunctions İn Women" *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), pp 24-34.

Bergeron, S., Binik, Y.M., Khalife, S., Pagidas, K., Glazer, H.L., Meana, M., A & Amsel, R. (2001) "Randomized Comparison of Group Cognitive-Behavioral Therapy, Surface Electromyographic Biofeedback, and Vestibulectomy in the Treatment of Dyspareunia Resulting From Vulvar Vestibulitis" *Pain*, 93(3), pp 297-306.

Berkol, T.D., Uzun, I., Alataş, E., Erensoy, H.ve Özyıldırım, İ. (2015) "Birincil Tanısı Majör Depresif Bozukluk veya Anksiyete Bozukluğu Olan Cinsel Yönden Aktif Kadınlardaki Vajinismus Komorbiditesi" *Medical Journal of Bakirkoy*, 11(4), ss 150-153.

Berman, J. R., Berman, L., & Goldstein, I. (1999) "Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options" *Urology*, 54(3), pp 385-391.

Bertolasi, L., Frasson, E., Cappelletti, J. Y., Vicentini, S., Bordignon, M. & Graziottin, A. (2009) "Botulinum Neurotoxin Type A Injections for Vaginismus Secondaryto Vulvar Vestibulitis Syndrome" *Obstetrics & Gynecology*, 114(5), pp 1008-1016.

Biro, F. M., Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., Padgett, J. & Bean, J. A. (2006) "Self-esteem in adolescent females" *Journal of Adolescent Health*, 39, pp 501-507.

Bos, A. E., Huijding, J., Muris, P., Vogel, L. R., & Biesheuvel, J. (2010) "Global, Contingent and Implicit Self-Esteem and Psychopathological Symptoms in Adolescents" *Personality and Individual Differences*, 48(3), pp 311-316.

Boyacıoğlu, G. S. (1999) "Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları" *Psikiyatri Dünyası*, 2, ss 54-59.

Brauer, M., Lakeman, M., Lunsen, R., & Laan, E. (2014) "Predictors Of Task-Persistent And Fear-Avoiding Behaviors In Women With Sexual Pain Disorders" *The Journal Of Sexual Medicine*, 11(12), pp 3051-3063.

Caplan, H. W. (1988) "An Effective Clinical Approach to Vaginismus--Putting the Patient in Charge" *Western Journal of Medicine*, 149(6), pp 769-770.

Carlson, J., & Dermer, S. B. (2016) *The SAGE Encyclopedia of Marriage, Family, and Couples Counseling*, SAGE Publications.

CETAD (2006) "Kadın Cinselliği Bilgilendirme Dosyası 5", Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği.

CETAD, (2006) "Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Araştırması" İstanbul, Organizasyon.

Christensen, B. S., Gronback, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011) "Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors" *Archives of sexual behavior*, 40(1), pp 121-132.

Cook-Cottone, C. P. (2015) "Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care" *Body image*, 14, pp 158-167.

Coppini, A. (1999) "A Case of Primary Vaginismus" *International Forum of Psychoanalysis*, 8(1), pp 49-52.

Crowley, T., Goldmeier, D. & Hiller, J. (2009) "Diagnosing and Managing Vaginismus" *BMJ*, 339, pp 225-229.

Crowley, T., Richardson, D. & Goldmeier, D. (2006) "Recommendations for The Management of Vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction" *International Journal of STD&AIDS*, 17(1), pp 14-18.

Çakmak, D. ve Saatçioğlu, Ö. (2003) *Yüksek Lisans İçin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, İstanbul: İstanbul Ticaret Üniversitesi.

Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A., Özdemir, D. ve Kavakcı, Ö. (2009) "Sosyoekonomik Durumu Farklı Üç İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Akran Zorbalığının Depresyon ve Benlik Saygısı Düzeyiyle İlişkisi" *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, ss 151-158.

Davison, G. C. and Neale, J. M. (2004). *Anormal Psikolojisi*, (Çev. İ. Dağ.), Ankara, Türk Psikologlar Derneği.

Deffenbacher, J. L. (1992) "Trait anger: Theory, findings, and implications" *Advances in personality assessment*, 9, pp 177-201.

Demiralp, M. ve Oflaz, F. (2007) " Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması" *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, ss 132-139.

Edmond, T., Rubin, A. & Wambach, K. G. (1999) "The Effectiveness of EMDR With Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse" *Social Work Research*, 23(2), pp 103-116.

Ege, E., Akın, B., Arslan, S. Y. ve Bilgili, N. (2010) " Sağlıklı Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sıklığı ve Risk Faktörleri" *TÜBAV Bilim Dergisi*, 3(1), ss 137-144.

Ersanlı, K. ve Kumcağız, H. (2016) *Cinsel Sağlık Eğitimi*, Ankara, Pegem Akademi.

Eserdağ, S., Zülfikaroğlu, E., Akarsu, S. & Micozkadioğlu, S. (2011) "Treatment Outcome of 460 Women With Vaginismus" *European Journal of Surgical Sciences*, 2(3), pp 73-79.

Eserdağ, S., Zülfikaroğlu, E., Akarsu, S., & Micozkadioğlu, S. (2012) "Sexual Dysfunction in Male Partners of 580 Women with Vaginismus: Is It a Result of or a Reaction to Vaginismus", *European Journal of Surgical Sciences*, 3(2), pp 51-55.

Farnam, F., Janghorbani, M., Merghati-Khoei, E., & Raisi, F. (2014) "Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample" *International journal of impotence research*, 26(6), pp 230-234.

Fedi, A. & Rollero, C. (2016) "If Stigmatized, Self-Esteem Is not Enough: Effects of Sexism, Self-Esteem and Social Identity on Leadership Aspiration" *Europe's journal of psychology*, 12(4), pp 533-549.

Fennell, M. J. (1998) "Cognitive therapy in the treatment of low self-esteem" *Advances in Psychiatric Treatment*, 4(5), pp 296-304.

Gabbard, G. O. (2001) "Musings On The Report Of The International Consensus Development Conference On Female Sexual Dysfunction: Definitions And Classifications" *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(2), pp 145-147.

Ghazizadeh, S. & Nikzad, M. (2004) "Botulinumtoxin In The treatment of Refractory Vaginismus" *Obstetrics and Gynecology*, 104(5), pp 922-925.

Gillan, P. (1993) *Cinsel Sorunlar ve Tedavileri El Kitabı*, (Çev. E. Eker, M. Özmen ve E. Özmen), İstanbul, Menteş Kitabevi.

Graugaard, C. (2011) "Sexual Dysfunctions and Difficulties In Denmark" *Archives of Sexual Behavior*, (40), pp 121-132.

Graziottin, A. (2006) "Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus" Standard practice in sexual medicine, pp 342-350.

Greenberg, L. S., Watson, J. C., & Goldman, R. (1998) "Process-experiential therapy of depression" Handbook of experiential psychotherapy, pp 227-248.

Greene, M. L., and Way, N. (2005) "Self-Esteem Trajectories Among Ethnic Minority Adolescents: A Growth Curve Analysis of the Patterns and Predictors of Change" Journal of Research on Adolescence, 15(2), pp 151-178.

Güvel, S., Yaycioğlu, Ö., Bağış, T., Savaş, N., Bulgan, E. ve Özkardeş, H. (2003) "Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler" Turkish J Urology, 29(1), ss 43-48.

Hartmann, U. (2007) "Depression and sexual dysfunction" The journal of men's health & gender, 4(1), pp 18-25.

Hassel, B. (1997) "Resolution of primary vaginismus and introital hyperesthesia by topical anesthesia" Anesth Analg, 85, pp 1415-1416.

Heatherton, T. F., Wyland, C. L., & Lopez, S. J. (2003) "Assessing Self-Esteem" Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures, pp 219-233.

Hiller, J. (2000) "Defining vaginismus" Sexual and Relationship Therapy, 15(1), pp 87-90.

Hope, M.E., Farmer, L., McAllister, K.F. & Cumming, G.P. (2010). "Vaginismus In Peri-and Postmenopausal Women: A Pragmatic Approach For General Practitionersand Gynaecologists" Menopause International,16(2), pp 68-73.

Horney, K. (1950) *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*, New York: W. W. Norton & Company.

İkiz, E. ve Totan, T. (2012) "Üniversite öğrencilerinde öz-duyarlık ve duygusal zekânın incelenmesi" Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14(1), ss 51-71.

İncesu, C. (1999) "Cinsel İşlev Bozuklukları İlk Basamak Değerlendirme ve Ayırıcı Tanı" Psikiyatri Dünyası, (2), ss 39-48.

İncesu, C. (2004) "Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları" Klinik Psikiyatri Dergisi, 7(3), ss 3-13.

İncesu, C. (2004) "Vajinismusun EMDR Yöntemi ile Tedavisi" Klinik Psikiyatri Dergisi, 7(3), ss 3-13.

İncesu, C. (2011) "Dsm-5 ve Cinsel İşlev Bozuklukları" Nöropsikiyatri Arşivi, 48, ss 1-6.

Jeng, C. J. (2004) "The pathophysiology and etiology of vaginismus" Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, 43(1), pp 10-15.

Kahraman, M. İ. (2012) *Cinsel Sağlıktan Mutlu Aileye*, İstanbul, Nesil Yayınları.

Kaplan, L. S. (1995) "Self-Esteem is Not Our National Wonder Drug" School Counselor, 42(5), pp 341-346.

Karagüzel, E. Ö., Arslan, F. C., Tiryaki, A., Osmanağaoğlu, M. A., & Kaygusuz, E. Ş. (2016) "Sociodemographic Features, Depression And Anxiety İn Women With Life-Long Vaginismus" Anatolian Journal of Psychiatry, 17(6), pp 489-495.

Kargın, M., ve Ünal, S. (2011) "İnfertil Bireylerde Umutsuzluğun Belirlenmesi" Yeni Symposium 49(1) ss 54-60.

Kayir A, Geyran P, Tiikel MR ve Kiziltug A. (1990) "Cinsel sorunlarda başvuru özellikleri ve tedavi seçimi" XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Ozet Kitabı, ss 451-458.

Keskin, G., & Gümüş, A. B. (2014) "İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme" Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 5(1) ss 9-16.

Kirkpatrick, K. L. (2005) *Enhancing self-compassion using a gestalt two-chair intervention*, Dissertation Presented to the Faculty of the Graduate School of The University of Texas at Austin in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy, Texas, The University of Texas at Austin.

Kiviruusu, O., Berg, N., Huurre, T., Aro, H., Marttunen, M., & Haukkala, A. (2016) "Interpersonal Conflicts and Development of Self-Esteem from Adolescence to Mid-Adulthood. A 26-Year Follow-Up" PloS One, 11(10), pp 1-17.

Kleinplatz, P. J. (1998) "Sex Therapy for Vaginismus: A Review, Critique, and Humanistic Alternative" Journal of Humanistic Psychology, 38(2), pp 51-58.

Konkan, R., Bayrak, M., Gönüllü, O. G., Senormanci, Ö., & Sungur, M. Z. (2012) "Sexual function and satisfaction of women with vaginismus" Dusunen Adam, 25(4), pp 305-311.

Küçük L., (2004) "Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Psikolojik Yönü", Androloji Bülteni, 17, ss 175-178.

Lahaie, M. A., Boyer, S. C., Amsel, R., Khalifé, S. & Binik, Y. M. (2010) "Vaginismus: A Review of The Literature On The Classification/Diagnosis, Etiology And Treatment" Women's Health, 6(5), pp 705-719.

Lau, P.W.C., Cheung, M.W.L. & Rand, L.B. (2008) "A Structural Equation Model of the Relationship Between Body Perception and Self-Esteem: Global Physical Self-Concept as the Mediator" Psychology of Sport and Exercise, 9(4), pp 493-509.

- Laumann, E. O., Paik, A. & Rosen, R. C. (1999) "Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors" *Jama*, 281(6), pp 537-544.
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995) "Self-Esteem as an Interpersonal Monitor: The Sociometer Hypothesis" *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, pp 518–530.
- Leary, M. R., Tate, E., Adams, C. E., Allen, A. B. & Hancock, J. (2007) "Self-Compassion and Reactions to Unpleasant Self-Relevant Events: The Implications of Treating Oneself Kindly" *Personality Process and Individual Differences*, 92 (5), pp 887-904.
- Leiblum, S.R. (2013) *Cinsel Terapi İlkeleri ve Uygulamaları*, (Çev. C. Kısa), Ankara: Ck Yayınları.
- MacBeth, A. & Gumley, A. (2012) "Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology" *Clinical Psychology Review*, 32(6), pp 545-552.
- Macey, K., Gregory, A., Nunns, D., & Nair, R. D. (2015) "Women's Experiences Of Using Vaginal Trainers (Dilators) to Treat Vaginal Penetration Difficulties Diagnosed As Vaginismus: A Qualitative Interview Study" *BMC Women's Health*, 15(1), pp 49-61.
- Melles, R. J., Kuile, M. M., Dewitte, M., Lankveld, J. J., Brauer, M., & Jong, P. J. (2014) "Automatic and Deliberate Affective Associations with Sexual Stimuli in Women with Lifelong Vaginismus Before and After Therapist-Aided Exposure Treatment" *The journal of sexual medicine*, 11(3), pp 786-799.
- Melnik, T., Hawton, K., & McGuire, H. (2012) *Interventions for vaginismus*. The Cochrane Library.
- Metz, M.E., & Epstein, N. (2002) "Assessing the role of relationship conflict in sexual dysfunction" *J Sex Marital Ther*, 28, pp 139-164.
- Nagaraj, A. K., Pai, N. B., Nanjegowda, R. B., Rajagopal, R., Shivarudrappa, N. K., & Siddika, N. (2009) "Etiology and management of sexual dysfunction" *Online Journal of Health and Allied Sciences* 8(2), pp 1-11.
- Neff, K. (2003a) "Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself." *Self and identity*, 2(2), pp 85-101.
- Neff, K. D. (2003b) "Development and validation of a scale to measure self-compassion" *Self and Identity*, 2, pp 223–250.
- Neff, K. D. (2004) "Self-Compassion and Well-Being" **Constructivism in The Human Sciences**, 9 (2), pp 27-38.
- Neff, K. D. (2009) "The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself." *Human development*, 52(4), pp 211-214.
- Neff, K. D. (2012) "The Science of Self-Compassion" *Compassion and Wisdom in Psychotherapy*, New York, Guilford Press.

- Neff, K. D. & McGehee, P. (2010) "Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults" *Self and identity*, 9(3), pp 225-240.
- Neff, K. D. & Vonk, R. (2009) "Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself" *Journal of personality*, 77(1), pp 23-50.
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P., & Dejitterat, K. (2005) "Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure" *Self and identity*, 4(3), pp 263-287.
- Nicolosi, A., Laumann, E. O., Glasser, D. B., Moreira, E. D., Paik, A., & Gingell, C. (2004) "Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors" *Urology*, 64(5), pp 991-997.
- Oktay, M. ve Tombul, K. (2003) "İki Yüz Vajinismus Vakası ve Eşlerinin Psikolojik Yönden İncelenmesi" *Yeni Symposium*, 41(3), ss 115-118.
- Oskay, Ü. Y. ve Beji, N. K. (2008) "Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sınıflandırması, Son Dönemde Yapılan Değişlikler ve Yeni Sınıflama İçin Öneriler" *Androloji Bülteni*, 32, ss79-82.
- Özakkaş, T. (1993) *Cinsel Problemlerde Hipnoterapi*, Kayseri, Özak Yayınevi.
- Özdel, K., Yılmaz, A., Çeri, Ö. ve Kumbasar, H. (2012) "Vajinismus tedavisinde tedavinin tamamlanmasını yordayan etmenler" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23, ss 248-254.
- Özdel, O., Tümkaya, S., Levent, N., Atesci, F. Ç., Oğuzhanoğlu, N. K., ve Varma, G. (2013) "Bilişsel Davranışçı Yöntemlere Dayalı Cinsel Terapinin Vajinismuslu Kadınlar Ve Eşlerinin Cinsel Sorunları Üzerindeki Etkileri" *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2), ss 129-135.
- Özerdoğan, N., Sayiner, F. D., Köşgeroğlu, N. ve Ünsal, A. (2009) "40-65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler" *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), ss 46-59.
- Özmen, H. E. (1999) "Cinsel Mitler Ve Cinsel İşlev Bozuklukları" *Psikiyatri Dünyası*, 2, ss 49-53.
- Pacik, P. T. (2009) "Botox Treatment For Vaginismus" *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(6), pp 455-456.
- Pacik, P. T. (2014) "Understanding And Treating Vaginismus: A Multimodal Approach" *International Urogynecology Journal*, 25(12), pp 1613-1620.
- Praharaj SK, Verma P & Arora M. (2006) "Topical lignocaine for vaginismus: a case report" *International Journal of Impotence Research* 18, pp 568-69.
- Ramli, M., Nora, M. Z., Roszaman, R. & Hatta, S. (2012) "Vaginismus and Subfertility: Case Reports On The Association Observed In Clinical Practice" *Malaysian Family Physician*, 7(1), pp 24-27.
- Rana, D. & Upton, D. (2008) *Psychology for Nurses*, New York, Routledge.

Rangaswamy, T., & Vijayakumar, L. (2017) *Emergencies in Psychiatry in Low-and Middle-income Countries*. CRC Press.

Rasmussen, M. K. & Pidgeon, A. M. (2011) "The Direct and Indirect Benefits of Dispositional Mindfulness on Self-Esteem and Social Anxiety" *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(2), pp 227-233.

Read, S., King, M. & Watson, J. (1997) "SexualDysfunctionInPrimaryMedicalCare: Prevalence, Characteristics and Detection By The General Practitioner" *Journal of Public Health*, 19(4), pp 387-391.

Rosen, R. C., & Leiblum, S. R. (1995) "Treatment of sexual disorders in the 1990s: an integrated approach" *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(6), pp 877-890.

Rosenberg, M. (1965) *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1979) *Conceiving the self*, New York, Basic Books.

Rubin, T. I. (1975) *Compassion and self-hate: An alternative to despair*, New York: D. McKay Co.

Salerno, T. (1940) *The Diseases of Women*, Los Angeles, Ward Ritchie Press.

Sanford, L. and Donovan, M. E. (1999) *Kadınlar ve benlik saygısı*. (Çev, S. Kunt). Ankara, HYB.

Schultz W.W., Basson, R., Binik, Y., Eschenbach, D., Wesselmann, U., & Van Lankveld, J. (2005) "Women's sexual pain and its management" *The journal of sexual medicine*, 2(3), pp 301-316.

Simonelli, C., Eleuteri, S., Petruccelli, F. & Rossi, R. (2014) "Female sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus" *Curr Opin Psychiatry*, 27(6), pp 406-412.

Sims, M.J. (1861) "On vaginismus" *Trans Obstet Soc London* 3, pp 356-367.

Slowinski, J. (2001) "New Classification On Female Sexual Dysfunction: Some Reflections On The Consensus Report" *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(2), pp 217-220.

Smith, E. R., Mackie, D. M., & Claypool, H. M. (2014) *Social psychology*, New York, Psychology Press.

Spector, I. P. and Carey, M. P. (1990) "IncidenceandPrevalence of The Sexual Dysfunctions: A Critical Review of The Empirical Literature" *Archives Of Sexual Behavior*, 19(4), pp 389-408.

Stevenson R. W. D. (2004) "Sexual Medicine: Why Psychiatrists Must Talk To Their Patients About Sex" *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), pp 673-677.

Sugrue, D. P. & Whipple, B. (2001) "The Consensus-Based Classification of Female Sexual Dysfunction: Barriers To Universal Acceptance" *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(2), pp 221-226.

Tan, H. (1970) "Akademik Psikolojide Ego veya Benlik (Self) Kavramı" *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), ss 14.

Tan, J., Lo, P., Ge, N., & Chu, C. (2016) "Self-Esteem Mediates the Relationship Between Mindfulness and Social Anxiety Among Chinese Undergraduate Students" *Social Behavior and Personality*, 44(8), pp 1297-1304.

Taştan, K. ve Işık, M. (2015) "Vajinismus Tedavisinde Hipnoterapi: Bir Olgu Sunumu" *Ankara Medical Journal*, 15(1), ss 35-37.

Tel., F. D. ve Sarı, T. (2016) "Üniversite Öğrencilerinde Öz Duyarlılık ve Yaşam Doyumu" *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16 (1), ss 292-304.

Ter Kuile, M. M., Bulté, I., Weijnen, P., Beekman, A., Melles, R. & Onghena, P. (2009) "Therapist-Aided Exposure For Women With Lifelong Vaginismus: A Replicated Single-Case Design" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), pp 149-159.

Ter Kuile, M. M., Van Lankveld, J. J., De Groot, E., Melles, R., Neffs, J. & Zandbergen, M. (2007) "Cognitive-Behavioral Therapy for Women with Lifelong Vaginismus: Process and Prognostic Factors" *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), pp 359-373.

Terzioğlu, F., ve Alan, H. (2015) "Jinekolojik Kanser Tedavisi Sırasında Yaşanan Psikolojik Sorunların Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi" *Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences*, 18(2), ss 140-147.

Thompson, B. L. and Waltz, J. (2008) "Self-compassion and PTSD symptom severity" *Journal of traumatic stress*, 21(6), pp 556-558.

Topaktaş, R., Tepeler, A. ve Armağan, A. (2011) "İdrar Kaçıran Bayan Hastaların Cinselliğe Yaklaşımı" *Androloji Bülteni*, 46, ss 233-238.

Torun, F. (2010) "Vajinismusun EMDR Yöntemi İle Tedavisi: İki Olgu Sunumu" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), ss 243-248.

Tuğrul, C. (1999) "Cinsel İşlev Bozukluklarının Psikolojik Nedenleri" *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi*, 2, ss 29-33.

Tuğrul, C. & Kabakçı E. (1997) "Vaginismus and Its Correlates" *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 12(1), pp 23-35.

Tuğrul, C. ve Kabakçı E. (1997b) "Vajinismus Olan ve Olmayan Kadınların Bazı Özellikleri" *Türk Psikoloji Dergisi*, 12, ss 39-55.

Tuğrul, C. ve Kabakçı, E. (1996) "Vaginismus Vakalarında Yordayıcı Değişkenler" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3, ss 201-207.

Usta, A.T. ve Oral, E. (2016) *Kronik Pelvik Ağrı*, Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri.

World Health Organization (1993) *The ICD-10 Classification Of Mental And Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria For Research*. Geneva: World Health Organization.

Yargıç, İ. ve Kayır, A. (1996) “Vajinismus: Bir Grup Psikoterapisi Sunumu” *Düşünen Adam*, 9(1), ss 31-34.

Yasan A ve Akdeniz N. (2009) “Treatment of lifelong vaginismus in traditional Islamic couples: a prospective study” *J Sex Med*, 6(4), pp 1054-1061.

Yaşar, H., Özkan, L., ve Tepeler, A. (2010) “Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarına Güncel Yaklaşım” *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 1(3), ss 235-240.

Yetkin, N. (1999) “Vajinismus” *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi*, (3), ss 26-29.

Yıldırım, E.A., Akyüz, F., Hacıoğlu, M., Eşsizoglu, A., Çakmak, A.C., Çakmak, E. ve Erdimen, S. (2011) “Cinsel İşlev Bozuklukları Kliniğine Başvuran Olgularda Başvuru Yakınması ile Klinik Tanı Arasındaki İlişki” *Nöropsikiyatri Arşivi*, 48, ss 24-30.

Yıldız H. (2010) “Cinsel İşlev Bozukluğunun Tanılanmasında Eşlere Yaklaşım” *Androloji Bülteni*, 43, ss 309-313.

Yılmaz, E., Zeytinci, İ. E., Sarı, S., Karababa, İ. F., Çilli, A. S., & Kucur, R. (2010) “Investigation of Sexual Problems İn Married People Living İn The Center of Konya” *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2), pp 126-134.

Zuroff, D. D., & Duncan, N. (1999) “Self-criticism and conflict resolution in romantic couples” *Canadian Journal of Behavioural Science*, 31(3), pp 137- 149.

EKLER

EK-1: SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

ÖRNEK NO : |_|_|_|

1. Adınız:

2. Cinsiyetiniz:
 - A. Kadın
 - B. Erkek

3. Yaşınız: |_|_|_|

4. Medeni durumunuz nedir?
 - A. Bekar
 - B. Evli
 - C. Ayrılmış
 - D. Boşanmış
 - E. Dul

5. Evli iseniz eşiniz ile nasıl evlendiniz ?
 - A. Görücü usulü
 - B. Flört ederek

6. Eğitim durumunuz nedir?
 - A. Okuması - yazması yok
 - B. Okur – yazar
 - C. İlkokul mezunu
 - D. Ortaokul mezunu
 - E. Lise mezunu
 - F. Yüksekokul mezunu
 - G. Üniversite mezunu

7. Mesleğiniz nedir?

8. Şu anda herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 - A. Evet
 - B. Hayır

9. Aylık gelir durumunuz nedir?
 - A. Gelirler, giderlerden az
 - B. Gelirler, giderler ile eşit
 - C. Gelirler, giderlerden fazla

10. Birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?
 - A. Yalnız
 - B. Eş

- C. Eş ve çocuklar
- D. Akrabalar
- E. Eş, çocuk ve akrabalar

11. Nerede büyüdünüz ?
- A. Köy
 - B. Kasaba
 - C. Kent merkezi
 - D. Büyük şehir

12. Daha önce bir hastalık tanısı aldınız mı ?
- A. Almadım
 - B. Kalp-damar hastalıkları
 - C. Solunum
 - D. Mide-barsak/Sindirim
 - E. Üreme/İdrar yolları
 - F. Nörolojik
 - G. Hareket/İskelet
 - H. Hormon-Metabolizma
 - İ. Bağışıklık
 - J. Psikiyatrik

13. Vajinismus tanısı aldınız mı ?
- A. Evet
 - B. Hayır

Eğer vajinismus tanısı aldıysanız;

14. Bu tanıyı ne zaman aldınız ?
-

15. Daha önce kaç kez vajinismus tedavisi almak için bir uzmana başvurduunuz?
- A. Hiç
 - B. 1 defa
 - C. 2 defa
 - D. 3 veya daha fazla

EK-2: ÖZ-DUYARLIK ÖLÇEĞİ

ÖZ-DUYARLIK ÖLÇEĞİ					
ZORLUKLAR KARŞISINDA KENDİME GENEL OLARAK NASIL DAVRANIYORUM?					
Cevaplamadan önce her bir ifadeyi dikkatle okuyunuz. Her bir maddenin sağında takip eden ölçeği kullanarak, belirtilen durumda ne kadar sıklıkla hareket ettiğinizi belirtiniz.					
	Hemen Hemen Hiçbir Zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğu Zaman	Hemen Hemen Her Zaman
	1	2	3	4	5
1. Kendi hatalarım ve yetersizliklerim konusunda onaylamaz ve yargılayıcıyım.					
2. Moralim bozuk olduğu zaman, yanlış giden ne varsa ona dikkat edip takıntı yapmaya başlarım.					
3. İşler benim için kötüye gittiğinde, bu zorlukları hayatta herkesin geçtiği yollar olarak görürüm.					
4. Yetersizliklerim hakkında düşündüğüm zaman, bu beni dünyanın geri kalanından koparılıp uzaklaştırmış gibi hissettirir.					
5. Duygusal bir acı hissettiğim zaman, kendime karşı sevecen olmaya çalışırım.					
6. Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğum zaman, yetersizlik hisleriyle kendimi tüketirim.					
7. Bezgin, bitkin bir halde olduğumda, kendime dünyada pek çok insanın daha aynı benim gibi hissettiğini hatırlatırım.					
8. İşler zorlaştığında, kendime yüklenirim.					
9. Bir şey beni üzdüğü zaman, duygularımı dengede tutmaya çalışırım.					
10. Bir sebeple kendimi yetersiz hissedersen, yetersizlik duygusunun birçok insan tarafından paylaşıldığını kendime hatırlatmaya çalışırım.					
11. Kendi kişiliğimin sevmediğim kısımlarına karşı hoşgörüsüz ve sabırsızım.					
12. Zor zamanlardan geçtiğimde, kendime ihtiyaç duyduğum bakımı ve hassasiyeti sağlarım.					

13. Kendimi kötü hissettiğim zaman, diğer insanların çoğunun benden daha mutlu olduğunu hissetmeye başlarım.					
14. Acı verici bir şey olduğunda, durumun dengeli bir bakış açısını yakalamaya çalışırım.					
15. Başarısızlıklarımı, insan olmanın bir parçası olarak görürüm.					
16. Sevmediğim yanlarımı gördüğüm zaman, kendi kendimin moralini bozarım.					
17. Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, durumu bir bakış açısıyla değerlendirmeye çalışırım.					
18. Çok mücadele ettiğim zamanlarda, diğer insanların bunu çok daha kolay geçtiğini düşünürüm.					
19. Acı çektiğim zamanlarda, kendime merhametli davranırım.					
20. Bir şey beni üzdüğü zaman, duygularıma kapılıp giderim.					
21. Acı çektiğim zaman kendime karşı biraz acımasız olabilirim.					
22. Moralim bozuk olduğu zaman, duygularıma alaka ve açıklıkla yaklaşırım.					
23. Kendi hatalarıma ve yetersizliklerime karşı hoşgörülüyüm.					
24. Sıkıntı verici bir şey olduğu zaman, olanları gözümde büyütürüm.					
25. Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğum zaman, hatamın içinde yapayalnız hissederim.					
26. Kişiliğimin sevmediğim yanlarına karşı anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.					

EK-3: ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

A. Çok Doğru B. Doğru C. Yanlış D. Çok Yanlış

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

A. Çok Doğru B. Doğru C. Yanlış D. Çok Yanlış

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

A. Çok Doğru B. Doğru C. Yanlış D. Çok Yanlış

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.

A. Çok Doğru B. Doğru C. Yanlış D. Çok Yanlış

5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.

A. Çok Doğru B. Doğru C. Yanlış D. Çok Yanlış

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

A. Çok Doğru B. Doğru C. Yanlış D. Çok Yanlış

7. Genel olarak kendimden memnunum.

A. Çok Doğru B. Doğru C. Yanlış D. Çok Yanlış

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

A. Çok Doğru B. Doğru C. Yanlış D. Çok Yanlış

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

A. Çok Doğru B. Doğru C. Yanlış D. Çok Yanlış

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

A. Çok Doğru B. Doğru C. Yanlış D. Çok Yanlış

11. Kendiniz hakkındaki düşünceleriniz değişkenlik gösterir mi, yoksa her zaman aynı mıdır ?

A. Çok Değişir B. Zaman Zaman Değişir C. Çok Az Değişir D. Hiç Değişmez

12. Hiç kendiniz hakkında bir gün bir görüşe, başka bir gün farklı bir görüşe sahip olduğunuzu farkettiğiniz olur mu ?

A. Evet, Sık Sık Olur B. Evet, Bazen Olur C. Evet, Nadiren Olur D. Hayır, Hiç Olmaz

13. Kendim hakkındaki görüşlerimin **çok çabuk** değiştiğini farkettim.

A. Doğru B. Yanlış

14. Kendim hakkında bazı günler olumlu bazı günlerse olumsuz düşüncelere sahip oluyorum.

A. Doğru B. Yanlış

15. Şu günlerde kendim hakkındaki görüşlerimi hiç birşeyin değiştiremeyeceğini düşünüyorum.

A. Doğru B. Yanlış

16.Başınıza gerçekten bir şey geldiğinde kimse sizin durumunuzla pek ilgilenmeyecektir.

A. Doğru B. Yanlış

17. İnsan doğasında yardımlaşma gerçekten vardır.

A. Doğru B. Yanlış

18. Dikkatli davranmazsanız insanlar sizi kullanacaklardır.

A. Doğru B. Yanlış

19. Bazı kişiler, insanların büyük çoğunluğunun güvenilebilir olduğunu, bazıları ise insanlarla ilişkilerinde çok güvenilemeyeceğini söylerler. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz ?

A. İnsanların Çoğuna Güvenilebilir.

B. İnsanlarla İlişkilerde Çok Güvenilemez.

20. İnsanlar daha çok başkalarına yardım etmeye mi, yoksa kendi çıkarlarını düşünmeye mi eğilimlidirler ?

- A. Başkalarına yardım etmeye
B. Kendi çıkarlarını düşünmeye

21. Eleştiriye karşı ne kadar hassassınızdır ?

- A. Çok fazla hassas B. Oldukça hassas C. Az hassas D. Hassas değil

22. Eleştiri ya da azarlama beni çok fazla incitir.

- A. Doğru B. Yanlış

23. Yanlış yaptığınız bir şey için biri size güldüğünde veya suçladığında ne kadar rahatsız olursunuz?

- A. Çok fazla B. Oldukça C. Rahatsız olmam

24. Genelde ne kadar mutlusunuzdur ?

- A. Çok Mutlu B. Mutlu C. Pek Mutlu Değil D. Çok Mutsuz

25. Genelde oldukça mutlu bir kişi olduğumu düşünüyorum.

- A. Doğru B. Yanlış

26. Genel olarak kendinizi neşeli bir ruh hali içinde mi, yoksa neşesiz bir ruh hali içinde mi hissedersiniz ?

- A. Çok neşeli bir ruh hali içinde B. Oldukça neşeli bir ruh hali içinde
C. Ne neşeli ne de neşesiz ruh halinde D. Oldukça neşesiz ruh halinde

27. Hayattan çok zevk alıyorum.

- A. Doğru B. Yanlış

28. Ben de mutlu gördüğüm diğer kişiler kadar mutlu olabilmeyi isterdim.

- A. Doğru B. Yanlış

29. Kendinizi kederli ve karamsar hissettiğiniz olur mu ?

- A. Çok Sık B. Sık C. Ara Sıra D. Nadiren E. Hiçbir Zaman

30. Çoğu zaman başka bir şey yapmaktansa oturup hayal kurmayı tercih ediyorum.

A. Doğru B. Yanlış

31. Bana hayalperest denilebilir.

A. Doğru B. Yanlış

32. Zamanımın büyük bir kısmını hayal kurmakla geçiririm.

A. Doğru B. Yanlış

33. Gelecekte nasıl bir insan olacağınız konusunda hayal kurar mısınız ?

A. Çok Sık B. Bazen C. Nadiren D. Hiçbir Zaman

34. Hiç uykuya dalma ya da uykunun sürekliliği açısından sorunuz oldu mu ?

A. Sık Sık B. Bazen C. Nadiren D. Hiçbir Zaman

35. Hiç ellerinizin sizi rahatsız edecek kadar titrediği olur mu ?

A. Sık Sık B. Bazen C. Nadiren D. Hiçbir Zaman

36. Hiç sizi rahatsız edecek kadar sinirlendiğiniz olur mu ?

A. Sık Sık B. Bazen C. Nadiren D. Hiçbir Zaman

37. Hiç sizi rahatsız edecek kadar çarpıntı hissettiğiniz olur mu ?

A. Sık Sık B. Bazen C. Nadiren D. Hiçbir Zaman

38. Hiç sizi rahatsız edecek kadar başınızın içinde basınç hissettiğiniz olur mu ?

A. Sık Sık B. Bazen C. Nadiren D. Hiçbir Zaman

39. Şu sıralarda hiç tırnak yiyor musunuz ?

A. Sık Sık B. Bazen C. Nadiren D. Hiçbir Zaman

40. Egzersiz veya çalışma zamanları dışında hiç sizi rahatsız edecek kadar nefes darlığı hissettiğiniz olur mu ?

A. Sık Sık B. Bazen C. Nadiren D. Hiçbir Zaman

41. Hiç sizi rahatsız edecek kadar ellerinizde terleme olur mu ?

A. Sık Sık B. Bazen C. Nadiren D. Hiçbir Zaman

42. Hiç rahatsız edici baş ağrıları çeker misiniz ?

- A. Sık Sık B. Bazen C. Nadiren D. Hiçbir Zaman

43. Hiç rahatsız edici kabuslar görür müsünüz ?

- A. Sık Sık B. Bazen C. Nadiren D. Hiçbir Zaman

44. Ulusal veya uluslar arası önemli bir konuda görüşünüzü belirttiğinizde birisi size gülerse ne hissedersiniz ?

- A. Çok incinirim ve rahatsız olurum. B. Biraz incinirim ve rahatsız olurum.
C. Beni pek fazla etkilemez.

45. Ulusal veya uluslar arası sorunlar tartışıldığında genellikle kötü izlenim bırakacak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

- A. Doğru B. Yanlış

46. Toplumsal konularla ilgili tartışmalarda insanları kızdıracak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

- A. Doğru B. Yanlış

47. Uluslar arası konuları tartışır mısınız ?

- A. Pek çok B. Oldukça C. Çok az D. Hiçbir zaman

48. Arkadaşlarınızla birlikte uluslar arası konuları tartıştığınız zaman tutumunuz nasıl olur ?

- A. Sadece dinlerim B. Arada bir görüş bildiririm
C. Konuşmaya eşit oranda katılırım D. Diğerlerini ikna etmeye çalışırım

49. Siz 10 – 11 yaşlarınızdayken **anneniz** arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- A. Hepsini tanırdı B. Çoğunu tanırdı
C. Bazılarını tanırdı D. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

50. Bu dönemde **babanız** arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- A. Hepsini tanırdı B. Çoğunu tanırdı
C. Bazılarını tanırdı D. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

51. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

A. Doğru B. Yanlış

52. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

A. Doğru B. Yanlış

53. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

A. Doğru B. Yanlış

54. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

A. Doğru B. Yanlış

55. Sizce diğer aile bireyleri sizin söylediğiniz şeylerle ne kadar ilgilenirler ?

A. Çok ilgilenirler B. Oldukça ilgilenirler C. İlgilenmezler

56. Büyümekte olduğunuz dönemde babanızın en çok tuttuğu çocuğu kimdi ?

A. Ben B. Ağabeyim C. Ablam D. Erkek kardeşim
E. Kız kardeşim F. Bildiğim kadarıyla çok tuttuğu birisi yoktu

57. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

A. Hepsini tanırdı B. Çoğunu tanırdı
C. Bazılarını tanırdı D. Hiçbirini tanımazdı

58. Anne ve babanızın hangisi ile daha rahat konuşabiliyorsunuz ?

A. Babamla çok daha fazla B. Babamla biraz daha fazla
C. Her ikisi ile eşit oranda D. Annemle biraz daha fazla
E. Annemle çok daha fazla

59. Anne ve babanızın hangisi sizi daha çok över ?

A. Babam çok daha fazla B. Babam biraz daha fazla
C. Her ikisi eşit oranda D. Annem biraz daha fazla
E. Annem çok daha fazla

60. Anne ve babanızın hangisi size daha çok şefkat gösterir ?

- A. Babam çok daha fazla B. Babam biraz daha fazla
C. Her ikisi eşit oranda D. Annem biraz daha fazla
E. Annem çok daha fazla

61. Anne ve babanız anlaşamadıkları zaman siz genellikle hangisinden yana olursunuz ?

- A. Çok daha fazla olarak babamdan yana B. Biraz fazla olarak babamdan yana
C. Eşit oranda her ikisinden yana D. Biraz fazla olarak annemden yana
E. Çok daha fazla olarak annemden yana

62. Yalnız bir insan olmaya eğilimli misinizdir ?

- A. Evet B. Hayır

63. İnsanların çoğu sizin nasıl bir kişi olduğunuzu bilirler mi, yoksa çoğunun sizi gerçekten tanımadıklarını mı düşünürsünüz ?

- A. Çoğu benim nasıl biri olduğumu bilir.
B. Çoğu gerçekten beni tanımaz.

EK-4: Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

İsim: Gülten

Soyisim: DÜMEN

Doğum Tarihi: 1966

Eğitim Durumu:

Lisans: Bilgi Üniversitesi / Psikoloji Bölümü / 2008-2013

Lisans: Bilgi Üniversitesi / Televizyon Haberciliği ve Programcılığı / 2008-2013

Yüksek Lisans: Üsküdar Üniversitesi / Klinik Psikoloji

Yabancı Dil ve düzeyi:

İngilizce (orta düzey)

İş deneyimi:

Dr. Haydar Dümen Kliniği / 2013-