

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**VAJİNİSMUS TEDAVİSİ SONRASINDA
KADINLARIN PSİKİYATRİK BELİRTİLERİ,
CİNSELLİĞE BAKIŞLARI VE EVLİLİK
DOYUMLARINDAKİ DEĞİŞİMİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Merve EZBERCİ AKGÜN

İstanbul, 2017

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**VAJİNİSMUS TEDAVİSİ SONRASINDA
KADINLARIN PSİKIYATRİK BELİRTİLERİ,
CİNSELLİĞE BAKIŞLARI VE EVLİLİK
DOYUMLARINDAKİ DEĞİŞİMİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Merve EZBERCİ AKGÜN

Öğrenci No:
150790013

Danışman:
Yrd. Doç. Dr. Filiz ŞÜKRÜ GÜRBÜZ

İstanbul, 2017

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Vajinismus Tedavisi Sonrasında Kadınların Psikiyatrik Belirtileri, Cinselliğe Bakışları Ve Evlilik Doyumlarındaki Değişimin İncelenmesi**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. (14.07.2017)

Merve EZBERCİ AKGÜN



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ,
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

26.7.2017

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 150790013 numaralı *Merve EZBERCİ'nin* "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Vajinismus Tedavisi Sonrasında Kadınların Psikiyatrik Belirtileri, Cinselliğe Bakışları ve Evlilik Doyumlarındaki Değişimin İncelenmesi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 18.07.2017 tarih ve 2017/27 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (45) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında oyçokluğu/oybirliği ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

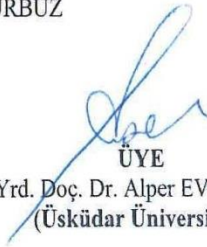
DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Filiz ŞÜKRÜ GÜRBÜZ
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE
Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE
Yrd. Doç. Dr. Alper EVRENSEL
(Üsküdar Üniversitesi)



TEŞEKKÜR

Tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Filiz ŞÜKRÜ GÜRBÜZ'e
Tezim için yardımlarını esirgemeyen sevgili Dr. Süleyman ESERDAĞ'a,
İstanbul Nişantaşı Hera Klinik çalışanlarına ve bilhassa Safinaz KARA
hanımefendiye,
Çok değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Muzaffer ŞAHİN'e
Her daim yanımda olan ve sahip olmaktan gurur duyduğum canım anneme ve
babama, son olarak her şeyimi paylaştığım, tez yazım sürecimde ve her konuda bana
destek veren sevgili eşim Mehmet Ali AKGÜN'e
Teşekkürü borç bilirim.

Merve EZBERCİ AKGÜN

Temmuz 2017

İstanbul

Adı ve Soyadı : Merve EZBERCİ AKGÜN

Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Filiz ŞÜKRÜ GÜRBÜZ

Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans/2017

Alanı : Klinik Psikoloji

Anahtar Kelimeler : Vajinismus, cinsel işlev bozukluğu, cinsel doyum, cinsel mit, SCL-90-R, KCIÖ, GRCDÖ.

ÖZET

VAJİNİSMUS TEDAVİSİ SONRASINDA KADINLARIN PSİKIYATRİK BELİRTİLERİ, CİNSELLİĞE BAKIŞLARI VE EVLİLİK DOYUMLARINDAKİ DEĞİŞİMİN İNCELENMESİ

Vajinismus gelişmekte olan ölkelerde sık rastlanan bir cinsel sorundur. Ölkemizde vajinismusa ilişkin çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada, vajinismus hastalığı olan evli kadınların tedavi süreçlerinin sonrasında, tedavi öncesindeki psikiyatrik belirtileri, cinselliğe bakışları ve evlilik doyumlarındaki değişikliklerin saptanması amaçlanmıştır.

Bu çalışmada, İstanbul ili sınırları içerisinde yaşayan rastgele seçim yöntemi ile belirlenen tedaviye yeni başlayan 23 vajinismus hastası kadınla çalışıldı. Cinsel Terapi süreci başlamadan önce, Kişisel Bilgi Formu, SCL-90-R, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Kadın Formu), Evlilik Uyum Ölçeği uygulanan hastalara tedavi tamamlandıktan sonra aynı ölçekler tekrar uygulandı. Daha sonra tedavi öncesinde ve sonrasında uygulanan ölçekler karşılaştırıldı ve sonuçlar % 95 güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

SCL-90-R toplam puanlarına göre, hastaların tedavi öncesi somatizasyon, obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm belirtilerindeki düşüşün anlamlı olduğu ($p<0,05$) ve KCIÖ ve GRCDÖ toplam puanlarına göre, hastaların tedavi öncesi cinsel istek, uyarılma, tatmin, ağrı, sıklık, iletişim, doyum, vajinismus, orgazm bozukluğu ve

cinsel doyum alt ölçeklerinin tedavi sonrası puanlarında meydana gelen artışın anlamlı olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Vajinismus cinsel işlev bozukluğu olmasının yanı sıra ruh sağlığının birçok bileşeniyle bağlantılıdır. Psikolojik belirtilerin varlığının vajinismus tedavisinde önemli olmasının yanı sıra, vajinismus tanısı alanların yaşadıkları cinsel sorunlar tedavinin uygun bir şekilde ilerleyebilmesi için dikkate alınmalıdır. Vajinismus tanısı alanların kendi cinsel bilgilerini yetersiz buldukları saptanmıştır. Bu sebeple vajinismus tedavisinde cinsel bilgi ve eğitim verilmesinin önemli olacağı düşünülmektedir. Cinsel mitlere yönelik müdahale yapılmasının ve cinsel mitlere inanışların uygun şekilde değiştirilmesinin gerektiği diğer önemli bir sonuçtur. Vajinismus tanısı almış hastaların tedavi sonrası evlilik doyumlarında herhangi bir değişikliğe rastlanılmamış olmasına karşın, psikolojik belirtilerinde düşüş aynı zamanda cinsel işlev ve cinsel doyumlarında artış görülmesi, tedavinin gerekli ve başarılı olduğunu göstermektedir.

Name and Surname : Merve EZBERCI AKGUN

Supervisor : Yrd. Doc. Dr. Filiz SUKRU GURBUZ

Degree and Date : Master, 2017

Major : Clinical Psychology

Key Words: Vaginismus, sexual functioning disorder, sexual satiation, sexual myth, SCL-90-R, FSFI, GRISS

ABSTRACT

THE ANALYSIS OF WOMEN'S PSYCHIATRIC SYMPTOMS, THEIR VIEWPOINTS TOWARDS SEXUALITY AND THE CHANGE OF THEIR MARITAL SATISFACTION AFTER VAGINISMUS TREATMENT

Vaginismus is a very common problem in developing countries. However the works in this area are quite limited in Turkey. The purpose of this work is the evaluation of the results and the comparison of the psychological symptoms, patients' viewpoints towards sexuality and marital satisfaction with the situation before the treatment.

23 women, suffering the conditions of vaginismus, within the boundaries of Istanbul city have been chosen randomly and collaborated with in this work. Before the sexual therapy started, personal information forms have been filled, SCL-90-R, The Female Sexual Function Index (FSFI), Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (for the women), Marital Adjustment Scale have been applied to the patients before and after the treatment. These results have been compared with each other and evaluated with 95% confidence interval and with $p < 0,05$ level of significance.

According to the total SCL-90-R points, It has been confirmed that the decline of the symptoms such as somatisation, obsessive compulsive, interpersonal sensibility, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, psikotism is significant ($p < 0,05$). On the other hand according to FSFI and GRISS total points, it has been confirmed that, there is positive improvement with regards to

sexual desire, excitation, satisfaction, pain, frequency, connection, satiation, vaginismus, orgasmic disorder, sexual satiation is significant ($p < 0,05$)

Beyond a sexual disorder, vaginismus is related to the various constituent of the mental health. In addition to the importance of the existence of psychological symptoms, the treatment of the sexual problems of the patients should be taken into consideration in order to proceed with the vaginismus treatment properly.

It has been detected that the patients with vaginismus diagnosis find their sexual knowledge very low. Therefore, it is believed that the sexual knowledge and the education are important. It is also another important result that it is necessary to intervene to the sexual myths and to change the wrong beliefs towards sexual myths.

Even though it has not been detected that there is not a change in terms of marital satisfaction after the treatment of the patients with vaginismus, there is an improvement with respect to psychological symptoms and also with respect to sexual function and sexual satiation which indicates the necessity and the success of the treatment.

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	24
Tablo 2. Hastaların Büyüdüğü İl/Ülke Bilgilerinin Dağılımı	25
Tablo 3. Sağlık Durumu İle İlgili Bilgilerin Dağılımı	26
Tablo 4. Eş ile İlişki ve Evlilik Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	27
Tablo 5. Aile ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	29
Tablo 6. Hastaların Vajinismus Öyküsüne Ait Bilgilerin Dağılımı.....	30
Tablo 7. Yaş ve Beden Ölçümleri Bulguları.....	31
Tablo 8. Cinsel Öykü	32
Tablo 9. Cinsel Mitler	33
Tablo 10. Cinsel Travmalar.....	34
Tablo 11. Hastaların Görüşüne Göre Vajinismus Oluşma Nedenleri	34
Tablo 12. SCL-90-R Bulgularının Tedavi Öncesi Ve Sonrası Değişimine İlişkin Bulgular	35
Tablo 13. Evlilik Uyum Ölçeği Bulgularının Tedavi Öncesi Ve Sonrası Değişimine İlişkin Bulgular	35
Tablo 14. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Bulgularının Tedavi Öncesi Ve Sonrası Değişimine İlişkin Bulgular.....	36
Tablo 15. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Bulgularının Tedavi Öncesi Ve Sonrası Değişimine İlişkin Bulgular	37

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Ağrı Döngüsü	14
Şekil 2. SCL-90-R Bulgularının Tedavi Öncesi Ve Sonrası Değişimine İlişkin Bulguların Grafiği.....	36
Şekil 3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Bulgularının Tedavi Öncesi Ve Sonrası Değişimine İlişkin Bulguların Grafiği.....	38
Şekil 4. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Bulgularının Tedavi Öncesi Ve Sonrası Değişimine İlişkin Bulguların Grafiği.....	40

KISALTMA LİSTESİ

APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
Bki	Beden Kitle İndeksi
CETAD	Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
CİB	Cinsel İşlev Bozukluğu
DSM-5	Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EUÖ	Evlilik Uyum Ölçeği
FSFI	The Female Sexual Function Index
GRCDÖ	Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği
GRISS	Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction
KBF	Kişisel Bilgi Formu
KCIÖ	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği
n	Kişi sayısı
Ort	Ortalama
p	Olasılık Değeri
r	Korelasyon Katsayısı
SCL 90	Ruhsal Belirtileri Tarama Listesi
SPSS	Statistics Packbage For Social Sciences
Ss	Standart Sapma
t	Bağımsız Değişken

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No:
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
TABLO LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
KISALTMA LİSTESİ	viii
İÇİNDEKİLER	ix
BİRİNCİ BÖLÜM	1
1.1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.2. CİNSELLİK VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI.....	2
1.2.1. Cinsellik	2
1.2.2. Cinsel İşlev Bozuklukları	3
1.3. CİNSEL DOYUM	3
1.4. CİNSEL MİTLER	4
1.5.EVLİLİK UYUMU	5
İKİNCİ BÖLÜM.....	6
2.1. VAJİNİSMUS.....	6
2.1.1. Tanı ve Sınıflandırma.....	7
2.1.2. Yaygınlık ve Sıklık	9
2.1.3. Vajinismusun Tarihçesi.....	10
2.1.4. Etiyoloji.....	11
2.1.4.1. Organik Nedenler	11
2.1.4.2. Psikolojik Nedenler	12
2.1.4.2.1. Vajinismus ve Psikolojik Profil.....	13
2.1.4.2.2. Fobik Tepkiler / Korku	13
2.1.4.2.3. Cinsel Travmalar	15
2.1.4.3. Sosyo-Kültürel Nedenler.....	15
2.1.4.3.1. Kültür.....	15
2.1.4.3.2. Cinsellikle İlgili Bilgi Eksikliği.....	16
2.1.5. Tedavi.....	17

2.1.5.1. Cinsel Terapi Yöntemleri	18
2.1.5.2. Kendine-Yardım Yaklaşımı.....	19
2.1.5.3. Vajinismus Tedavisi Ne Kadar Başarılıdır?	19
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. ARAŞTIRMA MODELİ	20
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	20
3.2.1. Kişisel Bilgi Formu	21
3.2.2. SCL-90-R	21
3.2.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI).....	22
3.2.4. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Kadın Formu)	22
3.2.5. Evlilik Uyum Ölçeği	23
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	23
4. BULGULAR VE YORUMLAR	24
5. TARTIŞMA	41
SONUÇ VE ÖNERİLER	44
KAYNAKÇA	45
EKLER	55
EK.1. Kişisel Bilgi Formu.....	55
EK.2. SCL-90-R.....	57
EK.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI).....	61
EK.4. Evlilik Uyum Ölçeği	66
EK.5. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Kadın Formu).....	69

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik; kişinin yaşadığı tecrübeye dayalı olarak çoğu zaman hoş, eğlenceli, romantik, sıcak bir yaklaşma, bazen ise bir zorunluluk yani kaçınma ya da iğrenme durumu olarak yaşanabilir (Elmerstig E. ve ark., 2008).

İnsanda cinsel davranış birçok faktörden etkilenen son derece karmaşık bir süreçtir. Kimisine göre cinsel ilişki, hayatının önemli bir alanını kapsarken, bazıları için fazla yer kapsamamaktadır. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi'nde, fizyolojik gereksinimler ve güvenlik gereksiniminden sonra cinsel yaşam da vurgulanmaktadır (Çamcı, 2012).

Kişinin öz güveni, diğer insanlarla ilişkileri, hayat şartları, kişinin yaşadığı kültür ve inançlar cinsel davranışı etkiler (Eşel E., 2006). Birçok toplumda cinsellik, evlilikle meşrulaşan bir kavram olarak kabul edilir. Yapılan araştırmalarda, cinsel hayatında mutlu olan bireylerin yaşam memnuniyetlerinin de fazla olduğu saptanmıştır (Uzel, 2015).

Ülkemizde ise cinsellik son derece zorlu bir konudur. Toplumumuzda cinsellikle ilgili birçok tabu halen önemini koruyarak yaşamaktadır. Çok merak edilmesinin yanı sıra aynı zamanda da yasaklanan, bireyler arasında ve toplumsal olarak sıkça konuşulmasına rağmen aynı zamanda varlığı inkar edilircesine yadsınan, herkesin kendisini konunun uzmanı addetmesine rağmen aslında pek de çok bilinmeyen, bir taraftan övülen diğer taraftan ise çok utanılan bir konudur (İncesu C, 2006, Doğan S. ve ark.).

Vajinismus; DSM-5 tanı ölçütlerinde Cinsel İşlev Bozukluklarının, Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu kategorisinde yer alan kadın cinsel hastalıklarından birisidir.

Vajinismus ülkemizde CİB polikliniklerine başvuran kadınlar arasında en sık rastlanılan cinsel sorundur (Yıldırım, ve ark. 2011). Batı ülkelerinde daha az sıklıkta görülmektedir (Goldmeier ve ark., 1997; Nobre ve ark., 2006; Spector ve ark., 1990).

Diğer cinsel sorunlarla karşılaştırıldığında vajinismusla ilgili çalışmalar görece daha azdır. Etiyolojisi hala tam olarak aydınlatılmamıştır. Bir cümle ile tanımlamak gerekirse; Vajinanın dış kısmında istemsiz ve devamlı suretle oluşan kasılma neticesinde penis girişinin ve cinsel birleşmenin mümkün olmaması durumudur (Köroğlu, 2007).

Bütün bu araştırmalar kapsamından yola çıkarak bilhassa ülkemizde vajinismus hastalığına çok sık rastlanılmasının sebepleri arasında cinsel bilgi eksikliği, cinsel mitler kısacası insanların cinselliğe önyargılı bakış açılarının olduğu varsayılarak bu çalışmada sosyo-demografik verilerin ışığında uygulanan ölçekleri değerlendirerek vajinismuslu vakalarda tedavi öncesi ve sonrası arasında fark görülüp görülmeyeceğini saptamak amaçlanmıştır.

1.2. CİNSELLİK VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

1.2.1. Cinsellik

İnsanın temel iç dürtülerinden biri “saldırganlık”, diğeri “cinsellik”tir. Cinselliğin hem biyolojik hem de toplumsal boyutu vardır (Tarhan N., 2005). Cinsellik denilince ilk akla gelen iki kişinin sevişmesidir. Ancak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinselliği çok boyutlu olarak tanımlar. Cinsellik; insanın bedensel ve fakat bununla da sınırlı olmayarak aynı zamanda duygusal, bireysel anlamda düşünsel ve toplumsal açıdan da topluma entegrasyonunu sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevgi paylaşımını pozitif etkileyen ve çoğaltan sağlık durumudur (İncesu C, 2006).

Cinsel işlev bozuklukları cinsel ilişkinin evrelerine göre düzenlenmiş klinik sendromlar topluluğu olarak değerlendirilmektedir (İncesu C., 1998). Masters ve Johnson cinsel işlev bozukluğunu cinsel yanıt siklusunun, uyarılma veya doyum dönemlerindeki yetmezliğine neden olan herhangi bir sorunu olarak tanımlamışlardır (Masters WH., Johnson VE., 1970).

DSM-5’e göre cinsel sorunlar ve bozukluklar üç kısma ayrılmıştır (APA, 2014). Bunlar;

1. Cinsel İşlev Bozuklukları
2. Cinsel Sapkınlıklar (Parafili) Bozuklukları
3. Cinsiyetinden Yakınma (Hoşnut Olmama) dır.

1.2.2. Cinsel İşlev Bozuklukları

Dünya Cinsel Sağlık Birliği (World Association for Sexual Health) cinselliği bireyin kişiliğinin adeta bir parçası olarak kabul eder ve bu kavramın cinsel kimliği, cinsel eğilimi, erotizm, haz, yakın ilişki ve üreme kavramlarını da içinde barındırdığını belirtir (Doğan S. ve ark., 2008).

Cinsel işlev bozuklukları, insandaki cinsel yanıt evrelerinde meydana gelen aksaklıklardan kaynaklanmaktadır. Bu evreler;

- Cinsel istek
- Uyarılma
- Orgazm'dır.

1.3. CİNSEL DOYUM

Cinsellik; biyolojik, sosyal ve psikolojik boyutları olan bir kavram olarak şekillenmiştir. Cinsel doyum kişinin cinsel ilişkisinden duyduğu memnun olma durumu ve haz olarak tanımlanabilir. Cinselliğin doyuma ulaşarak yaşanması sağlıklı gelişimle elde edilen uzlaşmış bir kimlik içinde gerçekleşebilir (Aydın H., 1991).

Cinsel doyum birçok unsurdan etkilenmektedir. Bunların başında bireyin fiziksel veya ruhsal hastalıkları, menopoz, cinsiyet ve yaşı, kültürel faktörler, yaşam koşulları ve evlilik uyumu gibi faktörler gelmektedir (Aktan Mutlu E., 2009).

Gülsün ve ark. cinsel doyumun evlilik ile iç içe olduğunu, evlilikteki sorunlarla baş etme, sorumluluk alma, huzur gibi faktörlerin cinsel doyumda etkin olduğunu söylemektedir (Gülsün M. ve ark., 2006).

Frank ve arkadaşları ise cinsel doyum düzeyinin yüksek olmasının çiftler arasındaki ilişkiyi sağlamlaştırdığı sonucuna ulaşmışlardır (Frank E. ve ark., 1979). Başka bir araştırmada çiftler arasındaki ilişki kalitesinin cinsel doyumla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Lawrance K. ve ark., 1995).

Cinsel doyumun cinsel işlev bozukluğu ile ilişkisi de birçok araştırmayla desteklenmektedir. Cinsel işlev bozuklukları bireyin cinsellikten uzaklaşmasına neden olarak cinsel doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Cinsel ilişki sıklığının azalması, cinsel isteği azaltacak, bu da kaçınmaya yol açacaktır. Tüm bu baskılanma sonuç olarak cinsel yaşamın tümüyle olumsuz etkilenmesine neden olacaktır (Ercan S. ve ark., 2006).

1.4. CİNSEL MİTLER

Cinsel işlev bozukluklarında birçok faktör neden olarak gösterilmektedir. Cinsel mitler de bu nedenler arasında bulunmaktadır (Yaşan A. ve ark., 2004). Cinsellikle ilgili oluşan yanlış cinsel inanışlar/mitler insanların cinselliğe ait tutum ve davranışlarını etkilemektedir (Zilbergeld B., 1999).

Cinsel mitlerin oluşumunda dini inançlar, yaşanan kültür, cinsiyet, etnisite gibi birçok faktör rol almaktadır (Leiblum S. ve ark., 2003, Eşsizozlu A. ve ark., 2009). Erken dönem Hristiyanlık kilisesinin cinsel zevki günah sayması, amaç çocuk olmadıkça asla cinsel ilişki kurulmaması gerektiğini söylemesi, mastürbasyonu yasaklaması cinsel mitlerin oluşumunda önemli görünmektedir (Tannahill R., 2003).

Ülkemizde yapılan çalışmalar günlük dini faaliyetlerini yerine getirenlerde getirmeyenlere oranla daha fazla tutucu cinsel inanışın olduğunu göstermiştir. Ancak günümüzde, yapılan çalışmalar ise batı kültüründe yanlış cinsel inançların doğu kültürlerine oranla daha az olduğunu bildirmektedir (Eşsizozlu A. ve ark., 2009). Dinin ve kültürel faktörlerin etkili olmasının yanı sıra evrensel olan mitler de vardır. Örneğin mastürbasyonun zararlı olması düşüncesinin altında bedene zarar vereceği, cinsel eşle ilişkiyi bozacağı düşüncesi yatmaktadır (İncesu C., 2006).

Kadınların çoğu cinsel isteklerini eşlerine belli etmemesi gerektiğine inanmakta, cinsellikle ilgili sorumluluğun erkeğe ait olduğunu düşünmektedirler. Bu da sorunun sürekliliğinde etkin görünmektedir (Motavallı N. ve ark., 1991). Cinsel işlev bozukluklarının başlamasında abartılı ve gerçek olmayan beklentiler, suçluluk, yetersizlik hisleri, kaygı ve başarısızlık endişeleri bulunmaktadır (De Silva P. ve ark.,

1998). Bu yanlış inançlar tedaviyi de olumsuz yönde etkilemekte ve iyileşmeyi geciktirmektedir (Yaşan A. ve ark., 2004).

1.5. EVLİLİK UYUMU

Evlilik uyumunun kolay bir şekilde tanımlanamayacak bir değişken olmasının yanında, evlilik uyumunu etkileyen faktörler literatürde çokça işlenmiştir (Hünler ve ark., 2003).

Karşılıklı bir etkileşim içinde bulunan, aileyi ve evliliği ilgilendiren konular üzerinde ortak bir fikirde buluşabilen ve sorunları olumlu bir şekilde çözüme kavuşturan eşlerin evliliği uyumlu bir evlilik olarak adlandırılır. Evlilik uyumunun, çiftlerin hem ruh sağlığı hem de beden sağlığı üzerinde önemli etkileri mevcuttur. Evlilik uyumu, eşlerin bedensel ve düşünsel olarak birbirlerine yakınlık geliştirmesi ve çiftlerin eşitlik duygusuna sahip olmasıdır (Tucker ve ark., 1991).

Vajinismusun kökeninde, evlilikle ilgili sorunların bulunduğu görülmektedir. Fakat konuyla ilgili yapılan araştırmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Bir çalışmada, evlilik uyumu ile vajinismus arasında ters orantı saptanmıştır (Bodenmann ve ark., 2006). Vajinismuslu hastaların sağlıklı kontrol grubuyla mukayese edildiği araştırmalarda evlilik uyumu hususunda gruplar arasında kayda değer bir farklılığın mevcut olmadığı saptanmıştır (Reissing, 2002; Reissing ve ark., 2003).

Başka cinsel işlev bozukluklarıyla mukayese edildiğinde, vajinismuslu kadınların cinsellik ve evlilik ilişkilerinin çoğunlukla pozitif olduğu buna paralel olarak da nispeten sağlıklı iletişim sergiledikleri görülmüştür (Hawton ve ark., 1990).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda Sungur (1994), vajinismusun evlilik ilişkilerine ilk etapta olumsuz etki etmemesine rağmen nispeten daha uzun süreli problemlerde evlilik uyumunun azaldığını belirtmiştir. Tuğrul ve Kabakçı (1997) kadınların %80 ve eşlerin %90 düzeyinde evliliklerinden yeterli seviyede doyum sağladıklarını tespit etmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

2.1. VAJİNİSMUS

Vajinismus; vajen girişindeki kasların spazmı sonucu cinsel birleşmenin engellenmesi ya da son derece ağrılı olmasıdır. Vajinal kasılma çoğunlukla cinsel birleşmeyle sınırlı kalmaz; tampon kullanımı ve jinekolojik muayene sırasında da gözlemlenir. Kadın kasılan kaslar üzerinde hiçbir kontrolü olmadığı düşüncesine sahip olduğu için cinsel işlev bozukluklarından kadınlar için en zor bozukluğun vajinismus olduğu düşünülmektedir.

Vajinismus sorunu olan çiftlerin tedavi arayışı diğer cinsel sorunlara göre daha fazla olmaktadır. Yapılan çalışmalarda tedavi için başvuran kadınlarda yüksek oranda vajinismus bildirilmiştir. Bu tedavi arayışı nedeniyle birçok çift uygun olmayan tedavilere maruz kalmakta ve zarar görmektedir (CETAD, 2006).

Benzer şekilde bu hastalarda depresyon oranları yüksek olmakta ve yaşanan cinsel sorunun aynı zamanda ciddi sosyal sonuçları da olmaktadır (Yıldırım EA. ve ark., 2009). Bu durum vajinismus tedavisini önemli kılmaktadır.

Vajinismus ülkemizde kadınların doktorlara en sık ilettikleri cinsel problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Doğu kültürlerinde cinselliğe atfedilen değerler, cinselliğin önemi, cinsel ilişkinin gerçekten ne olduğu, cinsel işlev bozukluğunun algılanması gibi bazı noktaların vajinismusa sık rastlanılmasında rol oynayabileceği düşünülmektedir (Yetkin N., 1999).

Vajinismusla genellikle cinsel ilişki başlangıcında, ilk cinsel birleşme denendiği andan itibaren karşılaşılmaktadır. Bazen de jinekolojik muayene sonrası gelişebilir. Her ne kadar medyada ve toplumda daha yaygın olarak konuşulsa da halen çok iyi bilinmeyen bir cinsel işlev bozukluğudur. Hastalar vajinismusun birçok başka kadında da olduğunu bilmezler, kendi kadınlıklarında bir eksiklik olarak algırlar. Eşlerine karşı suçluluk hissederler. Vajinismuslu kadınların eşleri de aynı şekilde birçok sorun yaşar. Birçok çift boşanmaya kadar varan sonuçlarla karşı karşıya kalır (Doğan S. ve ark.).

Vajinismusun gerçek nedeni tam olarak bilinmemektedir. Bir çalışmada, vajinismus olan kadınlara durumlarının nedeninin ne olabileceği sorulduğunda, hastalar aşağıdaki gibi açıklamalar yapmıştır:

- a) Cinsel aktiviteyi günah veya iğrenç bulmak
- b) Hamile kalma ve doğum yapma korkusu
- c) Cinsel organların yapı ve şeklinin farkında olmamak
- d) Homoerotik (hemcinsel ilgi) duygular
- e) Semeden hoşlanmama
- f) Erkeklerden veya penisten nefret etme

Bu cevapların birer neden olmaktan çok belirti olduğu düşünülebilir.

Vajinismuslu hastalarda cinsel organların zarar gördüğü bir kaza ya da travma veya cinsel travma öyküsü nadirdir ve vajinismus nedeni olarak görülmezler. Hastalara olası nedenler hakkındaki görüşleri sorulduğunda, ağrı duyma, kanama veya cinsel birleşme korkusunun belirleyici etkenler olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalar, vajinismuslu kadınların evlilik öncesi cinsel deneyimleri olmadığını, cinsel bilgilerini yetersiz bulduklarını, önemli bir bölümün görücü usulüyle evlenmiş olmakla birlikte büyük çoğunluğunun evlilik uyumlarının iyi olduğunu göstermiştir. Bu bulgular ve vajinismusun doğu toplumlarında daha sık görüldüğü göz önüne alındığında, vajinismusun ortaya çıkmasında bazı kültürel faktörlerin etkili olabileceği söylenebilir (Doğan S., 2012).

Vajinismusun diğer nedenleri arasında cinsel bilgi eksikliği, cinsel ve fiziksel kötüye kullanım, ilişki zorlukları sayılabilir (Köroğlu E., 2007).

2.1.1. Tanı ve Sınıflandırma

Vajinismus DSM-5 yeni tanısal sınıflandırma sisteminde aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır.

Cinsel Organlarda- Pelviste Ağrı / İe Girme Bozukluğu

A. “Aşağıdakilerden birinde (ya da daha çoğunda), sürekli ya da yineleyici zorluk ekme:

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 belirgin olarak korku ya da aksiyete yaşama.*
4. *Vajinaya girme girişimi sırasında pelvis tabanı kaslarını çok germe ya da sıkma.*

B. A tanı ölçütündeki belirtiler, en az, yaklaşık altı aydır sürmektedir.

C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.

D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan (örn. eşin kaba güç kullanması) ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Olup olmadığını 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 ağırlığını 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” (APA, 2014).*

2.1.2. Yaygınlık ve Sıklık

Vajinismus gerek toplumumuzda gerekse küresel anlamda çok karşılaşılan bir cinsel işlev bozukluğu olarak görülmektedir. Bununla beraber toplumdaki yüzdesi net bir şekilde bilinmemektedir; bu tarz şikayeti bulunan kadınların tedaviye başvurmaktan kaçındıkları, eksik veya yanlış teşhis edildiği ve dolayısıyla bu durumun dikkatten kaçtığı belirtilmektedir (Koehler, 2002; Ter Kuile ve ark., 2007).

Batılı yayınlarda görülme oranı %1-6 olarak tahmin edilmekte, her 100 kadından 2'sinde vajinismus olduğu söylenen yayınlar olmakla birlikte, sayının çok daha fazla olduğu öne sürülmektedir. Vajinismus yaygınlığı ile ilgili geçerli istatistiklere ulaşmak birkaç nedenden dolayı zordur:

- a) Genel olarak cinsel sorunlarla ilgili araştırma yapmak zordur ve bu zorluk vajinismus verileri elde etmek için de geçerlidir.
- b) Vajinismus olan pek çok kadın, utanma ve sıkılma nedeniyle yardım aramamaktadır.
- c) Bazı kadınlara yanlış tanı konulmakta ve doğru bir tedavi uygulanmamaktadır. Bu kadınlar, giderek hiçbir zaman düzelemeyeceklerine inanmaya ve cinsel yaşamdan uzaklaşmaya başlamaktadırlar.
- d) Sağlık kurumları, vajinal penetrasyon-cinsel birleşme sorunu olan kadınlarla ilgili kayıt tutmamaktadır.
- e) Bazı kadınlar, içinde bulundukları durumun tedavi edilebilir bir bozukluk olduğunu bilmedikleri için, bir sağlık kurumuna veya ilgili uzmana başvurmamaktadırlar. Eşleriyle birlikte, sorunun geçici olduğunu düşünerek kendi kendilerine sorunu çözmek için çabalamaktadırlar.

Bütün bunlara karşın vajinismus sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalar vardır ve elde edilen bazı sayısal veriler aşağıda verilmiştir;

1. İngiltere'de yapılan bir çalışmaya göre; 15-64 yaşları arasındaki kadınlarda vajinismus görülme oranı yaklaşık %0.17'dir ve bu oran toplamda yaklaşık 30 bin kişiye karşılık gelmektedir. Sıklık, ilk cinsel birleşme girişimi yaşları kabul edilen 15-24 yaşları temel alındığında %0.49'a yükselmektedir.
2. Masters ve Johnson'ın enstitüsüne cinsel sorunları nedeniyle başvuran kadınların yaklaşık %20'si vajinismustur.

3. Batılı kaynaklarda, cinsel tedavi kliniklerine başvuran kadınlarda %7-40 oranında vajinismus görüldüğü bildirilmektedir.
4. İrlanda'da yapılan bir çalışmada, her 1000 evlilikten 5'inde vajinismus belirlenmiştir.
5. Doğum kontrol kliniklerine başvuran kadınların %16'sında vajinismus belirlenmiştir.
6. Bir evlilik danışmanlık merkezindeki cinsel terapi kliniğine 3 yıl boyunca başvuranların yaklaşık %7'si vajinismustur.
7. Amerika Birleşik Devletleri'nde, vajinismus hastalarının %47'si bekar, %53'ü 26-35 yaşlarındadır.

Ülkemizde cinsel işlev bozuklukları ile ilgili kliniklere ve hekimlere vajinismus nedeniyle oldukça sık başvuru olmakla birlikte, vajinismusun toplumda gerçek yaygınlığı ile ilgili veriler son derece sınırlıdır. Birinci basamakta yapılan bir araştırmadaysa vajinismus görülme oranı %41.7 bulunmuştur. CİB polikliniklerinde yapılan araştırmalarda ise vajinismus görülme oranı %62.2- %75.9 aralığındadır. Hem birinci basamak hem de cinsel işlev bozuklukları polikliniklerinde yapılan araştırmalarda, ülkemizdeki kadınlarda en sık karşılaşılan cinsel sorunun vajinismus olduğu görülmektedir (Doğan S., 2012).

Vajinismus, evlilikte cinsel birleşmenin sağlanmasına engel olan durumlar arasında baş sıralarda yer almaktadır. Evliliklerinin ilk gününden bu yana cinsel birleşmeye yönelik başarı sağlayamayan partnerlerle yapılan çalışmalara göre bu kadınlarda vajinismus görülme oranının %8.4 (Badran ve ark., 2006) ve %17 (Ghanem ve ark., 2006) olduğu tespit edilmiştir.

2.1.3. Vajinismusun Tarihçesi

Vajinismus şeklinde nitelendirilebilecek ilk vaka 11. yüzyılda İtalya'da kadın bir doktor tarafından saptandığı, öte yandan bu kavramın şimdiki tanımının temellerinin Sims tarafından atıldığı nakledilmektedir (İncesu C., 2006).

11.-12. yüzyılda yaşadığı tahmin edilen kadın hekim Salerno'lu Trotula çalışmasında vulvadaki kasılmayı tanımlamıştır (Rowland DL. ve ark., 2008).

Bilimsel literatürde, “vajinayı çevreleyen kaslarda istemsiz kasılma” tanımlaması ilk defa Huguier tarafından kullanılmıştır. O, bu kasılmaları ağırlı fissürler nedeniyle ortaya çıkan, anal sfinkter kasılmalarıyla karşılaştırmıştır (Drenth JJ., 1988).

19. ve 20. yüzyılda, vajinismus tanımlamaları jinekoloji metinlerinde yer alsa da vajinismus terimini bulan kişi, Amerikalı jinekolog J. Marion Sims'tir. Vajinismusu, “vajinal penetrasyon girişimlerinde vajinayı çevreleyen kas sisteminde refleks benzeri kasılma” olarak açıklamıştır. 1862'de vajinismus için Sims şunları söylemiştir:

“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” (Sims JM., 1862).

Sims, sonuçları yüz güldürücü görünen tedaviyi, vajina girişindeki kasların cerrahi olarak ayrılması ve takibinde cam dilatörlerle uygulanacak egzersiz programı ile gerçekleştirmiştir. Günümüzde bile, Sims'in cam dilatörleri, internet üzerinden sipariş verilebilmektedir.

2.1.4. Etiyoloji

2.1.4.1. Organik Nedenler

Vajinismusta da, diğer cinsel işlev bozukluklarında bulunduğu gibi organik ve psikolojik etiyojolojiyi birbirinden ayrı değerlendirmek imkan dahilinde değildir (Segraves, 2001). Rosenbaum; “ağrının tanımının vajinismusun organik kökenleri hususunda bilgilendirebileceğini dile getirmiştir. Ağrının tanımı yapılırken; ağırlı yerine yakıcı; lokal yerine yaygın; tetiklenen yerine kendiliğinden oluşan şeklinde tarif ediliyorsa etiyojolojide organik faktörler düşünülmelidir” (Shafik ve ark., 2000).

2.1.4.2. Psikolojik Nedenler

Psikanalitik yaklaşıma göre, vajinismus çocukluğun ilk evrelerinde yaşanan yok edilememiş pre-ödüpal/ödüpal çatışmalar neticesinde oluşan bir konversiyon bozukluğu; çözümlenmesi güç, ciddi bir nevrotik tepki olarak tanımlanmıştır (Coppini, 1999). Sigmund Freud’a ve onun ego psikolojisi kuramına göre; insan insana bağlanma ve iç-içelik yaşantısı olarak tanımlanan cinsel hazzın beslendiği iki kaynak bilinçaltı ve hazzı merkeze alarak hareket eden iddir. İdin bu hazzı arzulanması, bazılarında ego tarafından bir baskılanma veya tehlike olarak algılanır ki bu da egonun sarsıntı yaşamasına ve kişinin anksiyete hissetmesine neden olur. Kişi bu kaygılı duruma düşmektense cinsel ketlenme yoluyla bu kaygıdan kurtulma yoluna başvurur; yani cinsel ketlenmeler bir savunma ve sığınma biçimi; anksiyeteden kaçış yolu halini alır. Freud; süperegounun dini kurallardan, ahlak kuramından, toplumların gelenek göreneklerinden vb. etkilerden gelen “yasak, ayıp, günah” şeklindeki engellemelerinin anksiyete oluşumunda büyük bir rol aldığını ortaya koymaktadır (Özügurlu, 1991).

Birkaç çeşit cinsel işlev bozukluğu ile psikolojik belirtilerin sıklığının SCL-90-R ile mukayese edildiği araştırmalarda, kadınların karşılaştığı işlevsel bozukluklar arasında psikolojik belirtilerin yüksek oranda vajinismus hastalığı olan kadınlarda saptandığı tespit edilmiştir (Bodenmann ve ark., 2006).

Ülkemizde gerçekleştirilen, vajinismusun etiyolojisine ilişkin bir çalışmada; sağlık problemi olmayan kontrol grubuyla karşılaştırma yapıldığında, vajinismusla yaşayan kadınların ailesi ve birinci derece akrabalarında vajinismus ile nispeten fazla karşılaştığı, bu kişilerin kendilerini ve eşlerini cinsel bilgi seviyesi adına yeterli bulmadıkları aynı zamanda kendilerini duygusal onaya muhtaç hissettikleri ve hasta olma, bedensel bütünlüklerinde bozulmalar olması gibi korkular yaşadıkları saptanmıştır (Bayrak, 2006).

2.1.4.2.1. Vajinismus ve Psikolojik Profil

Vajinismus tedavi sürecinde olgunun kişilik özellikleri ve karakterinin belirlenmesi önemli belirleyicilerin başında gelmektedir (Coşut Çakmak A., 2010). Batı kaynaklı terapistler başlangıçta vajinismusu olan kadınların genel özelliklerini terapi süreçlerindeki gözlemlerine dayalı olarak ortaya koymuşlardır. Buna göre vajinismusu olan kadınlar ailelerinin “iyi kızı”dır, itaat ederler, öfkelerini ifade etmekte güçlük yaşarlar ve yüksek düzeyde onaylanma ihtiyacındadırlar (Silverstein JL., 1989).

Vajinismus hastalığı olan kadınların psikoseksüel gelişimlerine göre ödipal evreye ulaşmışlarsa olgun ve bütünlüklü bir kişilik ortaya koyabildikleri ancak preödipal düzeyde kalmışlarsa bu olgun yapıyı ortaya koyamadıkları bildirilmiştir (Abraham HC., 1956).

Batı kaynaklı çalışmalar incelendiğinde, vajinismus olan olgularda; somatizasyon, depresyon, psikotizm, obsesif kompulsif davranış, düşmanlık, paranoid düşünce, kişiler arası duyarlılık kontrollere göre yüksek saptanmıştır (Degoratis LR ve ark., 1981). İnternet üzerinden yapıldığı belirtilen bir çalışmada vajinismusta nörotisizm yüksek, ekstrasiviyon düşük ve sürekli kaygı düzeylerinin de yüksek olduğu saptanmıştır (Watts G. ve ark., 2010). Bu çalışma sonucuna göre vajinismus hastalığı olan kadınlar, kendileri için olumsuz duygulara daha yatkındırlar. Buna benzer olarak, benlik saygısı ve kişilik özelliklerinin ayrı ölçeklerle araştırıldığı başka bir çalışmada, düşük benlik saygısı ve histerik kişilik özellikleri saptanmıştır (Kennedy P. ve ark., 1995).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da batılı kaynaklara benzer profiller elde edilmiştir.

2.1.4.2.2. Fobik Tepkiler / Korku

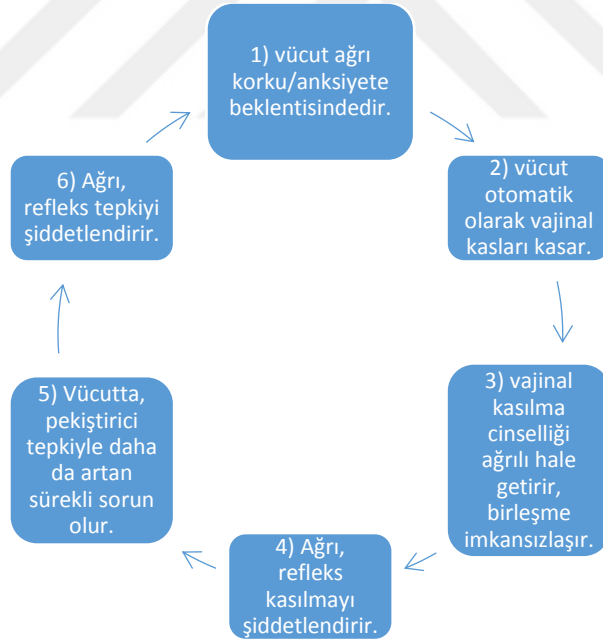
Vajinismus hastalığı olan kadınlar; korkulan uyararla karşılaşan fobik kişilerden değişik değildir. Bu bilgi doğruysa vajinismusun kendine özgü bir fobi olabileceği düşünülmektedir. Klinik olarak hastalar muayene sırasında korkulan herhangi bir uyarana maruz bırakıldığında; yaşanan kaygı, bazı hastalarda panik ve

ardından gelen kaçınma davranışı söz konusu iddiayı kuvvetlendirmektedir (Reissing ve ark., 2004).

Davranışsal model açısından vajinismusa bakılınca; vajinal reaksiyon, önceden belirlenmiş cinsel bir uyarana şartlanmış korku tepkisini temsil eder. Korku ve kaygıyı azaltmaya ilişkin kademeli maruz bırakma, gevşeme egzersizleri vb. denenilen yöntemlerin ardından kadınların büyük çoğunluğunda başarılı bir şekilde cinsel ilişkinin gerçekleşmesi, vajinismusta korku ve kaygının ne denli büyük bir paya sahip olduğunu gözler önüne sermektedir (Ter Kuilea ve ark., 2007).

Vajinismus tanısı almış 77 kadın ile yapılan bir araştırmada, kadınların vajinal penetrasyona karşı %47'sinin korktuğu, %10'luk bir kesimin tiksindiği ve %13'lük kısmının ise korkuya ilaveten tikslenme de hissettiği anlaşılmıştır (Kaneko, 2001).

Vajinismus problemi yaşayanlarda görülen ağrıya karşı geliştirilen korku döngüsü aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.



Şekil 1. Ağrı Döngüsü

Kaynak: Doğan S., (2012). Kadınlarda Cinsel Birleşmede Zorlanmalar ve Ağrı Bozuklukları Vajinismus Ve Disparoni, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara: Syf: 36. Temmuz 2017 tarihinde alındı.

2.1.4.2.3. Cinsel Travmalar

Çocuklukta yaşanan cinsel istismar, yetişkinlikte cinsel işlevler ve yakın ilişkilerde problemlere yol açmaktadır. Çocukluk çağında arzu edilmeyen cinsel tecrübelerin, cinsel benliğe ilişkin pozitif bilişsel şemaların oluşmasını etkileyebileceği takiben de kişide cinsel işlev bozukluklarının oluşumuna sebep olabileceği düşünülmektedir (Reissing ve ark., 2003).

Cinsel travma yaşayan kadınların çoğunda, güvensizlik ve kendini açamama gibi yakın ilişkide sorun oluşturan ve cinsel arzulamada düşüş, cinselliğe dayalı fobiler, vajinismus, cinsel uyarılmaya ilişkin sorunlar gibi cinsel sorunlar görülmektedir (Mills ve ark., 2004).

Fas'ta yaşayan ve çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalmış 27 kadın ile gerçekleştirilen bir araştırmada; bu gruptaki kadınlardan 5 tanesinde vajinismus saptanmıştır (Mchichi-Alami ve ark., 2004).

2.1.4.3. Sosyo-Kültürel Nedenler

2.1.4.3.1. Kültür

Toplumsal ve bireysel davranış kalıplarını, hayat tarzını ve bir gruba ait olan gelenek-görenekleri, adetleri, inanışları, değerler ışığında şekil alan tutumları tek başına kültür belirleyebilir ve gruptaki bireylerin hissiyatlarını şekillendirebilir. Cinsel davranış ve inanışlar sosyo-kültürel etkilere açık bulunduğu için cinsel işlev bozukluklarının kökeninde kültürün yansımaları olabilir (Ahmed ve ark., 2007).

Batı ve doğu kültürlerinde; kadın cinselliğinin bastırılması, penis ya da herhangi bir yabancı maddenin girişine karşı vajinanın kitli tutulması manasına gelen bekarite çokça süre yüksek önem atfedilmiştir. Halen “vajinismus kültüründe” yaşandığının altını çizen Ng (1999) vajinismusun vajinal çarpıcılığın bastırılmasına karşı geliştirilen bir refleks olabileceğini ve kültürel soruna dayalı tıbbi bozukluk olarak tanımlanabileceğini dile getirmiştir.

Ataerkil doğu kültürleri genç kızlara cinselliği, sadece üremek için yapılan eş memnuniyeti ve tatminini ön planda tutarak, cinselliğin haz veren bir aktivite olmadığını empoze ederler (Ohl, 2007). Cinsel bilgisizlik, kadınların cinsel organlarını tam anlamıyla bilmemeleri, bekaret kavramına verilen abartılı önem, cinsel tecrübenin aşamalı olarak öğrenilmeden direk ilk cinsel birleşmeyle başlanması ve cinselliğe ilişkin mitler, vajinismusla doğu kültürlerinde daha sık karşılaşılmasının sebepleri şeklinde gösterilmektedir (Yetkin, 1999).

2.1.4.3.2. Cinsellikle İlgili Bilgi Eksikliği

Cinsel bilgi eksikliği veya yanlış bilgi edinme sonucunda oluşan önyargıların; cinselliğe dair aşırı anksiyete, suçluluk, gerçekçi olmayan beklentiler ya da başarısızlık düşüncesine ve dolaylı olarak cinsel işlev bozukluklarına sebep olduğu görülmektedir (zmen, 1999).

Bununla birlikte, cinselliğe karşı negatif tutumların ve cinsel bilgi eksikliğinin vajinismusa sebep olduğu düşünülmektedir (Morris ve ark., 2006).

Devroede (1999), cinselliği günahmış gibi öğreten otoriter annelerin ve tuvalet eğitimi esnasında katı, baskıcı ve ceza verici tutum sergileyen ebeveynlerin; çocukluk çağından itibaren pelvis kas gerginliğine neden olabileceği, bu sebeple de vajinismusa dönüşebileceği görüşünü dile getirmiştir.

Pek çok genç kadının cinsel organlarının şekli, vajinal açıklığın varlığı, vajinanın esnekliği ile ilgili bilgileri yoktur. Cinsel organlarına hiçbir zaman bakmadıklarını ve dokunmadıklarını ifade etmeleri yaygındır. Bazıları cinsel organlarına dokunmakla bile bekaretlerinin bozulacağına, kızlık zarının zarar göreceğine inanır. Vajinanın çok dar ve penisin çok büyük olduğuna inananlar vardır. Kızlık zarının çok kalın ve sert olduğuna inanırlar ve ilk cinsel birleşme sırasında kızlık zarının yırtılmasıyla aşırı kanama olacağını ve dayanılmaz ağrılar çekeceklerini düşünürler (ilk gece korkusu). Bazı kadınlar vajinasının çok küçük olduğunu, kullanım eksikliğinden (daha önce hiç kullanmadıkları için) küçük kaldığını veya küçüldüğünü hatta cinsel birleşmeye uygun olmadığını düşünürler. Bir

kadında cinsel birleşme girişimi sırasında, penis girişinde zorluk yaşıyorsa, spazm ve kasılma oluyorsa bu çok nadiren vajinanın küçük olmasıyla ilişkilidir ve neredeyse hemen her zaman vajinismusla bağlıdır. Penetrasyon sorunu veya cinsel spazm ilk kez ortaya çıktığında, kadının vajinasının çok dar olduğunu veya kullanım eksikliğine bağlı küçülmüş olabileceğini düşünmesi çok sık görülür (Doğan S., 2012).

2.1.5. Tedavi

Eğitim, terapinin ilk evresi için temeldir. Birçok hasta, vajinismus hakkında ve tedavi konusunda neredeyse hiçbir şey bilmemektedir. Tedaviye başlarken hastaların çoğu umutlu olsa da birçoğunun da endişeli olması anlaşılabilir bir durumdur (Hertlein K. M. ve ark., 2014).

Vajinismusta ortaya çıkan vajinal kasların spazmı kadının kontrolünün ötesindedir ve ortaya çıkmasında ruhsal ve fiziksel faktörlerin etkisi olabilir. Sorunun çözümünde de fiziksel bileşen olarak pelvik taban kaslarının nasıl kontrol edileceği üzerine odaklanılır. Böylece kişinin bedeni istemsiz kasılma veya spazm olmaması için yeniden eğitilmiş olur. Olumsuz düşünceler ve tutumlar yerine olumlu olanları yerleştirmek, kadında vajinismusun ruhsal boyutuyla baş etmede önemlidir. Bir kadın cinsel birleşmeyi çok fazla istese bile, beden ile zihin arasındaki bağlantısızlık nedeniyle pelvis taban kaslarındaki spazm tetiklenir. Burada sanki kadının zihni ile bedeni arasında bir savaş vardır ve tedavide yapılması gerekenlerden biri de beden ve zihin arasındaki savaşın sonlandırılarak barışın sağlanmasıdır. Cinsel birleşme, penetrasyon veya penis korkusu şeklinde görülebilen ruhsal faktörler de bazı vajinismus hastalarında önemlidir. Bu kadınlarda tedavi sürecinde cinsellikle ilgili negatif algı ve düşüncelerin değiştirilmesi gerekir (Doğan S., 2012).

Kaplan (1974) tarafından vajinismus tedavi stratejisi, *“inanılmayacak derecede kolay”* olarak tanımlayarak şunları söylemiştir: 1) vajinal gevşetme ve vajinal egzersizler yoluyla kadını vajinal penetrasyona karşı duyarsızlaştırmak, vajinal kaslarda istemli kontrolü geliştirmek böylelikle kasılmayı önlemek; 2)

cinselliğin olağan bir faaliyet olduğuna dair bilgi ve inanışları çoğaltmak maksadıyla kadını ve eşini bilgilendirmek; 3) fobik faktörler, olumsuz şartlanma, suçluluk, ağrı korkusu gibi bağlantılı sorunları cinsel terapi müdahaleleriyle gidermek.”

Vajinismus, penetrasyona karşı psikosomatik korku, içsel çatışmaların temsili, başka cinsel bozuklukların bir belirtisi veya tüm bunların kombinasyonu olabilir. Bu sebeple tedavi yöntemleri çok geniş bir yelpazede yer almaktadır (Koehler, 2002). Günümüzde en çok kullanılan tedaviler; sistematik duyarsızlaştırma, gevşeme ve kayganlaştırıcı kullanarak kas egzersizleri yapma tekniklerinden oluşan tedavilerdir (Crowley ve ark., 2006).

2.1.5.1. Cinsel Terapi Yöntemleri

Heiman (2002); vajinismus tedavi safhasında psikolojik girişimlerin yeterli olmadığını ve psikoterapötik girişimlerin ise vajinismusu hafif olan hastalarda fayda sağlayacağını söylemiştir. Aynı şekilde; birey odaklı terapilerin uzun, pahalı ve bazı hastalar için yararlı olmadığını, dilatörlerin kullanılması, maruz bırakma, aşamalı kas gevşetme gibi yöntemlerin fayda etmediği durumlarda hastaların cinsel terapilere yönlendirilmelerinin iyi olacağını bildirmektedir (Nancy ve ark., 2000; Shafik ve ark., 2000).

Vajinismus tedavisinde dilatörlerin, eşin ya da kadının kendi parmağının vajinaya oturtularak, hem penetrasyon korkusunun hem de vajinal kasılmanın indirgenmesi hedeflenen tedavi tekniğinin, kegel egzersizi, sistematik duyarsızlaştırma, aşamalı kas gevşetme yöntemleri kullanıldığında başarı oranının %90 olduğu tespit edilmiştir (Morris ve ark., 2006; Nancy ve ark., 2000; Ramage, 2003; Seo ve ark., 2005; Shafik ve ark., 2000; Smith ve ark., 1998). Vajinismusun bilişsel terapisi; bilişsel yeniden yapılandırma, eğitim, cinsel terapi ve ev ödevlerinden oluşmaktadır (Ter Kuile ve ark., 2007).

2.1.5.2. Kendine-Yardım Yaklaşımı

Bu yöntemle vajinismus tedavisi uygulanması utanç, sıkılma, uzak yerdeki uzmana veya tedavi merkezine ulaşma gibi pek çok problemin çözümünü sağlayabilir. Yöntem, vajinismusun iyileşmesi için her bir kadının kendi durumunu anlamasını ve kendine uygun bu tedaviye aktif katılımını sağlar. Elbette ideal olan yaklaşım, çiftin vajinismus tedavisi yapan doktorla düzenli oturumlarda bir araya gelmesi ve doktorun yakın rehberliği eşliğinde sorunun üstesinden gelmeye çalışmalarıdır. Ama bunun mümkün olmadığı koşullarda kendine-yardım yaklaşımı oldukça etkilidir ve bu etkinlik yapılan bilimsel araştırmalarla desteklenmiştir (Doğan S., 2012).

2.1.5.4. Vajinismus Tedavisi Ne Kadar Başarılıdır?

Vajinismus en yüksek oranda tedavi edilebilen kadın cinsel işlev bozukluğu olarak kabul edilir. Tedavi programına tam olarak devam eden hastalarda hemen her zaman tam düzelme olur. Pek çok araştırmada tedavide başarı oranları %100 olarak bulunmuştur. En düşük başarı oranı bile %75 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte, tedaviyi yarıda bırakanlar veya tam olarak bitirmeyenlerin durumları ile ilgili veri yoktur (Doğan S., 2012).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Bu araştırmaya betimsel bir çalışma olup, araştırmanın örneklem grubunu İstanbul ili sınırları içerisinde yaşayan rastgele seçim yöntemi ile belirlenen tedaviye yeni başlayan ve Şubat 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında Özel İstanbul Nişantaşı Hera Psikiyatri Kliniğinde vajinismus tanısıyla izlenen 23 kadın oluşturmaktadır. Bu hastaların cinsel terapi süreci başlamadan önce, Kişisel Bilgi Formu, SCL-90-R, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Kadın Formu), Evlilik Uyum Ölçeği uygulanmıştır, aynı ölçekler tedavi tamamlandıktan sonra tekrar uygulanmıştır. Daha sonra tedavi öncesinde ve sonrasında uygulanan ölçekler karşılaştırılmış ve sonuçlar % 95 güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırmada ölçüt alınan durumlar; en az ilkokul mezunu ve evli olmak, hiç bir vajinal ilişki tecrübesi edinmemiş olmak ve yapılan jinekolojik muayene neticesinde vajinismus teşhisi konulmuş olmak.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada hastaların sosyo-demografik özelliklerini, cinsel hayatlarıyla ilgili bilgileri ve cinsellikle ilgili algılarını değerlendirmek amacıyla *Kişisel Bilgi Formu*, psikiyatrik belirtilerini değerlendirmek amacıyla *SCL 90-R*, cinsel hayatları, cinsel işlev ve cinsel doyumlarıyla alakalı detaylı değerlendirme yapmak amacıyla *Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI)* ve *Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Kadın Formu)*, Evliliklerinde ki uyumu değerlendirmek amacıyla *Evlilik Uyum Ölçeği* kullanılmıştır.

3.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Hastaların sosyo-demografik bilgilerine ek olarak ilk cinsel deneyimleri, eşleriyle olan cinsel ilişkileri, cinsel birleşme, orgazm, cinselliğe bakışları, mitler gibi alanlardaki algı ve tecrübelerini değerlendirmek için hazırlanmıştır. Hastalara sorular yöneltilerek cevaplandırmaları sağlanmıştır. Bu formdaki soruların bazıları açık uçlu, bazıları evet-hayır şeklinde, bazıları da hastaların yanıtlardan bir veya daha fazlasını tercih ederek cevaplandırabileceği şekilde düzenlenmiştir. (Bkz. Ek.1.)

3.2.2. SCL-90-R

Ruhsal Belirti Tarama Listesi (Symptom Distress Check List SCL-90-R) Ruhsal Belirti Tarama Listesi, Johns Hopkins Üniversitesi Psikometri Araştırma Ünitesinde; Leonard R. Derogatis ve arkadaşları (1971-1977) tarafından Hopkins Symptom Check List (HSCL) olarak bilinen ölçeklerden faydalanılarak oluşturulmuştur. Ruhsal Belirti Tarama Listesi SCL-90-R: Kişilerdeki psikolojik belirtilerin hangi seviyede olduğunu ve hangi alanlara dağıldığını belirleyen bir ölçektir. HSCL'nin 5 belirti boyutuna (alt ölçeğine; Somatizasyon (SOM), Obsesif - Kompulsif (O-C), Kişilerarası Duyarlılık (INT), Depresyon (DEP), Kaygı (ANK) 4 yeni alt ölçek Öfke - Düşmanlık (HOS), Fobik Reaksiyon (PHOB), Paranoid Düşünce (PAR), Psikotizim (PSY) eklenerek, 4 cevap kategorisi, «Hiç» den, «İleri derecede» ye doğru 0-1 -2-3-4 şeklinde işaretlenen ve bulunuş derecesini gösteren 5 cevap skalası geliştirilerek 9 alt maddeden ve 9 alt ve bir de ek skala olmak üzere 10 belirti grubundan oluşan bir kendini anlatma envanteri haline getirilmiştir. 90 maddeden 7'si ek akala' ya ait olup, bu ana gruplar dışında kalmaktadır. Onuncu belirti grubunu oluşturan bu alt boyutlar yemek yeme ve uyku bozuklukları ile suçluluk duyguları gibi belirtileri kapsamaktadır. Araştırma sonuçlarının ortak özellikleri ölçeğin ülkemizde de geçerli ve güvenilir olarak kullanılabileceğini desteklemektedir (Kılıç M., 1991). (Bkz.Ek.2.)

3.2.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ)

KCIÖ, Rosen ve ark. (2000) tarafından, kadın cinsel işlevini değerlendirilmek için 19 maddelik çok boyutlu bir ölçek olarak bulunmuştur. Bu ölçek son 4 hafta içindeki cinsel problemleri veya işlevi değerlendirmektedir. Ölçeğin içeriğinde; istek, uyarılma, kayganlaşma (ıslanma), orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere 6 alt boyut yer almaktadır. Her bir madde sıfırdan beşe kadar puanlanmaktadır. Cinsel istek veya ilgi sıklığı ve seviyesi 1. ve 2. sorularda (puan aralığı 1-5); uyarılma sıklığı, seviyesi, emin olma durumu ve doyumunu 3-6. sorularda (puan aralığı 0-5); lubrikasyon (kayganlaşma) sıklığı, zorluğu, cinsel ilişki de koruyabilme sıklığı ve zorluğu 7-10. sorularda (puan aralığı 0-5); orgazm sıklığı, zorluğu ve doyumunu 11-13. sorularda (puan aralığı 0-5); doyum eşiyle yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamında doyum seviyesi 14-16. sorularda (puan aralığı 0-1 ile 5); ağrı veya rahatsızlık vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı, vajinaya girişi takiben, girişte ve takiben ağrı seviyesi 17-19. sorularda (puan aralığı 0-5) ele alınıp değerlendirilmektedir. Buna göre, ölçekten alınabilecek en yüksek ham puan 95.0, en düşük ham puan ise 4.0'tür (Rosen R. ve ark., 2000).

KCIÖ, Türkiye'de birçok çalışmada kullanılmış olmasına karşın, Türk toplumu için uygun olup olmadığı bilinmemektedir. (Aygin D. ve ark., 2005). (Bkz. Ek.3)

3.2.4. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)

Rust ve Golombok tarafından 1986 yılında bulunmuştur. Cinsel ilişkinin kalitesini ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirilmesine yardımcı olan bir ölçüm aracıdır. Her biri 28 sorudan oluşan, kadın ve erkek formu vardır. Bu çalışmada sadece kadın formu kullanılmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde toplam ve alt ölçeklerden elde edilen puanlar kullanılabilir. Yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin kalitesindeki bozulmaya işaret etmektedir. Elde edilen ham puanlar daha sonra 1-9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülebilmektedir. Beş ve üzerindeki puanlar, o alt ölçekte sorun oluştuğunu belirtmektedir. Tuğrul ve

arkadaşları GRCDÖ'nin ülkemizde de geçerli ve güvenilir olduğunu söylemişlerdir (Tuğrul C. ve ark., 1993). (Bkz. Ek.5.)

3.2.5. Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ)

Locke ve Wallace (1959) tarafından bulunan evlilik uyum ölçeği, evliliğin kalitesini ölçen on beş maddelik bir ölçektir. EUÖ'deki puanlar uyumsuzluktan uyumluluğa doğru artış göstermektedir. Ölçeğin en düşük uyum puanı 2, en yüksek uyum puanı 158 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin orijinalinin geçerlik ve güvenirlik araştırmasının yapıldığı örneklem grubu 118 evli erkek ve 118 evli kadından oluşmaktadır. Geçerlik araştırması için boşanmış, ayrı yaşayan ya da evlilik terapisi gören 22 erkek ve 26 kadın ile yakın çevresi tarafından uyumlu olarak nitelendirilen 48 kişinin uyum puanları mukayese edilmiştir. Ölçeğin uyumlu ve uyumsuz grubu anlamlı olarak ayırt ettiği gözlenmiştir. Klinik görüşmeler sonucu, uyumsuz olarak tespit edilen grubun sadece % 17'si, uyumlu grubun ise % 96'sı evlilik uyumunu ifade eden 100 ve üzeri puan elde etmişlerdir. Evlilikte Uyum Ölçeği Tutarel-Kışlak (1999) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Evlilik Uyum Ölçeğinin (EUÖ) ölçüt bağıntılı geçerlik saptanmasında Kişilerarası İlişkiler Ölçeği ile Yükleme Ölçeğinden faydalanılmıştır. (Bkz. Ek.4.)

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Bu çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 24.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. Parametrelerin tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırmalarında eşlenik t testi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan hastaların ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

		n	%
Yaş Grubu	29 Ve Altı	13	56,5
	30 Ve üstü	10	43,5
	Toplam	23	100,0
Öğrenim	İlkokul	3	13,0
	Lisans	2	8,7
	Lise	9	39,1
	Ortaokul	2	8,7
	Önlisans	1	4,3
	Üniversite	4	17,4
	Yüksek Lisans	2	8,7
	Toplam	23	100,0
Meslek	Akademik Personel	1	5,3
	Ana Okulu Öğretmeni	1	5,3
	Aşçı	1	5,3
	Eczacı Teknikeri	1	5,3
	Ev Hanımı	6	31,6
	Hemşire	1	5,3
	Öğrenci	1	5,3
	Öğretmen	4	21,1
	Sekreter	1	5,3
	Sigortacı	1	5,3
	Tekstil İşçisi	1	5,3
	Toplam	19	100,0

Hastalar yaş grubu değişkenine göre 13'ü (%56,5) 29 ve altı, 10'u (%43,5) 30 ve üstü olarak dağılmaktadır.

Hastalar öğrenim değişkenine göre 3'ü (%13,0) ilkokul, 2'si (%8,7) lisans, 9'u (%39,1) lise, 2'si (%8,7) ortaokul, 1'i (%4,3) önlisans, 4'ü (%17,4) üniversite, 2'si (%8,7) yüksek lisans olarak dağılmaktadır.

Hastalar meslek değişkenine göre 1'i (%5,3) akademik personel, 1'i (%5,3) anaokulu öğretmeni, 1'i (%5,3) aşçı, 1'i (%5,3) eczacı teknikeri, 6'sı (%31,6) ev hanımı, 1'i (%5,3) hemşire, 1'i (%5,3) öğrenci, 4'ü (%21,1) öğretmen, 1'i (%5,3) sekreter, 1'i (%5,3) sigortacı, 1'i (%5,3) tekstil işçisi olarak dağılmaktadır.

Tablo 2. Hastaların Büyüdüğü İl/Ülke Bilgilerinin Dağılımı

		n	%
Büyüdüğü İl/Ülke	Ardahan	1	4,3
	Bursa	1	4,3
	Hatay	1	4,3
	İstanbul	11	47,8
	Kastamonu	1	4,3
	Kocaeli	1	4,3
	Malatya	1	4,3
	Makedonya	1	4,3
	Ordu	1	4,3
	Sakarya	2	8,6
	Sivas	1	4,3
	Tekirdağ	1	4,3
	Toplam	23	100,0

Hastalar büyüdüğü il/ülke değişkenine göre 1'i (%4,3) Ardahan, 1'i (%4,3) Bursa, 1'i (%4,3) Hatay, 11'i (%47,8) İstanbul, 1'i (%4,3) Kastamonu, 1'i (%4,3) Kocaeli, 1'i (%4,3) Malatya, 1'i (%4,3) Makedonya, 1'i (%4,3) Ordu, 2'si (%8,6) Sakarya, 1'i (%4,3) Sivas, 1'i (%4,3) Tekirdağ olarak dağılmaktadır.

Tablo 3. Sağlık Durumu ile İlgili Bilgilerin Dağılımı

		n	%
Bki	Normal	12	57,1
	Hafif Kilolu	4	19,0
	Obez	3	14,3
	Toplam	21	100,0
Önceki Tedaviler	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu	1	5,9
	Evlilik Danışmanı	1	5,9
	Jinekoloji Muayenesi	1	5,9
	Parmak Egzersizi	2	11,8
	Psikiyatri	5	29,4
	Psikiyatri, Jinekoloji Muayenesi	1	5,9
	Vajinal Tedavi	6	35,3
	Toplam	17	100,0
Tanı Konulmuş Psikolojik Rahatsızlıklar	Genel Anksiyete Bozukluğu	1	33,3
	Panik Atak	2	66,7
	Toplam	3	100,0
Halen Antidepresan Kullanımı	Evet	1	4,3
	Hayır	22	95,7
	Toplam	23	100,0

Hastalar bki değişkenine göre 2'si (%9,5) zayıf, 12'si (%57,1) normal, 4'ü (%19,0) hafif kilolu, 3'ü (%14,3) obez olarak dağılmaktadır.

Hastalar önceki tedaviler değişkenine göre 1'i (%5,3) cinsel fonksiyon bozukluğu, 1'i (%5,3) evlilik danışmanı, 1'i (%5,3) jinekoloji muayenesi, 2'i (%10,6) parmak egzersizi, 5'i (%26,3) psikiyatri, 1'i (%5,3) psikiyatri, jinekoloji muayenesi, 6'sı (%31,6) vajinal tedavi olarak dağılmaktadır.

Hastalar tanı konulmuş psikolojik rahatsızlıklar değişkenine göre 1'i (%33,3) genel anksiyete bozukluğu, 2'si (%66,7) panik atak olarak dağılmaktadır.

Hastalar halen antidepresan kullanımı değişkenine göre 1'i (%4,3) Evet, 22'si (%95,7) Hayır olarak dağılmaktadır.

Tablo 4. Eş ile İlişki ve Evlilik Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı

		n	%
Evlilik Süresi	1 Yıldan Az	4	17,4
	1-4 Yıl	12	52,2
	4 Yıl Ve üstü	7	30,4
	Toplam	23	100,0
Toplam Birliktelik Süresi	1-4 Yıl	6	26,1
	4-8 Yıl	9	39,1
	8 Yıldan Fazla	8	34,8
	Toplam	23	100,0
Evlilik Sorunları	Evet	3	13,0
	Hayır	20	87,0
	Toplam	23	100,0
Evlenirken Ailesel Bir Sorun	Evet	1	4,3
	Hayır	22	95,7
	Toplam	23	100,0
Eş Tedaviyi Destekleyici Mi?	Evet	22	95,7
	Hayır	1	4,3
	Toplam	23	100,0
Kendisinin Evlilik Sayısı	1	22	95,7
	2	1	4,3
	Toplam	23	100,0
Eşinin Evlilik Sayısı	1	23	100,0
Akraba Evliliği	Var	1	4,3
	Yok	21	91,3
	Uzaktan	1	4,3
	Toplam	23	100,0
Nasıl Evlendiniz	Flört	17	73,9
	Görücü	5	21,7
	Kaçarak	1	4,3
	Toplam	23	100,0

Hastalar evlilik süresi değişkenine göre 4'ü (%17,4) 1 yıldan az, 12'si (%52,2) 1-4 yıl, 7'si (%30,4) 4 yıl ve üstü olarak dağılmaktadır.

Hastalar toplam birliktelik süresi değişkenine göre 6'sı (%26,1) 1-4 yıl, 9'u (%39,1) 4-8 yıl, 8'i (%34,8) 8 yıldan fazla olarak dağılmaktadır.

Hastalar evlilik sorunları değişkenine göre 3'ü (%13,0) Evet, 20'si (%87,0) Hayır olarak dağılmaktadır.

Hastalar evlenirken ailesel bir sorun değişkenine göre 1'i (%4,3) Evet, 22'si (%95,7) Hayır olarak dağılmaktadır.

Hastalar eş tedaviyi destekleyici mi? değişkenine göre 22'si (%95,7) Evet, 1'i (%4,3) Hayır olarak dağılmaktadır.

Hastalar kendisinin evlilik sayısı değişkenine göre 22'si (%95,7) 1, 1'i (%4,3) 2 olarak dağılmaktadır.

Hastalar eşinin evlilik sayısı değişkenine göre 23'ü (%100,0) 1 olarak dağılmaktadır.

Hastalar akraba evliliği değişkenine göre 1'i (%4,3) Var, 21'i (%91,3) Yok, 1'i (%4,3) Uzaktan olarak dağılmaktadır.

Hastalar nasıl evlendiniz değişkenine göre 17'si (%73,9) flört, 5'i (%21,7) görücü, 1'i (%4,3) kaçarak olarak dağılmaktadır.

Tablo 5. Aile İle İlgili Özelliklerin Dağılımı

		n	%
Sorunuzdan Ailelerin Bilgisi Var Mı?	Evet	5	21,7
	Hayır	10	43,5
	Kendi Ailesi	8	34,8
	Toplam	23	100,0
Hasta Kaçınıcı Kardeş	1	8	34,8
	2	8	34,8
	3 Ve üstü	7	30,4
	Toplam	23	100,0
Kim Büyüttü?	Ebeveynler	21	91,3
	Aile Büyükleri	1	4,3
	Yurt	1	4,3
	Toplam	23	100,0
Aile Yapısı	Dini	10	43,5
	Geleneksel	11	47,8
	Modern	2	8,7
	Toplam	23	100,0
Yetiştirilme Tarzı	Sıkı	3	13,0
	Orta	9	39,1
	Rahat	11	47,8
	Toplam	23	100,0
Otorite	Anne	7	30,4
	Baba	5	21,7
	Her İkisi	7	30,4
	Abi	1	4,3
	Diğerleri	2	8,7
	Hiçbiri	1	4,3
	Toplam	23	100,0

Hastalar sorununuzdan ailelerin bilgisi var mı? değişkenine göre 5'i (%21,7) Evet, 10'u (%43,5) Hayır, 8'i (%34,8) Kendi ailesi olarak dağılmaktadır.

Hastalar hasta kaçınıcı kardeş değişkenine göre 8'i (%34,8) 1, 8'i (%34,8) 2, 7'si (%30,4) 3 ve üstü olarak dağılmaktadır.

Hastalar kim büyüttü değişkenine göre 21'i (%91,3) ebeveynler, 1'i (%4,3) aile büyükleri, 1'i (%4,3) yurt olarak dağılmaktadır.

Hastalar aile yapısı değişkenine göre 10'u (%43,5) dini, 11'i (%47,8) geleneksel, 2'si (%8,7) modern olarak dağılmaktadır.

Hastalar yetiştirilme tarzı değişkenine göre 3'ü (%13,0) sıkı, 9'u (%39,1) orta, 11'i (%47,8) rahat olarak dağılmaktadır.

Hastalar otorite değişkenine göre 7'si (%30,4) anne, 5'i (%21,7) baba, 7'si (%30,4) her ikisi, 1'i (%4,3) abi, 2'si (%8,7) diğerleri, 1'i (%4,3) hiçbiri olarak dağılmaktadır.

Tablo 6. Hastaların Vajinismus Öykülerine Ait Bilgilerin Dağılımı

		n	%
Ailede Vajinismus Varlığı	Var	5	21,7
	Yok	18	78,3
	Toplam	23	100,0
İlk Gece Hikayeleri	Var	19	82,6
	Yok	4	17,4
	Toplam	23	100,0
Çocukluk Çağı Hikayeleri	Var	12	52,2
	Yok	11	47,8
	Toplam	23	100,0

Hastalar ailede vajinismus varlığı değişkenine göre 5'i (%21,7) Var, 18'i (%78,3) Yok olarak dağılmaktadır.

Hastalar ilk gece hikayeleri değişkenine göre 19'u (%82,6) “var”, 4' (%17,4) “yok” olarak dağılmaktadır.

Hastalar ocukluk ağı hikayeleri değişkenine göre 12'si (%52,2) “var”, 11'i (%47,8) “yok” olarak dağılmaktadır.

Tablo 7. Yaş ve Beden lmleri Bulguları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Yaş	23	27,960	4,517	20	35
Kilo	21	66,000	17,018	40	100
Boy	21	1,639	0,072	1,52	1,78
Bki	21	24,524	6,098	14,340-	41,62

Hastaların “yaş” ortalaması ($27,960 \pm 4,517$); “kilo” ortalaması ($66,000 \pm 17,018$); “boy” ortalaması ($1,639 \pm 0,072$); “bki” ortalaması ($24,524 \pm 6,098$) olarak bulunmuştur.

Tablo 8. Cinsel Öykü

		n	%
Vajinal Islanma	Normal	22	95,7
	Azalmış	1	4,3
	Toplam	23	100,0
Klitoral Orgazm	Var	20	87,0
	Yok	2	8,7
	Azalmış	1	4,3
	Toplam	23	100,0
Cinsel İstek	Normal	21	91,3
	Azalmış	2	8,7
	Toplam	23	100,0
Zamanla Cinsel İlişki Deneme Sıklığı	Deniyoruz	5	21,7
	Azaldı	6	26,1
	Denemiyoruz	12	52,2
	Toplam	23	100,0
Acı Hissi	Gerçek Acı	4	17,4
	Acı Olacakmış Hissi	19	82,6
	Toplam	23	100,0
İlk cinsel bilgiler	Akrabalar	2	8,7
	Kitaplar	3	13,0
	Arkadaşlar	16	69,6
	İnternet	3	13,0
	Eş	1	4,3
	Okul	1	4,3
	Hiç Kimse	3	13,0

Hastalar vajinal ıslanma değişkenine göre 22'si (%95,7) normal, 1'i (%4,3) azalmış olarak dağılmaktadır.

Hastalar klitoral orgazm değişkenine göre 20'si (%87,0) var, 2'si (%8,7) yok, 1'i (%4,3) azalmış olarak dağılmaktadır.

Hastalar cinsel istek değişkenine göre 21'i (%91,3) normal, 2'si (%8,7) azalmış olarak dağılmaktadır.

Hastalar zamanla cinsel ilişki deneme sıklığı değişkenine göre 5'i (%21,7) deniyoruz, 6'sı (%26,1) azaldı, 12'si (%52,2) denemiyoruz olarak dağılmaktadır.

Hastalar acı hissi değişkenine göre 4'ü (%17,4) gerçek acı, 19'u (%82,6) acı olacakmış hissi olarak dağılmaktadır.

Hastalar ilk cinsel bilgileri kimden aldıklarına dair 2'si (%8,7) akrabalar, 3'ü (%13,0) kitaplar, 16'sı (%69,6) arkadaşlar, 3'ü (%13,0) internet, 1'i (%4,3) eş, 1'i (%4,3) okul, 3'ü (%13,0) hiç kimse yanıtını vermişlerdir.

Tablo 9. Cinsel Mitler

	n	%
İlk Gecede Acı Olur	19	82,6
İlk Gecede Kanama Çok Olur	10	43,5
İlk Gecede Yırtılma- Parçalanma	11	47,8
İlişkide Ölme Hissi	2	8,7
Penis Captivus Korkusu	4	17,4
Vajinam Dar	13	56,5
Eşimin Organı Çok Büyük	13	56,5
İdrar Deliğine Girebilir	8	34,8
Makata Girebilir	7	30,4

Hastalar mitler ifadelerine; 19'u (%82,6) İlk gecede acı olur, 10'u (%43,5) İlk gecede kanama çok olur, 11'i (%47,8) İlk gecede yırtılma- parçalanma, 2'si (%8,7) İlişkide ölme hissi, 4'ü (%17,4) Penis captivus korkusu, 13'ü (%56,5) Vajinam dar, 13'ü (%56,5) Eşimin organı çok büyük, 8'i (%34,8) İdrar deliğine girebilir, 7'si (%30,4) Makata girebilir olduğunu söylemiştir.

Tablo 10. Cinsel Travmalar

	n	%
Taciz	6	26,1
Doğum Seyredip Korkma	2	8,7
Fiziksel Şiddet	1	4,3
Pornografik Film İzleyip Tiksini	3	13
Anne Babanın İlişisine Şahit Olma	4	17,4
Küçükken Altını İslatma	1	4,3

Hastaların 6'sı (%26,1) Taciz, 2'si (%8,7) Doğum seyredip korkma, 1'i (%4,3) Fiziksel Şiddet, 3'ü (%13,0) Pornografik Film izleyip tiksini, 4'ü (%17,4) Anne babanın ilişkisine şahit olma, 1'i (%4,3) Küçükken altını ıslatma travması yaşadıklarını söylemiştir.

Tablo 11. Hastaların Görüşüne Göre Vajinismus Oluşma Nedenleri

	n	%
İlk Gece Hikayeleri	16	69,6
Yetiştirme Tarzı	5	21,7
Canım Tatlıdır	17	73,9
Eş Tecrübesizliği	2	8,7
Utangaçlık	2	8,7
Flört Döneminin Uzunluğu - Kısalığı	4	17,4
Bilgi Eksikliği	14	60,9
Eşle Uyumsuzluk	1	4,3
Taciz Yüzünden	1	4,3
Büyüme Korkusu	2	8,7
Bilmiyor	3	13

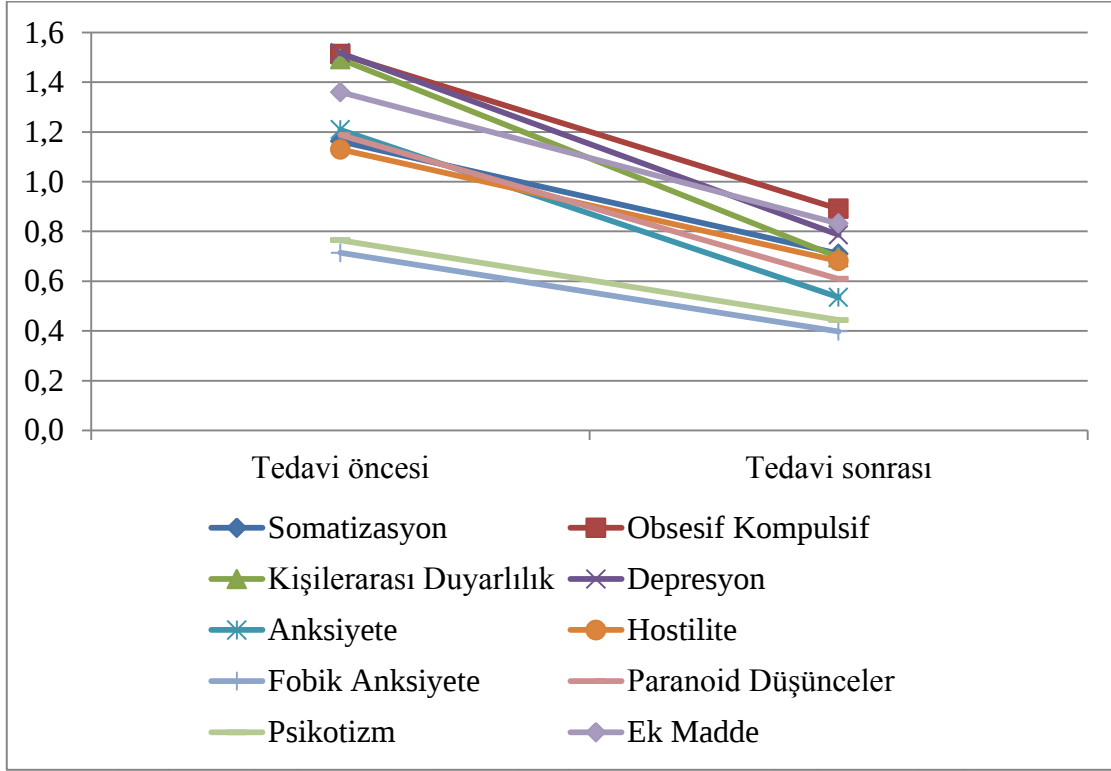
Hastaların görüşüne göre vajinismus oluşma nedenleri 16'sı (%69,6) İlk gece hikayeleri, 5'i (%21,7) Yetiştirme tarzı, 17'si (%73,9) Canım tatlıdır, 2'si (%8,7) Eş tecrübesizliği, 2'si (%8,7) Utangaçlık, 4'ü (%17,4) Flört döneminin uzunluğu - kısalığı, 14'ü (%60,9) Bilgi eksikliği, 1'i (%4,3) Eşle Uyumsuzluk, 1'i (%4,3) Taciz yüzünden, 2'si (%8,7) Büyüme Korkusu, 3'ü (%13,0) Bilmediğini söylemiştir.

Tablo 12. SCL-90-R Bulgularının Tedavi Öncesi Ve Sonrası Değişimine İlişkin Bulgular

	Tedavi öncesi		Tedavi sonrası		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Somatizasyon	1,163	0,641	0,710	0,396	3,536	0,002
Obsesif Kompulsif	1,513	0,617	0,891	0,404	5,054	0,000
Kişilerarası Duyarlılık	1,493	0,911	0,696	0,548	5,136	0,000
Depresyon	1,518	0,805	0,786	0,459	5,583	0,000
Anksiyete	1,209	0,646	0,535	0,349	5,890	0,000
Hostilite	1,130	0,875	0,681	0,477	2,486	0,021
Fobik Anksiyete	0,714	0,671	0,398	0,399	2,263	0,034
Paranoid Düşünceler	1,188	0,912	0,609	0,407	3,465	0,002
Psikotizm	0,765	0,595	0,444	0,384	3,016	0,006
Ek Madde	1,360	0,671	0,832	0,572	3,353	0,003

Hastaların tedavi öncesi somatizasyon, obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm, ek madde puanlarına göre, tedavi sonrası puanlarında meydana gelen düşüş anlamlıydı. ($p<0,05$).

Şekil 2. SCL-90-R Bulgularının Tedavi Öncesi Ve Sonrası Değişimine İlişkin Bulguların Grafiği



Tablo 13. Evlilik Uyum Ölçeği Bulgularının Tedavi Öncesi Ve Sonrası Değişimine İlişkin Bulgular

	Tedavi öncesi		Tedavi sonrası		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Evlilik Uyum Ölçeği	43,739	8,269	44,957	5,489	-0,836	0,412

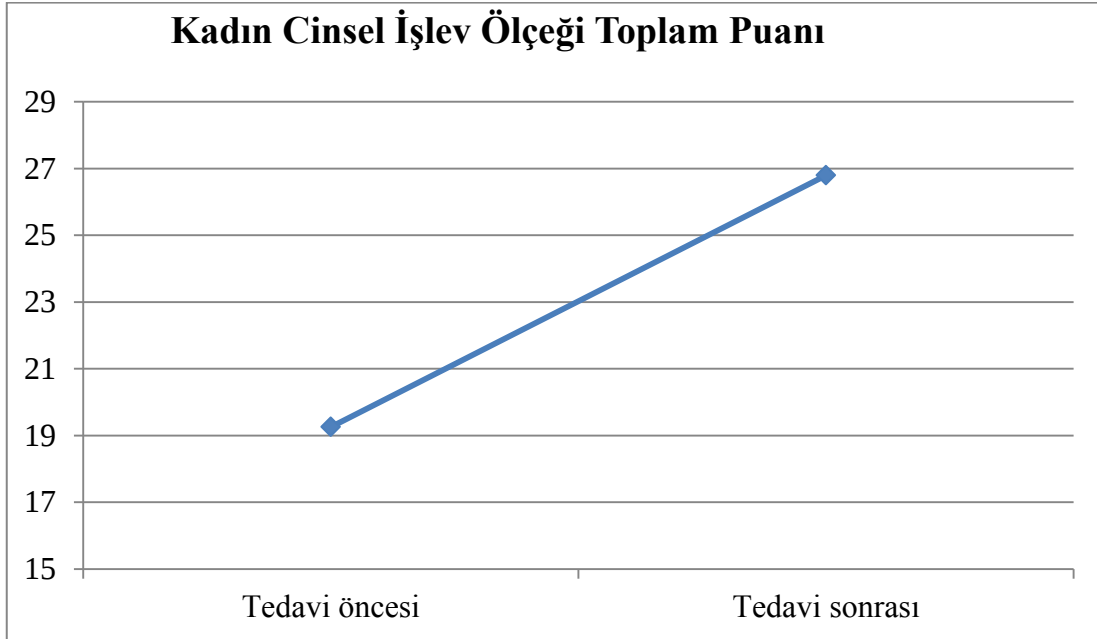
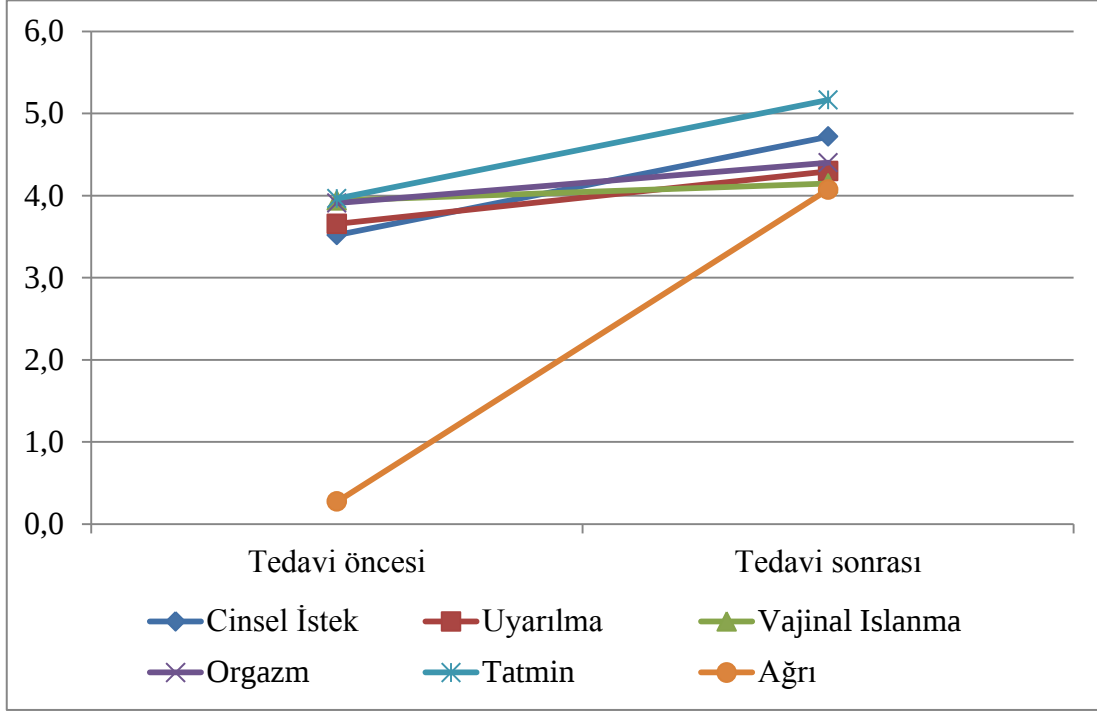
Hastaların tedavi öncesi evlilik uyumu puanlarına göre, tedavi sonrası evlilik uyumu puanlarında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p=0,412>0,05$).

Tablo 14. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Bulgularının Tedavi Öncesi Ve Sonrası Değişimine İlişkin Bulgular

	Tedavi öncesi		Tedavi sonrası		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Cinsel İstek	3,518	1,019	4,718	0,931	-4,175	0,000
Uyarılma	3,655	1,261	4,296	0,793	-2,095	0,049
Vajinal Islanma	3,941	1,784	4,146	0,652	-0,554	0,585
Orgazm	3,909	1,385	4,400	0,617	-1,740	0,097
Tatmin	3,964	1,423	5,164	0,750	-3,447	0,002
Ağrı	0,273	0,804	4,073	1,293	-10,482	0,000
Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam	19,259	5,536	26,796	3,445	-5,519	0,000

Hastaların tedavi öncesi cinsel istek, uyarılma, tatmin, ağrı kadın cinsel işlev ölçeği toplam puanlarına göre, tedavi sonrası puanlarında meydana gelen artış anlamlıydı. ($p<0,05$). Kadınların tedavi öncesi vajinal ıslanma ve orgazm puanlarına göre, tedavi sonrası puanlarında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p>0,05$).

Şekil 3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Bulgularının Tedavi Öncesi ve Sonrası Değişimine İlişkin Bulguların Grafiği

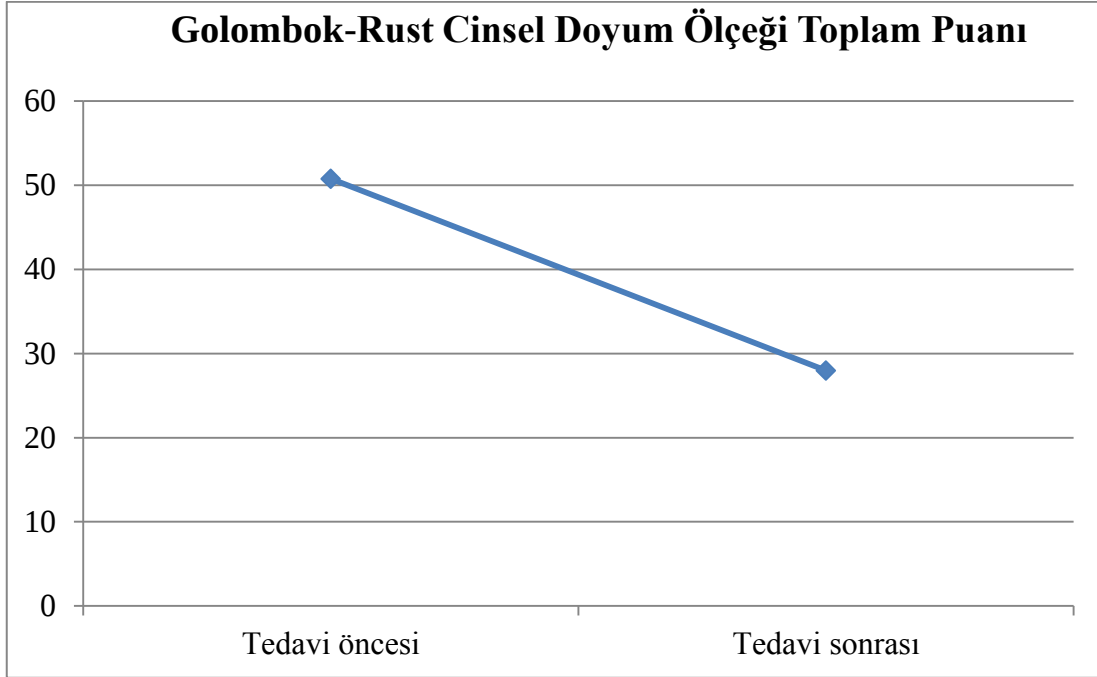
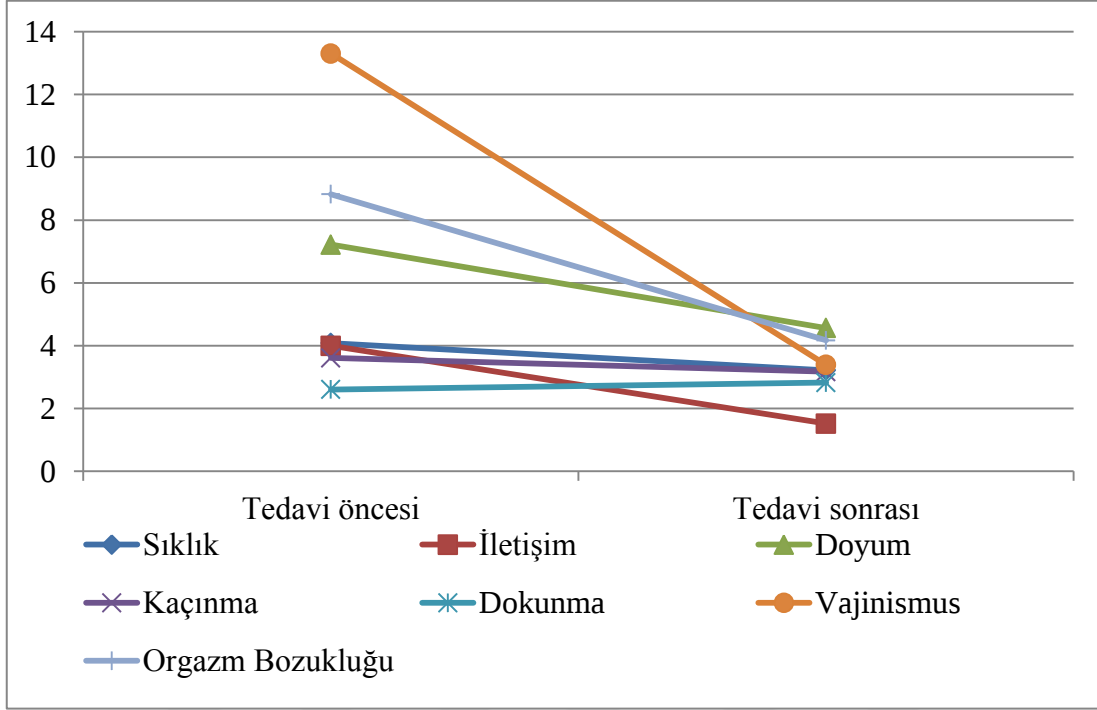


Tablo 15. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Bulgularının Tedavi Öncesi Ve Sonrası Değişimine İlişkin Bulgular

	Tedavi öncesi		Tedavi sonrası		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Sıklık	4,087	2,429	3,217	1,413	1,674	0,108
İletişim	4,000	1,809	1,522	1,729	4,254	0,000
Doyum	7,217	3,204	4,565	2,150	4,384	0,000
Kaçınma	3,609	3,173	3,174	1,800	0,738	0,468
Dokunma	2,609	2,482	2,826	2,146	-0,373	0,713
Vajinismus	13,304	3,390	3,391	2,950	8,816	0,000
Orgazm Bozukluğu	8,826	3,099	4,174	2,289	6,942	0,000
Cinsel Doyum Toplam	50,739	9,006	27,957	12,066	7,662	0,000

Hastaların tedavi öncesi sıklık, iletişim, doyum, vajinismus, orgazm bozukluğu ve cinsel doyum toplam puanlarına göre, tedavi sonrası puanlarında meydana gelen artış anlamlıydı. ($p<0,05$). Kadınların tedavi öncesi kaçınma ve dokunma puanlarına göre, tedavi sonrası puanlarında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p>0,05$).

Şekil 4. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Bulgularının Tedavi Öncesi Ve Sonrası Değişimine İlişkin Bulguların Grafiği



TARTIŞMA

Giriş ve amaç bölümünde de değinildiği gibi bu çalışmada; vajinismus tanısı alan evli kadınların tedavi süreçlerinin sonrasında, tedavi öncesindeki psikiyatrik belirtileri, cinselliğe bakışları ve evlilik doyumlarında değişiklik olup olmadığı araştırılmaktadır. Bu bölümde bulgular bölümünde aktarılan araştırma sonuçları tartışılarak yorumlanmaktadır.

Vajinismus Tanısı Alan Hastaların Kişisel Özellikleri

Çalışmamızda vajinismus tanısı alan hastaların “yaş” ortalaması $27,960 \pm 4,517$ olarak saptanmıştır. Bu sonuç ülkemizdeki diğer vajinismusla ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir. Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında yüksek oran olarak %13’ü ilkokul ve %39,1’i lise mezunudur. Türkiye’deki diğer çalışmalardan Kayır’ın İstanbul Tıp Fakültesindeki yaptığı çalışmanın sonucu bu çalışmaya benzer şekildedir. İlkokul mezunu oranı %15, yüksek okul mezun oranı ise %40 olarak bulunmuştur (Kayır A. ve ark., 1990). Bayrak, İncesu ve Yetkin’in yaptıkları çalışmalarda ise ilkokul mezunu sayıları yüksek okul mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlardaki farklılıklar üniversite hastanelerine başvuran hastaların sosyoekonomik düzey farklılığına bağlanabilir. Vajinismus tanısı alan hastalarda en sık rastlanan meslek grubu %70,2 ile ev hanımlığı olmuştur. İncesu ve Yetkin’in çalışmalarında bu oran %64,7 olarak, Bayrak’ın tez çalışmasında %60 olarak bulunmuştur (Bayrak M., 2006., İncesu C. ve ark., 2000). Bu çalışmada da hastaların ev hanımlığı oranı ülkemizdeki diğer çalışmalara benzer şekilde, oran olarak diğer meslek gruplarından daha yüksek şekilde %31,6 olarak bulunmuştur.

Hastaların evlilik sürelerinin, %52,2’sinin 1-4 yıl aralığında olduğu tespit edilmiştir. Kayır bu süreyi 44.4 ay, Tuğrul 30.7 ay, Bayrak ise 30.5 ay olarak bulmuştur (Bayrak M., 2006., Kayır A. ve ark., 1990).

Hasta grubunun %91,3’ünde akraba evliliği yoktur. Hastaların %73,9’u flört ederek, %21,7’si görücü usulü ile evlendiklerini belirtmişlerdir. İncesu ve Yetkin bu

oranları sırasıyla flört ederek %48 ve görücü usulü %52, Bayrak ise %35 ve % 65 olarak tespit etmişlerdir (Bayrak M., 2006., İncesu C. ve ark., 2000).

Hastaların vajinismus sorunlarını ailelerinin bilip bilmediğine bakıldığında, %43,5 oranında çift dışındakilerin bilmediği, %34,8 oranında kadının kendi ailesinin bildiği, %21,7 oranında da her iki ailenin de bildiği görülmüştür. Hastaların yarısından fazlasının bu sorunlarını başka insanlarla paylaşmak zorunda kaldığı görülmüş, bunun da terapi sürecinde hastalar üzerinde olumsuz etki gösterdiği tespit edilmiştir. Hastaların büyük bir çoğunluğu tedaviye gelmeden önce herhangi bir psikiyatrist veya jinekologa başvurmuştur.

Çalışmamızda hastalar ilk cinsel bilgilerini kimden aldıklarına dair sorulan soruya %69,6'sı arkadaşlar yanıtını vermiştir. Hastaların sorunun oluşma nedenini yüksek oranda %73,9'u Canım tatlıdır, %69,6'sı İlk gece hikayeleri, %60,9'u Bilgi eksikliği olarak gördükleri saptanmıştır. Bu bilgiler ışığında hastaların ortalama olarak eğitim düzeylerinin düşük olmadığı ve cinsel bilgi eksikliklerinin farkında oldukları saptanmıştır.

Vajinismus Tanısı Alan Hastaların Korkularının Dağılımı, Cinsel Öykü, Cinsel Mitler, Cinsel Travma İle İlgili Bilgileri

Hastaların cinsel öykülerinde en yüksek oranlar, vajinal ıslanma %95,7 normal, cinsel istek %91,3 normal, klitoral orgazm %87,0 var, zamanla cinsel ilişki deneme sıklığı, %52,2 denemiyoruz olarak bulunmuştur. Hastaların cinsel mitler ifadelerine göre; %82,6'sı İlk gecede acı olur, %43,5'i İlk gecede kanama çok olur, %47,8'i İlk gecede yırtılma- parçalanma olur, %56,5'inde Vajinam dar düşüncesi, %56,5'i Eşimin organı çok büyük, %34,8'i Eşim idrar deliğine girebilir, %30,4'ü Eşim makata girebilir şeklinde söylemiştir. Hastaların cinsel travmalarında yüksek oranlara bakıldığında %26,1 Taciz, %17,4 Anne babanın ilişkisine şahit olma, %13,0 Pornografik Film izleyip tikslenme, %8,7 doğum seyredip korkma travması şeklindedir.

Vajinismus cinsel işlev bozukluğu olmasının yanı sıra ruh sağlığının birçok bileşeniyle bağlantılıdır. Psikolojik belirtilerin varlığının vajinismus tedavisinde önemli olmasının yanı sıra, vajinismus tanısı alanların yaşadıkları cinsel sorunlar tedavinin uygun bir şekilde ilerleyebilmesi için dikkate alınmalıdır. Bu çalışmada vajinismus tanısı alanların kendi cinsel bilgilerini yetersiz buldukları saptanmıştır. Bu sebeple vajinismus tedavisinde cinsel bilgi ve eğitim verilmesinin önemli olacağı düşünülmektedir. Cinsel mitlere yönelik müdahale yapılmasının ve cinsel mitlere inanışların uygun şekilde değiştirilmesinin gerektiği diğer önemli bir sonuçtur.

Vajinismus Tanısı Alan Hastaların EUÖ, SCL 90-R, KCIÖ, GRCDÖ Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Vajinismus tanısı almış hastaların tedavi sonrası evlilik doyumlarında herhangi bir değişikliğe rastlanılmamıştır. Bu da gösteriyor ki, hastaların evlilikle ilgili sorunları olmasa dahi tedaviye gelebilmektedirler. Bununla birlikte hastalar tedaviye gelmediklerinde psikolojik belirtileri ciddi oranda artış gösterebilecekken, tedavi ruh sağlıklarının iyileşmesi yönünde fayda sağlamaktadır. Bu çalışma sonucunda hastaların psikolojik belirtilerinde düşüş aynı zamanda cinsel işlev ve cinsel doyumlarında artış görülmesi, tedavinin gerekli ve başarılı olduğunu göstermektedir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Vajinismus tedavisinde yüksek oranda başarıya ulaşılması ve sık rastlanılan bir hastalık olması sebebiyle önerilerim şunlardır:

1. Araştırmanın örneklem grubu büyütülerek daha geniş kapsamlı bir çalışma yapılması ve daha detaylı bilgiye erişilmesi.
2. İnsanların doğru cinsel bilgiyi erken yaşta ve güvenilir birilerinden öğrenebilmesi adına cinsel bilgi eğitimlerinin ilkokullarda başlatılması, bu mümkün değilse ailelerin çocuklarına doğru bilgi vermesi için bilinçlendirilmesi.
3. Cinsel Terapi çalışma sahalarının çoğaltılması ve yaygınlaştırılması.
4. Hastaların tedaviye teşvik edilmesi açısından çalışmalar yapılması.
5. Broşür basıp dağıtmak vb. uygulamalarla bilgilendirme yapılması.

KAYNAKÇA:

- Abraham HC., (1956). Unconsummated Marriage. BMJ, 837-839.
- Ahmed, K. ve Bhugra, D., (2007). The role of culture in sexual dysfunction. Psychiatry, 3(2), 23-25.
- Akpınar, E. ve Saatçi, E. (2007). An unconsummated marriage: A case report. Marmara Medical Journal, 20(3), 182-185.
- Aktan Mutlu E., (2009). Vajinismus Tanısı Alan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Cinsel Mit İnançları, Cinsel Öyküleri, Cinsel Doyum Düzeyleri Ve Eş Değerlendirme Biçimleriyle Karşılaştırılması, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: (2014). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Köroğlu E., (Çeviri Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Boylam Psikiyatri Estitüsü, Ankara, Syf: 210.
- Aydın H. (1991). Psikojen empotansta kişilik yapısının araştırılması. GATA Bülteni, 33, 187-194.
- Aygin D., Eti Aslan F., (2005). Kadın Cinsel İşlev Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, Türkiye Klinikleri J Med Sci, Cilt: 25.
- Badran, W., Moamen, N., Fahmy, I., El-Karaksy, A., Abdel-Nasser, T. M. ve Ghanem, H. (2006). Etiological factors of unconsummated marriage. International Journal of Impotence Research, 18, 458-463.
- Bayrak, M. (2006). Vajinismus oluşumunda etyolojik özellikler. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 9. Psikiyatri Birimi.

- Bodenmann, G., Ledermann, T., Blattner, D. ve Galluzzo, C. (2006). Associations among everyday stress, critical life events, and sexual problems. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194 (7), 494-501.
- CETAD, (2006). Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, Yüksel Ş, Cindoğlu D.(ed.), Bilgilendirme Dosyası 5: Kadın Cinselliği, CETAD.
- Coppini, A. (1999). A case of primary vaginismus. *International Forum of Psychoanalysis*, 8, 49-52.
- Coşut Çakmak A., (2010). Vajinismus Tanısı ile İzlenen Çiftlerde Mizaç ve Karakter Özellikleri ile Yakın İlişki Stilleri. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Crowley, T., Richardson, D. Ve Goldemier, D. (2006). Vajinismusun Tedavisi İçin Tavsiyeler: BASHH Cinsel İşlevsellik Özel İlgi Grubu, Uluslararası STD ve AIDS Dergisi, Cilt: 17, Sayı:1.
- Çamcı, G. (2012). Miyokardinfarktüsü Sonrası Kadınlarda Cinsel Yaşam. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Davis HJ, Reissing ED. (2007). Relationship adjustment and dyadic interaction in couples with sexual pain disorders: a critical review of the literature. *Sex Relation Ther* 22: 245-254.
- De Silva P., Rodrigo W., (1998). Sex Therapy in Sri Lanka: Development, Problems and Prospects, *International Review of Psychiatry*, Vol:7.
- Degoratis LR, Meyer JK, King KM., (1981); Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. *Am J Psychiatry*. 138:757-763.

- Devroede, G. (1999). Front and rear: The pelvic floor is an integrated functional structure. *Medical Hypotheses*, 52(2), 147-153.
- Doğan S., (2012). Kadınlarda Cinsel Birleşmede Zorlanmalar ve Ağrı Bozuklukları Vajinismus Ve Disparoni, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, Syf: 36-55.
- Doğan S. , Özkorumak E. (2008). Ağrılı Cinsel Aktivite ve Vajinismus Tanısında Yaşanan Güçlükler. *Klinik Psikiyatri*, 11:135-142.
- Doğan S. , Saraçoğlu G. Yaşam boyu vajinismus olan kadınlarda cinsel bilgi, evlilik özellikleri, cinsel işlev ve doyumun değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.
- Drenth JJ. Vaginismus and desire for a child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 1988;9: 125-137.
- Elmerstig E., Wijma B., Berterö C. (2008). Why Do Young Women Continue to Have Sexual Intercourse Despite Pain?. *Journal of Adolescent Health*, Vol:43, 357-363.
- Ercan S., Zeynep G., Gülsün M., Aydın H., Özgen F., (2006). Sertleşme Bozukluğu Olan Erkeklerde ve Eşlerinde Beden Algısı, Kişilik Özellikleri Ve Cinsel Doyum. *Psychiatry In Türkiye*, Cilt: 8, Sayı: 3.
- Eşel E. (2006). İnsan Cinselliğinin Biyolojik ve Evrimsel Temelleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, Cilt:16, Sayı:4.
- Eşsizoglu A., Yaşan A., Yıldırım EA., (2009). Erkek üniversite öğrencilerinde evlilik öncesi cinsel deneyimler ve deneyimlerin tutucu cinsel inançlarla olan ilişkisi. *Yeni Sempozyum Dergisi*, Cilt: 47, Sayı: 2.
- Frank E., Anderson C., Rubinstein D. (1979). Marital role strain and sexual satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(6), 1096-1103.

- Gehring, D. ve Chan, A. W. C. (2001). Group therapy – a useful treatment modality for woman diagnosed with primary and secondary vaginismus. *Journal of Sex Education and Therapy*, 26(1), 59-67.
- Goldmeier D, Keane FEA, Carter P, et al. Prevalence of sexual dysfunction in heterosexual patients attending a central London genitourinary medicine clinic. *Int J STD AIDS* 1997;8:303-306.
- Gölsün M., Aydın H., Gülçat Z. (2006). A Study on Marital Relationship and Female Sexual Dysfunction. *Türkiye’de Psikiyatri Dergisi*, Cilt 8 (2).
- Hawton K, Catalan J. Sex therapy for vaginismus: Characteristics of couples and treatment outcome. *Sex Marital Ther* 1990;5:39– 48.
- Heiman, J. R. (2002). Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 445- 450.
- Hertlein K. M., Weeks G. R., Gambescia N., (2014). *Sistemik Seks Terapisi Cinsel Terapi*, Çeviri Editörleri: Psikoterapist Dr. Keçe C., Psikoterapist OK M., Ankara, Pusula Yayınevi Syf: 301.
- Hünler, O. S. Ve T. Gençöz (2003). Boyun Eğici Davranışlar ve Evlilik Doyumu İlişkisi: Algılanan Evlilik Problemleri Çözümünün Rolü, *Türk Psikoloji Dergisi* Cilt: 18, Sayı: 51.
- İncesu C. (1998). Cinsel işlevin fizyolojisi. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi*, Cilt:1.
- İncesu C. (2006). *Cinsel Yaşam ve Sorunları*, İstanbul: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Yayınları.
- İncesu C., Yetkin N., (2000). Cinsel İşlev Bozukluğu Nedeniyle Başvuran Kadın ve Erkek 561 Olgunun Sosyodemografik Özellikleri ile Cinsel Tutum ve Deneyimlerinin Karşılaştırılması. *3P Dergisi*, 8 (Özel Sayı, 1).

- Jeng C., (2004). Jeng C. The pathophysiology and etiology of vaginismus. Taiwanese J Obstet Gynecol; 43:10-15.
- Kaneko, K., (2001). Penetration disorder: Dyspareunia exists on the extension of vaginismus. Journal of Sex & Marital Therapy, 27, 153-155.
- Kaplan HS. (1979). Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy, Volume 2, First Edition, New York, Brunner/Mazel.
- Kaplan HS. (1974). The New Sex Therapy. New York& London: Brunner-Routledge.
- Kayır A., Geyran P., Tükel MR., Kızıltuğ A., (1990). Cinsel sorunlarda başvuru özellikleri ve tedavi seçimi. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Bilimsel yayınları, Cilt 2.
- Kennedy P, Doherty N, Barnes J., (1995). Primary vaginismus: A psychometric study of both partners. Sex Relation Ther;10:9-22.
- Kılıç M. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)' nin Geçerlilik Ve Güvenirliği Psikolojik Danışma Ve Kehberlik Dergisi Cilt : 1, Sayı : 2.
- Koehler, J. D. (2002). Vaginismus: Diagnosis, etiology and invervention. Contemporary Sexuality, 36(9).
- Köroğlu E., Güleç C. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara: HYB Basım yayın.
- Lawrance K., Byers ES. (1995). Sexual satisfaction in heterosexual long-term relationships: The interpersonal Exchange model of sexual satisfaction. Personal relationships, 2(2), 267-285.
- Leiblum S., Wiegel M., Brickle F., (2003). Sexual attitudes of US and Canadian medical students; the role of ethnicity, gender, religion and acculturation, vol. 12.

- Lemke, W. (2005). Utilizing hypnosis and ego-state therapy to facilitate healthy adaptive differentiation in the treatment of sexual disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(3), 179-189.
- Locke, H. J.; Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*. C.21, SS.251-255.
- Maria, G., Cadeddu, F., Brisinda, D., Brandara, F. ve Brisinda, G. (2005). Management of bladder, prostatic and pelvic floor disorders with botulinum neurotoxin. *Current Medicinal Chemistry*, 12, 247-265.
- Masters WH., Johnson VE. (1966). Masters WH., Johnson VE. (1966). *Human sexual Response*. First Edition. Boston: Little Brown & Company.
- Master WH., Johnson VE. (1970). *Human sexual inadequacy*. First edition. p:3-223 Boston: Little Brown & Company.
- Mchichi-Alami, K. ve Kadri, N. (2004). Moroccan women with a history of child sexual abuse and its long-term repercussions: A population-based epidemiological study. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 237-242.
- Mills, B. ve Turnbull, G. (2004). Broken hearts and mending bodies: The impact of trauma on intimacy. *Sexual and Relationship Therapy*, 19(3), 265-289.
- Morris, E. ve Mukhopadhyay S. (2006). Dyspareunia in gynaecological practise. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 16.
- Motavallı N., Yücel B., Kayır A., Üçok A., (1991). Üç grup evli kadının cinsel inanış ve yaşantılarının değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, (2-4) 94-97.
- Nancy, A. ve Phillips, M. U. (2000). Female sexual dysfunction: Evaluation and treatment. *American Family Physician*, 62(1), 127-136.
- Ng ML., (1999) Vaginismus- a disease, symptom or culture-bound syndrome? *Sex Relation Ther*;14:9-13.

- Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA., (2006). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in Portuguese clinical sample. J Sex Marital Ther;32:173-182.
- Ohl, L. E., (2007). Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. Urologic Nursing, 27(1).
- Özdemir Ö, Simsek F, İncesu C ve ark., (2003). Çoğul Disiplinli Bir Cinsel İşlev Bozuklukları Merkezine Başvuran 1,002 Olgunun Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri. Üroloji Bülteni; 14.
- Özmen, E. (1999). Cinsel mitler ve cinsel islev bozuklukları. Psikiyatri Dünyası, 2, 49-53.
- Özüğurlu, K. (1991). Psikosomatik cinsel bozukluklar. E, Adam (Ed.), Psikosomatik Hastalıklar. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.
- Praharaj, S. K., Verma, P. ve Arora, M. (2006). Topical lignocaine for vaginismus: A case report. International Journal of Impotence Research, 18, 568-569.
- Ramage, M. (2003). Female sexual dysfunction. Psychiatry, 3(2), 16-20.
- Reissing, E. D. (2002). Re-evaluating vaginismus: An empirical investigation of diagnostic reliability, vaginal spasm, pain and associated etiological correlates. A Thesis of the Degree of Doctor of Philosophy. Montreal: McGill University, Department of Psychology.
- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D. ve Amsel, R. (2003). Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema and relationship adjustment. . Journal of Sex & Marital Therapy, 29, 47-59.
- Rosen R., Brown C., Heiman J., (2000). The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument fort he assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther; 26,191-208

- Rowland DL, Incrocci L ed., (2008), Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders, New Jersey :John Wiley& Sons, 247-248.
- Segraves, R. T. (2001). Historical and international context of nosology of female sexual disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 205-207.
- Shafik, A. ve El-Sibai, O. (2000). Vaginismus: Results of treatment with botulin toxin. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 20(3), 300-302.
- Silverstein JL., (1989) Origins of psychogenic vaginismus. *Psychother Psychosom*; 52:197-204.
- Sims JM., (1862) On vaginismus. *Trans Obstet Soc London.*; 3: 356-367.
- Smith, K. M. ve Gillmer, M. D. (1998). Amielle vaginal trainers – a patient evaluation. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 18(2), 146-147.
- Spector IP, Carey MP., (1990) Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav.*;19:389-408.
- Sungur, M. (1994). Cinsel İşlev Bozukluğuna Yönlendirilen Çiftlerin Değerlendirilmesi ve Cinsel ve Evlilik Terapisinde Prognostik Faktörler, *Cinsel ve Evlilik Terapisi Dergisi*, Cilt: 9, Sayı: 3.
- Tannahill R. (2003). Tarihte Cinsellik. Sayfa: 138-139, Ankara: Dost Kitabevi.
- Tarhan N., (2005). Kadın Psikolojisi, Nesil Yayınları, 3.baskı, İstanbul, Syf:39.
- Ter Kuilea, M. M., Van Lankveldb, J. J. D. M., De Groota, E., Mellesb, R., Neffsa, J. ve Zandbergenb, M., (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 359-373.
- Tucker, M. W. ve O'Grady, K. E. (1991). "Effects of physical attractiveness, intelligence, age at marriage, and cohabitation on the perception of marital satisfaction." *The Journal of Social Psychology* 131(2): 253-269.

- Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E., (1993). Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin Standardizasyon Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi; 2:83-88.
- Tuğrul C, Kabakçı E., (1997). Vaginismus and its correlates. Sex Relation Ther; 12:23-34.
- Tutarel-Kışlak, Ş. (1999). Evlilik Uyum Ölçeği Adaptasyon Çalışması. 3P Dergisi. C.7, N.1. SS.50-57.
- Uzel, A. (2015). Evlilik İlişkisi İçerisinde Çiftler Arasında Cinsel Doyumun, Evlilik Uyumu ve Benlik Saygısı Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Van der Velde J., Laan E., Everaerd W. (2001). Vaginismus, a component of a general defensive reaction. International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 12(5) p: 328-31.
- Watts G, Nettle D., (2010) The role of anxiety in vaginismus: A case-control study. J Sex Med; 7:143-148.
- Weiss, J. C. (2001). Treating vaginismus: Patient without partner. Journal of Sex Education and Therapy, 26(1), 28-33.
- Yaşan A., Gürgen F., (2004). Cinsel Partneri Olan Bir Hemşire Grubu İle Hiç Partneri Olmamış Bir Hemşire Grubunun Cinsel Bilgi Edinme Yolları ve Cinsel Mitlerin Yaygınlığının Karşılaştırılması, Yeni Sempozyum Dergisi, Cilt:42 Sayı:2, 72-76.
- Yetkin N. (1999). Vajinismus. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi, (3),26-29.
- Yıldırım EA, Akyüz F, Hacıoğlu M Ve Ark. Cinsel İşlev Bozuklukları Kliniğine Başvuran Olgularda Başvuru Yakınması İle Klinik Tanı Arasındaki İlişki. Nöropsikiyatri Arşivi 2011;48:24-30.

Yıldırım EA, Çavaş Ş, Hacıoğlu M et al. (2009). Psychiatric comorbidity in females with vaginismus, The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology.; 19 (Supp.3): 700.

Zilbergeld B., (1999). The new male sexuality. Revised edition. New York: Batam Books.



EKLER

EK.1. Kişisel Bilgi Formu

İSİM:

SOYİSİM:

YAŞ:

KİLO:

BOY:

ÖĞRENİM:

MESLEK:

İLK GELİŞ NEDENİ: Cinsel Sorun / Çocuk

BÜYÜDÜĞÜ İL:

Önceki Tedaviler:

MEDENİ HALİ: Evli/ Bekar/ Dul

EVLİLİK SÜRESİ:

TOPLAM BİRLİKTELİK:

Evlilik Sorunları: Evet / Hayır

Evlenirken ailesel bir sorun: Evet / Hayır

Sorunuzdan Ailelerin Bilgisi Var mı? Evet / Hayır / Eşinin Ailesi / Kendi Ailesi

EŞ TEDAVİYİ DESTEKLEYİCİ Mİ? EVET / HAYIR

EVLİLİK SAYISI:

KENDİSİ.....

EŞİ.....

AKRABA EVLİLİĞİ: Var/ Yok/ Uzaktan

NASIL EVLENDİNİZ: Flört/ Görücü/ Kaçarak

TANI KONULMUŞ PSİK. RAHATSIZLIKLAR?

HALEN ANTİDEPRESAN KULLANIMI: E - H

HASTA KAÇINCI KARDEŞ:

KİM BÜYÜTTÜ: Ebeveynler/ Aile Büyükleri/ Yurt

AİLE YAPISI: Dini/ Geleneksel/ Modern

YETİŞTİRİLME TARZI: Sıkı/ Orta/ Rahat

OTORİTE: Anne/ Baba/ Her İkisi/ Abi/ Diğerleri/ Hiçbiri

Ailede Vajinismus Var mı? Var / Yok 1.Derece / 2. derece

İlk gece Hikayeleri: + / -

Çocukluk Çağı: + / -

CİNSEL ÖYKÜ

Vajinal Islanma: Normal / Azalmış

Klitoral Orgazm: Var/ Yok / Azalmış

Cinsel İstek: Normal / Azalmış / Yok

ZAMANLA CİNSEL İLİŞKİ DENEME SIKLIĞI: Deniyoruz / Azaldı / Denemiyoruz

ACI HİSSİ: GERÇEK ACI / ACI OLACAKMIŞ HİSSİ

İLK CİNSEL BİLGİLER: Anne-Baba, Akralar, Kitaplar, Arkadaşlar, İnternet, Eş, Okul, Hiç Kimse

MİTLER: İlk gecede acı olur, İlk gecede kanama çok olur, İlk gecede yırtılma-parçalanma, İlişkide ölme hissi, Penis captivus korkusu, Vajinam dar, Eşimin organı çok büyük, İdrar deliğine girebilir, Makata girebilir...

Cinsel Travmalar: Taciz(Bir kez, Birden çok kez), (Akralası, Çevresi, Tanımadığı), Tecavüz, Ensest, Doğum seyredip korkma, Fiziksel Şiddet, Genital Travma, Pornografik Film izleyip tikslenme, Anne babanın ilişkisine şahit olma (duyarak-görerek), Küçükken altını ıslatma (5y. Üstü)

Size göre neden böyle bir sorun oluştu? İlk gece hikayeleri, Yetiştirme tarzı, Canım tatlıdır, Evlilik sorunları, Eş tecrübesizliği, Utangaçlık, Flört döneminin uzunluğu-kısalığı, Bilgi eksikliği, Eşle Uyumsuzluk, Evlenirken Ortaya Çıkan Sorunlar, Taciz, Hamile Kalma Korkusu, Büyüme Korkusu, Genital Darbe, İlişkide Çirkinleşme Korkusu, Zor Jinekolojik muayane – müdahale, Anne- Babanın ilişkisine şahit olma (duyarak-görerek), Bilmiyorum

EK.2. SCL-90-R (Psikolojik Belirti Tarama Listesi)

ADI, SOYADI:.....

YAŞ:

CİNSİYETİ(E/K):

MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0

Örnek: 1. (2) Baş ağrısı

Çok az : 1

Orta derecede : 2

Oldukça fazla : 3

İleri derecede : 4

1. () Baş ağrısı
2. () Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. () Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. () Baygınlık ya da baş dönmesi
5. () Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. () Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. () Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. () Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. () Olayları anımsamada güçlük
10. () Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. () Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. () Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. () Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. () Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. () Yaşamınızın sonlanması düşünceleri

16. () Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. () Titreme
18. () Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. () İştah azalması
20. () Kolayca ağlama
21. () Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. () Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. () Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. () Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. () Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. () Olanlar için kendisini suçlama
27. () Belin alt kısmında ağrılar
28. () İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. () Yalnızlık hissi
30. () Karamsarlık hissi
31. () Her şey için çok fazla endişe duyma
32. () Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. () Korku hissi
34. () Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. () Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. () Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. () Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. () İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak
39. () Kalbin çok hızlı çarpması
40. () Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. () Kendini başkalarından aşağı görme
42. () Adale (kas) ağrıları
43. () Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. () Uykuya dalmada güçlük

45. () Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. () Karar vermede güçlük
47. () Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. () Nefes almada güçlük
49. () Soğuk veya sıcak basması
50. () Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu
51. () Hiç bir şey düşünmeme hali
52. () Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. () Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. () Gelecek konusunda ümitsizlik
55. () Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. () Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. () Gerginlik veya coşku hissi
58. () Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. () Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. () Aşırı yemek yeme
61. () İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. () Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. () Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. () Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. () Yılanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. () Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. () Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. () Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. () Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. () Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. () Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. () Dehşet ve panik nöbetleri
73. () Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi

74. () Sık sık tartışmaya girme
75. () Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. () Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. () Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. () Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. () Değersizlik duygusu
80. () Size kötü bir şey olacaktı hissi
81. () Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. () Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. () Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. () Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. () Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. () Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. () Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. () Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. () Suçluluk duygusu
90. () Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

EK.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI)

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

- * **Cinsel aktivite** : Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.
- ** **Cinsel ilişki** : Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)
- ** **Cinsel uyarılma**: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar
- **** **Orgazm** : Bızır,hazne, rahim, makat ve alt kar ın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2.Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

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

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel

ilişki sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?**

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

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok emindim
- ☐ Emindim
- ☐ Oldukça emindim
- ☐ Az emindim
- ☐ Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?**

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

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı ?**

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

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok çok zor veya imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu
- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EK.4. Evlilik Uyum Ölçeği

1. Bu maddede yer alan ölçeği kullanarak, bütün yönleri ile evliliğinizdeki mutluluk düzeyini en iyi temsil ettiğine inandığınız noktayı **daire** içine alınız. Ortadaki 'mutlu' sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil eder ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliği çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliği çok mutlu küçük bir azınlığı temsil etmektedir.

*	*	*	*	*	*	*
Çok Mutsuz			Mutlu			Çok Mutlu

Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ya da anlaşmazlık derecesini yaklaşık olarak (X) şeklinde belirtiniz. Lütfen her maddeyi değerlendiriniz.

	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara sıra anlaşamadığ ımız olur	Sıklıkla anlaşama- yız	Hemen her zaman anlaşamayı -z	Her zaman anlaşama- yız
2. Aile bütçesini idare etme	()	()	()	()	()	()
3. Boş zaman etkinlikleri	()	()	()	()	()	()
4. Duyguların ifadesi	()	()	()	()	()	()
5. Arkadaşlar	()	()	()	()	()	()
6. Cinsel ilişkiler	()	()	()	()	()	()
7. Toplumsal kurallara uyuma(doğru, iyi veya uygun davranış)	()	()	()	()	()	()

8. Yaşam felsefesi () () () () () ()

9. Eşin akrabalarıyla anlaşma () () () () () ()

Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabın yanındaki kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle:

- () Erkeğin susması ile
() Kadının susması ile
() Karşılıklı anlaşmaya varılarak

sonuçlanır.

11. Ev dışı etkinliklerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

- () Hepsini
() Bazılarını
() Çok azını
() Hiç birini

12. Boş zamanlarınızda genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

- () Dışarıda bir şeyler yapmayı
() Evde oturmayı

Eşiniz genellikle aşağıdakilerden hangisini yapmayı tercih eder?

- () Dışarıda bir şeyler yapmayı
() Evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

- () Sık sık
() Arada sırada
() Çok seyrek
() Hiçbir zaman

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz;

- ☐ Aynı kişiyle evlenirdiniz
- ☐ Farklı bir kişiyle evlenirdiniz
- ☐ Hiç evlenmediniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

- ☐ Hemen hemen hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Çoğu konularda
- ☐ Her konuda



EK.5.

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Kadın Formu)

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her bir soru için "hiç bir zaman", "nadiren", "bazen", "çoğu zaman", "her zaman" şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

Her soruyu dikkatle okuyunuz.

Sorulan durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.

Söz konusu durumun ne kadar sıklıkla ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki boş alanı işaretleyerek cevabınızı belirtiniz.

Hiç bir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz.

Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

Cevaplar :	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi durumlar dışında)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sizce, sizin ve eşinizin önsevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığı zaman yeterli mi?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının girmeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Eşinizle sevişmekten kaçınırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
14. Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Önsevişme sırasında eşiniz bızırınızı (kilitoris) uyardığında doyuma (orgazm) ulaşabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

26. Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Cinsel birleşme anından hoşlanırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐



ÖZGEÇMİŞ

27 Ekim 1989 yılı doğumluyum. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimlerimi İstanbul'da tamamladıktan sonra, Newport Üniversitesi, Davranış Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümüne kaydoldum. Bu bölümden 2011 yılında mezun olduktan sonra, Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Sosyoloji bölümüne kayıt oldum ve bu bölümden 2015 yılında mezun oldum. Aynı zamanda 2011-2012 yılları arasında bir psikolojik danışmanlık merkezinde çalıştım. Daha sonra 2015 yılında Beykent Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans eğitimime başladım. Şuanda çalışmıyorum.

Merve EZBERCİ AKGÜN