

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

VAJİNİSMUSLU BİREYLERDE FARKLI
YOĞUNLUKTAKİ KISA DÖNEM
TELEREHABİLİTASYON TEMELLİ PELVİK TABAN
EĞİTİMİNİN ICF ÇERÇEVESİNDE ETKİNLİĞİ

Yüksek Lisans Tezi

Zehra BAYDAR

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Faruk İBRAHİMOĞLU

İstanbul-2026

TEZ TANITIM FORMU

Yazar Adı Soyadı : Zehra BAYDAR

Tezin Dili : Türkçe

Tezin Adı : Vajinismuslu Bireylerde Farklı Yoğunluktaki Kısa Dönem Telerehabilitasyon Temelli Pelvik Taban Eğitiminin ICF Çerçevesinde Etkinliği

Enstitü : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Anabilim Dalı : Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

Tezin Türü : Yüksek Lisans

Tezin Tarihi : 22.12.2025

Sayfa Sayısı : 130

Tez : Dr. Öğr. Üyesi Faruk İBRAHİMOĞLU

Danışmanları

Dizin Terimleri : Vajinismus, Telerehabilitasyon, Pelvik Taban Eğitimi, ICF.

Türkçe Özet : Bu çalışma, vajinismus tanısı almış bireylerde farklı yoğunluklarda uygulanan kısa dönem telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin, Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF) çerçevesinde işlevsellik, cinsel işlev, ağrı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Dağıtım Listesi : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Zehra BAYDAR

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

VAJİNİSMUSLU BİREYLERDE FARKLI
YOĞUNLUKTAKİ KISA DÖNEM
TELEREHABİLİTASYON TEMELLİ PELVİK TABAN
EĞİTİMİNİN ICF ÇERÇEVESİNDE ETKİNLİĞİ

Yüksek Lisans Tezi

Zehra BAYDAR

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Faruk İBRAHİMOĞLU

İstanbul-2026

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Zehra BAYDAR

.../.../2026



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Zehra BAYDAR' ın Vajinismuslu Bireylerde Farklı Yoğunluktaki Kısa Dönem Telerehabilitasyon Temelli Pelvik Taban Eğitiminin ICF Çerçevesinde Etkinliği adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Fizyoterapi ve Rehabilitasyon anabilim dalı, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Esra ERĞUN KEŞLİ

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Hüsniye Merve DEMİRER

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Faruk İBRAHİMOĞLU

(Danışman)

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 20..

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu çalışmada vajinismus tanısı almış kadınlarda farklı yoğunluklarda uygulanan kısa dönem telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitimi programlarının, Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF) çerçevesinde işlevsellik, cinsel işlev, ağrı düzeyi, yaşam kalitesi ve psikolojik durum üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma katılımcıları, haftada 3 seans uygulanan yoğun program (1. grup) ve haftada 1 seans uygulanan düşük yoğunluklu program (2. grup) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan toplam 38 gönüllü katılımcı çalışma kapsamına alınmıştır. Tüm katılımcılara müdahale öncesinde ve sonrasında Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI), Yaşam Kalitesi Ölçeği, Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, VAS Ağrı Skalası ve ICF temelli işlevsellik değerlendirme formları uygulanmıştır. Her iki gruba aynı içerikte ancak farklı yoğunlukta telerehabilitasyon programı sunulmuştur; program pelvik taban farkındalık eğitimi, gevşeme teknikleri, kontrollü kasılma–gevşeme egzersizleri ve ev temelli dijital takip uygulamalarından oluşmuştur. Verilerin analizinde SPSS 27.0 paket programı kullanılmıştır.

Elde edilen bulgular incelendiğinde, haftada 3 seans uygulanan yoğun telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitimi programının, cinsel işlev, yaşam kalitesi ve VAS ağrı puanlarında haftada 1 seans uygulanan programa kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek iyileşme sağladığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu grupta ayrıca pelvik taban kas kontrolünde ve gevşeme yanıtında belirgin artış gözlemlenmiştir.

Bununla birlikte, her iki grupta da müdahale sonrası dönemde anksiyete ve depresyon puanlarında artış olduğu saptanmıştır. Yoğun program uygulanan grupta bu artış daha belirgin olmakla birlikte, gruplar arası karşılaştırmada anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından klinik iyileşme yönünde bir değişim izlenmemiştir. Haftada 1 seans uygulanan düşük yoğunluklu programda da benzer şekilde anksiyete ve depresyon puanlarında artış gözlenmiş; özellikle psikolojik iyilik hâli alanında değişimin sınırlı kaldığı tespit edilmiştir.

VAS ağrı puanlarında her iki grupta da azalma olmakla birlikte, bu azalmanın yoğun programa kıyasla düşük yoğunluklu programda daha sınırlı düzeyde olduğu görülmüştür.

Çalışmanın genel değerlendirmesi, kısa dönem telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin vajinismuslu kadınlarda fiziksel işlevsellik, cinsel işlev ve ağrı düzeyi üzerinde olumlu etkiler sağladığını; ancak psikolojik durum üzerinde kısa vadede iyileştirici bir etki göstermediğini, hatta anksiyete ve depresyon düzeylerinde artışla seyredildiğini ortaya koymaktadır. Bu durum, vajinismusun çok boyutlu yapısı göz önüne alındığında, kısa süreli fizyoterapi temelli müdahalelerin psikolojik bileşenleri tek başına yeterince hedefleyememesi ile ilişkili olabilir. Sonuç olarak, vajinismus tedavisinde telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin fiziksel ve fonksiyonel kazanımlar açısından etkili bir yöntem olduğu; ancak psikolojik iyilik hâlinin desteklenmesi için multidisipliner ve daha uzun süreli yaklaşımlarla birlikte ele alınması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Vajinismus, Telerehabilitasyon, Pelvik Taban Eğitimi, ICF.

SUMMARY

The aim of this study was to examine the effects of short-term telerehabilitation-based pelvic floor training programs with different intensities on functionality, sexual function, pain levels, quality of life, and psychological well-being in women diagnosed with vaginismus, within the framework of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Participants were divided into two groups: the intensive program (3 sessions per week) and the low-intensity program (1 session per week). A total of 38 volunteers who met the inclusion and exclusion criteria were included in the study. All participants completed the Female Sexual Function Index (FSFI), Quality of Life Scale, Anxiety and Depression Scale, VAS Pain Scale, and ICF-based functionality assessment forms before and after the intervention. Both groups received the same program content but in different intensities; the program consisted of pelvic floor awareness training, relaxation techniques, controlled contraction–relaxation exercises, and home-based digital follow-up modules. Data analysis was conducted using SPSS 22.0.

According to the findings, the intensive telerehabilitation-based pelvic floor training program applied three times per week resulted in significantly greater improvements in sexual function, quality of life, and VAS pain scores compared to the low-intensity program applied once per week ($p < 0.05$). Participants in the intensive group also demonstrated marked improvements in pelvic floor muscle control and relaxation response.

However, contrary to the improvements observed in physical and functional outcomes, an increase in anxiety and depression scores was observed in both groups after the intervention period. This increase was more pronounced in the intensive program group, and no improvement in psychological status was detected in the intergroup comparison. Similarly, in the low-intensity program group, anxiety and depression scores also increased, and changes in psychological well-being remained limited.

Although VAS pain scores decreased in both groups, the reduction was less pronounced in the low-intensity program compared to the intensive protocol.

Overall, these findings indicate that short-term telerehabilitation-based pelvic floor training is effective in improving physical functionality, sexual function, and pain levels in women with vaginismus; however, it does not appear to provide short-term psychological benefits and may be associated with increased anxiety and depression levels. This outcome may be related to the multifactorial nature of vaginismus and the possibility that short-duration physiotherapy-based interventions alone are insufficient to adequately address psychological components. Therefore, while telerehabilitation-based pelvic floor training represents an accessible, feasible, and patient-centered intervention for the physical aspects of vaginismus, its integration with multidisciplinary and longer-term psychological support may be necessary to achieve comprehensive treatment outcomes.

Keywords: Vaginismus, Telerehabilitation, Pelvic Floor Training, ICF.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
EKLER LİSTESİ	x
ÖNSÖZ.....	xi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ

1.1. Araştırmanın Önemi.....	6
1.2. Problemin Tanımı	7
1.3. Araştırmanın Amacı	7
1.4. Araştırma Soruları ve Hipotezler	8
1.5. Sınırlılıklar ve Varsayımlar	8
1.6. Tanımlar	9

İKİNCİ BÖLÜM KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Vajinismus Tanımı.....	11
2.2. Vajinismus Tanısı ve Sınıflandırması	16
2.3. Etiyolojisi	19
2.3.1. Fiziksel Nedenler.....	20
2.3.2. Psikolojik Nedenler	20
2.3.3. Sosyal ve Kültürel Nedenler.....	21
2.3.4. Bilişsel Nedenler	22
2.4. Tarihçesi	23
2.5. Epidemiyolojisi	24
2.6. Vajinismus Tedavisi.....	25
2.6.1. Tıbbi Yöntemler	26
2.6.2. Cinsel Tedavi Yöntemleri	27
2.6.3. Diğer Tedavi Yöntemleri.....	29
2.6.4. Vajinismusa Eşlik Eden Durumlar	30
2.7. Vajinismusta Ağrı	30
2.7.1. Vestibülojeni/ Vulvar Vestibülit Sendromu (VVS)	32
2.7.2. Kronik Pelvik Ağrı Görülme Sıklığı	33
2.8. Vajinismus, Kültürel Özellikler ve Sosyodemografik Özellikler	34
2.9. Pelvik Taban.....	37
2.9.1. Pelvik Taban Anatomisi	37
2.9.1.1. Bağ Doku ve Fasya	38

2.9.1.2. Pelvik Bölge Organları	38
2.9.2. Pelvik Taban Kasları	39
2.9.3. Pelvik Tabanı Etkileyen Diğer Fizyolojik Yapılar	40
2.10. Pelvik Taban Eğitimi	41
2.10.1. Pelvik Taban Kas Eğitimi.....	42
2.10.1.1. Mesane Eğitimi	45
2.10.1.2. Pelvik Taban Eğitiminin ICF Çerçevesinde Etkinliği	46
2.10.2. Pelvik Taban Egzersizleri.....	47
2.10.3. Pelvik Taban Fizyoterapisi	48
2.10.3.1. Biofeedback	49
2.10.3.2. Elektroterapi	49
2.10.3.3. Manuel terapi	49
2.10.3.4. Solunum egzersizi.....	50
2.10.3.5. Germe ve gevşeme egzersizleri	50
2.11. Telerehabilitasyon	50

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM YÖNTEM VE TEKNİK

3.1. Araştırma Tasarımı.....	53
3.1.1. Müdahale Süresinin Belirlenmesi	53
3.1.2. Katılımcı Seçimi.....	53
3.1.3. Katılımcıların Gruplara Atanması	54
3.2. Evren ve Örneklem	55
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	57
3.4. Veri Toplama Araçları	58
3.5. Araştırmanın Sapmaları	61
3.6. Uygulama Protokolü	63
3.7. Etik Onay	67

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR

4.1. Araştırmanın Analizi ve Bulgular	68
4.2. Tanımlayıcı İstatistikler	69
4.3. Birinci Grupta (Haftada 3 Seans) Yer Alan Kadınların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar	69
4.4. İkinci Grupta (Haftada 1 Seans) Yer Alan Kadınların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar	70
4.5. Birinci Grupta (Haftada 3 Seans) Yer Alan Kadınların Ölçeklerden Elde Ettikleri Puanlara İlişkin Dağılımlar	71
4.6. İkinci Grupta (Haftada 1 Seans) Yer Alan Kadınların Ölçeklerden Elde Ettikleri Puanlara İlişkin Dağılımlar	73
4.7. Normallik Testi Sonuçları	74

4.8. Birinci Grupta (Haftada 3 Seans) Yer Alan Kadınların Ön Test ve Son Test Arasındaki Farka Ait Paired Sample t Testi Sonuçları	75
4.9. İkinci Grupta (Haftada 1 Seans) Yer Alan Kadınların Ön Test ve Son Test Arasındaki Farka Ait Paired Sample t Testi Sonuçları	76
4.10. Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon, Kadın Cinsel İşlevi ve VAS Puanları Açısından Birinci (Haftada 3 Seans) ve İkinci Gruplar (Haftada 1 Seans) Farklarına İlişkin İstatistikler	77
TARTIŞMA	80
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	89
KAYNAKÇA	92
EKLER.....	102



KISALTMALAR

APA	: Amerikan Psikologlar Birliği
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMDR	: Gz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme
ICCL	: Uluslararası Konsensüs Sınıflandırma erevesi
PTKE	: Pelvik Taban Kas Eğitimi
RCOG	: Kraliyet Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
vd.	: ve diğerleri
VVS	: Vulvar Vestibülit Sendromu
WHO	: Dünya Sağlık rgt
ICF	: Uluslararası İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlık Sınıflandırması

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. ICD-10'a Göre Vajinismus Tanı Ölçütleri.....	16
Tablo 2. Uluslararası Konsensus Raporuna Göre Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları (KCİB) Sınıflandırması.....	17
Tablo 3. Birinci Grupta (Haftada 3 Seans) Yer Alan Kadınların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar	69
Tablo 4. İkinci Grupta (Haftada 1 Seans) Yer Alan Kadınların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar	70
Tablo 5. Birinci Grupta (Haftada 3 Seans) Yer Alan Kadınların Ölçeklerden Elde Ettikleri Puanlara İlişkin Dağılımlar	71
Tablo 6. İkinci Grupta (Haftada 1 Seans) Yer Alan Kadınların Ölçeklerden Elde Ettikleri Puanlara İlişkin Dağılımlar	73
Tablo 7. Normallik Testi Sonuçları	74
Tablo 8. Birinci Grupta (Haftada 3 Seans) Yer Alan Kadınların Ön Test ve Son Test Arasındaki Farka Ait Paired Sample t Testi Sonuçları	75
Tablo 9. İkinci Grupta (Haftada 1 Seans) Yer Alan Kadınların Ön Test ve Son Test Arasındaki Farka Ait Paired Sample t Testi Sonuçları	76
Tablo 10. Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon, Kadın Cinsel İşlevi ve VAS Puanları Açısından Birinci (Haftada 3 Seans) ve İkinci Gruplar (Haftada 1 Seans) Farklarına İlişkin İstatistikler	77
Tablo 11. Gruplar Arası Karşılaştırma (Son Test Puanları)	78

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Vajinismus Tepki Sırası.....	13
Şekil 2. Pelvis	38
Şekil 3. Pelvik Bölge Organları	39
Şekil 4. Pelvik Taban Kasları.....	40
Şekil 5. Pelvik Taban Kaslarını Etkileyen Diğer Kaslar.....	41
Şekil 6. Consort Katılımcı Akış Diyagramı	55



EKLER LİSTESİ

EK-A. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Form	102
EK-B. Sosyodemografik Bilgi Formu (Vajinismus VE Pelvik Taban Odaklı).....	104
EK-C. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği-(FSFI)	105
EK-D. Visual Analog Skala (VAS) Değerlendirmesi	107
EK-E. SF 36 Sorgulama Formu	109
EK-F. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	112



ÖNSÖZ

Öncelikle, “Kadın Sağlığı Fizyoterapisi” alanında yüksek lisans tezi yazmak, lisans yıllarımdan beri taşıdığım en büyük hayaldi.

Bu tez sürecim boyunca yol göstericiliği ve değerli destekleriyle yanımda olan, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Faruk İBRAHİMOĞLU’na en içten teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmama gönüllü olarak katılan; saatlerce egzersiz yapan, anket dolduran ve en mahrem sağlık sorunlarını bile benimle paylaşmaktan çekinmeyen tüm cesur kadınlara minnettarım.

Bu zorlu süreçte beni her koşulda destekleyen, sabırları, sevgileri ve bitmeyen motivasyonlarıyla bana güç veren aileme de ayrıca teşekkür ederim.

Hayatım boyunca en büyük dayanağım olan annem Herdem BAYDAR’ın koşulsuz sevgisi; her adımda bana cesaret veren babam Hacı Salih BAYDAR’ın güveni ve desteği; tez sürecimde umutsuzluğa kapıldığımda beni motive eden, karşılaştığım tüm sorunlarda destekleyen ve yüzümü güldürmeyi hep başaran biricik nişanım Serkan BUDAK’ın anlayışı, sabrı ve inancı, bu tezin tamamlanmasında en büyük ilham kaynağım olmuştur. Onların sevgi dolu varlığı, bu zorlu yolculuğu anlamlı ve sürdürülebilir kılmış; her biri, bu çalışmanın görünmeyen fakat en değerli mimarları olmuştur. İyi ki varsınız.

Bu tez çalışmasının, vajinismus ve pelvik taban sağlığı alanındaki literatüre katkı sunmasını ve gelecekte yapılacak araştırmalara ışık tutmasını temenni ederim.

Zehra BAYDAR

GİRİŞ

Vajinismus, DSM-5'te tanımlanan genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu (GPPPB) başlığı altında ele alınan, vajinal penetrasyon girişimleri sırasında belirgin ağrı, korku ya da pelvik taban kaslarında istemsiz kasılma ile seyreden bir cinsel işlev bozukluğudur (American Psychiatric Association, 2013; Zarski, 2025). GPPPB tanı ölçütleri; vajinal penetrasyon girişimlerinde yineleyici zorluk, penetrasyon sırasında ya da sonrasında belirgin ağrı, vulvavajinal ya da pelvik ağrı beklentisiyle belirgin korku/anksiyete ve penetrasyona yönelik girişimlerde pelvik taban kaslarında belirgin gerilme ya da kasılma ile karakterizedir (Zarski et al., 2025) Bu çerçevede vajinismus, yalnızca “vajinaya bir şeyin girememesi” değil, beden duyuları, bilişsel şemalar, duygulanım ve ilişkisel bağlamın iç içe geçtiği kompleks bir bozukluk olarak görülmektedir (McEvoy, 2024).

Vajinismusun gerçek toplum prevalansına ilişkin veriler sınırlı olmakla birlikte, farklı örneklemelerden elde edilen bulgular, yaygınlığın yaklaşık %0,4 ile %8 arasında değiştiğini; cinsel işlev bozukluğu kliniklerine başvuran kadınlarda ise çok daha yüksek oranlara ulaştığını göstermektedir (Raveendran & Rajini, 2024). Klinik örneklemelerde vajinismusun, özellikle geleneksel ve toplumsal cinsiyet normlarının katı olduğu toplumlarda en sık görülen kadın cinsel işlev bozukluklarından biri olduğu bildirilmektedir (Chalmers, 2024). Buna karşın utanç, damgalanma kaygısı, “ayıp/günah” söylemleri ve cinsel sağlık hizmetlerinin sınırlı erişilebilirliği nedeniyle birçok birey yakınmalarını yıllarca dile getirememekte ya da yanlış tanımlarla takip edilmektedir (McEvoy, 2024; Raveendran, 2024).

Vajinismusun etkileri yalnızca penetrasyon güçlüğüyle sınırlı değildir. Çalışmalar, bu tanıya sahip bireylerde depresyon, yaygın anksiyete, kaçınma davranışları, utanç ve bedensel yabancılaşma düzeylerinin anlamlı biçimde yüksek olduğunu; cinsel öz-yeterlik, cinsel doyum ve ilişki doyumunun ise belirgin ölçüde azaldığını ortaya koymaktadır (Chalmers, 2024; McEvoy, 2024). Çift düzeyinde bakıldığında, cinsel yaşamın kesintiye uğraması, suçluluk ve kendini yetersiz hissetme, eşler arası çatışma ve iletişim sorunları sık bildirilen deneyimler arasındadır (McEvoy, 2024). Özellikle çocuk sahibi olma isteği ile penetrasyon güçlüğü arasındaki gerilim, hem bireysel hem de ailevi düzeyde yoğun bir stres kaynağı hâline gelebilmektedir (Raveendran, 2024).

Vajinismusun etiyolojisi, biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin karşılıklı etkileşimi ile açıklanan biyopsikososyal bir model çerçevesinde ele alınmaktadır (McEvoy, 2024). Travmatik cinsel deneyimler, ağırlı ilk birleşme girişimleri, cinsel bilgi eksikliği, dini-kültürel yasaklayıcı söylemler ve performans kaygısı, sık vurgulanan risk faktörleridir (McEvoy, 2024; Raveendran, 2024). Biyolojik düzeyde ise çoğu olguda pelvik taban kaslarında hipertonisite, koruyucu kasılma ve ağrı ile ilişkili hareket kısıtlılığı gözlenmektedir (Berghmans, 2018). Overaktif pelvik taban, penetrasyon girişimlerinde kasılmış ve kısalmış kasların gerilmesine, tetik nokta aktivasyonuna ve lokal ağrıya yol açarak korku-kaçınma döngüsünü pekiştirmektedir (Berghmans, 2018).

Bu nedenle güncel klinik yaklaşım, vajinismus tedavisini genellikle çok bileşenli bir paket olarak ele almakta; psikoeğitim, bilişsel-davranışçı müdahaleler, duyarsızlaştırma teknikleri, vajinal dilatör kullanımı ve pelvik taban fizyoterapisini bir arada önermektedir (Chalmers, 2024; McEvoy, 2024). Özellikle pelvik taban rehabilitasyonu, kas tonusunun düzenlenmesi, kas farkındalığının artırılması, gevşeme ve kontrollü kasılma-gevşeme paternlerinin yeniden öğrenilmesi açısından temel bir bileşen hâline gelmiştir (Ghaderi et al., 2019). Genito-pelvik ağrı yaşayan kadınlarda yürütülen çalışmalar, yapılandırılmış pelvik taban kas eğitimi programlarının ağrı şiddetini azalttığını, pelvik taban kas gücünü ve dayanıklılığını artırdığını, cinsel işlev ve yaşam kalitesinde anlamlı iyileşmeler sağladığını göstermektedir (Berghmans, 2018). Pelvik taban rehabilitasyonu geleneksel olarak yüz yüze yürütülen bir fizyoterapi süreci olarak tasarlanmıştır. Klinikte manuel palpasyon, görsel inceleme, biyofeedback, elektroterapi, gevşeme egzersizleri ve basamaklı pelvik taban kas eğitimi gibi teknikler kullanılmakta; danışana ev programı verilerek günlük yaşamda da egzersizlerin sürdürülmesi beklenmektedir (Berghmans, 2018). Ancak bu model; uzman pelvik sağlığı fizyoterapistlerinin sayısının azlığı, büyük şehir merkezleri dışındaki erişim güçlükleri, maliyet, zaman kısıtları ve vajinismuslu bireylerin klinik ortama gitmekte yaşadığı mahremiyet kaygıları gibi nedenlerle önemli sınırlılıklar taşımaktadır (McEvoy, 2024). Özellikle pandemiden sonra belirginleşen dijital sağlık olanakları, bu sınırlılıkların bir kısmını aşmak için telerehabilitasyon temelli modelleri gündeme getirmiştir.

Telerehabilitasyon, rehabilitasyon hizmetlerinin bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla uzaktan sunulmasını ifade eder; senkron (canlı görüntülü görüşme),

asen kron (kayıtlı video, mobil uygulama) ya da hibrit formatlarda uygulanabilmektedir. Pelvik taban kas eğitimi açısından bakıldığında, tele-sağlık ortamında verilen rehberlik; danışanın ev ortamında kendi vücudu üzerinde çalışmasını kolaylaştırmakta, mahremiyet algısını güçlendirmekte ve seanslara erişimdeki coğrafi-zamansal engelleri azaltabilmektedir (Lima et al., 2025; de Bem Fretta et al., 2024). Stres üriner inkontinanslı kadınlarda yürütülen randomize bir klinik çalışmada, tele-sağlık yoluyla verilen pelvik taban kas eğitiminin, yüz yüze eğitime kıyasla semptom şiddeti, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti üzerinde benzer düzeyde iyileştirmeler sağladığı gösterilmiştir (Lima et al., 2025). Benzer şekilde, doğum sonrası pelvik taban rehabilitasyonunda tele-temelli pelvik-abdominal mekaniğe odaklı egzersiz programlarının etkin ve uygulanabilir olduğu bildirilmektedir (Zhang et al., 2025).

Cinsel ağrı bozukluklarında ve özel olarak vajinismusta telerehabilitasyon kullanımına ilişkin kanıtlar henüz sınırlı olmakla birlikte, öncü nitelikte çalışmalar dikkat çekmektedir. Hipertonik pelvik taban kaslarına bağlı vajinismus ve dispareni vakasında uygulanan telerehabilitasyon temelli pelvik taban programı, kas tonu ve gücünde belirgin iyileşme, ağrı şiddetinde azalma ve yaşam kalitesinde artış sağlamıştır (Borkar Sudini & Dave Binal, 2022). Bu olgu sunumları ve küçük örneklemli pilot çalışmalar, vajinismuslu bireylerde uzaktan pelvik taban eğitiminin fizyolojik ve psikososyal çıktılar üzerinde anlamlı ve klinik açıdan önemli değişimler yaratabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, farklı yoğunluk düzeylerindeki (oturum sıklığı, egzersiz hacmi, ev programı yoğunluğu vb.) kısa dönem telerehabilitasyon protokollerinin karşılaştırıldığı kontrollü çalışmaların son derece sınırlı olduğu vurgulanmaktadır (Borkar Sudini & Dave Binal, 2022).

Rehabilitasyon literatüründe egzersiz yoğunluğu, sıklığı ve toplam hacmin “doz” kavramı ile ele alındığı; doz-yanıt ilişkisinin hem kas iskelet sistemi hem de pelvik taban bozukluklarında tedavi başarısını belirleyen önemli bir değişken olduğu bilinmektedir (International Continence Society, 2024). Pelvik taban kas eğitimi için önerilen standart protokoller genellikle haftada birkaç kez süpervize seans ve günlük ev egzersizlerini içermekte, ancak bu doz parametrelerinin cinsel ağrı bozuklukları için optimize edilmesine ilişkin kanıtlar sınırlı kalmaktadır (Berghmans, 2018; Ghaderi). Vajinismus özelinde, kısa sürede semptom iyileşmesi sağlarken motivasyonu koruyabilecek, danışanın yaşamına entegre olabilen ve tele-sağlık ortamına

uyarlanmış farklı yoğunluk düzeylerinin karşılaştırılması, klinik karar verme süreci açısından kritik bir gereksinim olarak ortaya çıkmaktadır (Chalmers, 2024; McEvoy, 2024).

Bu noktada, tedavi sonuçlarının yalnızca semptom şiddeti ya da ağrı skorları üzerinden değil, daha geniş bir işlevsellik çerçevesinde değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği Uluslararası İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlık Sınıflandırması (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), sağlık durumlarının bireyin beden işlevleri ve yapıları, etkinlik ve katılım düzeyi ile çevresel ve kişisel faktörler üzerindeki etkilerini bütüncül biçimde ele alan bir biyopsikososyal model sunmaktadır (World Health Organization, 2001). ICF, yalnızca tanı odaklı sınıflandırmanın ötesine geçerek, bireyin “yaptığı”, “yapabildiği” ve “yapmak istediği” aktiviteleri, bu süreçleri kolaylaştıran ya da engelleyen bağlamsal faktörlerle birlikte değerlendirmeyi mümkün kılar (Brandt & Janse van Vuuren, 2019).

Pelvik taban fonksiyonlarının ICF terminolojisi ile eşleştirildiği çalışmalar, pelvik taban kas işlev bozukluklarının beden yapıları ve işlevlerindeki bozulmaların yanı sıra; mesane-barsak kontrolü, cinsel aktivite, günlük yaşam aktiviteleri ve sosyal katılım alanlarında önemli kısıtlılıklara yol açtığını göstermektedir (Brandt & Janse van Vuuren, 2019; Saltiel et al., 2024). Pelvik taban kas fonksiyonu terminolojisinin ICF ile ilişkilendirilmesi, değerlendirme araçlarının standardizasyonunu kolaylaştırmakta; farklı çalışmalar arasında veri karşılaştırılabilirliğini artırmakta ve klinik karar verme süreçlerine ortak bir dil kazandırmaktadır (Saltiel et al., 2024; Linking Pelvic Floor Muscle Function Terminology to the ICF, 2020). Vaginismus bağlamında ise ICF çerçevesi, yalnızca pelvik taban kas tonusu ve ağrı gibi bedensel göstergeleri değil; cinsel ilişki başlatma, sürdürme, eşle duygusal-cinsel yakınlık kurma gibi etkinlik ve katılım alanlarını, ayrıca kültürel normlar, eş tutumları, sağlık hizmetlerine erişim ve tele-sağlık altyapısı gibi çevresel faktörleri de analize dâhil etmeyi mümkün kılar (McEvoy, 2024).

Mevcut literatür incelendiğinde, vajinismuslu bireylerde pelvik taban rehabilitasyonunun etkinliğini inceleyen çalışmaların büyük bölümünün yüz yüze ve çok bileşenli tedavi paketleri kapsamında yürütüldüğü; telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitime ilişkin bulguların ise çoğunlukla olgu sunumları ve küçük örneklemli pilot çalışmalarla sınırlı kaldığı görülmektedir (Ghaderi 2019; Chalmers,

2024). Dahası, bu çalışmaların önemli bir kısmında sonuç değişkenleri daha çok ağrı şiddeti, penetrasyon başarısı ya da genel cinsel işlev ölçekleriyle sınırlı olup, ICF'nin beden işlevleri, etkinlik-katılım ve çevresel faktör boyutlarını bütüncül biçimde kapsayan değerlendirme setleri nadiren kullanılmaktadır (Brandt & Janse van Vuuren, 2019; Saltiel et al., 2024).

Bu bağlamda, vajinismuslu bireylerde farklı yoğunluklardaki kısa dönem telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitimi programlarının, ICF çerçevesinde çok boyutlu olarak değerlendirilmesine yönelik çalışmalar literatürde belirgin bir boşluğa işaret etmektedir. Özellikle seans sıklığı ve egzersiz yoğunluğu farklılaştırılmış protokollerin, pelvik taban kas fonksiyonu, ağrı, cinsel işlev, psikososyal iyilik hâli ve cinsel-ilişkisel katılım üzerindeki kısa dönem etkilerinin karşılaştırılması, klinik uygulama için yol gösterici olacaktır (International Continence Society, 2024). Bu çalışma, vajinismus tanılı bireylerde, farklı yoğunlukta planlanmış kısa dönem telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitimi programlarının ICF temelli işlevsellik alanları üzerindeki etkinliğini karşılaştırmalı olarak inceleyerek, hem pelvik taban rehabilitasyonu hem de dijital sağlık uygulamaları literatürüne özgün katkı sunmayı amaçlamaktadır.

- **Hipotezler:**

1. **H1:** Haftada 3 gün seans yapan grup, Haftada 1 gün seans yapan gruba göre cinsel işlev açısından daha fazla gelişim gösterir.

2. **H2:** Haftada 3 gün seans yapan grup, Haftada 1 gün seans yapan gruba göre pelvik taban farkındalık açısından daha fazla gelişim gösterir.

3. **H3:** Haftada 3 gün seans yapan grup, Haftada 1 gün seans yapan gruba göre psikososyal daha fazla gelişim gösterir.

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ

1.1. Araştırmanın Önemi

Vajinismus, fiziksel ve psikolojik faktörleri içeren karmaşık bir cinsel işlev bozukluğudur. Pelvik taban kaslarının istemsiz kasılması nedeniyle ağrı, rahatsızlık veya cinsel ilişkiye girememeye neden olur. Bu durum yalnızca fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda psikososyal refahı, ilişkileri ve yaşam kalitesini de önemli ölçüde etkileyebilir. Cinsiyet rollerinin ve cinsellikle ilgili tabuların hakim olduğu Türkiye gibi sosyokültürel ortamlarda, vajinismus etkili bir şekilde teşhis etmek ve tedavi etmek daha da zorlaşmaktadır. Günümüzde vajinismus tedavisinde disiplinlerarası yaklaşımların önemi artmakta ve pelvik taban eğitimi bu bütünsel yöntemlerin temel bir unsuru olarak vurgulanmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinde teknolojinin kullanımıyla birlikte, telerehabilitasyon gibi uzaktan çözümler, geleneksel yüz yüze tedaviye erişemeyenler için değerli bir alternatif haline gelmiştir. Farklı yoğunluk seviyelerinde telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitimi protokollerinin klinik sonuçlar üzerindeki etkilerinin karşılaştırmalı bir çalışması, bu alanda kişiye özel müdahale planlamasını kolaylaştıracaktır. Ayrıca, bu çalışma, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflaması (ICF) çerçevesinde bir değerlendirme yaparak, yalnızca vajinismus semptomlarını değil, aynı zamanda bireysel işlevsellik, katılım ve çevresel faktörler gibi çok yönlü etkileşimlerini de kapsamlı bir şekilde ele almaktadır. Bu, daha kapsamlı ve standart klinik karar alma süreçlerini kolaylaştıracak ve kişi merkezli sağlık hizmetlerinin yaygın olarak benimsenmesine katkıda bulunacaktır. Tüm bu bilgiler ışığında bu araştırma, vajinismuslu bireylerde telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitim programlarının farklı yoğunluk seviyelerinin etkinliğini değerlendirerek akademik alana katkıda bulunmayı ve alan uzmanlarına klinik uygulamalarını bilimsel kanıtlarla destekleme fırsatı sunmayı amaçlamaktadır. Bu anlamda, çalışma kadın sağlığı fizyoterapisi, cinsel sağlık, dijital sağlık uygulamaları ve ICF temelli değerlendirme modelleri açısından benzersiz bir konuma sahiptir.

1.2. Problemin Tanımı

Vajinismus, cinsel ilişki sırasında istemsiz vajinal kasılmalarla karakterize, hem fiziksel hem de psikolojik bileşenleri içeren bir cinsel işlev bozukluğudur. Bu durum, kadınların yaşam kalitesini, beden imajını, özgüvenini, ilişkilerini ve cinsel sağlığını olumsuz etkiler ve utanç, tabular, bilgi eksikliği ve toplumsal baskılar nedeniyle genellikle uzun süre teşhis ve tedavi edilememektedir. Vajinismus tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım benimsenirken, pelvik taban kası fizyoterapi yöntemleri bilimsel kanıtlarla desteklenen temel bir müdahale olarak öne çıkmaktadır. Ancak, genel yüz yüze fizyoterapi uygulamaları, zaman, mekan ve psikolojik kısıtlamalar nedeniyle terapiye erişimi zorlaştırabilmektedir. Bu bağlamda, telerehabilitasyon, teknolojinin sunduğu olanaklar sayesinde sağlık hizmetlerini uzaktan sunarak erişim, süreklilik ve kolaylık açısından önemli bir alternatif sunmaktadır. Pelvik taban eğitiminin vajinismus tedavisindeki rolü literatürde giderek daha belirgin hale gelse de, farklı yoğunluklardaki ve kısa süreli telerehabilitasyon programlarının karşılaştırmalı etkinliği üzerine araştırmalar sınırlıdır. Ayrıca, bu yöntemlerin yalnızca semptom düzeylerindeki değişiklikleri değil, aynı zamanda günlük yaşam aktiviteleriyle ilgili işlevselliği, katılım oranlarını ve çevresel faktörleri de değerlendiren bütüncül bir modelle (ICF - Uluslararası İşlevsellik, Gelişim ve Sağlık Sınıflandırması) incelenmesinde bilimsel bir boşluk bulunmaktadır. Bu nedenle, bu çalışma vajinismuslu bireyler için farklı yoğunluklardaki kısa süreli telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitim programlarının etkinliğini değerlendirecektir. Hangi yoğunlukların klinik olarak en faydalı olduğunu araştırarak ve bireyin işlevsel durumuna ICF perspektifinden çok yönlü bir bakış açısı sunacaktır. Bu bağlamda, araştırma uygulayıcılar için bilimsel bir temel sağlamayı ve bütüncül, kişi merkezli sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı, Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması'na (ICF) göre vajinismus tanısı almış kişilerde farklı yoğunluklardaki kısa süreli, telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitim programlarının etkinliğini incelemektir. Çalışmada, düşük ve yüksek yoğunluklu egzersiz protokollerinin pelvik taban kas fonksiyonu, cinsel işlev ve günlük yaşam aktivitelerine katılım üzerindeki etkileri karşılaştırmalı olarak değerlendirilecektir. Ayrıca, uygulanan programların

bireylerin fonksiyonel seviyelerini etkilediği alanların ICF kodlaması kullanılarak sistematik bir analizi yapılacaktır. Bu bağlamda, araştırmanın özel amaçları şunlardır:

- Vajinismuslu kişilerde telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin pelvik kas fonksiyonu ve kontrolü üzerindeki etkilerini incelemek.
- Cinsel işlev bozukluğu semptomlarındaki değişiklikleri karşılaştırmak.
- Farklı yoğunluklardaki egzersiz protokollerinin etkinliğini analiz ederek en etkili yöntemleri belirlemek.
- ICF yaklaşımını kullanarak işlevsellik, aktivite, katılım ve çevresel faktörlerdeki değişiklikleri çok yönlü bir bakış açısıyla değerlendirmek.
- Geleneksel yöntemlere kıyasla telerehabilitasyonun erişilebilirlik, kabul edilebilirlik ve etkililik açısından sunduğu potansiyeli göstermek.

Bu hedefler doğrultusunda elde edilen bulguların bilimsel alana katkı sağlaması ve vajinismus tedavisinde bireysel, bütünsel ve kanıta dayalı fizyoterapi yöntemlerinin yaygınlaşmasını kolaylaştırması beklenmektedir.

1.4. Araştırma Soruları ve Hipotezler

Araştırma Soruları

1. Farklı yoğunluklarda uygulanan kısa süreli telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitim programları, vajinismuslu kişilerde pelvik taban kas fonksiyonunu iyileştirmede ne kadar etkilidir?
2. Bu eğitim programları, katılımcıların cinsel işlevlerinde önemli iyileşmeler sağlıyor mu?
3. Egzersiz yoğunluğunun (düşük, yüksek) bireylerin elde ettiği fonksiyonel iyileşmeler üzerinde önemli bir etkisi var mı?
4. ICF çerçevesinde değerlendirildiğinde, telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitimi bireylerin aktivite ve katılım düzeylerini nasıl dönüştürüyor?
5. Bu egzersiz programları, bireylerin çevresel ve kişisel faktörlerle etkileşimlerini nasıl etkiliyor?

1.5. Sınırlılıklar ve Varsayımlar

1. Katılımcıların verdiği bilgiler doğru, samimi ve eksiksizdi.

2. Katılımcılar, önerilen egzersiz planlarına belirtilen süre ve sıklıkta düzenli olarak katıldılar.
3. Telerehabilitasyon sistemleri aracılığıyla verilen talimatlar doğru bir şekilde anlaşıldı ve uygulandı.
4. Kullanılan ölçüm araçları (ICF ölçekleri, testleri ve değerlendirme formları) geçerli ve güvenilirildi.
5. Katılımcıların hiçbiri daha önce pelvik taban eğitimiyle ilgili benzer bir tedavi görmemişti.

1.6. Tanımlar

Vajinismus: Vajinal penetrasyon sırasında pelvik taban kaslarının kontrolsüz kasılması nedeniyle ağrılı veya imkansız cinsel ilişkiyle karakterize cinsel işlev bozukluğu. Bu cinsel işlev bozukluğu hem fiziksel hem de psikolojik faktörlerle karakterizedir.

Pelvik taban kasları (PFM): Bunlar, pelvisin tabanında bulunan ve mesane, rahim ve bağırsak gibi organları destekleyen kas gruplarıdır. Bu kaslar, idrar tutma, dışkılama, doğum ve cinsel işlev için çok önemlidir.

Pelvik taban eğitimi: Özellikle kadın sağlığı için fizyoterapide kullanılan ve pelvik taban kaslarını güçlendirmeyi, gevşetmeyi ve doğru şekilde kullanmayı amaçlayan egzersiz planlarını içeren bir tedavi tekniğidir.

Telerehabilitasyon: Bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla uzaktan fiziksel rehabilitasyon hizmetleri sunma süreci. Bu, gerçek zamanlı görüntülü görüşmeler, dijital egzersiz takibi ve çevrimiçi danışmanlık gibi unsurları içerebilir.

Farklı Yoğunluklarda Egzersiz Programları: Pelvik taban antrenmanı, haftalık sıklık, süre ve set başına tekrar sayısı bakımından farklılık gösteren düşük ve yüksek yoğunluklu egzersiz yöntemlerini ifade eder.

ICF (Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması): Bu, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ve kişinin sağlık durumunu vücut yapısı ve işlevleri, aktiviteler ve katılım, çevresel ve kişisel faktörler dahil olmak üzere çok boyutlu bir şekilde ele alan uluslararası bir sınıflandırma sistemidir.

Cinsel İşlev Ölçekleri: Bunlar, kadınlarda cinsel işlev bozukluğunu değerlendirmek için genellikle öz bildirimlere dayanan geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarıdır (örneğin, FSFI - Kadın Cinsel İşlev Endeksi).

İşlevsellik: Kişinin vücut yapısı ve işlevlerinin bütünlüğüne uygun olarak günlük yaşam aktivitelerine katılım düzeyini ifade eder. ICF sınıflandırmasında önemli bir değerlendirme alanıdır.

Biyogeribildirim: Bu, genellikle pelvik taban kas eğitimiyle birlikte uygulanan, kişinin kontrolsüz kas hareketlerini görsel veya işitsel geri bildirim yoluyla fark etmesine yardımcı olan bir rehabilitasyon tekniğidir.



İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Vajinismus Tanımı

Vajinismus terimi, vajina (kılıf) ve ism (eylem) kelimelerinden türetilmiştir. Vajinismus, cinsel ilişkiye girememeyi ifade eden yaygın bir cinsel işlev bozukluğudur. Bir kadının cinsel ilişki ve jinekolojik muayene sırasında vajinal kaslarını kasmasıyla ortaya çıkar. Bu vajinal kasılmalar, penisin veya başka bir nesnenin vajinaya girmesini engeller. Bununla birlikte, vajinal ağrı da görülebilir (Çeri, 2009).

Genellikle ilk cinsel girişim sırasında tespit edilen vajinismus, genital bölgeyle ilgili kaygı ve korkularla ilişkilidir. Cinsellik hakkındaki olumsuz düşünceler, ağrı olasılığı ve aşırı kanama gibi birçok faktör vajinismus gelişimine yol açabilir. Bu durum, fiziksel, psikolojik ve kültürel süreçleri kapsayan karmaşık bir yapıyı yansıtır. Bu duruma dair ilk kayıtlar antik çağlara dayanmaktadır (Çakmak, 2011).

Vajinismusla ilgili en eski kayıtlar 11. yüzyıla kadar uzanmaktadır. Ağrılı cinsel ilişki ilk olarak Antik Mısır'a ait Ramesseum Papirüsünde tanımlanmıştır. Vajinismusun ilk tanımı Sims tarafından "vajinal kasılmalar" olarak yapılmıştır (Meşedüzü, 2014). 20. yüzyıla gelindiğinde vajinismus, ağrı ve korku kavramlarıyla ilişkilendirilmeye başlanmıştır. Bu dönemdeki ilk açıklamalar, sorunun vajinanın büyüklüğünden kaynaklandığını öne sürmüş, ancak daha sonra vajinanın oldukça elastik bir organ olduğu anlaşılmıştır. Bu yeni anlayış, vajinismusun yalnızca fiziksel özelliklerle açıklanamayacağını ve sorunun daha karmaşık nedenlerden kaynaklandığını göstermiştir (Meşedüzü, 2014).

Vajinismus, kontrol edilemeyen kasılmalar, korkular ve istemli cinsel ilişkiye girmede zorlukla karakterize bir durumdur. Bu durum, cinsel ilişki arayan kadınlar için son derece sıkıntı verici olabilir. İstemsiz kasılmalar ve korkular, kadınların cinsel ilişkiye girmesini engeller. Vajinal kasların otomatik kasılmaları ise bu süreci daha da karmaşıktırarak penetrasyonu imkânsız hale getirir (Öztürk, 2008).

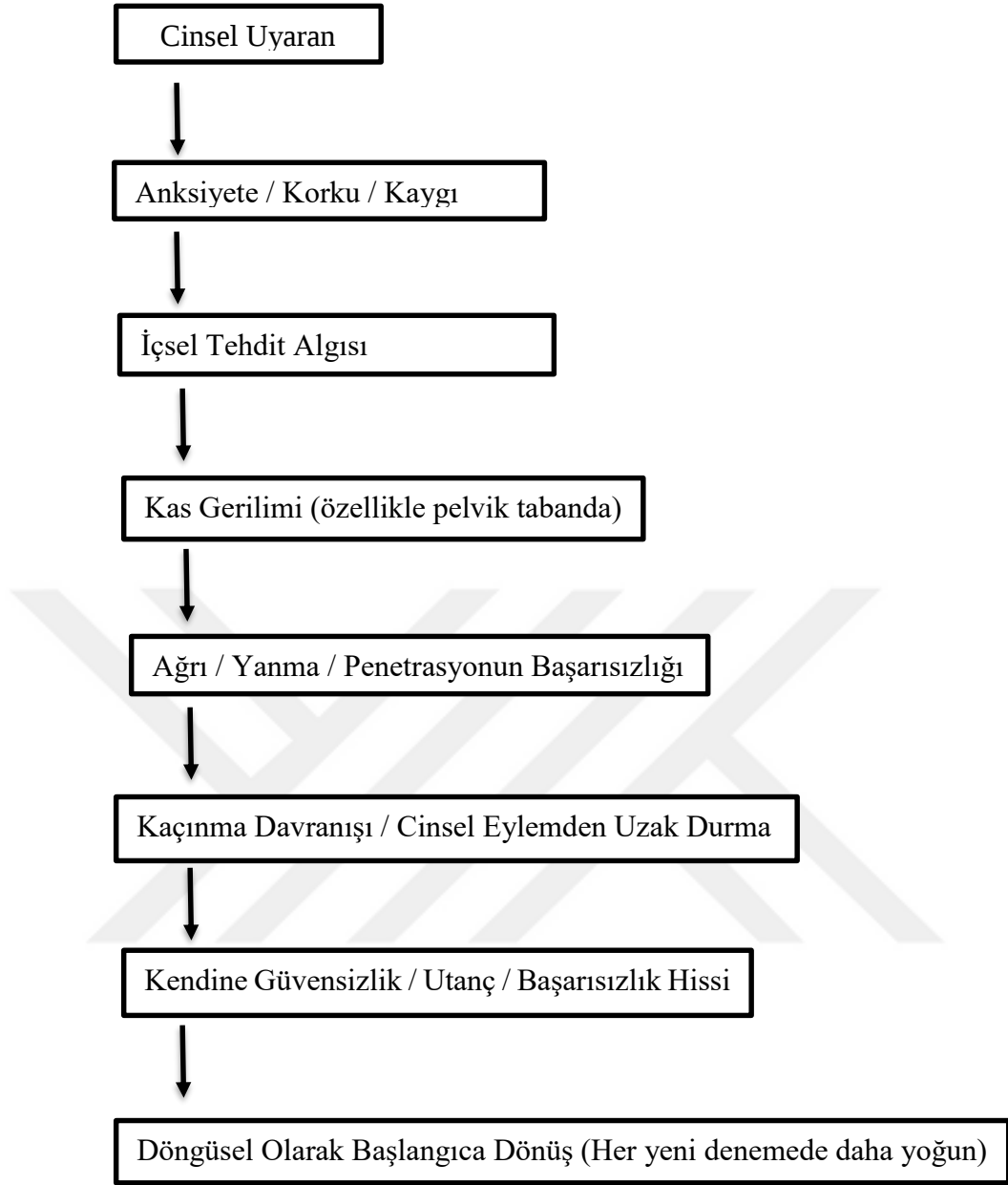
Vajinismus, genital organın yetersiz kayganlığıyla birlikte tekrarlayan ve kronik ağrıyla karakterize bir cinsel işlev bozukluğudur. Bu durumu yaşayan kadınlar vajinal penetrasyon sırasında zorluk yaşarlar. Özellikle vajinismus, kadınların cinsel ilişki

sırasında yoğun korku yaşadıkları bir durumdur. Vajinismus yaşayan kadınlar genellikle cinsel ilişkiyi neredeyse imkânsız olarak algırlar. Bu durum, uzun yıllardır başarısız evliliklerin başlıca nedenlerinden biri olarak gösterilmiştir (Kaplan, 2014). Dahası, vajinismusta tam penetrasyon gerçekleşmese bile, bazen kısmi penetrasyon mümkündür.

Bu durumlarda, kadınlar vajinaya parmak veya tampon gibi nesnelerin sokulmasına izin verseler bile, penetrasyon sırasında aşırı vajinal kasılmalar ve kapanmalar meydana gelebilir. Kadınlar, partnerlerini itme, bacaklarını sıkma, yataktan fırlama, vücutlarını savurma, ağlama, titreme ve kalp atış hızında artış gibi semptomların yanı sıra hafif panik atak belirtileri de yaşayabilirler (Ulusoy, 2015).

Çoğu zaman, seks yapmayı düşünmek bile kadınlarda istemsiz kasılmaları tetikleyebilir. Bazı kişilerde kasılmalar o kadar şiddetli olabilir ki bacakları ve vücudun diğer bölgelerini etkileyebilir. Bu kasılmalar, kadınlarda cinsel ilişki düşünülürken bile korku, endişe ve paniğe neden olabilir (İncesu, 2006).

Vajinismusun kesin nedenleri tam olarak anlaşılamamıştır; ancak cinsel istismar, cinselliğe ilişkin olumsuz dini ve kültürel görüşler, cinsellik hakkında bilgi eksikliği, ilişki sorunları, çiftte cinsel işlev bozukluğu ve cinsel ilişki sırasında ağrı gibi birçok faktör gelişimine katkıda bulunabilir. Bir çalışma, vajinismuslu kadınların partnerlerinin pasif, bağımlı, aşırı koruyucu veya çekingen cinsel davranışlar sergilediğini göstermiştir. Bazı çalışmalar ise vajinismuslu bazı kadınların partnerlerinin başka cinsel işlev bozukluklarına sahip olma eğiliminde olduğunu ortaya koymuştur (Doğan ve Saraçoğlu, 2009).



Şekil 1. Vajinismus Tepki Sırası

Kaynak: (Butcher, 1999).

Alan literatürünün incelenmesi sonucunda vajinismusun yaygınlığı hakkında çok az bilgi elde edilmiştir. Epidemiyolojik çalışmalar Batı literatüründe %0,4 ile %17 arasında, Afrika'da ise yaklaşık %6 arasında yaygınlık oranları göstermektedir.

Türkiye'de bir çalışmada vajinismus yaygınlığı %15,3 olarak belirlenmiştir. 2006 yılında yapılan bir başka çalışmada ise bu oran %9,2 olarak bildirilmiştir (Çakmak, 2011). Batı literatüründe klinik örneklerdeki yaygınlık %12 ile %42 arasında değişmektedir (Sullivan, 1979).

İran'da yapılan çalışmalarda ise bu oran %8 olarak belirlenmiştir. Türkiye'de kliniklere başvuran kadınların %41 ile %75,9'unun vajinismus tanısı aldığı bildirilmiştir (Doğan ve Özkorumak, 2008). Görüldüğü üzere ülkemizde en sık görülen cinsel bozukluk vajinismustur. Evlilik çalışmalarına göre, evliliklerinin başlangıcından bu yana penetrasyon yaşamamış çiftlerde vajinismus oranı %8,4 ile %17 arasında değişmektedir (Badran vd., 2006).

Başka bir çalışmada evliliklerde cinsel işlev bozukluğu oranı %64, cinsel ağrı bozuklukları oranı ise %73 olarak bildirilmiştir (Badran vd., 2006).

Vajinismusla ilişkili psikolojik faktörler arasında beklentiler ve duygusal durum kuşkusuz önemli rol oynamaktadır. Bireyin ruh hali, düşünceleri ve davranışları arasında bir bağlantı vardır. Cinsel ilişkiye ilişkin ağrı beklentisi ve kaygı bazı fiziksel değişikliklere yol açabilir. Zihinsel ve fiziksel bütünlük arasındaki karşılıklı etkileşim bu bağlamda vajinismus için de geçerlidir (Payne vd., 2005). Ayrıca, vajinismusun çocukluk çağı travması ve istismarı öyküsü olan kadınlarda daha yaygın olduğu bilinmektedir. Korkutucu bir deneyimin ardından, bireylerin benzer tehlikeler karşısında vajinalarını kapalı tutma ve bu travmatik deneyimle ilişkili durumlardan kaçınma girişimleri, bu bozukluğun gelişimini etkileyebilir (Harlow ve Stewart, 2005).

Reissing et al. (2003), çocukluk çağındaki travmatik ve istenmeyen cinsel deneyimlerin cinsel kimlik algısını olumsuz etkileyebileceğini ve yetişkinlikte cinsel işlev ve deneyimlerde zorluklara yol açabileceğini belirtmiştir. Bu aşamada, kişinin öz saygısı azalır, içine kapanır ve sosyal izolasyon hissi yaşar. Başkaları hakkındaki düşünceleri de olumsuz etkilenir. “Erkekler güvenilmezdir”, “Seks kötüdür” ve “Cinsel ilişki acı vericidir” gibi düşünceler, geçmişte travma veya istismara uğramış kadınların vajinismus geliştirmesinin en yaygın nedenleri arasındadır. Vajinismus nedeniyle başarısız girişimlerin artması, bireyin olumsuz düşüncelerinin ve bu düşüncelerin pekiştirilmesinin artmasına neden olur (ter Kuile vd., 2010).

Cinsel bilginin başlangıçta aile ve sosyal çevre aracılığıyla edinildiği bilinmektedir. Bu bağlamda, sağlıklı bir cinsel yaşam için doğru ve güvenilir cinsel bilgi hayati önem taşımaktadır. Karşılaştırmalı kültürel veriler eksik olsa da vajinismus riskinin kapalı ve muhafazakâr kültürlerde daha yüksek olduğuna inanılmaktadır. Ailevi faktörler göz önüne alındığında, vajinismusun ebeveyn tutumlarından endişe duyan ailelerin çocuklarında daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Erkek egemen

toplumlarda, kız çocuklarına cinsel ilişkinin yalnızca üreme amaçlı olması gerektiği ve haz verici olmadığı bilgisinin verilmesi vajinismus üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Yanlış bilgilerle büyüyen kızlar, bedenlerini yeterince anlamadıkları için cinsel bilgidен yoksun kalacaklardır. Öte yandan, bazı İslam ülkelerinde, kadın sünneti gibi uygulamalar cinsel haz almalarını engellemek için uygulanmaktadır (Ohl, 2007).

Önyargı, yanlış bilgi ve olumsuz tutumlar genellikle bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Cinsel bilgi eksikliği çeşitli önyargılara, cinsel kaygılara, suçluluk duygularına ve cinsel ilişki korkusuna yol açar. Tüm bu faktörler vajinismusun gelişimine katkıda bulunur.

Basson (1996), katılımcıların cinsellik ve evlilik öncesi cinsellik hakkındaki olumsuz görüşlerini ortaya koymuştur.

Devroede (1999), cinselliğin olumsuz bir şekilde iletiildiği otoriter bir aile yapısının pelvik kas gerginliğine ve vajinismusa yol açabileceğini belirtmiştir. Aile alışkanlıkları, ebeveyn tutumlarının erken dönemde algılanması, çocuklukta yaşanan cinsel veya duygusal travma, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunların vajinismus ve diğer cinsel işlev bozukluklarının gelişimine katkıda bulunduğu bilinmektedir (Ülgen ve Güleç, 2016). Yetişkin kadınlarda cinsel işlev bozuklukları ile erken dönem ebeveyn tutumları ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmanın bulguları, anksiyete ile erken dönemde algılanan olumsuz ebeveyn tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca, olumsuz ebeveyn tutumları ve yüksek düzeyde kaygının kadınlarda cinsel işlev bozukluğunu etkilediği bulunmuştur (Oğuz, 2019).

Bazı kişilik özellikleri, vajinismus gibi birçok psikolojik bozukluğu etkiler. Araştırmalar, vajinismuslu kadınların iyi kızlar olarak yetiştirildiğini, itaatkar olduklarını, öfkelerini iyi ifade edemediklerini ve onaya aşırı bağımlı hale geldiklerini göstermektedir.

Silverstein (1989), vajinismuslu kadınların düşmanlık, paranoya, azalmış kişilerarası duyarlılık ve somatizasyon gibi belirtiler sergilediğini bildirmiştir. Araştırmalar ayrıca vajinismuslu kadınların düşük öz saygıya sahip olduğunu ve histerik özellikler sergilediğini göstermiştir (Kennedy vd., 1995).

Vajinismuslu kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %47'si korku, %10'u iğrenme ve %13'ü hem korku hem de iğrenme yaşadığını bildirmiştir (Kaneko, 2001).

2.2. Vajinismus Tanısı ve Sınıflandırması

ICD-10'a göre organik olmayan vajinismus, vajinayı çevreleyen kasların kasılması, vajinal girişi tıkaması ve penis penetrasyonunun imkansız veya ağrılı hale gelmesi olarak tanımlanır. Vajinismus için ICD-10 tanı kriterleri Tablo 1'de listelenmiştir.

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

Tanı Ölçütü	Açıklama
F52.5 Vajinismus	Cinsel işlev bozuklukları başlığı altında sınıflanır.
Zorunlu Belirti	Vajina girişindeki kaslarda istemsiz spazm; cinsel ilişkiye engel olur.
Ağrıya Eşlik Eden Kas Gerilimi	Vajinal penetrasyon girişimi sırasında pelvik taban kaslarında kasılma olur.
Organik Nedenin Dışlanması	Bozukluk, fiziksel ya da anatomik bir nedene bağlı olmamalıdır.
Cinsel İlişki Korkusu/Kaçınma	Kişi vajinal penetrasyon girişiminden yoğun korku ya da kaçınma gösterir.
Süre Kriteri	Sorunun en az birkaç ay devam ediyor olması gerekir.
İlişki veya Kişisel İşlevsellikte Bozulma	Cinsel yaşamda ciddi sorunlara veya kişisel sıkıntıya neden olur.

ICD-10 ve DSM-IV'te psikojenik ve organik bozukluklar arasında ayırım yapan bir kadın cinsel işlev bozukluğu sınıflandırma sistemi bulunmadığından, bu bozuklukları tanımlamak ve kategorize etmek için 1998 yılında Boston'da 19 uzmanın katıldığı bir konferans düzenlenmiştir. Bu konferansta yapılan revizyon ve değişiklikler, 2000 yılında uluslararası bir uzlaşi raporu olarak yayınlanmıştır. 2000 yılı uluslararası uzlaşi raporuna dayanan kadın cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırması Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2. Uluslararası Konsensus Raporuna Göre Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları (KCİB) Sınıflandırması

Ana Kategori	Alt Başlıklar / Tanım
1. Cinsel İstek Bozuklukları	• Hipoaktif cinsel istek bozukluğu • Cinsel istekte azalma veya yokluk
2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları	• Genital uyarılma eksikliği- Subjektif uyarılma eksikliği- Kombine tip
3. Orgazm Bozuklukları	• Orgazmın gecikmesi, zayıf olması ya da olmaması
4. Cinsel Ağrı Bozuklukları	• Disparoni (ilişki sırasında ağrı) • Vajinismus (penis girişine direnç)
5. Cinsel Tiksinti Bozukluğu	• Cinsel aktiviteye karşı yoğun kaçınma ve tiksinti hissi
6. Kombine Bozukluklar	• Birden fazla alanı etkileyen bozukluklar (örneğin hem istek hem uyarılma eksikliği)

Uluslararası Konsensüs Sınıflandırma Çerçevesi (ICCL), DSM-IV tanımlarını güncellemiştir. Bu güncellemeler, kadın cinsel işlev bozukluğunun biyopsikososyal boyutunu ele alması ve gözden kaçan kadın cinsel işlev bozukluklarını vurgulaması nedeniyle olumlu geri bildirimler alırken, tedavi ve prognoz açısından yetersiz oldukları gerekçesiyle olumsuz eleştiriler de almıştır (Gabbard, 2001).

2003 yılında, yeni sınıflandırmaya yönelik önemli eleştirilerin ardından, Paris'te 13 uzmandan oluşan bir komitenin katılımıyla ikinci bir uluslararası konsensüs toplantısı düzenlenmiştir. Bu toplantıda, cinsel uyarılma bozukluklarının tanımı revize edilerek dört ana gruba ayrılmıştır. Tanımları revize edilen diğer bozukluklar orgazm bozuklukları, cinsel tiksinti bozukluğu, cinsel istek bozukluğu, disparoni ve vajinismustur. Uluslararası uzlaş toplantısında önerilen yeni vajinismus tanımı, “bir kadının, istese bile, penis, parmak veya herhangi bir nesnenin vajinasına girmesine izin vermede yaşadığı sürekli ve tekrarlayan zorluk” olarak tanımlanmıştır (Oskay ve Beji, 2008).

Vajinismus, DSM-IV-TR'de cinsel ağrı bozuklukları içinde ayrı bir cinsel işlev bozukluğu olarak sınıflandırılırken, DSM-5'te vajinismus ve disparoni tanıları kaldırılmış ve yerine pelvik genital ağrı/penetrasyon bozukluğu adı verilen yeni bir tanım getirilmiştir (İncesu, 2011).

Vajinismus ve disparoni, pelvik taban kaslarının aşırı etkinliğiyle birlikte ağrı hissinin bir arada bulunduğu iki durum olduğu ve bu ikisi arasında ayırım yapmanın zorluğu nedeniyle DSM-5'te her ikisi de cinsel organlar ve pelvis bölgesindeki ağrı ile ilgili bozukluklar arasında yer almaktadır. Ancak pratikte, vajinismus yaşayan ve disparoni problemi olan kadınların cinsel davranışları ile ağrıya karşı toleransları arasında belirgin farklılıklar gözlemlenmektedir. Örneğin, birçok disparonili kadının ağrı hissetmesine rağmen cinsel ilişkiye devam etmesi bu farklılıklardan biridir. Bu nedenle tedavi yöntemleri bu ayrımları dikkate alarak değerlendirilmektedir (Brauer vd., 2014).

Vajinismus, birincil (hayat boyu) ve ikincil (kazanılmış) olarak iki gruba ayrılmaktadır. Eğer kadın daha önce asla cinsel ilişki yaşamamışsa bu durum primer vajinismus olarak adlandırılır; fakat kadın, daha önce hiçbir sorun yaşamadan cinsel ilişkiye girmiş ve sonrasında cinsel ilişki yapmakta zorlanmaya başlamışsa bu ikincil vajinismus olarak nitelendirilir. Psikosomatik bir rahatsızlık olarak da tabir edilebilen ikincil vajinismus, tekrarlayan vajinal enfeksiyonlar ya da yetersiz epizyotomi sonrası ortaya çıkabilmektedir (Ter Kuile vd., 2009).

Vajinismus, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilen tanı kılavuzunun çeşitli baskılarında ele alınmıştır. DSM-IV-TR'de "Cinsel ve Cinsiyet Kimliği Bozuklukları" başlığı altında ele alınan vajinismus, DSM-V'te "Genitopelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu" başlığı altında ele alınmıştır. DSM-V vajinismus tanı kriterleri aşağıda listelenmiştir (APA, 2014):

A. Aşağıdaki durumlardan bir veya daha fazlasının mevcut olması veya yaklaşık altı aylık bir süre içinde tekrarlaması durumunda vajinismus tanısı konur:

1. Vajinal ilişki sırasında zorluk yaşanması.
2. Vajinal ilişki veya penetrasyon sırasında pelvik ağrı veya vulvovajinal rahatsızlık.
3. Vajinal ilişki veya penetrasyon sırasında yoğun kaygı ve korku.
4. Vajinal ilişki veya penetrasyon sırasında belirgin gerginlik.

Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği (ISAA), vajinismusu şu şekilde sınıflandırır (Saadat, 2014):

- Seviye 1: Bu en hafif evredir. Jinekoloğa gidildiğinde önemli bir rahatlama sağlanır.
- Seviye 2: Kas gerginliği. Jinekolojik muayeneden sonra hastanın kaygısı devam eder. Muayene yapılır.
- Seviye 3: Hasta bacaklarını sıkarak kaçmaya çalışır.
- Seviye 4: Bu en şiddetli evredir. Hasta bacaklarını sıkar ve diğer kişiden uzaklaşır veya geri çekilir. Bu, muayeneden kaçınılan evredir.
- Seviye 5: Bu, yoğun duygusal stres ve artan duygusal gerginlik altında baş dönmesi ve muayeneden kaçınma isteğinin yaygın olduğu ve kendini koruma içgüdüsünün baskın olduğu evredir.

Ayrıca, DSM-5, vajinismus ile dispareni arasında ayırım yapmanın zor olduğunu belirtmektedir. Bu iki durum hem pelvik taban kas aktivitesi hem de ağrı ile ilişkilidir. Bu nedenle, her iki bozukluk da genital/pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu kategorisi altında sınıflandırılır. Ancak, her iki durumun pratik yönleri incelendiğinde, vajinismus ve dispareni hastalarında cinsel davranış ve ağrı toleransı açısından farklılıklar gözlemlenmektedir. Örneğin, dispareni hastalarının çoğu ağrıya rağmen cinsel ilişkiye girmektedir. Bu nedenle, tedavi seçenekleri iki durum arasındaki farklılıklar göz önünde bulundurularak değerlendirilmektedir (Brauer vd., 2014).

2.3. Etiyolojisi

Vajinismus üzerine yapılan ilk jinekolojik araştırmalarda, az cinsel deneyimlerden kaynaklanan mikrotravmaların patolojik bir duruma dönüşeceği görüşü öne sürülmüştür. İnsan psikolojisine dair psikodinamik bakış açısı geliştikçe, vajinismusun psikodinamik temellerine daha fazla dikkat edilmeye başlanmıştır (Oktay ve Tombul, 2003). Davranışsal teorinin etkisiyle, ağırlı uyaranlara verilen koşullu tepkilerin vajinismus belirtilerini açıklamayı amaçladığı ifade edilmiştir. Bu bağlamda, bireyin ağırlı uyarana verdiği tepkilerin zaman içinde öğrenildiği ve pelvik taban kaslarının işlevinin bozulduğu belirtilmektedir (Erden, 2009). Vajinismusun etiyolojisi üzerine yapılan incelemeler ilerledikçe, çeşitli etkenlerin birlikte ele alınması gerektiği savunulmuştur. Bunun sonucunda, vajinismusun etiyolojisinde fiziksel, psikolojik ve sosyokültürel etmenlerin bir arada bulunduğu öne sürülmüştür.

Bireyin fiziksel sağlığından, içinde bulunduğu değer sistemine kadar birçok etken etiyolojik unsurlar arasında sayılmaktadır (CETAD, 2006).

Bu bölümde, vajinismusla bağlantılı olduğu düşünülen fiziksel/organik sebepler, psikolojik sebepler ve sosyal ile kültürel sebepler gibi etiyolojik unsurlar üç ayrı başlık altında incelenecektir.

2.3.1. Fiziksel Nedenler

Vajinismusun nedenleri arasında sıkça rastlanan fizyolojik etkenler; cinsel yolla bulaşan hastalıklar, hymen ve doğuştan gelen anormallikler, endometriozis, enfeksiyonlar, vajinal operasyonlar ile vaginal yapışıklıklar, lezyonlar, dokuların incilmesi, tümörler, rahim sarkması ve benzerleri bulunmaktadır (Basson, 1996). Bunun yanında hormonal yapıların da önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir. Kadınların cinsel işlevinde üç ana hormon önemli bir rol oynamaktadır. Bu hormonlar testosteron, östrojen ve progesterondur. Progesteron seviyelerinde yaşanan değişiklikler, kişinin cinsel yaşamında olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Balcı, 2014).

Vajinismus belirtileri arasında meydana gelen ağrının tanımlandığı durumda, ağrının yapısı yakıcı olarak, yerel ağrı genel olarak, tetikleyici durum ise kendiliğinden oluşan bir biçimde ifade ediliyorsa, etiyolojide fiziksel nedenler dikkate alınmalıdır (akmak, 2010). Birincil ve İkincil vajinismus türlerine göre, cinsel ilişki sırasında meydana gelen kronik ağrı sendromunun, pelvik taban kaslarının gerilmesi ile vajinal ağrının, vajinal girişin gerçekleştirilememesi ile doğrudan bağlantılı olduğu gözlemlenmektedir.

2.3.2. Psikolojik Nedenler

Psikolojik faktörler vajinismusun nedenlerinde önemli rol oynar. Cinsel istismar ve travma, katı ebeveyn tutumları, cinselliğe dair olumsuz algılar, cinselliğin utanç verici bir konu olarak algılanması, yanlış bilgilendirmenin etkisi, cinsel mitler ve batıl inançlar, gebelik ve doğum korkusu, cinselliğin acı ve korkuyla ilişkilendirilmesi, partnerlerin baskıcı ve anlayışsız tutumları, cinsel deneyim eksikliği, penis hakkında olumsuz dşnceler, seksin acı verici olacağına dair inanç, cinsel arzusun sadece erkeklerde bulunduğu inancı, bilinmeyene dair kaygı, ilk gece korkusu, bekaret düşüncesi, vajinaya dokunma veya bakma isteksizliği, kişinin kendi bedenini

tanımaması, düşük beden imajı ve düşük öz saygı gibi birçok faktör vajinismusa katkıda bulunan psikolojik faktörler arasındadır (Pacik ve Geletta, 2017). Bu durumları yaşayan kişiler genellikle baskıcı ve muhafazakar aile ortamlarında büyüdükları veya psikolojik travmaya maruz kaldıkları için bu durumdan muzdariptirler. Nadir görülen sekonder vajinismus, tecavüz ve cinsel istismar gibi nedenlerle ortaya çıkan psikolojik travmalarla ilişkili vakalarda ortaya çıkar (Gillan, 1993). Bu travmalar, cinselliğe karşı isteksizliğe, kişinin bedeninden kopukluk hissine, haz korkusuna ve her cinsel ilişkide travmatik deneyimin yeniden canlanmasına yol açabilir. Bu nedenle, psikolojik faktörlerin vajinismus vakaları üzerinde önemli bir etkisi olduğu görülmektedir (Öztürk, 2014).

2.3.3. Sosyal ve Kültürel Nedenler

Cinsellik söz konusu olduğunda genellikle bireysel faktörler akla gelse de, sosyal ve kültürel faktörlerin önemli bir etkisi olduğu yadsınamaz. Bir toplumun kültürü, gelenekleri ve yaşam tarzı, insanların içinde büyüdükları toplumda cinsiyeti nasıl ve nerede öğrendiklerine dair birçok ipucu sunar. Toplumlar, geçmiş düşünce kalıplarını ve inançlarını bir sonraki nesle aktararak sürdürürler. Cinsiyet farklılıkları, çocukluktan başlayarak deneyimlerle öğrenilir. Bu, erkeklerin ve kadınların kültürel normlara göre hangi davranışları sergilemesi ve sergilememesi gerektiğini anlamamızı sağlar. Bu süreçte edinilen bilgiler, kişinin erkekler ve kadınlar arasındaki ilişkilere ve cinselliğe bakış açısını şekillendirir. Kültür, vajinismusun nedenlerini etkileyen önemli bir faktördür.

Kalıpyargılar ve önyargılar toplum içinde nesilden nesile aktarılır. Çocuklar, yaşadıkları kültüre bağlı olarak kadın ve erkeklerle ilişkilendirilen özellikler çerçevesinde yetiştirilirler. Cinselliğin tehlikeli olduğuna inanan ailelerden ve kültürlerden gelen kadınların vajinismus yaşama olasılığı yüksektir. Çeşitli kültürler, cinselliğin ve cinsel arzunun yalnızca erkeklerin alanı olduğuna inanarak, kadınların kendilerini değersiz hissetmelerine ve aralarındaki mesafeyi artırmalarına neden olur (Saadat, 2014). Bu nedenle, Doğu kültürlerinde yetişen insanlar arasında, cinselliğin yalnızca üreme amaçlı olduğuna, kadınların haz almasının utanç verici olduğuna ve erkeklerin aktif rol alması gerektiğine dair yaygın bir inanç vardır. Bu kültürel varsayımlar, kişinin cinsel yaşamında önemli bir rol oynar. Kadınların cinsel bilgi ve deneyimden yoksun olduğu toplumlarda, cinsellikle ilgili korkular genellikle artar.

Ayrıca, bakire kan ve kızlık zarı gibi köklü kavramlar, kadınlarda cinsel deneyimlerin acı verici olacağı inancını aşılır. Cinselliğin utanç verici ve acı verici bir eylem olduğuna inananların vajinismus geliştirme riski daha yüksektir (Ersanlı ve Kumcağız, 2016).

2.3.4. Bilişsel Nedenler

Bilişsel teori, davranışçı teorinin yeterli açıklamalar sunamadığı 1970'lerde gelişmeye başladı. İnsanların hayvanlardan farklı öğrendiği, sosyal öğrenmenin insanlarda var olduğu ve bilişsel süreçlerin çevresel uyaranlar ve bunlara verilen tepkiler arasındaki etkileşimde önemli bir rol oynadığı varsayımları, bilişsel teorinin temelini oluşturur. Bilişsel terapinin temel ilkesi, insan algısının, anlayışının, değerlendirmesinin ve düşüncesinin psikolojik deneyimlerinde önemli bir rol oynamasıdır. Bilişsel süreçler, bir uyaran ile bu uyarana verilen tepki arasındaki bağlantıda önemli bir rol oynar. Biliş, duyular ve algılar aracılığıyla elde edilen verilerin analizinden kaynaklanan dil, problem çözme ve düşünme gibi karmaşık süreçleri ifade eder. Bilgi işleme, duyuları karşılaştırmayı, karşıtlıklar oluşturmamayı, genellemeyi, gruplamayı, birleştirmeyi, ayırmayı ve elemeyi içerir. Bilişsel teori, olayların nasıl algılanıp yorumlandığının, özünden daha önemli olduğunu savunur. Bir kişinin bir duruma duygusal veya davranışsal olarak tepki verebilmesi için önce çevresindeki dünyanın farkına varması, ardından onu anlayıp yorumlaması gerekir. Bilişsel teoriye göre vajinismus, algı, anlama ve değerlendirme eksiklikleriyle ilişkilidir. Nobre ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma, cinsel işlev bozukluğu olan kadınların Cinsel İşlev Bozuklukları Hakkında İnançlar Ölçeği kullanılarak yapılan toplam puan ortalamasının, cinsel işlev bozukluğu olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Cinsel işlev bozukluğu olan kadınların, cinsel işlev bozukluğu olmayanlara göre beden imajı ve yaş hakkında daha olumsuz inançlara sahip olduğu bulunmuştur. Cinsel işlev bozukluğu olan kadınlar, cinsel arzu ve hazzın günahkârlığı konusunda da diğer gruptaki kadınlara göre daha yüksek inançlara sahipti, ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildi. 2009 yılında geliştirilen Vajinal Penetrasyon Biliş Ölçeği, vajinismus hastalarında dispareni hastalarına kıyasla daha yüksek düzeyde ağrı ve felaket düşünceleri tespit etmiştir. Diğer çalışmalar, vajinismusa özgü korkuların “vajinanın penise yer açmak için çok küçük olması ve vajinal penetrasyon sırasında vajinal duvarların yırtılması”, “vajinal penetrasyon gerçekleşirse bir hastalık kapma”, “bulaşma” ve “hamile kalma” gibi korkuları

içerdiğini göstermiştir. Başka bir çalışmada, cinsel işlev bozukluğu olan kadınların cinsel aktiviteden daha düşük memnuniyet, daha yüksek düzeyde kaygı ve sıkıntı ve erotik düşüncelerden korkma bildirdikleri bulunmuştur.

2012 yılında Hollanda'da vajinismus, disparoni ve bir kontrol grubu üzerinde yürütülen bir çalışmada, vajinismus grubundaki katılımcılar, kontrol grubundakilere kıyasla daha yüksek oranda ağrı ve zarar görme korkusu hakkında olumsuz düşünceler bildirmişlerdir. Ülkemizde 200 vajinismus hastasını kapsayan 2003 tarihli bir çalışma, kadınların en büyük korkularının ağrı ve aşırı ağrı (%57), aşırı kanama (%31), yırtılma/kopma (%18), penis tıkanıklığı/tıkanıklığı (%17) ve bayılma/ölüm (%11) olduğunu belirlemiştir. Çalışmadan elde edilen ilginç bir bulgu, kadınların yalnızca %18'inin ilk cinsel deneyimleri sırasında şiddetli ağrı yaşamasına rağmen, %57'sinin ağrı ve aşırı ağrıdan korkmasıdır. 1994 yılında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, halen vajinismustan muzdarip olan 67 kadın ve geçmişte bu rahatsızlıktan muzdarip olmuş 22 kadın, vajinismusun ikinci en önemli nedeni olarak "cinselliğin yanlış olduğuna inanılarak yetiştirilmeyi" göstermişlerdir.

2.4. Tarihçesi

Cinsel ilişkiyle ilişkili ağrının tarihi yaklaşık 3500 yıl öncesine dayanmaktadır. Antik Mısır Ramesseum Papirüsü'nde bahsedilen bu durum, Salerno Trotula'nın "Kadın Hastalıkları" adlı eserinde "kadının vulvasının, heyecanlandığında bile, bakireymiş gibi daralması" olarak tanımlanmıştır. "Vajinismus" terimi ilk olarak 1861 yılında jinekolog J. Marion Sims tarafından kullanılmıştır. Sims, vajinismus "fizyolojik uyarım sonucu oluşan vajinal sfinkterin spazmodik kasılması" olarak tanımlamış ve cerrahi tedaviyi önermiştir. 1966 yılında Masters ve Johnson, dört aşamalı insan cinsel tepki döngüsünü anlatan "İnsan Cinsel Tepkisi" adlı eserini yayınlamıştır. Masters ve Johnson, vajinismus tedavisinde her iki partneri de dahil ederek çift terapisi uygulayarak yeni bir yaklaşım benimsemişlerdir. Duyusal odaklı egzersizler yoluyla, çiftlerin hem bireysel hem de kolektif olarak cinselliklerinin farkına varmalarına, cinsellik ve cinsel ilişkilerle ilgili kaygılarını azaltmalarına ve cinsel uyumlarını artırmalarına yardımcı olmayı amaçlamışlardır. Masters ve Johnson bu terapileri klinik ortamda çiftlerle yürütmüştür (Binik vd., 1999).

Kaplan (2014) ise vajinismusu daha sistematik bir cinsel terapi yaklaşımıyla tedavi etmeye çalışmıştır. Kaplan, vajinismustan etkilenen her hastanın vajinismus

terapilerinde bireysel olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunmuş ve terapilerde fobiye özel olarak odaklanılmasının önemini vurgulamıştır. Kadının ve partnerinin parmaklarını kullanarak dilatasyon yapmanın, herhangi bir harici malzeme kullanmaktan daha etkili olacağını ileri sürmüştür.

2.5. Epidemiyolojisi

Toplumumuzda vajinismusun yaygınlığı ve görülme sıklığı hakkında kesin bir veri bulunmamaktadır (İncesu, 2006). Vajinismus, toplumlar arasında farklılık gösteren bir cinsel işlev bozukluğudur. Bu nedenle yaygınlık oranları da toplumdan topluma değişmektedir. Araştırmalar, cinsel sorunlar nedeniyle kliniklere başvuran hastaları, özel kliniklerden gelen hastaları ve gönüllü grupları inceleyerek görülme sıklığını tahmin etmektedir.

CETAD Türkiye tarafından yapılan bir örnek çalışmada, kadınların %17'sinin hayatlarının bir döneminde cinsel ilişkiye girmekte zorluk çektiği bildirilmiştir (CETAD, 2006). Toplumda vajinismus tanısı olmayan birçok kadın, en az bir kez cinsel ilişkiye girememesi sorunu yaşamaktadır. Çocukluk döneminde yetersiz cinsel bilgi ve evliliğe veya belirli bir yaşa kadar cinsel deneyim eksikliği, ilk cinsel ilişkide vajinismusun başlamasına yol açabilir. Bu durum, gerçek yaygınlığın doğru bir şekilde anlaşılamamasına neden olmaktadır (Bayrak, 2006). Birçok rahatsızlık cinsel işlev bozukluğu olarak sınıflandırılrsa da, vajinismus en yaygın olanıdır. Doğal olarak vajinismus, kadın cinsel işlev bozuklukları arasında en yaygın görülen rahatsızlıklardan biridir. Tanı kriterlerini karşılayan hastaların tedavi arama konusunda tereddütlü oldukları ve karşılayanlara sıklıkla yanlış tanı konulduğu gözlemlenmiştir (Crowley vd., 2009).

Birçok hasta jinekoloğa danışmak yerine terapiyi tercih etmektedir. Araştırmalar, çiftlerin cinsel terapiye başvurmalarının en yaygın nedeninin vajinismus olduğunu ve hastaların yaklaşık %15,3'ünü oluşturduğunu göstermiştir (Yılmaz vd., 2010).

Vajinismuslu kadınların çoğu tanılarını kabul etmekte ve tedaviye başlamakta yavaş davranmaktadır. Bu nedenle, tanı konulmamış birçok vajinismus hastasının ortalamayı belirlemesi gereken çalışmalara dahil edildiği görülmektedir. Genel popülasyonda vajinismus oranı %3-13 civarındayken, kliniklere başvuran kadınlar arasında bu oran %21 ile %48 arasında değişmektedir (Ulusoy, 2015). Batı

toplumdaki kültürel farklılıklar göz önüne alındığında, Batı ülkeleri arasında da vajinismus yaygınlığında farklılıklar bulunmaktadır. Batı kaynaklarına göre vajinismusun yaygınlığı %1 ile %6 arasında değişmektedir. Bir çalışmada, Danimarka'da vajinismus yaygınlığının %0,4, Portekiz'de %25,5 ve İsveç'te %1 olduğu bulunmuştur. Sağlık merkezlerine başvuran hastaların %30'una vajinismus teşhisi konulduğu tespit edilmiştir (Doğan ve Saraçoğlu, 2009).

Vajinismus tedavi süreci oldukça uzundur, çünkü kişiler vajinismus olduklarına ikna olmadan önce bir süre zorlu cinsel deneyimler yaşayabilirler. Bu durum göz önüne alındığında, bazı hastalar tedaviyi kabul ederken, bazıları tedavi arayışındadır ancak gerekli cesaret ve kararlılıktan yoksundur. Bu konuda yapılan bir başka çalışma ise, vajinismus hastalarının %6'sının tedavi aradığını, ancak yalnızca %5'inin tedaviyi gerçekten uyguladığını ortaya koymuştur (Yargıç ve Kayır, 1996).

2.6. Vajinismus Tedavisi

Vajinismus, %90'a varan tedavi başarısına sahip bir cinsel işlev bozukluğudur. En yaygın cinsel işlev bozukluklarından biri olup, en iyi tedavi sonuçlarına sahip rahatsızlıklardan biridir. Ayrıca, vajinismus tedavisinde çok sayıda yöntem mevcuttur (İncesu, 2004).

Vajinismus için hipnoterapi ve bilişsel davranışçı terapiden göz hareketleri duyarsızlaştırma ve yeniden işleme, dilatörler ve biofeedback terapisine kadar çok sayıda tedavi seçeneği mevcuttur. Kas gevşeticiler, anksiyolitikler ve lokal anestezikler gibi çeşitli farmakolojik tedaviler de kullanılabilir (Lahaie, 2010). Durumun karmaşıklığına bağlı olarak vajinismus, birincil ve ikincil olmak üzere iki ana kategoriye ayrılır. Bu nedenle, genellikle tek bir tedavi uygulanırken, kişinin kaygısına ve muayeneye karşı tutumuna bağlı olarak daha karmaşık vakalar birden fazla tedavi yöntemi gerektirebilir. Terapistler vajinismus hastalarını tedavi ederken bazen tek bir tedavi yöntemi kullanırken, karmaşık vakalarda birden fazla tekniği birleştirmeyi de tercih ederler (Davison ve Neale, 2004). Çoğu tedavi yöntemi, hastanın bir robot gibi seks yapmasını sağlamayı amaçlar (Kleinplatz, 1998). Ancak sağlıklı bir cinsel ilişki, her iki partnerin de birbirini memnun ettiği ve fiziksel ve zihinsel tatmin sağladığı bir deneyimdir. Bu nedenle, terapötik sürecin amacı çiftlerin cinsel ilişkiden keyif almasıdır (Boyacıoğlu, 1999).

2.6.1. Tıbbi Yöntemler

Vajinismus tedavi yöntemleri oldukça çeşitlilik gösterir. Tıbbi yaklaşımlar da dahil olmak üzere birçok tedavinin temel amacı, kadının ruhsal huzur ve fiziksel hazzı ulaşmasını sağlayarak vajinismusu ortadan kaldırmaktır. Vajinismuslu bir kadın bunu fark ettiğinde, genellikle tedavi için bir jinekolog veya kadın doğum uzmanına danışmayı düşünür. Vajinismuslu kadınlar genellikle kendi bedenleri üzerinde kontrol sahibi olmadıkları için muayene olmayı reddederler. Bu nedenle, vajinismus teşhisi konan birçok kadın jinekolojik muayenelerden kaçınır. Muayene sırasında vajinismuslu kadınlar genellikle pelvik taban kaslarını kasarak muayeneyi zorlaştırırlar. Bu durum cinsel ilişki sırasında da meydana gelir. Bu nedenle, tıbbi yöntemlerin vajinismus üzerindeki etkileri sıklıkla tartışma konusudur (İncesu, 2004). Çok sayıda yayınlanmış kaynağa göre, en yaygın tedavi yöntemlerinden biri bulbospongiosus kasına botulinum toksini enjeksiyonudur. Bu yöntemle vajinismusun 6 aya kadar tekrarlamadan korunduğu gözlemlenmiştir (Allen vd., 2006). Vajinismus tedavisine yönelik tıbbi yaklaşımlar yalnızca jinekolog ziyaretleriyle sınırlı değildir. Bir diğer tedavi yöntemi ise ksilosin jel veya nitrogliserin merhem uygulamasıyla sistematik duyarsızlaştırma yoluyla elde edilen olumlu sonuçlardır (Peleg vd., 2001).

Vajinismuslu bir kişi, tercih ettiği tedavi seçeneğini seçmekte özgürdür; ancak tüm tedavi yöntemleri herkes için uygun sonuçlar sunmayabilir, olumsuz etkilere sahip olabilir ve çözüm odaklı olmayabilir. Bu nedenle, vajinismuslu kişinin iyi bir öz farkındalığa sahip olması ve tedavi yöntemlerinin ayrıntılarına aşina olması gerekir. Bu şekilde tedavi süreci hayal kırıklığı yaşamadan tamamlanabilir. Tedavi türüne bağlı olarak bir diğer yöntem ise diazepam gibi benzodiazepinlerin gevşeme egzersizleriyle birlikte kullanılmasıdır (Ramage, 2003).

Vajinismuslu bir kadının tedavi sürecine ikna olması zaman alabilir ve seçilen tedavi yöntemi hakkında en ufak bir olumsuz deneyim veya düşünce bile iyileşme sürecini zorlaştırabilir. Sonuç olarak, literatürde antidepresanlar veya sakinleştiriciler gibi tedavi yöntemlerinin yan etkileri nedeniyle kadınların orgazm ve uyarılma yeteneklerinin bozulduğu ve cinsel sorunların daha karmaşık hale geldiği belirtilmektedir (Yetkin, 1999). Vajinismus tedavisinde kullanılan bir diğer yöntem ise lokal anestezikler, anksiyolitikler ve kas gevşeticileri içeren farmakolojik tedavidir. Bu tedavi yöntemine ayrılan kaynak miktarı oldukça sınırlıdır ve çalışmalarda kontrol gruplarının bulunmaması nedeniyle ilaçların vajinismus üzerindeki etkileri sınırlıdır.

(Lahaie, 2010). Vajinismuslu hastalar değişkenlik gösterir. Bazı hastalar durumlarını çabuk kabullenir ve sakın bir kişiliğe sahipken, diğerleri kabul sürecini zor bulabilir ve tedaviye karşı olumsuz tutumlar sergileyebilir. Bu hasta gruplarında daha iyi ilerleme sağlamak için genellikle ilaç tedavisi tercih edilir.

2.6.2. Cinsel Tedavi Yöntemleri

Cinsel tedavi yöntemleri düşünöldüğünde akla gelen ilk terapi türü bilişsel davranışçı terapidir. Bu terapi düşünce yeniden yapılandırma, eğitim, cinsel terapi ve ödevleri kapsar (Ter Kuilea vd., 2007). Vajinismus üzerindeki etkisi, hastanın cinsellikle ilgili olumsuz düşöncelerini nötrale etmek ve bunların yerine olumlu, doğru düşönceler koymaktır. Dolayısıyla hastanın cinsellikle ilgili olumsuz düşönceleri (örneğin, cinselliğin korkutucu ve acı verici olması, vajinanın dar ve kırılmaz olması, cinselliğin utanç verici ve yasak olması vb.) çarpık düşöncelerle ilişkilendiriliyorsa, bilişsel terapi bu zihniyeti aşabilir. Düşöncelerimiz bedenimizi etkilediğinden, bu terapi ile hafif vakalarda vajinismus ortadan kaldırılabilir (Doğan ve Özkorumak, 2008). Literatürde vajinismuslu hastalarda bilişsel davranışçı terapinin kullanımına ilişkin araştırmalar yer almaktadır. Çalışmalar, ilk etkili deneylerin 1970 yılında Masters ve Johnson tarafından gerçekleştirildiğini göstermektedir. Bu grup, çiftlerin pelvik taban kaslarını incelemelerini, psikolojik eğitim vermelerini ve iki hafta boyunca günlük egzersiz yapmalarını sağlayan genişleticilerle denemeler yapmalarını öneren bir tedavi yöntemi geliştirmiştir. Bu çalışmaların büyük ölçüde başarılı sonuçlar verdiği görölmüştür (Ter Kuilea vd., 2007).

Başka bir çalışmada Helen Singer Kaplan, hipnoz, sistematik duyarsızlaştırma, sakinleştiriciler, yorgunluk ve yatıştırıcılar ekleyerek vajinismusla ilişkili fobileri tedavi modeline dahil etmiştir. Ayrıca daha şiddetli vakalar için psikoterapi de uygulamıştır. Cinsel terapi, vajinismuslu bazı hastalarda olumlu sonuçlar verirken, diğerleri için etkili olmayabilir. Literatür taraması, Hawton ve Catalan'ın 1990 tarihli bir çalışmada, vajinismus teşhisi konmuş 30 kadına ve partnerlerine cinsel terapinin bir aşaması olan kademeli maruz bırakma yöntemini uyguladıklarını ortaya koymaktadır. Tedaviden üç ay sonra 24 çift cinsel ilişkiye girdi (Ohl, 2007). Son zamanlarda vajinismus tedavisinde en yaygın kullanılan yöntem, yanlış veya eksik öğrenilen bilgilerin doğru bilgi ve davranışlarla değiştirilmesini amaçlayan bilişsel-davranışçı terapidir. Bu terapi, cinsel ilişki egzersizleri, beden tanıma ve kabullenme

egzersizleri, psikoeğitim, duyarsızlaştırma ve vajinal dilatasyon gibi yöntemleri içerse de, iyileşme sağlamada etkili olduğuna dair kesin bir kanıt yoktur (Doğan ve Özkorumak, 2008).

Araştırmalar, vajinismusun bir korku biçimi olduğunu ve tedavisinin bilişsel-davranışçı terapi ve fobi tedavilerine benzer bir yöntem izlediğini göstermiştir. İlk adım, korkuyu yönetmek ve hastanın kaygıyı fark etmesine yardımcı olmak için kademeli ve sistematik bir duyarsızlaştırma tekniği kullanmaktır. Bu teknik, hastanın korkusunu yönetmeyi öğrenmesine ve tedavinin her aşamasında yer alan sakinleştirici ve nefes egzersizlerini gerçek yaşamına entegre etmesine yardımcı olmayı amaçlar. Ayrıca, hastanın kendi bedenini ve vajinal bölgesini kabul etmesini teşvik etmek için davranışsal bir yaklaşım benimsenir. Bir diğer tedavi hedefi ise Kegel egzersizleri aracılığıyla hastanın pelvik taban kaslarını kontrol edebilmesini sağlamaktır. Benzer şekilde, davranışsal yöntem çerçevesinde, hastanın kendi parmaklarıyla başlayıp partnerinin parmaklarına doğru ilerleyerek vajinal penetrasyon girişimleri yapılır. Tedavinin sonunda, hastanın kontrolü altında penisin vajinaya kademeli olarak penetrasyonu ilk deneyim elde edilir (Oğuz, 2019).

Bazı vajinismus hasta gruplarında bilişsel-davranışçı terapiye ek olarak grup psikoterapisi de kullanılmaktadır. Dolayısıyla vajinismus nedeniyle geri çekilen hasta grupları grup psikoterapisi yoluyla sorunlarını daha yüzeysel ve açık bir şekilde ele almayı öğrenebilirler (Oğuz, 2019). Araştırmalar, grup psikoterapisinin bilişsel-davranışçı terapi ile birleştirilmesinin vajinismus tedavisinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Bu yöntemin kişilerin ilişkilerini kısa sürede olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (Sadock ve Sadock, 2007). Daha önce cinsel deneyimi olmayan her kadın ilk cinsel ilişkide acı hissedeceğine inanır. Kadınlar vajinal kaslarını bu deneyimi yaşayana kadar kullanmadıkları için bazı hasta gruplarında dilatörlerin kullanımı onlara vajinal kaslarını ve bedensel tepkilerini nasıl yöneteceklerini öğretmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu nedenle dilatörlerin kullanımı bir diğer tedavi yöntemi olarak eklenmiştir. Dilatörlerin kullanımı bireyin duygusal duyarsızlaşmasını ve vajinal kasların genişlemesini destekler (Usta ve Oral, 2016).

Bir diğer tedavi yöntemi ise biofeedback'tir. Bu yöntem, vajinismus hastalarında pelvik taban kaslarının istemsiz kasılmasını görsel ve işitsel uyarım yoluyla kontrol ederek hastanın fizyolojik tepkilerinin farkına varmasına yardımcı olur. Vajinismus tedavisinde kullanılan bir diğer yaklaşım ise, kabul edilemez görülen istemsiz fiziksel

tepkileri manipüle etmek için elektrotlar kullanan ve kişiyi kontrol etmeyi amaçlayan biyofeedback'tir (Demiralp ve Oflaz, 2007). Bu tedavi yöntemi, vajinismuslu birçok hastada olumlu sonuçlar vermektedir. Ayrıca, bu teknik, bireyin kontrol edilemeyen fiziksel tepkilerini kontrol ederek pelvik taban kaslarını kontrol etmesini sağlar ve genel olarak vajinismus ve dispareni gibi cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde olumlu bir etkiye sahiptir.

2.6.3. Diğer Tedavi Yöntemleri

Son zamanlarda önemli ilgi gören vajinismus tedavisi yaklaşımlarından biri hipnoterapidir. Psikolojiye göre hipnoz, kişinin düşünme yeteneğini harekete geçiren uyku ve uyanıklık arasında bir ara durumdur. Hipnoz, kişilerin olumsuz düşünce kalıplarını olumlu olanlarla değiştirmesine yardımcı olur ve bu da cinsel işlev bozukluğu için olumsuz düşünce kalıplarını olumlu olanlarla değiştirir. 2015 yılında yapılan bir çalışmada, iki kez jinekoloğa ve bir kez psikiyatriste başvuran vajinismus hastasının sekiz seanslık hipnoterapi tedavisinin üçüncü seansında olumlu sonuçlar elde ettiği gözlemlenmiştir (Özakkaş, 2015).

Son yıllarda vajinismus tedavisinde popüler olan bir diğer yöntem ise EMDR'dir (Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme). EMDR (Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme), travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir yeniden işleme tekniğidir. Bu teknikte terapist, bilateral uyarmı kullanarak hastanın göz hareketlerini aktif olarak uyarır. Terapist, rahatsız edici travmatik anıları yeniden yaşarken el hareketleriyle süreci yönlendirir. Sıkıntı verici durum hasta için azaldığında veya sona erdiğinde, terapist iki taraflı uyarmı uygulamasını sonlandırır. Literatürde EMDR ile ilgili sınırlı çalışma bulunmakla birlikte, EMDR'nin travma kaynaklı vajinismus vakaları için uygulanabilir bir yöntem olduğunu gösteren gözlemler vardır (Torun, 2010).

Koehler, 2002 yılında doğal olarak oluşan vajinismusta irrasyonel korkuyu gidermede EMDR'nin etkililiğini gözlemlemiştir. Ego temelli terapi ve hipnozun vajinismus üzerindeki etkilerine dair kanıtlar da vardır (Lemke, 2005). Bibliyoterapi vajinismus için ilginç ve daha az tercih edilen bir tedavi yöntemi olmakla birlikte, olumlu sonuçlar elde edilen vakalarda etkili olmuştur.

2007 yılında Ter Kuile ve arkadaşları vajinismus tanısı almış 81 kadına seks terapisi ile birlikte grup terapisi ve bibliyoterapi uygulamışlardır. Ancak, tedavi

sonuçları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Ancak bazı çalışmalar grup terapisi ve bibliyoterapinin vajinismus tedavisinde olumlu sonuçlar verdiğini göstermektedir (Gehring ve Chan, 2001).

2.6.4. Vajinismusa Eşlik Eden Durumlar

Cinsel işlev bozukluklarıyla ilgili yapılan araştırmalara göre, beden algısı ile cinsel işlev bozukluğu arasında bir bağlantı bulunmaktadır. Ayrıca, cinsel işlev bozuklukları, psikiyatrik kökenli hastalıklarla da ilişkilidir. Anksiyete ile cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bu konudaki araştırmaları artırmaktadır (Kaplan, 1988).

Vajinismus tanısı almış bir hasta, bu durumu kabul etmesine rağmen tedaviye başlamada tereddüt yaşayabilir. Böylelikle zamanla, hasta olumsuz cinsel deneyimlerden dolayı farkında olmadan yeni fizyolojik ve psikolojik belirtiler geliştirebilir. Cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireyler, fiziksel temas kurma veya ilişkiyi başlatma konusunda zorluk yaşamaktadır (Heiman, 2002).

2.7. Vajinismusta Ağrı

Tıbbi literatürde, ruhsal ve fiziksel sağlığı etkileyen kronik pelvik ağrının çeşitli tanımları bulunmaktadır. Kraliyet Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (RCOG), kadınlarda kronik pelvik ağrıyı en az altı ay süren ve cinsel ilişki, gebelik veya adet döneminden bağımsız olan ağrı olarak tanımlamaktadır (RCOG, 2012).

Tıbbi literatürde bir diğer tanı ise, jinekolog tarafından yapılan pelvik muayene sırasında ortaya çıkan ve açıklanamayan ağrı olarak adlandırılan kronik pelvik ağrıdır (Kroon ve Reginald, 2005). Kronik pelvik ağrı sadece sağlıklı bireylerde değil, vajinismus hastalarında da görülebilir. Bazı vajinismus hastaları cinsel ilişki veya pelvik muayene sırasında ağrı yaşadıklarını bildirmektedir. Bu ağrının fizyolojik mi yoksa psikolojik mi olduğu tedavi edilene kadar belirlenmemektedir. Bu nedenle, kadınların yaşadığı kronik pelvik ağrının kesin nedenleri bilinmemektedir. Bazı doktorlar ve hasta dernekleri, bu ağrının nedeninin pelvik muayene olduğunu belirtmektedir (Kamalı, 2018). Kronik pelvik ağrı, şiddetli, sızlayıcı, donuk veya kramp tarzında olabilen bir ağrı türüdür (Yüksel, 2019). Bu ağrının birkaç alt tipi vardır.

Disparoni, pelvik kaslardaki gerginlik nedeniyle cinsel ilişki sırasında ağrıya veya buna bağlı kaygıya neden olan bir durumdur. Ancak disparoni hastalarının bir kısmı cinsel ilişkiye girebilmekte ancak bu sırada ağrı çekmektedir. Başka bir deyişle, disparoni hastaları cinsel ilişkiye girebilir. 1874 yılında Barnes, disparoniyi cinsel ilişki sırasında ağrı hissi olarak tanımlamıştır (Crowley vd., 2009).

Tıp literatüründe disparoni, cinsel ilişki sırasında tekrarlayan veya kalıcı vajinal ağrı olarak tanımlanmaktadır. Bu ağrı, cinsel ilişkiden önce, ilişki sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilir. Disparoni hastaları için en büyük sorun ağrıdır. Ağrı yalnızca cinsel ilişki sırasında ortaya çıkmaz; kişiden kişiye değişir. Ağrı uzun süreli veya sürekli değilse disparoni olarak kabul edilmez. Disparoni tek başına veya vajinismusla birlikte ortaya çıkabilir (Crowley vd., 2009).

Ağrı, yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir. Belirli bir kriter bulunmamakla birlikte, en sık 20-30 yaş arası hastalarda görülür. Ağrı, yalnızca cinsel ilişkiden önce, ilişki sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilir. Ağrının ortaya çıkması kesin bir kural değildir. Genel nüfus bu sürece katılır. Ancak ağrı, fizyolojik nedenlerden ve diğer semptomlardan da kaynaklanabilir. CETAD tarafından yapılan bir araştırmaya göre, cinsel ilişki sırasında ağrı yaşayanların oranı yaklaşık %5,4'tür. Cinsel ilişki sırasında en çok ağrı yaşayanlar 20-29 yaş grubundadır. Bu durumun nedenleri fizyolojik veya psikolojik olabilir. Fizyolojik nedenler arasında yaygın vajinal sorunlar veya idrar yolu enfeksiyonları yer alır. Doğum sonrası yırtıklar, yara izleri, tümörler, vajinal kuruluk ve radyasyon tedavisi de bu duruma neden olabilir. Dünya genelinde cinsel ilişki sırasında ağrı oranı %21'dir; bu oran Orta Asya'da %31, Doğu Asya'da %9 ve Kuzey Avrupa'da %9'dur (CETAD, 2007).

2017 yılında Yıldırım ve ekibi, en yaygın hastalığın vajinismusun %41 oranla, disparoninin ise %1 ortalamaıyla görüldüğünü tespit etmiştir. Fakat, vajinismusun daha sık rastlandığı kabul edilse de, yıllar içinde disparoni vakalarının da arttığı gözlemlenmektedir. Toplumumuzda disparoni oranlarını tespit etmek zor bir süreçtir (Yıldırım, 2017).

Yapılan araştırmalar, cinsellikte acı çeken kadınların anksiyete, özsaygı eksikliği ve bedenleriyle ilgili endişeleri olduğunu göstermektedir. Başka bir çalışmada, disparoni yaşayan kadınların cinsel yaşamları hakkında olumsuz tutum ve inançları olduğu, erotizmden de endişe duydukları araştırılmaktadır. Bazı hasta gruplarında ise

disparoni yalnızca tek başına yer almamakta ve hem disparoni hem de vajinismus görülen hastalar da bulunmaktadır (Öztürk, 2014). Literatürdeki verilere göre vajinismus tanısı almış bireylerde disparoninin görülme ihtimali %47.2'dir.

Diğer bir araştırmada ise vajinismus ile cinsel ağrı arasındaki bağlantının %59 oranında bulunduğu belirlenmiştir (Dalan, 2020). Vajinismusu disparoniden ayıran en önemli özellik, cinsel ilişkinin hiç mümkün olmamasıdır. Ancak vajinismus yaşayan bazı hastalarda kaygı ve çaresizlikten kaynaklı ağrı şikayetleri de vardır. Vajinismus teşhisi konulan kadınlar, cinsel ilişkiden kaçınma, korku ve endişe hali ile birlikte, acı çekileceği düşüncelerini taşımaktadır. Yüksek seviyede kaygı durumunda cinsel ilişki imkânsız hale gelirken, yanma hissi ve ağrı da hissetmeleri muhtemeldir. Reissing ve arkadaşları 2004 yılında, ağrı yaşama deneyiminin vajinismus ile yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Vajinismusun ağrılı durumlar arasında değerlendirilmesi gereken bir rahatsızlık olduğu vurgulanmıştır (Bergeron vd., 2010).

2.7.1. Vestibülodini/ Vulvar Vestibülit Sendromu (VVS)

Ağrı türleri arasında en yaygın olanı vestibülodini vulvovajinal sendromudur. Bu durum, cinsel ilişki sırasında olduğu gibi günlük yaşamda hareketsizlik ya da yürüyüş esnasında da yaşanabilen bir ağrı halidir (Schultz vd., 2005). Vajinal bölgede üç aydan fazla süren bir rahatsızlık ve huzursuzluk hali mevcuttur. Araştırmalarda bu konuya dair çok fazla bilgi olmamasına rağmen, Steke, bu sendromu vajinal bölgenin aşırı duyarlılığı şeklinde tanımlamıştır. Nedenleri açıkça tespit edilememiştir; ancak enfeksiyonlar, mantar, yaralar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ağrıya tolerans seviyesi, genetik faktörler, ruh sağlığını etkileyebilecek etmenler ve anormal salgı üretimi gibi durumlarla ortaya çıkabileceği gözlemlenmiştir. Tanı açısından incelenen nedenler arasında; vajinal bölgede temas sırasında oluşan şiddetli ağrı, tıbbi herhangi bir nesneye karşı belirgin duyarlılık ve vajinada görülen belirgin belirtiler sayılmaktadır (Bair vd., 2016).

Vulvovajinal sorunlar için ağrı en önemli problem olmasına rağmen kesin bir çözümü yoktur. Bu ağrılar tekrarlayıcı ve yaşamı olumsuz etkileyici özellikte olabilmektedir. Kişi, herhangi bir anda ağrı hissi yaşayabilir. Vulvovajinal sorunları disparoni ve vajinismustan ayıran unsur, ağrının yaşamın her aşamasında ortaya çıkabilmesi ve belirgin bir sona sahip olmamasıdır. Genellikle fizyolojik kökenlidir ve devamlılık arz edebilir (Erden, 2009).

Disparoni durumunda cinsel ilişki gerçekleştiği halde, ilişki öncesinde veya sonrasında ağrı hissedilebilir. Vajinismus durumunda ise cinsel ilişki asla gerçekleşemez ve ağrı hissi olan hasta grupları bulunur. Vulvovajinal bozukluklarda kişi, vücudundaki enfeksiyon ya da mantar gibi durumların sonucu olarak vücudun fiziksel olarak ağrı tepkisi vermesi ve bu durumun yaşamın herhangi bir kesitinde tekrar edebilmesi söz konusudur. Yani ‘ağrı’ durumu disparoni için daha belirgin bir olgu iken vajinismus için bazen görülmektedir. Vulvovajinal bozukluklarda ise bu durum sürekli olarak var olabilir. Vulvovajinal bozukluklar araştırma grubuna göre vulvodini, vajinada oluşan ciltle alakalı rahatsızlıklar (enfeksiyon, deri hastalıkları, tümör vb.) ile ilişkili olmayan yanma hissi ve kaşıntıya bağlı vajinal ağrı ile ilişkilendirilmiştir. Ağrı ile birlikte vajinal bölgede duyarlılık ve kaşıntı durumu da gözlemlenmektedir (Shah, 2014).

2.7.2. Kronik Pelvik Ağrı Görülme Sıklığı

Araştırmalara göre, ergenlikten yaşlılığa kadar her yaş grubunda kronik pelvik ağrı gelişme olasılığı oldukça yüksektir. 15 ile 73 yaş arasındaki kadınların en az %38’inde kronik pelvik ağrı gözlemlenmiştir (Cichowski vd., 2018). Genel bir bakışla, kadınlardaki kronik pelvik ağrı oranı popülasyonun yarısından daha düşük seviyededir. Kadınların %14 ile %24’ünde bu tür bir ağrı tespit edilmekte ve %14’lük grubun hayatları boyunca en az bir kez kronik pelvik ağrı yaşadığı sonucuna varılmıştır (Doğan ve Özkorumak, 2008).

Dünya genelinde başka ülkelerde kronik pelvik ağrı görülme sıklığı oldukça azdır. Bir araştırmaya göre, İtalya’nın Seviso bölgesindeki 635 kadından %4’ü ileri düzeyde kronik pelvik ağrı yaşamaktadır (Lippman vd., 2003). Vajinismus tanısı almış hastaların yarısından fazlasında kronik pelvik ağrı belirtileri yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada vajinismus hastalarının %69’unun vajinal alanda ağrı hissettiği belirlenmiştir (Doğan ve Özkorumak, 2008). Vulvovajinal sorunlar yaşayan bireylerde ise bazı incelemelerde ağrı seviyelerinin düşük çıktığı gözlemlenmiştir. İncelemeler neticesinde, vulvodini tanısı konulan hastaların ağrılarının daha az olduğu kaydedilmiştir (Bergeron vd., 2015).

Genel yaş ortalamasına dayanarak, kronik pelvik ağrı genç yetişkinliğe geçmeden de görülebilmektedir. Araştırmalar, 13 milyon kadında ağrı bulgusu olduğunu ve %6’lık kısmın 25 yaşına varmadan bu durumu yaşadığını Ulusal Sağlık

Enstitüsü bildirmiştir (Shah, 2014). Kronik pelvik ağrı çeken bireylerin kendileri hakkında olumsuz düşüncelere kapılmaları muhtemeldir. Sürekli bir ağrı çekmek, kişinin kendisiyle ilgili endişe ve korkular yaşamaya itebilir. Bir çalışmada, kadınların %66'sında vajinal girişte ağrı bulunduğu gözlemlenmiştir. Ağrısı olan kadınların, ağrısı olmayanlara göre kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu ve durumun farkındalığında artış sağlandığı görülmektedir (Bair vd., 2016).

2.8. Vajinismus, Kültürel Özellikler ve Sosyodemografik Özellikler

Kişi, dünyaya geldiği andan itibaren fiziksel bir varlık olarak varlık gösterir. Zamanla, sosyal cinsiyet kimliği, kültürle etkileşime geçerek kişinin bir parçası haline gelir. Her cinsiyete özgü belirli nitelikler bulunur. Bunlar, cinsiyetle ilişkili kimlikler, davranış biçimleri, insanlar arası ilişkiler, evlilik gelenekleri, giyim tarzı farkları, güzellik açısından algılama, aile içindeki roller gibi pek çok durumu içerir (Ersoy, 2009). Her birey, ait olduğu cinsiyeti kabul ederek o cinsiyete dair toplumsal kimliğe yönelik bir hazırlık yapar. Bir kız çocuğu dünyaya geldiğinde, cinsiyetine dair tutumlarını önce annesi ardından çevresindeki diğer kadınları gözlemleyerek şekillendirir. Etrafındaki her kadın, kız çocuğu için birer örnek teşkil eder (Vatandaş, 2007).

Birey, kendi ailesinde cinsiyet kimliğinin ilk temellerini atarken, cinsiyetine bağlı olarak şekillenen yaşam biçimi ve davranış tarzlarını da bu süreçte geliştirmeye başlar. Kadının erkeğin fizyolojik yapısından farklı olduğu, çocukluk döneminin bir aşamasında regl döneminin başlayacağı, bekaretin önemi, bedenin karşı cinse karşı korunması gerektiği ve cinsellikle ilgili bilgilerin uygun zamanda, yani büyüyünce veya evlenirken edinileceği gibi konuları da yine aileden öğrenir. Bu durum her aile için geçerli olmasa da, toplumda yaygın bir eğilimdir (Günaydın, 2015).

Kültür, bir bireyin yaşadığı topluma göre şekillenen yaşam tarzı, davranış ve tutumlar, gelenek ve görenekler, inanç biçimlerini içermenin yanı sıra, kişinin cinsiyete özgü kimliğini ve toplum içindeki hissettiklerini de kapsar. Bununla birlikte, cinsellikle ilgili tutum ve inançlar da topluma bağlı olarak gelişir ve kültürel faktörler cinsel işlev bozukluklarını etkileyebilir. Bu nedenle, cinsiyetle ilgili davranışlar aynı zamanda cinsellik algısını şekillendirerek kültürel dinamikleri etkileyebilir (Ahmed ve Bhugra, 2007).

Çocukluk döneminde, genital bölge ile ilgili oluşan utanma duygusu, cinsellikle ilgili her bilgiyi gizlemek ve ebeveynle bu konuları tartışmanın ayıp olduğu algısı, bireyin yaşamı boyunca devam eder. Dolayısıyla, ilk cinsel deneyimle birlikte çocuğun daha önce göz ardı ettiği tüm cinsellik bilgileri gün yüzüne çıkar. Bu durum, yanlış bilgiler nedeniyle sağlıklı bir cinsel yaşamın elde edilmesini engelleyebilir. Çocuğun yetiştirilme biçimindeki tüm unsurlar, cinsellikle ilgili tepkilerini oluşturarak kişinin bedeninde yankı bulabilir. Bu da çeşitli cinsel işlev bozukluklarını beraberinde getirebilir (Çeri, 2009).

Kadın cinselliği ve yaşadığı cinsel sorunlar, Türk kültürünün etkisini taşır. Cinsellik ve cinselliğe dair tutumlar, bulunduğumuz coğrafyanın kültürel ve sosyal yaşam tarzlarına göre şekillenir. Bu nedenle, cinsel işlev bozuklukların kökeninde kazanılan kültürel değerlerin yattığı gözlemlenmektedir. Kısacası, bireyin yetiştiği aile yapısı, sosyal ilişkileri, içinde bulunduğu toplumun özellikleri, geleneksel unsurlar, dil, din ve inanç sistemleri ile ahlaki boyut, cinsellikle ilgili düşünce yapımızın temellerini oluşturur (Bozdemir ve Özcan, 2011).

Günümüzde daha bilinçli, okuyan, öğrenen ve doğru ile yanlış ayırt ederek şekil alan ebeveynler, çocuklarına beden algısı, cinsellik gibi kavramlar hakkında daha derin öğrenimler sunmaktadır. Ancak, ne yazık ki modern çağda yaşamamıza rağmen, eski görüşe sahip ailelerin varlığı devam etmektedir. Toplum, kadından hem kültürel özelliklerine uygun kıyafetleri giymesini hem de özgür, çağdaş ve yetkin bir birey olarak karşı cinsin arasında yer almasını beklemektedir (Çeri, 2009). Ailenin etkisiyle kadın, çalışmaya başladığında karşı cinse karşı tutum ve davranışlarında seçici olmalı, evleneceği erkeğe kadar bedenini ve bekaretini cinselliğe karşı koruması gerektiği algısı içine girmektedir (Bora, 2010). Bu algı, birey ile hayatı boyunca birlikte gelmektedir. Cinsel ilişki kurana dek bu durum açığa çıkmamaktadır. Doğu ve batı kültürlerinde bekaret kavramı büyük bir öneme sahiptir. Bu nedenle bazı araştırmacılar vajinismus konusunu, kadında bulunan vajinal döngüyü göz ardı ederek karşıt bir kültürel bozukluk olarak değerlendirmişlerdir (Özdel, 2009).

Bireyin partisi olduğu topluma göre bekaret anlayışı değişiklik göstermektedir. Bazı kültürlerde cinsellik, bekaret gibi kavramlar onur anlayışıyla görülürken, bazı yerlerde bu durum normal kabul edilmektedir. Ayrıca, birçok kadın yaşadığı yerin yaşam tarzı ve değerleri doğrultusunda cinsellikten ziyade cinsel zevk ve orgazm gibi kavramları hayatları boyunca deneyimleyememekte ve anlayamamaktadır. Ne yazık

ki, özellikle Türk toplumları açısından kadın, sadece cinsel bir nesne olarak algılanmaktadır. Cinsellik, toplumda kadınların haz aldığı durumların hiçe sayılmasıyla, kadının görev olarak algılanmasını ifade etmektedir. Böylece, kadına ait bir cinselliğin olmadığı düşüncesiyle sosyolojik bir baskı altında kalmaktadır. Bağnaz ve erkek egemen toplumlarda, kadın yalnızca cinsel bir obje olarak değerlendirilmektedir. Cinsel nesne olarak görülen kadın, cinsellik üzerinden acı çekmekte ve utanç duygusuyla yüz yüze gelmektedir (Bilgin, 2016).

Bu tür bir düşünceye sahip topluluklarda, demokrasinin varlığı mümkün olmamaktadır. Çünkü erkek, her koşulda ve her durumda kadından daima bir adım önde yer almaktadır. Bu durum, cinsellik açısından da geçerlidir. Bu toplumlarda cinsellik, erkeğin isteğine ve başlatmasına bağlı olarak gelişen bir durum olarak görülmektedir. Toplumda cinsel ilişkiyi deneyimleme olanağı, iki cinsiyet için eşit değildir. Erkek hakimiyetinin olduğu kültürlerde, cinselliğin varlığı ya da yokluğu tamamen erkeğin inisiyatifine kalmakta ve onun sorumluluğu olarak addedilmektedir (Davison ve Neale, 2004). Böylelikle kadın, cinselliğin yalnızca bir nesnesi haline gelmekte ve kadın cinselliği kavramı günümüze kadar geçerli bir durum olmaktan uzak kalmaktadır. Modern kültürlerde cinsellik tanımlanırken, erkek egemen ve hâlâ gelişmemiş toplumlarda bu kavram yasaklı bir durum olarak algılanmaya devam etmektedir. Günümüzde insanlar, doktorlarından cinsellik hakkında bilgi almaktan utanmakta ve doktorlar da bu konular üzerinde durmamaktadır (Yılmaz, 2016). Bu düşünce yapısına sahip toplumlarda bekaret kavramı oldukça öncelikli olup, bu yargı asla sorgulanamazken vajinismusun da kökleri burada oluşmaktadır. Cinsel sorunların kültürel farklılık gösterdiği genel literatürde belirlenmiştir. Ancak, çeşitli toplumlarda cinsel işlev bozukluklarına dair nedenlere dair çalışmalar yetersiz kalmaktadır. Fakat cinsel sorunların kültürel farklılıklarla ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (Ahmed ve Bhugra, 2007).

Evlilik içinde çiftlerin birbirlerine cinsel olarak arzu duyması toplum kültürlerine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Diğer taraftan, evlilikte eşler arasındaki ilişki, toplumsal, kültürel ve maddi etkenlerin etkileşimiyle ve cinsellikle bütünlük oluşturmaktadır (Gülsün, Ak ve Bozkurt, 2009). Birçok erkek için cinsellik, mutluluğun başlıca sebepleri arasında bulunmaktadır. Araştırmalara göz attığımızda, erkeklerin mutlu olmanın cinsellikle ilişkili olduğu düşüncesine sahip oldukları kabul edilmektedir. Bu bağlamda, çiftlerin evlilikteki memnuniyetleri ve ilişkilerinin

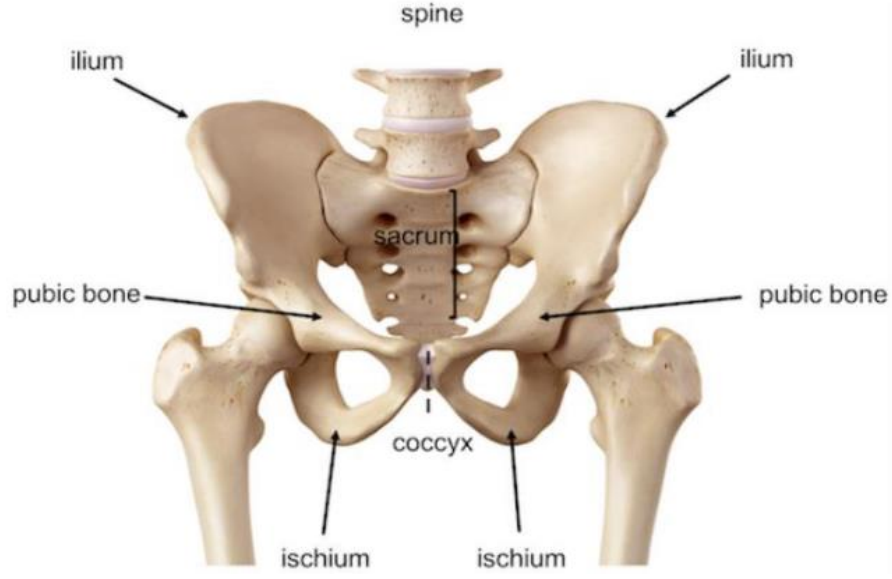
doyurucu olması, vajinismus rahatsızlığının nedenlerini oluşturmaktadır. Evlilik ve cinsellik üzerinde etkili olan bir başka faktör ise kadın ve erkeklerin demografik özellikleridir. Yaş, eğitim durumu ve aylık gelir gibi faktörlerin, evlilik dinamiklerini ve ikili ilişkilerdeki mutluluk seviyesini etkilediği birçok çalışmada görülmektedir (Anderson vd., 1983).

2.9. Pelvik Taban

Fizik tedavinin bir dalı olan pelvik taban terapisi, ürolojik ve jinekolojik sorunların erkek ve kadın sağlığı üzerindeki etkilerini ele alır. Bu alandaki uygulayıcılar, pelvik ve pelvik taban anatomisi, pelvik organlar, kan akışı ve innervasyon, biyomekanik ve nörofizyoloji konularında bilgi sahibi olmalıdır (Karan, 2016) ve (Akbayrak ve Kaya, 2016). Her alanda olduğu gibi, uygulayıcıların fizik tedavi almadan önce tıp uzmanları tarafından değerlendirilmesi önemlidir.

2.9.1. Pelvik Taban Anatomisi

Pelvis, birbirine bağlı üç kemikten oluşur: iki lateral kalça kemiği (koksa) ve bir sakrum. Her ilium üç ana bölümden oluşur: ilium, iskiyum ve pubis. İlium, pelvik kemiklerinin en büyüğü ve en üsttekisidir. İlium, sakruma bağlanan en büyük yapıdır. İskiyum, pelvik kemiklerinin alt ve arka kısımlarını tanımlar. İskiyum ayrıca pelvik tabanını oluşturur ve pubis ile eklemlenir. Pubis, pelvik kemiklerinin ön ve alt kısımlarını kaplar ve diğer iliuma, pubis simfizi adı verilen kıkırdaklı bir eklem aracılığıyla bağlanır. Pubis simfizi, pelvik kemiklerinin ön kısmında bulunur. Sakrum, beş ayrı omurun kaynaşmasıyla oluşan üçgen bir kemiktir. Bu yapı, omurganın en alt kısmını temsil eder ve pelvik kemiklerinin arkasında bulunur. İliak kemiklere bağlı olan sakrum, pelvisin arka kısmını oluşturur. Bu üç ana kemiğin birleşimi, pelvisin dengeli ve sağlam bir yapı oluşturmasını sağlar. Ayrıca pelvis, alt gövdeye denge ve stabilite sağlamanın yanı sıra, pelvis organlarını korur ve destekler.



Şekil 2. Pelvis

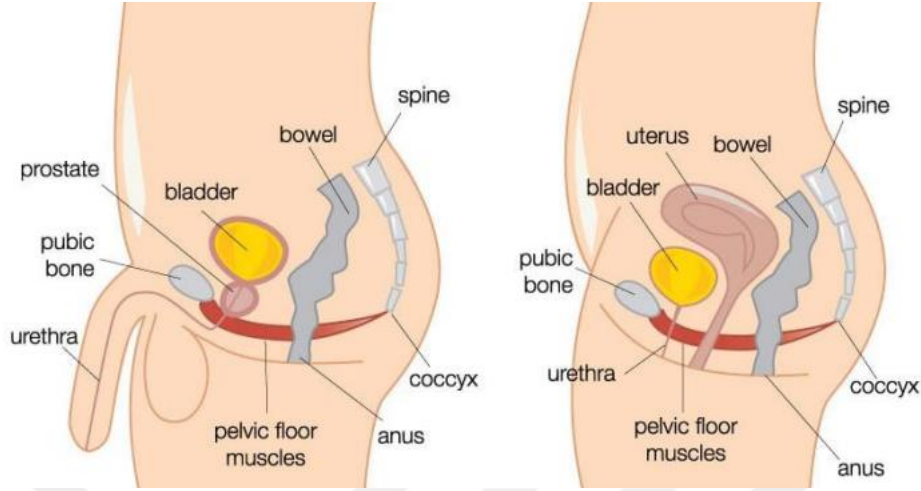
2.9.1.1. Bağ Doku ve Fasya

Pelvik bölgenin bağ dokusu ve fasyası, pelvik organların konumlarını koruyarak ve stabilite sağlayarak işlevlerini yerine getirmelerine yardımcı olur. Bağ dokusu, pelvik bölgede bulunan ve çeşitli yapıları bir arada tutmaya yardımcı olan bir doku türüdür. Pelvik organları korumak ve desteklemek için bu bölgede çeşitli bağlar bulunur. Örneğin, bağlar uterusu yerinde tutar ve pelvik kemiğe bağlar. Bağ dokusu ayrıca pelvik kemikler arasındaki stabilitede kritik bir rol oynar. Fasya, vücutta bulunan ve pelvik bölgede de bulunan bir diğer bağ dokusu türüdür. Pelvik bölgenin fasyası, pelvik organların etrafında kalın ve sert bir doku tabakası görevi görür. Bu fasya tabakaları organları konumlarında sabitler ve destek sağlar. Ayrıca, pelvik fasya çeşitli pelvik organları birbirine bağlar ve bölgenin işlevlerini düzenler. Pelvik bölgenin bağ dokusu ve fasya yapısı oldukça karmaşıktır ve çok sayıda bağ, fasya tabakası ve zar içerir. Pelvik diyafram, pelvisin alt kısmını kaplayan kas tabakasıdır. Üç ana bölümden oluşur: levator ani kasları, kuyruk sokumu kasları ve perineal kaslar. Pelvik diyafram, pelvik organları destekler ve bölgenin tabanını oluşturur.

2.9.1.2. Pelvik Bölge Organları

Pelvik bölge, üreme, sindirim ve boşaltım gibi çeşitli işlevleri yerine getiren rahim, yumurtalıklar, fallop tüpleri, vajina, rektum, üretra ve mesane gibi çok sayıda

önemli organı içerir. Bu organlar, pelvik bölgenin yapısını oluşturur ve karmaşık etkileşimleri sayesinde vücudun düzgün çalışmasını sağlar.



Şekil 3. Pelvik Bölge Organları

2.9.2. Pelvik Taban Kasları

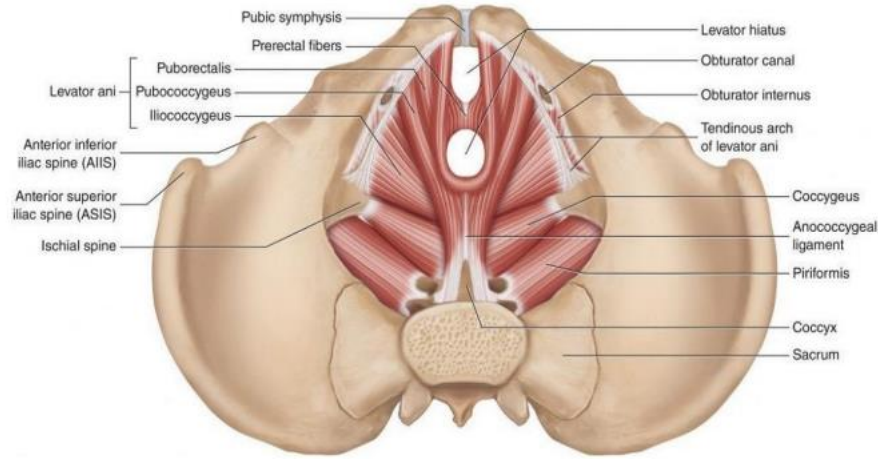
Pelvik taban kasları, karın boşluğunun içerisinde bulunarak symphysis pubisten ileumun ön kısmı boyunca uzanır. Genel olarak, bu kaslar yüzeysel, orta ve derin olmak üzere üç ana kısma ayrılmaktadır (Yeşilyurt vd., 2019).

Pelvik taban kasları, alt pelviste bulunan en büyük ve en önemli kas grubunu temsil eder ve pelvik bölgenin temelini oluşturur. Bu kaslar, destek sağlayarak pelvik organların pozisyonunu korur ve pelvik taban fonksiyonunun düzenlenmesinde temel bir rol oynar. Ayrıntılı olarak incelendiğinde, pelvik taban kasları iki ana alt gruba ayrılabilir: levator ani kasları ve perineal kaslar. Levator ani kasları, pelvik tabandaki en büyük kas grubunu oluşturur ve pubis, kuyruk sokumu ve iç uyluktan pelvik tabana uzanan geniş bir kas tabakasından oluşur. Levator ani kasları üç ana bileşenden oluşur: pubokoksigeus, puborektalis ve iliokoksigeus.

Perineal kaslar, pelvik tabanın alt kısmını oluşturur. Bu yapı, pelvisin önünden arkasına doğru uzanır ve koruma görevi görürken aynı zamanda pelvik organları destekler ve kontrol eder. Üretra, vajina ve anüs çevresinde bulunurlar ve idrar ve dışkı kontrolünü sağlarlar. Perineal kaslar arasında bulbospongioz, iskiokavernöz, yüzeysel transvers perine ve dış anal sfinkter bulunur. Pelvik taban kaslarının işlevi, pelvik organları desteklemek, idrar, gaz ve dışkıyı kontrol etmek, cinsel işlev, doğum ve pelvik ağrı ile ilgilidir. Bu kaslar, hamak gibi davranarak pelvik organları yerinde tutar

ve sarkmayı önlemeye yardımcı olur. Cinsel işlev sırasında vajinal duvarın gerginliği klitoral ereksiyon, orgazm ve boşalmayı etkiler. Doğum sırasında bebeğin doğum kanalından geçişini kolaylaştırarak doğum sonrası iyileşmeyi hızlandırırlar. Aşırı kasılma veya gevşeme, pelvik bölgede ağrı, basınç, yanma veya batma hissine neden olabilir.

Pelvik taban kaslarının patolojik durumları, zayıflama, hasar, aşırı kasılma veya gevşeme gibi çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilir. Stres, anksiyete, travmatik deneyimler, enfeksiyonlar, iltihaplanma, nörolojik sorunlar, hormonal değişiklikler veya psikolojik faktörler de bu duruma katkıda bulunabilir. Yaşlanma, hamilelik, doğum, menopo, obezite, kronik öksürük, kabızlık, ağır kaldırma, travma, ameliyat veya genetik faktörler kas hasarına neden olabilir. Pelvik organ sarkması, idrar kaçırma, idrar yapmada zorluk, dışkı kaçırma, pelvik ağrı, cinsel işlev bozukluğu, vajinismus, vulvodini, prostatit, interstisyel sistit ve pelvik ağrı gibi çeşitli komplikasyonlara yol açabilir.



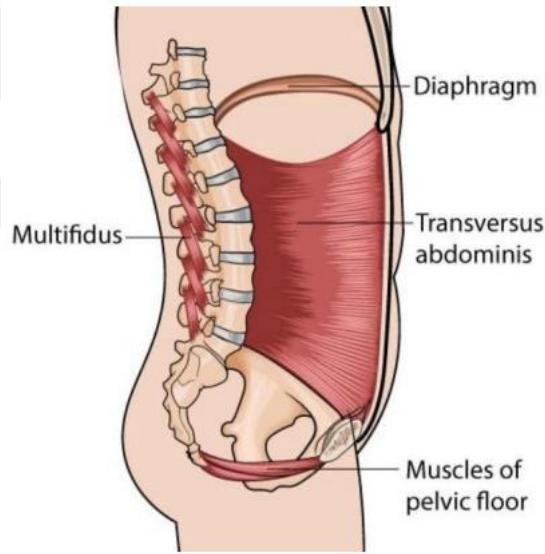
Şekil 4. Pelvik Taban Kasları

2.9.3. Pelvik Tabanı Etkileyen Diğer Fizyolojik Yapılar

Diyafram, göğüs boşluğunun alt kısmını kaplayan ve solunumda temel bir rol oynayan kas tabakasıdır. Pelvik taban kaslarıyla birlikte karın içi basıncını düzenler ve pelvik organların yerinde kalmasına yardımcı olur. Nefes alma sırasında diyafram kasılıp aşağı inerek göğüs boşluğunun hacmini artırır. Diyaframın nefes alma sırasındaki bu aşağı doğru hareketi karın içi basıncını artırır ve pelvik taban kaslarını harekete geçirir. Bu, idrar ve dışkının tutulmasını ve gerektiğinde dışarı atılmasını

kolaylaştırır. Diyafram ve pelvik taban, duruş ve dengeyi korumak için gerekli kas gruplarıdır. Bu iki yapı, denge ve dengeyi sağlamak için birlikte çalışır (Ptaszkowski vd., 2015).

Karın kasları, karının ön ve yan kısımlarını oluşturan kas gruplarıdır. Bu kaslar, pelvik taban kaslarıyla birlikte karın içi basıncını kontrol eder ve pelvik organ sarkmasını önler. Karın kasları ayrıca idrar ve dışkı tutma ve doğum gibi pelvik taban fonksiyonlarına da katkıda bulunur. Bel kasları, omurganın alt kısmını çevreleyen kas gruplarını oluşturur. Pelvik taban ile birlikte bu kaslar, duruşu destekler ve pelvik organların stabilitesine katkıda bulunur. Gluteal kaslar, kalça eklemine oluşturan ve hareket etmesini sağlayan kas gruplarıdır. Bu kaslar, pelvik taban kaslarıyla birlikte pelvik dengeyi korur ve pelvik organları desteklemeye yardımcı olur (Ptaszkowski vd., 2015).



Şekil 5. Pelvik Taban Kaslarını Etkileyen Diğer Kaslar

2.10. Pelvik Taban Eğitimi

Pelvik taban kasları, mesane, rahim ve rektum gibi organları destekleyen alt pelviste bulunan istemli kas gruplarından oluşur. Bu kasların düzgün çalışmaması, idrar ve dışkı tutamama, pelvik organ sarkması ve cinsel işlev bozukluğu gibi çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir (Bo ve Frawley, 2009). Bu nedenle, pelvik taban kaslarını güçlendirmek ve koordinasyonlarını geliştirmek için geliştirilen pelvik taban eğitimi, kadın fizyoterapisinde temel bir araç haline gelmiştir.

Pelvik taban eğitimi, insanların pelvik taban kaslarını doğru şekilde kasıp gevşetmeyi ve bunları etkili bir şekilde kullanmayı öğrenmelerine yardımcı olan yapılandırılmış bir fizyoterapi uygulamasıdır. Bu eğitim programları genellikle Kegel egzersizleri, geri bildirim yöntemleri, elektriksel stimülasyon, ağırlıklı vajinal koniler, manuel terapi ve son zamanlarda telerehabilitasyon gibi teknikleri birleştirir (Dumoulin vd., 2018).

Kegel egzersizleri, pelvik taban kaslarının izole kasılma ve gevşemesine odaklanır ve düzenli uygulama, pelvik kas gücünü önemli ölçüde artırabilir (Bø, 2004). Geri bildirim uygulamaları, kas aktivitesinin görsel veya işitsel bilgiler aracılığıyla algılanmasını sağlar ve doğru egzersiz performansının sağlanmasına yardımcı olur. Özellikle pelvik taban kaslarını ayırt etmekte zorluk çekenler için faydalı bir öğrenme aracıdır (Newman, 2007).

Teknolojinin günümüz sağlık hizmetlerine entegrasyonu ile birlikte, telerehabilitasyon yoluyla pelvik taban eğitiminin uygulanabilirliği araştırılmaktadır. İnternet tabanlı egzersiz programları ve mobil uygulamalar, uzaktan izleme ve rehberliği mümkün kılmıştır. Bu yöntemler yalnızca uygun maliyetli olmakla kalmaz, aynı zamanda hassas alanlarda, özellikle cinsel işlev bozukluğunda mahremiyetin korunmasına da önemli ölçüde katkıda bulunur (Asklund vd., 2020).

Pelvik taban eğitimi yalnızca semptomları iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, özgüvenin artması ve cinsel sağlık üzerinde olumlu etki açısından da kapsamlı faydalar sunar. Ancak, bireysel motivasyon, sağlık uzmanlarıyla takip ve uygun yöntemlerin seçimi, etkinliğin devamı için kritik öneme sahiptir.

2.10.1. Pelvik Taban Kas Eğitimi

Pelvik taban kas eğitimi (PTKE), Çin'in Taoizm felsefesinde 5.000 yıldan fazla bir süredir uygulanan bir teknik olarak kabul edilmektedir. Bu konuyla ilgili olarak, yogiler tarafından yapılan benzer egzersizleri gösteren eski Hint metinleri de mevcuttur. Hipokrat ve Galen, PTKE'nin yaşam kalitesi, zihinsel gelişim ve cinsel sağlık üzerinde olumlu etkiler yarattığını belirtmişlerdir ve bu alanın öncüsü olmuşlardır (Yeşilyurt vd., 2019). Ancak, PTKE ilk olarak 1936 yılında İngiliz fizyoterapist Margaret Morris tarafından tanımlanmıştır. Morris, pelvik taban kaslarının isteyerek ve bilinçli bir şekilde gevşetilip kasılmasının önemini

vurgulamıştır. Ayrıca, karın kaslarının kasılmasıyla pelvik taban kaslarının desteklenmesi gerektiğini öğretmiştir (Haslam, 2007).

1948 yılına kadar SÜİ tedavisinde yaygın olarak yer bulmayan PTKE, obstetri ve jinekoloji alanında uzman olan Arthur Kegell'in çalışmaları sayesinde düzenli bir uygulama haline gelmiştir (Kegell, 1948). Kegell, birçok kadının kas fonksiyonları hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Bu nedenle, kas kontraksiyonlarını görsel hale getiren bir alet olan perineometre ile egzersizler yapılmıştır (Kegell, 1948). Ancak, yalnızca PTKE veya biofeedback gibi farklı yöntemler de kullanılabilmektedir.

PTKE, 1990'ların sonunda Bo ve ekibi tarafından tanımlanmış ve içeriğinde üriner inkontinans türleri, pelvik organ prolapsusu (POP) ve fekal inkontinansın yer aldığı, kadınlar için ana tedavi seçeneği olarak önerilmiştir (Martinez, 2016). PTKE, pelvik taban kaslarının isteğe bağlı kasılmasını ve gevşemesini kapsar. Bu eğitimin amacı, kaybedilen kas işlevlerinin geri kazandırılması veya durumun iyileştirilmesidir. Etkili olabilmesi için kasların doğru bir şekilde kasılması gerekmektedir. Yapılan araştırmalar, kadınların %30'undan fazlasının pelvik taban kasılmalarında sorun yaşadığını ortaya koymuştur (Bahar, 2020).

2014 yılında, üriner inkontinansı olan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada PTKE'nin yaşam kalitesi, idrar kaçırma sıklığı ve miktarı üzerinde olumlu etkiler yarattığı belirtilmiştir. Uygulaması basit, cerrahi müdahale gerektirmeyen ve yüksek etkinlik sağlayan PTKE'de, düzenli program takibi tedavi başarısının ilk adımı olarak kabul edilmektedir (Yeşilyurt vd., 2019). Bu alanda hem araştırmalarda hem de klinik uygulamalarda önemli bir bulgu ise; PTKE'nin etkinliğinin, bireylerin tedaviye bağlılıklarındaki eksikliklerden etkilendiğidir.

Azaldığına dair bir görüş bulunmaktadır. Bu durumdan hareketle, kadın sağlığı üzerine çalışan fizyoterapistlerin karşılaşacağı en önemli zorluklardan biri, uygulamalara hasta katılımını dahil ederek tedavi sürecinin etkinliğini artırmayı hedefleyen bir yaklaşım içinde olmaları gerektiğidir (Yeşilyurt vd., 2019). Bu bağlamda, sağlık çalışanları arasında pelvik taban bilgisi ve farkındalığını incelemeyi amaçlayan bir araştırmada, fizyoterapistlerin pelvik taban konusundaki bilgi birikiminin diğer meslek gruplarına göre daha üst düzeyde olduğu bulunmuştur.

PTKE, özellikle pelvik taban disfonksiyonu yaşıyan kadınlar için ilk basamakta uygulanabilecek konservatif tedavi olarak önerilmektedir. Pelvik taban kaslarının normal işlevlerine dönmesiyle, üretral kapanma basıncı yükselir. Pelvik organların desteklenmesiyle birlikte aciliyet hissi ortadan kalkar (Martinho vd., 2016). Bireylerin egzersiz programına düzenli bir şekilde 6-8 hafta boyunca devam etmesi gerekir. Düzenli yapılan egzersizlerle iki hafta içerisinde olumlu etkiler gözlemlenirken, iki ay sonunda şikayetlerin azaldığı belirtilmektedir. Eğitim sürecinde ise hastaların pelvik taban anatomisi ve disfonksiyonu hakkında yeterince bilgilendirilmesi gerekmektedir. Öncelikle, pelvik taban kaslarının nasıl sıkılıp gevşetileceği öğretilmelidir. Bu süreçte, dijital palpasyon veya perineometre gibi teknolojik araçlardan yararlanılabilir. İdeal süre 10 saniye kasılma ve 10 saniye gevşeme şeklindedir. Ancak, bireylerin kas zayıflığı durumuna bağlı olarak daha kısa sürelerle de uygulama yapabileceği belirtilir. Burada fizyoterapist eşliğinde nefes kontrolü ve solunum tekniklerinin öğretilmesi, pelvik taban kontraksiyonunun etkinliği açısından önemli olabilir (Yeşilyurt vd., 2019).

PFMS'nin, her kadının hayatının bir noktasında deneyimlediği bir dönem olan hamilelik döneminde kas gücü ve tonusunda önemli bir artış sağladığı iyi bilinmektedir. PFMS, normalden düşük pelvik taban kas gücüne sahip hamile kadınlar için önerilen yöntemlerden biridir. Pelvik taban disfonksiyonunun önlenmesi ve tedavisi için özel faydaları tanımlanmıştır (Bahar B., 2020). Cochrane incelemeleri de dahil olmak üzere çok sayıda randomize kontrollü çalışma, PFMS'nin hamilelik ve doğum sonrası dönemde idrar kaçırma üzerinde koruyucu ve tedavi edici etkileri olduğunu göstermektedir.

Birçok sistematik ve randomize kontrollü inceleme, özellikle stres ve karma idrar kaçırma tedavisinde eğitim programının etkinliğini vurgulamıştır. Ayrıca, A sınıfında etkinliği kanıtlanmıştır. Ancak fekal inkontinans üzerindeki etkilerinin spesifik olduğu belirtilirken, önleme ve tedavideki etkinliği belirsizliğini korumaktadır. POP tedavisinde ve semptomlarının (vajinal dolgunluk, ağırlık hissi, bağırsak ve mesane semptomları) yönetiminde öznel ve nesnel faydalar sağladığı bulunmuştur (Bahar, 2020). Diğer olumlu etkiler arasında pelvik organ rehabilitasyonunun iyileştirilmesi yer almaktadır. OAB tedavisinde pelvik taban kas eğitiminin işlevi ve etkileriyle ilgili teorik bilgi hala belirsizdir (Kaya., 2013). Ayrıca pelvik taban sorunları olan kadınlarda cinsel işlevi ve yaşam kalitesini iyileştirdiği

iddia edilmektedir. Kısa vadeli koruyucu ve terapötik etkileri çok sayıda çalışma ile gösterilmiş olsa da, uzun vadeli etkileri tartışmalıdır ve daha fazla araştırma gerektiren bir belirsizlik olmaya devam etmektedir. Ancak pelvik taban sağlığı için PTCE'nin günlük yaşama dahil edilmesi gerektiği yadsınamaz (Bahar, 2020).

Eğitimin içeriği, kişinin perineal durumu gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebilir (Kegel, 1948). Dinlenme ve kasılmanın kesin süresi belirtilmemekle birlikte, genel olarak önerilen eğitim, 8 ila 12 hafta boyunca haftada 2 ila 3 kez yapılan egzersizleri içerir. Bu program evde veya bir fizyoterapist eşliğinde grup egzersizleri şeklinde uygulanabilir (Bahar, 2020). Farklı kültürel bağlamlarda yapılan çalışmalar, kadınların pelvik taban hakkındaki bilgi ve farkındalıklarının oldukça düşük olduğunu ortaya koymaktadır (Bahar, 2020). Rastgele seçilen 19 bireyle tedavi grubu olarak yürütülen çalışmada, katılımcılara pelvik taban kaslarını kasmaları öğretildi. Ardından bir dizi oturma egzersizi yaptılar. Egzersiz programı, tip I ve tip II lifleri hedef alan hızlı ve yavaş kasılmalarla 6 haftalık bir ev uygulamasını içeriyordu. Katılımcıların bu egzersizleri daha iyi anlamalarına yardımcı olmak için bazı talimatlar verildi:

1. Musluğu açıp kapatma görseli kullanılarak, yavaş kasılmalar şu şekilde tanımlandı: 5'e kadar say, 5'e kadar sık, 5'e kadar dur ve 5'e kadar bırak.
2. Görsel, yavaşça yükselen, yolcu almak için duran ve yavaşça inen bir asansör olarak tanımlandı.

Egzersiz, 10 hızlı kasılma ve ardından 10 yavaş kasılmadan oluşuyordu. İlk hafta günde 5 setle başladı ve egzersiz sayısı haftada 5 set artırılarak altıncı haftada 30 sete ulaşıldı. Hedef, toplam 600 kasılmaya ulaşmaktır. Katılımcılara egzersizlerin nasıl yapılacağı ve performanslarının nasıl kaydedileceği hakkında bilgi içeren tablolar verildi (Polat, 2017). Pelvik taban kas eğitiminin etkinliğini etkileyebilecek bir faktör olarak belirtilen pelvis ve ayak bileği pozisyonu da dikkate alınması gereken bir faktördür. Çeşitli çalışmalar, ayak bileği dorsifleksiyonu sırasında pelvik taban ve duruş kaslarının daha fazla kasıldığını göstermektedir.

2.10.1.1. Mesane Eğitimi

1966 yılında, alt üriner sistemdeki işlev bozukluğu olan kadınların tedavisi Jeffcoate ve Francis tarafından ortaya konmuştur. Kognitif ve fiziksel olarak uygun olan hastalara uygulanabilecek bu eğitim programının amacı, normal mesane işlevlerini yeniden düzenleyerek idrar yapma aralıklarını gün geçtikçe uzatmayı

hedeflemektedir. Genellikle 6-12 hafta süresince uygulanan mesane eğitimi çerçevesinde, mesanenin iki ila dört saat arayla idrara çıkması planlanmaktadır. Çoğu zaman bir saatlik periyotlarla başlayarak, bireylerin durumuna bağlı olarak idrara çıkma zamanları 30 dakika veya daha kısa sürede ayarlandığı durumlar da gözlemlenmektedir. Hastanın toleransı göz önünde bulundurularak, bireyden idrar yapma aralıklarını her hafta 15 ila 30 dakika artırması istenir. Bu uygulama, hastanın idrar günlüğü tutması sayesinde programın sürdürülmesine yardımcı olmanın yanı sıra, tedavi sürecinde motive olmasını sağlar. Ayrıca, klinisyene de nesnel bir değerlendirme imkanı sunar. Eğitimin kolay, maliyet etkin olması ve yan etkilerinin bulunmaması, bu programın avantajları arasında yer almaktadır (Karaaslan, 2019).

2.10.1.2. Pelvik Taban Eğitiminin ICF Çerçevesinde Etkinliği

Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF), bir bireyin sağlık durumunu hastalık veya bozukluğun ötesinde ele alan, işlevselliğe, engelliliğe ve çevresel ve bireysel faktörlere odaklanan kapsamlı bir biyopsikososyal model sunar (Dünya Sağlık Örgütü [WHO], 2001). Bu bağlamda pelvik taban eğitimi değerlendirildiğinde, bu eğitim sadece kas gücünü artırmanın ötesine geçer ve bireyin günlük aktivitelere katılımı, psikolojik refahı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini de dikkate alır.

Pelvik taban kas disfonksiyonu olan bireylerde, ICF'nin yapısal ve işlevsel bileşenleri genellikle "pelvik taban kas disfonksiyonu" ve "cinsel işlev bozukluğu" olarak kategorize edilir. Ancak bu bozukluklar, bireyin fiziksel yapısını ve işlevini etkilemenin yanı sıra, aktivite kısıtlamaları (örneğin cinsel ilişkiye girememe) ve katılım kısıtlamaları (örneğin sosyal izolasyon, ilişki sorunları) gibi sonuçlara da yol açar. Bu bağlamda, pelvik taban eğitimi yalnızca fiziksel iyileşmeyi değil, aynı zamanda bireylerin sosyal rollerine yeniden entegrasyonunu da hedefler (Lee vd., 2017). Özellikle vajinismus gibi psikofizyolojik durumlarda, pelvik taban eğitimiyle birlikte uygulanan bilişsel-davranışçı yöntemler, beden imajını iyileştirmede ve ağrı duyarlılığını azaltmada önemli faydalar sunmaktadır (Reissing et al., 2005) ICF modeli, bu tür müdahalelerin sonuçlarını yalnızca semptom düzeyinde değil, aynı zamanda bireyin genel işlevselliği açısından da değerlendirme fırsatı sunmaktadır.

Telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitimi bu bağlamda umut verici bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır. Gizlilik endişeleri nedeniyle yüz yüze yardım

almaktan çekinen bireyler için, dijital platformlar aracılığıyla sunulan egzersiz programları, ICF'de "çevresel faktörler" başlığı altında ele alınan sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı ve erişimi sağlamaktadır (Asklund vd., 2020). Sonuç olarak, pelvik taban eğitimini ICF çerçevesi içinde ele almak, tedavi süreçlerine çok yönlü bir bakış açısı sunmakta ve yalnızca kişinin semptomlarını değil, aynı zamanda yaşamının tüm yönlerini etkileyen bir iyileşme sürecine olanak tanımaktadır.

2.10.2. Pelvik Taban Egzersizleri

Pelvik taban egzersizleri, mesane, rahim ve rektumu destekleyen pelvik taban kaslarının kasılma ve gevşemesini kontrol etmek ve güç ve dayanıklılıklarını artırmak için yapılır (Bø, 2004). Bu egzersizler, özellikle stres kaynaklı idrar kaçırma, pelvik organ sarkması ve cinsel işlev bozukluğu gibi sorunlar için birinci basamak tedavi olarak kabul edilir (Dumoulin vd., 2018). Kegel egzersizleri, en bilinen pelvik taban egzersiz türüdür. Bu yöntem, pelvik taban kaslarının düzenli olarak kasılıp gevşemesini içerir. Egzersizler günlük yaşama dahil edilmeli, tutarlı ve disiplinli bir şekilde yapılmalıdır. Kasların düzgün çalışması için öncelikle pelvik taban kaslarını anlamak ve yalnızca bu bölgeye odaklanmak önemlidir. Bu farkındalık süreci, biyolojik geri bildirim (biofeedback) gibi destekleyici tekniklerle kolaylaştırılabilir (Newman, 2007).

Araştırma sonuçları, uygun metodolojiyle ve yeterli süreyle yapılan pelvik taban egzersizlerinin pelvik kas gücünde önemli bir artış ve semptomlarda önemli bir azalma sağladığını göstermektedir (Bø vd., 2015). Etkili olması için egzersizlerin haftada en az üç kez, günde 3-4 set (set başına 8-12 tekrar) yapılması önerilmektedir (Hay-Smith vd., 2011).

Pelvik taban egzersizleri yalnızca fiziksel bir aktivite değil, aynı zamanda sağlık ve yaşam kalitesini iyileştirmenin bir yoludur. Bu egzersizlerin, özellikle doğum sonrası dönemde, menopoz döneminde ve vajinismus gibi cinsel işlev bozukluklarında düzenli olarak uygulanması, yalnızca semptomları hafifletmekle kalmaz, aynı zamanda öz yeterlilik ve beden farkındalığını da artırır (Asklund vd., 2020).

Pelvik taban egzersizleri, inkontinans veya aşırı aktif mesane için davranışsal veya fizik tedavi planlarının önemli bir bileşenidir. Bir fizyoterapistin gözetiminde veya evde bireysel olarak yapılabilirler. Bu egzersizler, hastalara perivajinal kasları nasıl tanımlayacaklarını ve kontrol edeceklerini öğretmek için geliştirilmiştir; bu,

onları güçlendirir ve inkontinansı azaltır. Amaç, pelvik taban kaslarını, özellikle levator ani'yi izole etmektir. Bu kas liflerinin sürekli, düşük yoğunluklu kasılması, üretra kapanma basıncını korurken genel destek sağlar. Egzersiz sırasında, bireyin dizleri bükülü halde vajinal ve rektal kasları sıkıca kasma ve bir çekme hissi yaşaması beklenir. Başlangıçta, birey bu kasılmayı yorulmadan 3-4 saniye tutar ve ardından 10 saniye tutmaya çalışır. Bu kasılmadan sonra kişi 8-10 saniye dinlenir. Bu işlem kişinin rahatlamasını sağlayarak farkındalığı artırmayı amaçlar. Kasılma ve gevşeme hareketlerinin günde en az 10 kez yapılması önerilir. Egzersiz sırasında karın kaslarının kasılmasından kaçınılması ve doğru nefes tekniklerinin kullanılması istenmeyen sonuçları önler. Kişilerin bu uygulamaları yaşamları boyunca sürdürmeleri teşvik edilir.

Egzersizlerin yatay, dikey veya oturur pozisyonlarda tekrarlanmasının başarı olasılığını artırdığı bildirilmiştir; ayrıca tekrar sayısının artırılması motor becerilerin geliştirilmesi ve güçlü bir pelvik taban oluşturma potansiyelini artırır. Pelvik taban kasları inkontinans oluşmadan önce kasılırsa hedefe ulaşılmış olur. Modifiye Oxford Ölçeği (MOS) skoru 2 veya daha yüksek olan kişilerin egzersiz terapisine daha iyi yanıt verebileceği öne sürülmüştür. Çeşitli araştırmalar, düzenli egzersizin antrenmanla birlikte yapıldığında idrar kaçırmayı azalttığını ve dolayısıyla yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermişti. Başka bir çalışma ise, kadınların yaklaşık %30-40'ının talimatlara rağmen egzersizleri doğru şekilde yapmadığını, pelvik taban disfonksiyonu olan kadınlarda bu oranın %70'e çıktığını göstermektedir.

2.10.3. Pelvik Taban Fizyoterapisi

Vajinismus tedavisinde pelvik taban fizyoterapisi, kasların rahatlamasını sağlamak ve cinsel ilişki esnasında huzur yaratmak amacıyla uygulanan bir yöntemdir. Pelvik taban kaslarında aşırı gerilme veya spazm, vajinismus belirtilerine yol açabilir. Bu sebeple, pelvik taban kaslarının gevşemesi, esneklik kazanması ve kontrol edilmesi, vajinismus tedavisinde kritik bir öneme sahiptir. Pelvik taban kas eğitimi, vajinismus konusunda farkındalık artırmak için yapılır. Kişi, pelvik taban kası egzersizlerini düzenli olarak uygulamalı ve gelişimini izlemelidir. Pelvik taban kaslarının kontrol edilmesi zaman alabilir, bu yüzden süreklilik sağlamak oldukça önemlidir. Pelvik taban fizyoterapisi; pelvik taban kas eğitimi amacıyla biyolojik geri

bildirim, elektoterapi, el ile tedavi, nefes alma teknikleri ve egzersizler gibi kapsamlı süreçleri içermektedir (Goldfinger vd., 2016).

2.10.3.1. Biofeedback

Vajinismus tedavisinde biofeedback, pelvik taban kaslarının kontrolünü sağlamak amacıyla kullanılan bir yöntemdir ve bu kasların çalışma biçimini görsel ya da işitsel geri bildirim ile öğrenmeyi sağlar. Bu yaklaşım, kasların kasılması ve gevşemesi ile ilgili bilgileri grafik ya da ses sinyalleri üreten bir cihaz aracılığıyla bireye ileterek, geri bildirim almasına imkan tanır. Birey, elde edilen bu geri bildirimleri kullanarak pelvik taban kaslarını kontrol etmeyi öğrenir. Biofeedback, bireyin pelvik taban kaslarını daha iyi anlaması, istenen şekilde kontrol etmesine ve gevşeme sağlamasına destek olabilir. Bu yöntem ile kişi, pelvik taban kaslarını kasıp gevşetme egzersizlerini dikkatlice takip edebilir. Biofeedback tedavisi ise değerlendirmenin yanı sıra egzersiz ve takip için kullanılmaktadır. Ancak, biofeedback uygulaması belirli seanslar boyunca düzenli şekilde sürdürülmelidir. Bunun yanında, bireyin tedavi sürecine katılımı ve motivasyonu da büyük bir öneme sahiptir (Goldfinger vd., 2016).

2.10.3.2. Elektroterapi

Vajinismus tedavisinde elektroterapi, pelvik taban kaslarının kasılmasını azaltmak ve gevşemesini sağlamak amacıyla uygulanan bir yöntemdir. Bu işlem, elektrik akımının pelvik bölgedeki kaslara iletilmesiyle yapılır. Tedavi süresince, elektrotlar ya cildin üstünden ya da intravajinal bir prob aracılığıyla pelvik kaslarla temas kurar. Elektroterapi, kasların kasılmasını azaltmakla kalmaz, aynı zamanda gevşemelerini teşvik ederek kontrol düzeyini artırır ve bunun yanında ağrıyı hafifletebilir, kas spazmlarını da azaltabilir. Vajinismus tedavisinde elektroterapi için farklı elektrik akımları, örneğin düşük frekanslı elektrik akımı ve transkutanöz elektrik stimülasyonu gibi yöntemler tercih edilebilir.

2.10.3.3. Manuel terapi

Manuel terapi, vajinismus tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Pelvik taban kaslarını gevşetmeyi, kasılmaları azaltmayı ve ağrıyı hafifletmeyi amaçlar. Manuel terapi genellikle fizyoterapistlerin pelvik taban, perineal bölge, karın kasları ve adduktörlere doğrudan veya dolaylı müdahalelerini içerir. Bu müdahaleler

manipölasyon, mobilizasyon, masaj ve osteopatik teknikler gibi çeşitli yöntemleri içerebilir. Bu uygulamalar kas gevşemesini sağlamak, spazmları azaltmak ve kas elastikiyetini artırmak için tercih edilir. Tedavi sırasında hasta rahatlamaya ve gevşemeye teşvik edilir.

2.10.3.4. Solunum egzersizi

Vajinismus tedavisinde solunum çalışmaları, stres seviyelerini azaltmak, kasları rahatlatmak ve bireyin bedenine dair daha fazla farkındalık kazanmasını sağlamak amacıyla kullanılan bir uygulamadır. Solunum çalışmaları, pelvik taban kaslarının istem dışı kasılmalarını azaltarak kontrol sağlamaya yardımcı olabilir ve vajinismus belirtilerinin hafiflemesine katkıda bulunabilir. Bu çalışmalar; derin nefes almak, yavaş ve düzenli bir şekilde nefes almak, derin göğüs ve karın nefesi yapmak, nefes alıp vermeyi yavaşlatmak gibi tekniklerle uygulanabilir.

2.10.3.5. Germe ve gevşeme egzersizleri

Esneme ve gevşeme egzersizleri, pelvik taban kaslarının esnekliğini artırmayı, kas kramplarını azaltmayı ve vajinal ilişki sırasında konforu artırmayı amaçladıkları için vajinismus tedavisinde önemli bir yöntemdir. Bu egzersizler, vücut farkındalığını ve pelvik taban kaslarının kontrolünü iyileştirerek vajinismus semptomlarını azaltmaya yardımcı olabilir. Pelvik taban kaslarını esnetme, gevşeme egzersizleri, geri bildirim temelli egzersizler ve denge, hareketlilik ve koordinasyona odaklanan egzersizler vajinismus tedavisinde sıklıkla kullanılır. Ancak, bir fizyoterapistin her bireyin ihtiyaçlarına ve semptomlarına göre kişiselleştirilmiş bir egzersiz programı geliştirmesi çok önemlidir.

2.11. Telerehabilitasyon

Genel anlamda teletıp, teknolojiyi kullanarak hastaların uzaktan incelenmesi ve uzak mesafelere rağmen tedavi süreçlerinin uygulanabilmesi olarak tanımlanabilir. Bu kavram, aslında 30 yıl öncesine dayalı bir geçmişe sahiptir ve önemli örnekleri arasında teleradyoloji ile telepatoloji, hasta görüntülerinin saklanmasıyla bilinmektedir. Söz konusu görüntüler, değerlendirilmek üzere farklı ortamlara ve klinik uzmanlara iletilmektedir (Özden, Sarı & Tuğay, 2020). Son dönemlerde yeni bilgi teknolojileri ve telemedikal cihazların gelişimindeki artış nedeniyle teletıp uygulamaları oldukça yaygın hale gelmiştir (Peretti vd., 2017). Uygulama

imkanlarının artmasında; internet maliyetlerinin düşmesi, iletişim teknolojilerinin toplumda daha fazla yer alması ve hastanede kalmakta olan bireylere ya da hastaneden çıkış yaptıktan sonra sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için teknoloji bazlı çözümlerin fırsatlarını artırması gibi faktörler etkili olmuştur. Son yıllarda teletıp kapsamında öne çıkan konulardan biri telerehabilitasyondur. Telerehabilitasyon, bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması anlamına gelir (Özden, Sarı & Tuğay, 2020). Başka bir ifadeyle, bir hasta ile sağlık uzmanı arasında uzaktan sağlık hizmeti sağlamak amacıyla bilgi ve telekomünikasyon teknolojilerinin kullanılması olarak tanımlanabilir. Gelişmekte olan bu alan, hızla büyüyüp teletıp ve sağlık sistemi için önem kazanmaktadır. Dolayısıyla, mesleki terapistler, konuşma terapistleri ve fizyoterapistler tarafından sağlanan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Balcı, 2021).

Ölçülebilir ve sürdürülebilir telerehabilitasyon programlarının geliştirilmesinin her geçen gün daha da önem kazanacağı düşünülmektedir. Telerehabilitasyonun değeri, hastanede yapılan rehabilitasyon müdahaleleri ve hastalığın akut döneminde hastaların yönetiminin yanı sıra, kronik sağlık sorunları olan bireylerin uzaktan izlenmesinde kendini göstermektedir (Özden, Sarı & Tuğay, 2020).

2015 yılından itibaren internet kullanıcılarının yaklaşık %80'inin akıllı telefon ve %47'sinin tablet sahibi olduğu belirtilmiştir; bu cihazlar, rehabilitasyon programlarını desteklemek amacıyla hatırlatma işlevleri ve video gibi multimedya araçlarına erişim imkanı sunmaktadır. Ancak, akıllı teknolojilerle birlikte sunulan video tabanlı ev programları aracılığıyla hastalara iletilen egzersiz programlarının tedavi sonuçlarını nasıl etkilediğine dair çok az bilgi mevcuttur (Özden, Sarı & Tuğay, 2020). Bu tür sağlık hizmetlerinin, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan bireylere yeterli miktarda sunulmayan sağlık hizmetlerinde fayda sağlayacağına inanılmaktadır (Russell, 2009). Telerehabilitasyon yöntemi, evde bakım hizmetlerinde geleneksel karşılıklı tedavi yöntemlerine bir alternatif olarak, daha düşük maliyetli rehabilitasyon seçeneği ile giderek daha fazla kullanılmaktadır. Bu yöntem, izleme, müdahale, eğitim, danışmanlık ve denetim gibi pek çok hizmet türünü (Özden, Sarı & Tuğay, 2020).

Bireylerin telerehabilitasyon kullanması, standartların artırılmasını sağlarken, aynı zamanda hastaların egzersiz programlarına uyumlarını geliştirmeye yardımcı olabilir. Ayrıca, bu teknoloji, coğrafi kısıtlamalar ya da seyahat edememe nedeniyle

geleneksel fizik tedavi hizmetlerine erişemeyen bireylerin rehabilitasyon sürecine katılmalarını kolaylaştırabilir (Balcı, 2021). Bunun yanı sıra, Covid-19 pandemisi tüm sağlık hizmetlerini etkilemiştir. Sağlık çalışanları ile hastaların bulaşma riskinden kaçınmak amacıyla, yüz yüze klinik ziyaretler yerine telekomünikasyon teknolojisinin kullanımı tercih edilmiştir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİK

3.1. Araştırma Tasarımı

Bu araştırma, yetkili hekim tarafından vajinismus tanısı almış bireylerde farklı yoğunluklardaki kısa dönem telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitimi programlarının etkinliğini incelemek amacıyla deneysel ve karşılaştırmalı bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışma, ön test–son test ölçümlerinin yapıldığı, iki deney grubunun (düşük ve yüksek yoğunluklu telerehabilitasyon programları) karşılaştırıldığı, kontrollü bir müdahale tasarımı çerçevesinde yürütülmüştür.

3.1.1. Müdahale Süresinin Belirlenmesi

Bu çalışmada telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitimi programı **4 hafta** süreyle uygulanmıştır. Pelvik taban kas eğitimi literatüründe, kas farkındalığı, gevşeme ve motor kontrol kazanımlarının erken dönemde, özellikle **ilk 3–4 hafta içerisinde** ortaya çıkabildiği bildirilmektedir. Kısa süreli ve yapılandırılmış egzersiz programlarının, hipertonic pelvik taban disfonksiyonlarında ağrı düzeyinin azaltılması ve kas kontrolünün geliştirilmesi açısından etkili olduğu gösterilmiştir (Berghmans et al., 2018).

Ayrıca telerehabilitasyon temelli pelvik taban uygulamalarını inceleyen çalışmalarda, **4–6 haftalık müdahale sürelerinin**, danışan uyumunu artırdığı ve kısa dönem klinik etkilerin değerlendirilmesi açısından uygun olduğu belirtilmektedir (Lima et al., 2025). Bu doğrultuda, çalışmada 4 haftalık uygulama süresi, hem telerehabilitasyonun kısa dönem etkinliğini değerlendirmek hem de katılımcıların tedaviye devamlılığını desteklemek amacıyla tercih edilmiştir.

3.1.2. Katılımcı Seçimi

Katılımcılar, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Araştırmaya katılım, gönüllülük esasına dayanmakta olup, katılımcılar sosyal medya platformları (Instagram, Facebook ve WhatsApp grupları) üzerinden yapılan duyurular yoluyla araştırmaya davet edilmiştir.

3.1.3. Katılımcıların Gruplara Atanması

Çalışmaya dahil edilen katılımcılar, rastlantısal (randomize) olarak iki gruba (deney grubu 1: yüksek yoğunluklu telerehabilitasyon, deney grubu 2: düşük yoğunluklu telerehabilitasyon) atanmıştır. Grup ataması, kapalı zarf sistemi (sealed envelope system) kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

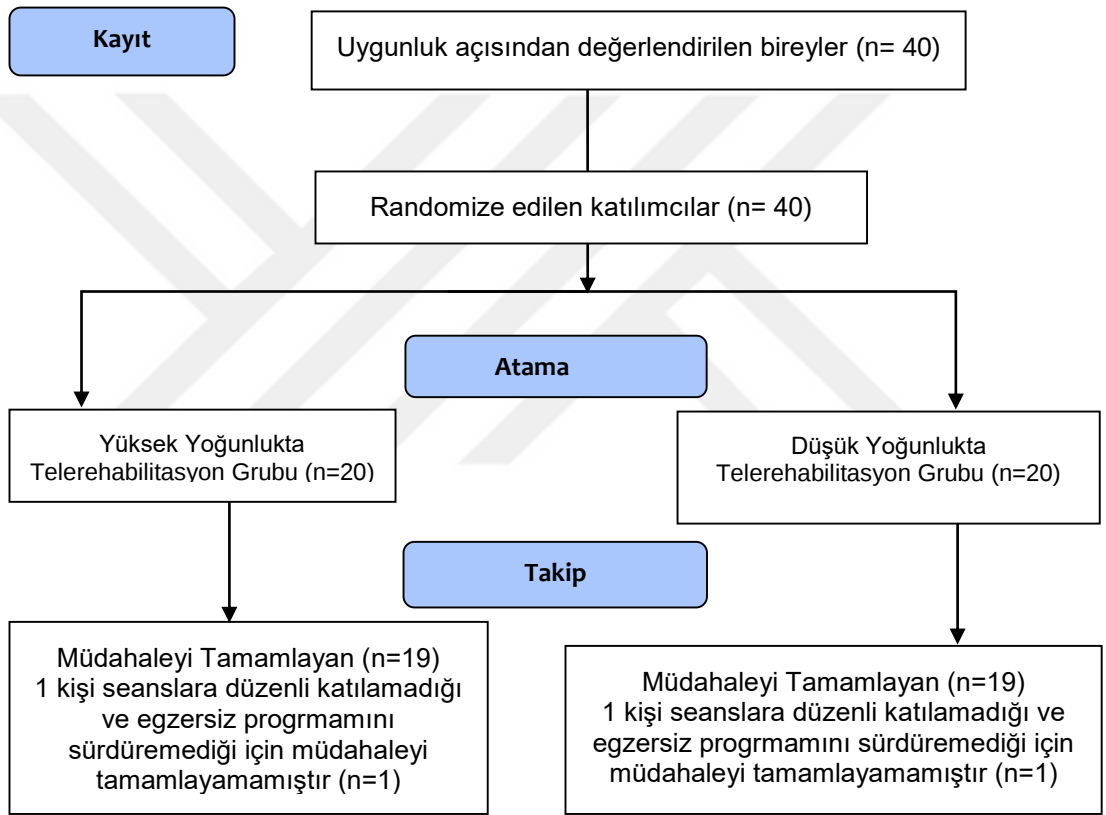
Bu amaçla, araştırmacıdan bağımsız bir kişi tarafından 1'den katılımcı sayısına kadar numaralandırılmış kapalı zarflar hazırlanmıştır. Her zarfın içinde rastgele üretilmiş grup atama bilgisi (örneğin, “Yüksek Yoğunluklu Grup” veya “Düşük Yoğunluklu Grup”) yer almıştır. Katılımcılar bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzaladıktan sonra sırayla bir zarf çekmiş ve zarf içindeki bilgi doğrultusunda ilgili gruba atanmıştır.

Duyurularda araştırmanın amacı, içeriği, katılım kriterleri (vajinismus tanısı almış olmak, 18-45 yaş aralığında olmak vb.), süre ve telerehabilitasyon yöntemi kısaca açıklanmış; ilgilenen bireyler araştırmacıyla (Zehra Baydar) doğrudan mesaj veya e-posta yoluyla iletişime geçerek ön başvuru yapmıştır.

Araştırma kapsamında, vajinismus tanısı almış ve çalışmaya gönüllü olarak katılan bireyler, dahil edilme ve dışlanma kriterlerini karşıladıkları belirlendikten sonra telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitimi programına alınmıştır. Katılımcıların, uygun örnekleme yöntemi ile belirlenmesinin ardından, istatistiksel güç analizi ile öngörülen örneklem büyüklüğü dikkate alınarak iki farklı yoğunluk düzeyine göre gruplara dağıtılması hedeflenmiştir. Yoğunluk düzeyi; oturum sayısı, haftalık sıklık, her oturumun süresi ve ev egzersiz programının kapsamı gibi değişkenler üzerinden tanımlanmıştır.

DeneySEL sürecin başlangıcında tüm katılımcılara demografik bilgi formu, cinsel işlev ölçekleri (örneğin FSFI) ve ICF çerçevesine göre düzenlenmiş işlevsellik değerlendirme formları uygulanarak ön test verileri toplanmıştır. Ardından katılımcılar, belirlenen yoğunluk düzeyine uygun telerehabilitasyon programına alınmış ve belirlenen müdahale süresi boyunca çevrim içi görüşmeler, egzersiz videoları, dijital takip formları ve gerektiğinde bire bir geri bildirim oturumları ile izlenmiştir. Müdahale sonrasında aynı ölçek ve formlar yeniden uygulanmıştır; böylece program öncesi ve sonrası değişim istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Bu tasarım, hem farklı yoğunluktaki programların birbirleriyle karşılaştırılmasına, hem de her katılımcının kendi içinde zaman içindeki değişiminin izlenmesine olanak sağlamaktadır. Araştırma, Dünya Sağlık Örgütü'nün ICF çerçevesini rehber alarak yalnızca semptom düzeyindeki değişiklikleri değil, bireyin işlevsellik, aktivite, katılım ve çevresel etmenler bağlamındaki bütüncül durumunu değerlendirmeyi hedeflemektedir. Böylece telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin, vajinismus tedavisinde biyopsikososyal boyutlarıyla ele alınmasına katkı sunulması amaçlanmaktadır.



Şekil 6. Consort Katılımcı Akış Diyagramı

3.2. Evren ve Örneklem

Bu çalışmada örneklem büyüklüğü hesabı için G*Power (G*power version 3.1.9.2, Axel Buchner, Universität Kiel) programı kullanıldı. $\alpha=0.05$ ve $1-\beta$ (güç)=0.80 ile güç analizi yapıldı. Maíra M. Franco ve arkadaşlarının yapmış olduğu benzer çalışma verileri incelenerek tedavi programının etkinliği için etki büyüklüğü Cohen d: 0.9761388 olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre, $\alpha=0.05$ ve $1-\beta$ (güç)=0.80 ve Cohen d:0.9761388 olacak şekilde analiz yapıldığında her iki grupta en az 18 vaka alınması gerektiği tespit edildi. Vaka kayıpları göz önüne alındığında her iki grupta 20 vaka ile çalışmanın tamamlanması planlandı fakat her 2 gruptan da birer kişi seanslara katılamayıp, egzersiz yapamadığı için çalışmadan ayrılmak istemişlerdir. Çalışmaya toplamda 38 kişi katılmış, her grup 19 kişiliktir.

Araştırmanın evrenini, vajinismus tanısı almış ve telerehabilitasyon yöntemiyle pelvik taban eğitimi almaya uygun olan, 18-45 yaş arası, aktif cinsel yaşamı bulunan, daha önce pelvik taban eğitimi ya da benzer bir fizyoterapi müdahalesi almamış kadın bireyler oluşturmaktadır. Çalışma, çevrim içi (online) bir eğitim/müdahale programı şeklinde yürütüldüğünden, araştırmanın evreni Türkiye’de ve farklı ülkelerde yaşayan, vajinismus tanısı almış kadın bireyleri kapsamaktadır.

Uygulanabilirlik ve erişilebilirlik açısından, çalışmanın temel odak noktası Türkiye’deki sağlık kuruluşlarına ve üniversite kliniklerine başvurmuş olan bireyler olmakla birlikte, online formatın sağladığı esneklik doğrultusunda çeşitli ülkelerden katılım sağlayan kadınlar da evren kapsamında değerlendirilmektedir.

Araştırmanın örneklemini, vajinismus konusunda geliştirilen çevrim içi (online) eğitim programına katılmak üzere başvuran ve belirlenen ölçütleri karşılayan kadın katılımcılar oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 18 yaş ve üzerinde olmak, uzman hekim tarafından vajinismus tanısı almış olmak, daha önce pelvik taban eğitimi veya benzer bir tedavi almamış olmak, çevrim içi telerehabilitasyon uygulamalarına erişimi sağlayacak internet bağlantısı ile akıllı telefon, tablet veya bilgisayara sahip olmak ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmektir. Dışlama kriterleri ise gebelik, akut pelvik enfeksiyon, pelvik taban işlevini belirgin biçimde etkileyen nörolojik hastalıklar ve müdahale sürecine aktif katılımı zorlaştırabilecek ciddi psikiyatrik bozukluklardır.

Katılımcılar, araştırmanın kapsamı ve süreci hakkında bilgilendirildikten sonra çevrim içi bilgilendirilmiş onam formunu onaylayarak tarama sürecine alınmaktadır. Tarama sürecinde, vajinismus tanısının doğrulanmasıyla birlikte pelvik taban kas işlevi ve genel sağlık durumuna ilişkin ön değerlendirmeler yapılmaktadır. Dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan bireyler çalışma örneklemine dahil edilmektedir. Örneklem büyüklüğü; beklenen etki büyüklüğü, alfa düzeyi ve istatistiksel güç hedefleri doğrultusunda yapılan güç analizi ile belirlenmekte, olası katılımcı kayıpları göz önünde bulundurularak ek bir pay bırakılmaktadır.

Örnekleme süreci, çalışmanın bulgularının yorumlanması açısından önemli bir sınırlılığı da beraberinde getirmektedir. Araştırmanın, yetkili hekim tarafından vajinismus tanısı alma zorunluluğu ve online erişimi mümkün olan bireylerle sınırlı olması, sonuçların tüm vajinismuslu popülasyona genellenebilirliğini kısmen sınırlandırmaktadır. Bununla birlikte, online telerehabilitasyon temelli bir müdahale programı için bu örneklem çerçevesinin, hem uygulama süreçlerinin standartlaştırılmasına hem de farklı coğrafi bölgelerden katılımcılarla çalışmanın mümkün olmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları hem metodolojik hem de örneklem temelli unsurları kapsamaktadır. Öncelikle çalışmanın yalnızca 18 yaş ve üzerindeki kadın bireylerle sınırlandırılması, daha genç yaş grubundaki olguların (örneğin geç ergenlik dönemi) bu çalışmanın kapsamı dışında kalmasına neden olmaktadır. Bu durum, bulguların tüm yaş gruplarına genellenmesini kısıtlamaktadır. Ayrıca sadece vajinismus tanısı almış, daha önce pelvik taban eğitimi ya da benzer bir fizyoterapi müdahalesi almamış bireylerin dahil edilmesi, örneklemin homojenliğini artırmakla birlikte, farklı tedavi geçmişlerine sahip bireylerde telerehabilitasyon programlarının etkilerini değerlendirmeyi güçleştirmektedir.

Telerehabilitasyon temelli uygulamalara erişim, araştırmanın bir başka sınırlılık alanıdır. İnternet bağlantısı, uygun dijital cihaza sahip olma ve temel dijital okuryazarlık becerileri, katılımcıların programa dahil olabilmesi için ön koşul niteliğindedir. Bu nedenle sosyoekonomik düzeyi daha düşük veya dijital kaynaklara erişimi kısıtlı bireyler, doğal olarak araştırma kapsamı dışında kalabilmektedir. Bu

durum, telerehabilitasyonun erişilebilirlik potansiyelini araştırırken aynı zamanda “dijital eşitsizlik” temelli bir örneklem yanlılığı riskini de beraberinde getirmektedir.

Çalışmanın bir diğer sınırlılığı, müdahale programlarının kısa dönemli olarak planlanmış olmasıdır. Kısa süreli telerehabilitasyon protokolleri, semptom ve işlevsellik düzeyinde anlamlı değişimler yaratma potansiyeline sahip olmakla birlikte, elde edilen kazanımların uzun vadede devam edip etmediği bu çalışma kapsamında değerlendirilememektedir. Takip ölçümlerinin sınırlı sayıda ve kısa süreli yapılması, uzun dönemli kalıcılığa ilişkin çıkarımların temkinli yapılmasını gerektirmektedir.

Ayrıca çalışmanın kapsamı, gebelik, akut pelvik enfeksiyon, ciddi nörolojik veya psikiyatrik bozuklukların bulunmadığı, görece olarak “daha stabil” sağlık durumuna sahip bireylerle sınırlıdır. Bu nedenle, daha karmaşık tıbbi ve psikiyatrik tablolara sahip vajinismus olgularında telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin etkilerini doğrudan genellemek uygun olmayacaktır. Ancak bu sınırlı çerçeve, klinik olarak daha homojen bir grup üzerinde ayrıntılı bir analiz yapma imkânı sağlamaktadır.

Etik açıdan bakıldığında, araştırma için İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurulu’ndan gerekli izinler alınmış; tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu aracılığıyla yazılı onay elde edilmiştir. Araştırma sürecinin tüm aşamalarında gizlilik ve mahremiyet ilkelerine titizlikle uyulmuş, katılımcı bilgilerinin anonimleştirilmesine özen gösterilmiştir. Bununla birlikte, cinsel sağlık ve vajinismus gibi hassas konularda öz bildirim temelli veri toplanması, katılımcıların toplumsal baskı, utanç ve mahremiyet kaygıları nedeniyle yanıtlarında kendini sansürleme veya sosyal beğenirlik eğilimi göstermelerine neden olabilir; bu durum da başka bir metodolojik sınırlılık olarak değerlendirilmektedir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada nicel verilerin toplanmasında çok boyutlu bir ölçme seti kullanılmış ve vajinismusun yalnızca cinsel işlev boyutuyla değil, aynı zamanda ağrı deneyimi, yaşam kalitesi, psikolojik durum ve ICF temelli işlevsellik alanlarıyla birlikte değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Veri toplama araçlarının büyük bölümü öz-bildirim temelli ölçekler ve yapılandırılmış formlardan, bir kısmı ise fizyoterapist gözlemine dayalı klinik değerlendirme kayıtlarından oluşmaktadır. Kullanılan tüm

formların ve ölçeklerin tam metinleri tez sonunda ekler bölümünde sunulmuştur (Ek-B–F).

Araştırmanın başlangıcında katılımcılardan önce yazılı onam alınmış, ardından sosyodemografik ve klinik bilgiler, cinsel işlev, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ağrı şiddeti ve ICF temelli işlevsellik alanlarına ilişkin veriler ön test olarak toplanmıştır. Telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitimi programının tamamlanmasının ardından aynı ölçek seti son test uygulaması şeklinde tekrar edilerek müdahale öncesi/sonrası değişim analiz edilmiştir.

Demografik Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatür ve klinik deneyim temel alınarak hazırlanmıştır. Formda katılımcıların yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışma durumu, sosyoekonomik düzey algısı, evlilik süresi, vajinismus tanısı alma süresi, daha önce cinsel terapi, psikiyatrik destek veya pelvik taban fizyoterapisi alma durumu gibi değişkenler yer almaktadır. Bu değişkenler sayesinde örnekleme ilişkin betimleyici istatistiklerin oluşturulması ve gruplar arası olası başlangıç farklılıklarının kontrol edilmesi hedeflenmiştir. Demografik Bilgi Formu’nun tam metni ekler bölümünde ilgili ek içinde verilmiştir. (EK-B)

Cinsel İşlev: Kadın Cinsel İşlev İndeksi (FSFI) ile ölçülmüştür. FSFI testi, kadınların cinsel işlevini değerlendirirken, kadınların cinsel hayatındaki temel sorunları belirlemeye yönelik 19 soruluk bir anket olarak tasarlanmıştır (Rosen et al., 2000). Test, cinsel istek, uyarılma, vajinal yağlanma, orgazm, ağrı ve cinsel doyum gibi faktörleri ölçer. Bu çok boyutlu yaklaşım, cinsel işlev bozukluklarının daha doğru bir şekilde tanımlanmasını sağlar ve tedavi süreci için faydalı veriler sunar (Rosen et al., 2000). Testin sonunda, cinsel işlev düzeyini belirlemek için toplam puan hesaplanır. Genellikle, 26.5 ve üzeri puanlar normal cinsel işlevi, 26.5’in altındaki puanlar ise cinsel işlev bozukluğunu işaret eder. FSFI’nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öksüz ve Malhan (2005) tarafından yapılmış olup, ölçeğin Türk toplumunda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir. Kadın Cinsel İşlev İndeksi (FSFI) tam metni ekler bölümünde ilgili ek içinde verilmiştir (EK-C).

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36: Rand Corporation tarafından geliştirilen SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 36 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. (Koçyiğit et al., 1999) SF-36, 8 boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır. Bunlar; fiziksel fonksiyon

(10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağırlı rol kısıtlılıkları (4 madde) , emosyonel sorunlara bağırlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağılık (5 madde) , enerji/vitalite (4 madde), ağırlı(2 madde) ve sağılığın genel algılanmasıdır (6 madde). Ölçeğin değerlendirilmesi her bölüm için farklılık göstermektedir. Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3,5 ve 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçekler 0-100 puan arasında değerlendirilir. 0 "kötü sağılık" durumunu, 100 "iyi sağılık" durumunu göstermektedir. Anketin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Koçyiğıt ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Değerlendirme ilk muayenede ve kontrol muayenesinde olmak üzere iki defa yapılmıştır. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 tam metni ekler bölümünde ilgili ek içinde verilmiştir. (EK-E)

Anksiyete ve Depresyon: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), anksiyete ve depresyon düzeylerini ölçmek için kullanılan bir psikolojik değerlendirme aracıdır. 1983 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiştir ve genellikle hastanelerde, kliniklerde veya sağılık hizmeti sağlayıcıları tarafından anksiyete ve depresyonun taranmasında kullanılır. Türkçe versiyonu ise Aydemir ve arkadaşları (1997) tarafından geçerlik ve güvenilirlik açısından test edilmiştir.

HADS, iki ana boyutta (anksiyete ve depresyon) kişilerin ruhsal durumlarını değerlendirir:

1. Anksiyete (HADS-A): Kişinin kaygı ve huzursuzluk seviyesini ölçer.
2. Depresyon (HADS-D): Kişinin depresyon belirtilerini ölçer.

Bu test, psikolojik değerlendirmeyi daha objektif hale getirmek amacıyla kullanılır ve genellikle psikiyatristler, psikologlar veya diğer sağılık profesyonelleri tarafından kullanılır. Test, hastanın ruh halini ve psikolojik durumunu daha iyi anlayabilmek için yardımcı olur.

HADS Testinin Özellikleri

- Kısa ve kolay uygulanabilir: HADS, toplamda 14 sorudan oluşur. Bu sorular, hem depresyon hem de anksiyete düzeylerini ölçmek amacıyla 7'şer tane soru içerir.

HADS Testinin Uygulama Şekli

HADS testi, genellikle bir özyinelemeli test olarak uygulanır, yani hastanın önceki ruhsal durumları hakkında bilgi edinmek amacıyla aynı test birkaç kez uygulanabilir.

- Cevaplar: Her soru 0-3 arası puanlanır. Örneğin, bir soruya “Hiçbir zaman” yanıtı veren kişi 0 puan alırken, “Çok sık” yanıtı veren kişi 3 puan alır.
- Puanlama: Testin sonunda, her iki boyut (anksiyete ve depresyon) için toplam puanlar elde edilir ve bu puanlar, bireyin anksiyete ve depresyon düzeyini sınıflandırmak için kullanılır.

- 0-7 Puan: Normal

- 8-10 Puan: Hafif

- 11-14 Puan: Orta

- 15+ Puan: Şiddetli

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ile ölçülmüştür. (Zigmond ve Snaith, 1983). Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) tam metni ekler bölümünde ilgili ek içinde verilmiştir. (EK-F)

Ağrı Seviyesi: Görsel Analog Skala (VAS) kullanılarak değerlendirilecektir. VAS, hastaların ağrı şiddetini ölçmek için kullanılan, literatürde kabul görmüş güvenilir kolay uygulanabilir bir skaladır. Hastadan 0-10 cm aralığındaki düz bir çizgi üzerinde ağrı şiddetini ifade eden kısmı işaretlenmesi istenir. Başlangıçta yer alan “0” hiç ağrının olmadığını son da yer alan “10” ise çok şiddetli dayanılmaz bir ağrının varlığını ifade eder. Ağrı şiddeti değerlendirirken hastalardan değerlendirilen andaki ağrı, son bir haftadaki genel ağrı şiddeti ve ağrının en yoğun olduğu andaki şiddeti ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Değerlendirme ilk muayenede ve kontrol muayenesinde olmak üzere iki defa yapılmıştır. (Kane et al., 2005)

Görsel Analog Skala (VAS) tam metni ekler bölümünde ilgili ek içinde verilmiştir. (EK-F)

3.5. Araştırmanın Sapmaları

Araştırmanın yürütülmesi sırasında ortaya çıkabilecek sapmalar ve yanlılık kaynakları da çalışmanın metodolojik çerçevesi içinde dikkate alınmıştır. Öncelikle,

katılımcı sayısının sınırlı olması, istatistiksel analizlerde bazı alt gruplar için sınırlı güç sağlayabilir. Özellikle düşük ve yüksek yoğunluklu telerehabilitasyon programları arasındaki farkların incelenmesinde, her bir grupta yeterli sayıda katılımcıya ulaşmanın güçlüğü olası bir sapma kaynağıdır. Araştırmacılar bu durumu gözeterek, güç analizi sonuçlarına göre asgari örneklem büyüklüğünü karşılamaya ve olası katılımcı kayıplarını en aza indirmeye yönelik stratejiler planlamaktadır.

Telerehabilitasyon uygulamalarında ortaya çıkabilecek teknik aksaklıklar (internet bağlantısının kesilmesi, görüntü ve ses kalitesinde bozulma, yazılım veya platform sorunları) da araştırma sapmaları arasında yer almaktadır. Bu tür aksaklıklar, bazı oturumların planlandığı gibi gerçekleştirilememesine, egzersizlerin eksik veya yanlış uygulanmasına ve katılımcı motivasyonunun düşmesine neden olabilir. Bu nedenle, teknik destek ve alternatif iletişim kanalları (örneğin oturum kaydı, telefonla takip) önceden planlanarak bu riskin etkisi azaltılmaya çalışılmaktadır.

Öz bildirim formlarında yanlılık riski, araştırmanın bir diğer önemli sapma kaynağıdır. Cinsel işlev, ilişki doyumu ve beden algısı gibi hassas alanları içeren sorulara verilen yanıtlar, katılımcıların kendilerini olduğundan daha olumlu göstermeye yönelik sosyal beğenirlik eğiliminden etkilenebilir. Ayrıca utanç, mahremiyet kaygısı veya kültürel tabular, belirtilerin olduğundan daha hafif ya da ağır ifade edilmesine yol açabilir. Bu durumu en aza indirmek için, katılımcılara anonimlik ve gizlilik konusunda ayrıntılı bilgi verilmekte, ölçeklerin talimatları açık ve yargılayıcı olmayan bir dille açıklanmaktadır.

Araştırmanın kısa dönemli müdahale protokolüne dayanması, uzun vadeli etkilerin değerlendirilmesini sınırlayan bir sapma alanıdır. Müdahale sonrasında yapılan son test ölçümleri, elde edilen kazanımların hemen müdahale bitimindeki düzeyini yansıtmaktadır; ancak bu kazanımların 6 ay veya 1 yıl gibi daha uzun sürelerde sürdürülüp sürdürülmediği bu çalışma kapsamında incelenmemektedir. Bu durum, telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin uzun vadeli etkililiği hakkında daha temkinli yorum yapılmasını gerektirmektedir.

Planlanan yoğunluk düzeyine karşın, bazı katılımcılar kişisel, mesleki veya ailevi nedenlerle oturumlara düzenli katılamayabilir ya da ev egzersizlerini önerilen sıklıkta yapamayabilir. Bu durum, gerçek uygulama yoğunluğu ile planlanan yoğunluk arasındaki farkı artırarak, gruplar arası karşılaştırmalarda ek değişkenlik yaratabilir.

Araştırmada, bu tür sapmaları minimize etmek amacıyla düzenli hatırlatmalar, motivasyonel görüşmeler ve bireye özel uyum stratejileri kullanılmakta; katılımcıların gerçek katılım düzeyi ayrıntılı biçimde kaydedilerek analizlerde dikkate alınmaktadır.

3.6. Uygulama Protokolü

Bu araştırmada kullanılan Telerehabilitasyon Temelli Pelvik Taban Eğitim Programı, vajinismus tanısı almış bireylerde pelvik taban kas farkındalığını artırmayı, istemsiz kas kasılmalarını azaltmayı, ağrı şiddetini düşürmeyi ve cinsel işlevi iyileştirmeyi amaçlayan yapılandırılmış bir müdahale protokolü şeklinde tasarlanmıştır. Çalışma tamamen çevrim içi (online) olarak yürütülmüş ve tüm uygulamalar gerçek zamanlı görüntülü görüşme aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar iki farklı yoğunlukta uygulanan programlardan birine rastgele atanmıştır:

- Grup 1 (Yüksek Yoğunluk): Haftada 3 seans
- Grup 2 (Düşük Yoğunluk): Haftada 1 seans

Her iki grupta aynı içerikteki egzersiz ve teknikler uygulanmış, ancak uygulama sıklığı ve yoğunluğu farklı olmuştur.

Tüm seanslar Google Meet, WhatsApp veya Zoom platformları üzerinden birebir uygulanmış, her katılımcı için kişisel mahremiyet korunmuş ve seans süreleri 20 dakika sürmüştür. Katılımcılar seans dışında ev uygulamaları için dijital egzersiz günlüğü doldurmuş ve haftalık motivasyon ve takip mesajlarıyla desteklenmiştir.

1. Programın Genel Yapısı

Program 4 hafta sürmüş olup, her seans aşağıdaki içeriklerden oluşmuştur:

1. Hazırlık Diyafragmatik Solunum
2. Pelvik Taban Kas Farkındalığı Eğitimi
3. Kegel Egzersizleri (Seviyeye göre yüklenme)
4. Gevşeme ve Farkındalık Çalışmaları
5. Tetik Nokta (Trigger Point) Masajı
6. Beden Farkındalığı Eğitimi
7. Ev Egzersiz Programı ve Günlük Takibi

Yoğunluk farkı yalnızca haftalık seans sayısında, yani uygulamaların toplam yük miktarında değişiklik yaratmıştır.

2. Uygulanan Tekniklerin Detaylı İçeriği

Kegel Egzersizleri (Pelvik Taban Kas Güçlendirme ve Kontrol Eğitimi)

Kegel egzersizleri vajinismus tedavisinin temelini oluşturur. Katılımcıların pelvik taban kaslarını doğru izole edebilmesi için ilk seanslarda kası bulma çalışmaları yapılmıştır.

Başlangıç düzeyi uygulama:

- 5 saniye kasma
- 10 saniye gevşeme
- 10 tekrar
- Günde 2 set

İleri düzey uygulama (Kas kontrolü geliştikçe):

- 10 saniye kasma
- 10 saniye gevşeme
- 15 tekrar
- Günde 2–3 set

Ek teknikler:

- “Pelvik tabanı yukarı çekme” ve “aç/kapat” komutlarıyla yönlendirme
- Nefes eşliğinde kas–gevşeme koordinasyonu
- Aynı kasın yanlış aktivasyonunu önleme (karın, gluteal veya uyluk kasları)

Diyafragmatik Solunum Teknikleri

Diyafragmatik solunum, vajinismusla ilişkili kas hipertonisini azaltmak ve pelvik taban ile solunum kasları arasındaki eşgüdümü düzenlemek amacıyla uygulanmıştır.

Uygulama şekli:

- Burundan yavaş nefes alma

- Diyaframın aşağı genişlediğinin hissedilmesi
- Nefes verirken pelvik tabanın tamamen gevşetilmesi
- 10 tekrar × 2 set
- Her seansın başında ve sonunda kullanılmıştır

Amaç: gevşeme refleksini aktive etmek, anksiyeteyi azaltmak ve kas kontrolünü kolaylaştırmak.

Gevşeme Egzersizleri

Gevşeme çalışmaları, vajinismusun psikofizyolojik bileşenlerini hedefleyerek kas gerginliğini ve performans kaygısını azaltmayı amaçlamıştır.

İçerik:

- Tüm vücutta progresif kas gevşetme
- Pelvik bölgeye özel gevşeme komutları
- Mindfulness temelli nefes farkındalığı
- Parasempatik sinir sistemini aktive etmeye yönelik odaklanma çalışmaları

Seans boyunca 8–12 dakika uygulanmıştır.

Tetik Nokta Masajı (Trigger Point Release)

Katılımcılara kendi kendine uygulanabilir tetik nokta gevşetme teknikleri öğretilmiştir.

Masaj uygulanan bölgeler:

- Gluteus medius–minimus
- Piriformis bölgesi
- Obturator internus hattı (dolaylı dış basınç ile)
- Perine çevresi (kişinin rahatlık düzeyine göre)

Amaç: pelvik taban çevresindeki kas tonusunu azaltmak ve ağrı eşikini yükseltmek.

Beden Farkındalığı ve Vücut Tanıma Eğitimi

Özellikle vajinismuslu bireylerde sık görülen beden bölgesini tanımama, temas korkusu ve yanlış bilişsel inançlar nedeniyle aşağıdaki eğitim içerikleri uygulanmıştır:

- Dış genital bölgenin temel anatomisi
- Ayna ile gözlem (katılımcı isterse)
- Güvenli temas eğitimleri
- “Bölgeyi tehdit olarak algılamama” egzersizleri
- Vajinal giriş duyusuna alışma için aşamalı duyuşal farkındalık çalışmaları (non-invaziv)

Bu modülün amacı, bireyin bedenle olan ilişkisinde kontrol duygusunu artırmak ve korku temelli kasılmaları azaltmaktır.

3. Seans Sıklığına Göre Uygulama Farklılıkları

Her iki grupta içerik aynı olmakla birlikte seans yoğunluğu değişmiştir.

Grup 1 Haftada 3 Seans (Yüksek Yoğunluk)

- Haftada üç gün yaklaşık 20 dakikalık çevrim içi 3 ayrı seans
- Daha hızlı ilerleyen egzersiz yüklenmesi
- Sık geri bildirim ve teknik düzeltme
- Haftalık gelişim değerlendirmesi
- Ek solunum–gevşeme ödevleri

Bu grup, daha kısa sürede kas kontrolü sağlamış ve ilerleme kademeleri hızlandırılmıştır.

Grup 2 Haftada 1 Seans (Düşük Yoğunluk)

- Haftada 1 gün yaklaşık 20 dakikalık 1 çevrim içi seans
- Ev egzersizleri programın temelini oluşturur
- Dijital egzersiz günlüğüyle takip
- Geri bildirim haftada 1 kez verilir
- Teknik ilerleme daha yavaştır

Bu grup, daha düşük yoğunlukta ilerleme göstermiştir ancak egzersiz içerikleri aynıdır.

4. Takip ve İzlem Süreci

- Her katılımcı günlük egzersizlerini dijital forma işleyerek araştırmacıya iletmiştir.
- Haftalık hatırlatma ve motivasyon mesajları gönderilmiştir.
- Egzersiz biçimi, zorluk seviyesi, ağrı durumu ve kaygı düzeyleri düzenli olarak kaydedilmiştir.
- Gerekli görülen durumlarda bireysel uyarlamalar yapılmıştır.

3.7. Etik Onay

- Bu çalışma, İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 08.08.2025 tarihli ve 2025-15 sayılı karar ile etik uygunluk onayı almıştır. Araştırma, Zehra Baydar tarafından yürütülen “Vajinismuslu Bireylerde Farklı Yoğunluktaki Kısa Dönem Telerehabilitasyon Temelli Pelvik Taban Eğitiminin ICF Çerçevesinde Etkinliği” başlıklı proje kapsamında gerçekleştirilmiştir. (EK-A)

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Araştırmanın Analizi ve Bulgular

Araştırma kapsamında elde edilen tüm veriler IBM SPSS 27.0 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmaya, Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF) ölçütlerine göre vajinismus tanısı almış toplam 38 katılımcı dâhil edilmiştir. Katılımcılar iki gruba ayrılmış olup, düşük yoğunluklu pelvik taban eğitim programı uygulanan grup (n = 19) ve yüksek yoğunluklu pelvik taban eğitim programı uygulanan grup (n = 19) olmak üzere iki deney grubundan oluşmaktadır.

Araştırmada, farklı yoğunluklardaki kısa süreli, telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitim programlarının vajinismuslu bireylerdeki etkinliğini değerlendirmek amacıyla elde edilen istatistiksel bulgular incelenmiştir. Bulgular bölümünde her iki gruba ait tanımlayıcı istatistikler, grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar ile müdahale programının etkisine ilişkin analiz sonuçları tablolar ve açıklayıcı metinlerle sunulmuştur.

Araştırma neticesinde elde edilen veriler analiz edilmeden önce analizlerde hangi testlerin kullanılacağına karar verebilmek adına ölçek için toplanan verilerin varyans homojenliği, normal dağılıp dağılmadığı test edilmiştir. Bu kapsamda Shapiro-Wilk normallik testi yapılmış ve histogram grafikleri incelenmiştir. Daha sonra araştırmaya ön test ve son test farklarının incelenebilmesi amacı ile Paired Sample t testi (bağımlı örneklem t testi) uygulanmıştır.

İstatistiksel Anlamlılık Düzeyi

Bu çalışmada istatistiksel analizlerde **anlamlılık düzeyi $p < 0,05$** olarak kabul edilmiştir. $p < 0,05$ düzeyinde elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiş; $p < 0,01$ düzeyinde elde edilen sonuçlar ise daha güçlü istatistiksel anlamlılık olarak yorumlanmıştır.

4.2. Tanımlayıcı İstatistikler

Bu bölüm araştıramaya katılan vajinismus tanısı almış kişilerde yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon ile kadın cinsel işlev görüşlerinin pelvik taban rehabilitasyonu yapmadan önce ve yaptıktan sonraki farklarına yönelik ölçeklere ait sorulara verdikleri yanıtlara ait tablolar ve oranlar yardımı ile incelenmesini kapsamaktadır.

4.3. Birinci Grupta (Haftada 3 Seans) Yer Alan Kadınların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

Tablo 3. Birinci Grupta (Haftada 3 Seans) Yer Alan Kadınların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

Değişken	Grup	Frekans	Yüzde %
Yaş	18-25	3	15,8
	26-35	14	73,7
	36-45	2	10,5
	150-160	7	36,8
Boy	161-170	11	57,9
	171-180	1	5,3
	40-50	4	21,1
Kilo	51-60	9	47,4
	61-70	4	21,1
	71-80	2	10,5
	0-1 yıl	5	26,3
Evlilik Süresi	1-2 yıl	2	10,5
	2-5 yıl	9	47,4
	6-10 yıl	3	15,8
	İlkokul	1	5,3
Eğitim Düzeyi	Lise	2	10,5
	Lisans	15	78,9
	Yüksek lisans	1	5,3
	Çekirdek	16	94,1
Aile Yapısı	Geniş	1	5,9
	Var	1	5,3
Evlilik Öncesi Cinsel Deneyim	Yok	18	94,7
	1-3 ay	6	33,3
	4-6 ay	3	16,7
Vajinismus tanısı alma süresi	7-9 ay	3	16,7
	10-12 ay	6	33,3
	Evet	9	47,4
	Hayır	10	52,6
Daha önce alınan tedavi	İdrar kaçıрма	1	4,5
	Ağrılı cinsel ilişki	13	59,1
	Vajinal basınç	8	36,4
Sigara Kullanma	Evet	4	21,1
	Hayır	15	78,9

Tablo 3’de araştırmaya katılan ve 1.grupta (haftada 3 seans) yer alan vajinismuslu kadınların demografik özellikleri gösterilmiştir. Bu tablo incelendiğinde 1.grupta (haftada 3 seans) yer alan vajinismuslu kadınların çoğunluğunun 26-35 yaşları arasında olduğu, boylarının genellikle 161-170 cm aralığında olduğu, kilolarının genelde 51-60 kg arasında olduğu, evlilik sürelerinin çoğunlukla 2-5 yıl arasında olduğu, eğitim düzeylerinin genellikle lisans seviyesinde olduğu, aile yapılarının genellikle çekirdek aile yapısında olduğu, büyük çoğunluğunun evlilik öncesi cinsel deneyiminin olmadığı, vajinismus tanısı alma sürelerinin genellikle 1-3 ay veya 10-12 ay arasında olduğu, çoğunluğunun daha önce daha önce tedavi almadığı, çoğunluğunun pelvik taban semptomlarının ağırlı cinsel ilişki olduğu ve çoğunluğunun sigara kullanmadığı anlaşılmaktadır.

4.4. İkinci Grupta (Haftada 1 Seans) Yer Alan Kadınların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

Tablo 4. İkinci Grupta (Haftada 1 Seans) Yer Alan Kadınların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

Değişken	Grup	Frekans	Yüzde %
Yaş	18-25	3	15,8
	26-35	14	73,7
	36-45	2	10,5
Boy	150-160	9	47,4
	161-170	8	42,1
	171-180	2	10,5
Kilo	40-50	1	5,3
	51-60	8	42,1
	61-70	4	21,1
Evlilik Süresi	71-80	4	21,1
	81-90	2	10,5
	0-1 yıl	2	11,1
Evlilik Süresi	1-2 yıl	4	22,2
	2-5 yıl	9	50,0
	6-10 yıl	1	5,6
Eğitim Düzeyi	11-15 yıl	2	11,1
	İlkokul	1	5,3
	Lise	4	21,1
Aile Yapısı	Lisans	12	63,2
	Yüksek lisans	2	10,5
	Çekirdek	16	84,2
Evlilik Öncesi Cinsel Deneyim	Geniş	3	15,8
	Var	2	10,5
	Yok	17	89,5
Vajinismus tanısı alma süresi	1-3 ay	7	36,8
	4-6 ay	4	21,1
	7-9 ay	1	5,3
	10-12 ay	7	36,8

<i>Daha önce alınan tedavi</i>	Evet	8	42,1
	Hayır	11	57,9
<i>Pelvik Taban Semptomları</i>	İdrar kaçırma	2	8,3
	Ağrılı cinsel ilişki	13	54,2
	Vajinal basınç	9	37,5
<i>Sigara Kullanma</i>	Evet	3	15,8
	Hayır	16	84,2
<i>Kronik Hastalık</i>	Evet	3	15,8
	Hayır	16	84,2

Tablo 4’de araştırmaya katılan ve 2.grupta (haftada 1 seans) yer alan vajinismuslu kadınların demografik özellikleri gösterilmiştir. Bu tablo incelendiğinde 2.grupta (haftada 1 seans) yer alan vajinismuslu kadınların çoğunluğunun 26-35 yaşları arasında olduğu, boylarının genellikle 150-160 cm aralığında olduğu, kilolarının genelde 51-60 kg arasında olduğu, evlilik sürelerinin çoğunlukla 2-5 yıl arasında olduğu, eğitim düzeylerinin genellikle lisans seviyesinde olduğu, aile yapılarının genellikle çekirdek aile yapısında olduğu, büyük çoğunluğunun evlilik öncesi cinsel deneyiminin olmadığı, vajinismus tanısı alma sürelerinin genellikle 1-3 ay veya 10-12 ay arasında olduğu, çoğunluğunun daha önce daha önce tedavi almadığı, çoğunluğunun pelvik taban semptomlarının ağrılı cinsel ilişki olduğu ve çoğunluğunun sigara kullanmadığı ve kronik hastalığının olmadığı anlaşılmaktadır.

4.5. Birinci Grupta (Haftada 3 Seans) Yer Alan Kadınların Ölçeklerden Elde Ettikleri Puanlara İlişkin Dağılımlar

Tablo 5. Birinci Grupta (Haftada 3 Seans) Yer Alan Kadınların Ölçeklerden Elde Ettikleri Puanlara İlişkin Dağılımlar

Ölçek	Değişken	N	Min.	Maks.	Ortalama	Ss
<i>Yaşam Kalitesi Ölçeği</i>	<i>Ön Test</i>	19	41,00	105,00	88,00	13,94
	<i>Son Test</i>	19	64,00	104,00	91,47	8,79
<i>Anksiyete ve Depresyon Ölçeği</i>	<i>Ön Test</i>	19	26,00	53,00	37,52	7,40
	<i>Son Test</i>	19	32,00	59,00	45,78	8,65
<i>Kadın Cinsel İşlev Ölçeği</i>	<i>Ön Test</i>	19	22,00	69,00	48,16	14,41
	<i>Son Test</i>	19	25,00	61,00	46,89	8,10
<i>VAS Ağrı Puanı</i>	<i>Ön Test</i>	19	,00	10,00	8,26	3,01
	<i>Son Test</i>	19	,00	5,00	1,15	1,83

Ort±SS: Ortalama ± Standart Sapma

p: Bağımsız örneklem t-testi

* p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Puanların ortalama etrafındaki dağılımını göstermektedir. Standart sapmanın yüksek olması, katılımcı puanlarının daha geniş bir aralıkta dağıldığını; düşük olması ise puanların ortalamaya daha yakın olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 5’te, birinci grupta (haftada üç seans) yer alan kadınların yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri, cinsel işlevleri ve ağrı düzeylerine ilişkin ön test ve son test puan dağılımları sunulmaktadır.

Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, ön test ortalamasının **88,00 ± 13,94**, son test ortalamasının ise **91,47 ± 8,79** olduğu görülmektedir. Son test puanlarındaki artış, haftada üç seans uygulamanın yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir.

Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ön test puan ortalaması **37,52 ± 7,40**, son test puan ortalaması ise **45,78 ± 8,65** olarak saptanmıştır. Her iki ölçümde de puanların klinik düzeyde olduğu ve son testte artış gösterdiği görülmektedir. Bu bulgu, katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeylerinde **artış eğilimi** olduğunu düşündürmektedir.

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) ön test puan ortalamasının **48,16 ± 14,41**, son test puan ortalamasının ise **46,89 ± 8,10** olduğu belirlenmiştir. Son test puanlarındaki düşüş, haftada üç seans uygulamanın cinsel işlev üzerinde **hafif düzeyde olumsuz bir değişime** yol açmış olabileceğini düşündürmektedir.

VAS ağrı puanları değerlendirildiğinde, ön test ortalamasının **8,26 ± 3,01**, son test ortalamasının ise **1,15 ± 1,83** olduğu görülmektedir. Son test puanlarındaki belirgin düşüş, haftada üç seans uygulamanın ağrı düzeylerini etkili biçimde azalttığını göstermektedir.

4.6. İkinci Grupta (Haftada 1 Seans) Yer Alan Kadınların Ölçeklerden Elde Ettikleri Puanlara İlişkin Dağılımlar

Tablo 6. İkinci Grupta (Haftada 1 Seans) Yer Alan Kadınların Ölçeklerden Elde Ettikleri Puanlara İlişkin Dağılımlar

Ölçek	Değişken	N	Min.	Maks.	Ortalama	Ss
<i>Yaşam Kalitesi Ölçeği</i>	<i>Ön Test</i>	19	64,00	100,00	86,21	10,09
	<i>Son Test</i>	19	62,00	102,00	85,94	9,72
<i>Anksiyete ve Depresyon Ölçeği</i>	<i>Ön Test</i>	19	30,00	61,00	39,31	6,83
	<i>Son Test</i>	19	31,00	56,00	38,57	5,77
<i>Kadın Cinsel İşlev Ölçeği</i>	<i>Ön Test</i>	19	21,00	68,00	48,94	11,32
	<i>Son Test</i>	19	32,00	67,00	49,36	9,55
<i>VAS Ağrı Puanı</i>	<i>Ön Test</i>	19	6,00	10,00	8,63	1,21
	<i>Son Test</i>	19	,00	9,00	5,05	3,58

Ort±SS: Ortalama ± Standart Sapma

p: Bağımsız örneklem t-testi

* p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Puanların ortalama etrafındaki dağılımını göstermektedir. Standart sapmanın yüksek olması, katılımcı puanlarının daha geniş bir aralıkta dağıldığını; düşük olması ise puanların ortalamaya daha yakın olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 6’da, ikinci grupta (haftada bir seans) yer alan kadınların yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri, cinsel işlevleri ve ağrı düzeylerine ilişkin ön test ve son test puan dağılımları sunulmaktadır.

Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, ön test ortalamasının **86,21 ± 10,09**, son test ortalamasının ise **85,94 ± 9,72** olduğu görülmektedir. Son test puanlarında çok sınırlı bir düşüş olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgu, haftada bir seans uygulamanın yaşam kalitesi üzerinde belirgin bir iyileşme sağlamadığını, ancak mevcut düzeyin büyük ölçüde korunduğunu göstermektedir.

Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ön test puan ortalaması **39,31 ± 6,83**, son test puan ortalaması ise **38,57 ± 5,77** olarak saptanmıştır. Her iki ölçümde de puanların klinik düzeyde olduğu görülmekle birlikte, son testte hafif bir azalma olduğu belirlenmiştir. Bu durum, haftada bir seans uygulamanın anksiyete ve depresyon belirtileri üzerinde sınırlı bir iyileşme eğilimi oluşturduğunu düşündürmektedir.

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) ön test puan ortalamasının $48,94 \pm 11,32$, son test puan ortalamasının ise $49,36 \pm 9,55$ olduğu belirlenmiştir. Son test puanlarındaki artış, haftada bir seans uygulamanın cinsel işlev üzerinde hafif düzeyde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir.

VAS ağrı puanları değerlendirildiğinde, ön test ortalamasının $8,63 \pm 1,21$, son test ortalamasının ise $5,05 \pm 3,58$ olduğu görülmektedir. Son test puanlarındaki düşüş, haftada bir seans uygulamanın ağrı düzeylerini **azaltmada etkili olduğunu**, ancak bu azalmanın uygulama sıklığı arttıkça daha belirgin hale gelebileceğini düşündürmektedir.

4.7. Normallik Testi Sonuçları

Tablo 7. Normallik Testi Sonuçları

<i>Ölçekler</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov^a</i>			<i>Shapiro-Wilk</i>		
	<i>İstatistik</i>	<i>sd</i>	<i>Sig.</i>	<i>İstatistik</i>	<i>sd</i>	<i>Sig.</i>
<i>Yaşam Kalitesi</i>	,239	19	,061	,896	19	,072
<i>Anksiyete ve Depresyon</i>	,140	19	,200	,889	19	,081
<i>Kadın Cinsel İşlev</i>	,105	19	,200	,983	19	,971
<i>VAS Ağrı Puanı</i>	,163	19	,199	,855	19	,068

Ort±SS: Ortalama ± Standart Sapma

p: Bağımsız örneklem t-testi

* $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Verilerin normalliğine ilişkin yorum yapılırken dikkate alınması gereken en önemli husus araştırmadaki “n” sayısının dikkate alınarak yorum yapılması gerekir, “n” sayısı 50 ve üzeri olduğu durumlarda “Kolmogorov-Smirnov” testinin dikkate alınmasını ve “n” sayısı 50’nin altında olduğu durumlarda ise “Shapiro-Wilks” testinin dikkate alınmasını önerilmektedir

Tablo 7’de ölçeklere ait verilerin normal dağılımdan gelip gelmediği örneklem sayısının 50 altında olması nedeni ile Shapiro-Wilk testiyle araştırılmış ve p-değerlerinin 0,05 değerinden büyük olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle verilerin normal dağılımdan geldiği anlaşılmıştır. Bu nedenle araştırmanın bundan sonraki bölümüne paired-sample t testi (bağımlı örneklem t testi) ile devam edilmiştir.

4.8. Birinci Grupta (Haftada 3 Seans) Yer Alan Kadınların Ön Test ve Son Test Arasındaki Farka Ait Paired Sample t Testi Sonuçları

Tablo 8. Birinci Grupta (Haftada 3 Seans) Yer Alan Kadınların Ön Test ve Son Test Arasındaki Farka Ait Paired Sample t Testi Sonuçları

Ölçek	Değişken	N	Ortalama	Ss	Ort. Farkı (ST-ÖT)	t	p
<i>Yaşam Kalitesi Ölçeği</i>	<i>Ön Test</i>	19	88,00	13,94	3,48	-,818	,424
	<i>Son Test</i>	19	91,47	8,79			
<i>Anksiyete ve Depresyon Ölçeği</i>	<i>Ön Test</i>	19	37,52	7,40	8,26	-3,387	,003*
	<i>Son Test</i>	19	45,78	8,65			
<i>Kadın Cinsel İşlev Ölçeği</i>	<i>Ön Test</i>	19	48,16	14,41	-1,26	,319	,753
	<i>Son Test</i>	19	46,89	8,10			
<i>VAS Ağrı Puanı</i>	<i>Ön Test</i>	19	8,26	3,01	-7,10	9,391	,000*
	<i>Son Test</i>	19	1,15	1,83			

Ort±SS: Ortalama ± Standart Sapma

p: Bağımsız örneklem t-testi

* p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

İstatistiksel anlamlılık düzeyini göstermektedir. p<0,05 olması durumunda ön test ve son test puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir.

Tablo 8’de, birinci grupta (haftada üç seans) yer alan kadınların yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri, cinsel işlevleri ve ağrı düzeylerine ilişkin ön test ve son test puanları arasındaki farklara ait Paired Sample t testi sonuçları sunulmaktadır.

Yaşam Kalitesi Ölçeği için ön test ($88,00 \pm 13,94$) ve son test ($91,47 \pm 8,79$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -0,818$; $p = 0,424$). Bu sonuç, haftada üç seans uygulamanın yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim oluşturmadığını göstermektedir.

Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ön test ($37,52 \pm 7,40$) ve son test ($45,78 \pm 8,65$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t = -3,387$; $p = 0,003$). Son test puanlarının daha yüksek olması, katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğunu göstermektedir.

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ön test ($48,16 \pm 14,41$) ve son test ($46,89 \pm 8,10$) puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t = 0,319$; $p = 0,753$). Bu bulgu, haftada üç seans uygulamanın cinsel işlev üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

VAS ağrı puanları açısından ön test ($8,26 \pm 3,01$) ve son test ($1,15 \pm 1,83$) puanları arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($t = 9,391$; $p < 0,001$). Son test puanlarının belirgin biçimde daha düşük olması, haftada üç seans uygulamanın ağrı düzeylerini anlamlı ölçüde azalttığını ortaya koymaktadır.

4.9. İkinci Grupta (Haftada 1 Seans) Yer Alan Kadınların Ön Test ve Son Test Arasındaki Farka Ait Paired Sample t Testi Sonuçları

Tablo 9. İkinci Grupta (Haftada 1 Seans) Yer Alan Kadınların Ön Test ve Son Test Arasındaki Farka Ait Paired Sample t Testi Sonuçları

Ölçek	Değişken	N	Ortalama	Ss	Ort. Farkı (ST-ÖT)	t	p
<i>Yaşam Kalitesi</i>	<i>Ön Test</i>	19	86,21	10,09	-0,26	,084	,934
<i>Ölçeği</i>	<i>Son Test</i>	19	85,94	9,72			
<i>Anksiyete ve</i>	<i>Ön Test</i>	19	39,31	6,83	-0,73	,380	,708
<i>Depresyon Ölçeği</i>	<i>Son Test</i>	19	38,57	5,75			
<i>Kadın Cinsel</i>	<i>Ön Test</i>	19	48,94	11,32	-0,42	-,108	,915
<i>İşlev Ölçeği</i>	<i>Son Test</i>	19	49,36	9,558			
	<i>Ön Test</i>	19	8,63	1,211	3,58	3,743	,001*
<i>VAS Ağrı Puanı</i>	<i>Son Test</i>	19	5,05	3,581			
	<i>Son Test</i>	19	1,15	1,83			

Ort±SS: Ortalama ± Standart Sapma

p: Bağımsız örneklem t-testi

* $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 9’da, ikinci grupta (haftada bir seans) yer alan kadınların yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri, cinsel işlevleri ve ağrı düzeylerine ilişkin ön test ve son test puanları arasındaki farklara ait Paired Sample t testi sonuçları sunulmaktadır.

Yaşam Kalitesi Ölçeği açısından ön test ($86,21 \pm 10,09$) ve son test ($85,94 \pm 9,72$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = 0,084$; $p = 0,934$). Bu sonuç, haftada bir seans uygulamanın yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim oluşturmadığını göstermektedir.

Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ön test ($39,31 \pm 6,83$) ve son test ($38,57 \pm 5,75$) puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t = 0,380$; $p =$

0,708). Bu bulgu, haftada bir seans uygulamanın anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği açısından ön test ($48,94 \pm 11,32$) ve son test ($49,36 \pm 9,56$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t = -0,108$; $p = 0,915$). Bu sonuç, haftada bir seans uygulamanın cinsel işlev üzerinde anlamlı bir değişim oluşturmadığını ortaya koymaktadır.

VAS ağrı puanları değerlendirildiğinde, ön test ($8,63 \pm 1,21$) ve son test ($5,05 \pm 3,58$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($t = 3,743$; $p = 0,001$). Son test puanlarının daha düşük olması, haftada bir seans uygulamanın ağrı düzeylerini anlamlı ölçüde azalttığını göstermektedir.

4.10. Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon, Kadın Cinsel İşlevi ve VAS Puanları Açısından Birinci (Haftada 3 Seans) ve İkinci Gruplar (Haftada 1 Seans) Farklarına İlişkin İstatistikler

Tablo 10. Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon, Kadın Cinsel İşlevi ve VAS Puanları Açısından Birinci (Haftada 3 Seans) ve İkinci Gruplar (Haftada 1 Seans) Farklarına İlişkin İstatistikler

	<i>Son Test- Ön Test</i>	<i>Açıklama</i>
<i>Birinci Grup Ort. Farkı</i>	3,48	<i>Birinci Grup > İkinci Grup</i>
<i>İkinci Grup Ort. Farkı</i>	0,26	<i>(Yaşam Kalitesi)</i>
<i>Birinci Grup Ort. Farkı</i>	8,26	<i>Birinci Grup > İkinci Grup</i>
<i>İkinci Grup Ort. Farkı</i>	0,73	<i>(Anksiyete ve Depresyon)</i>
<i>Birinci Grup Ort. Farkı</i>	1,26	<i>Birinci Grup > İkinci Grup</i>
<i>İkinci Grup Ort. Farkı</i>	0,42	<i>(Kadın Cinsel İşlev)</i>
<i>Birinci Grup Ort. Farkı</i>	7,10	<i>Birinci Grup > İkinci Grup</i>
<i>İkinci Grup Ort. Farkı</i>	3,58	<i>(VAS Ağrı Puanı)</i>

Ort±SS: Ortalama ± Standart Sapma

p: Bağımsız örneklem t-testi

* $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 10’da, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon, kadın cinsel işlevi ve VAS ağrı puanları açısından birinci grup (haftada üç seans) ile ikinci grup (haftada bir seans) arasındaki ön test–son test puan farklarına ilişkin betimleyici istatistikler sunulmaktadır.

Yaşam kalitesi açısından, birinci grubun ön test–son test ortalama farkının 3,48, ikinci grubun ise 0,26 olduğu görülmektedir. Bu bulgu, yaşam kalitesindeki değişimin haftada üç seans uygulanan grupta, haftada bir seans uygulanan gruba kıyasla daha fazla olduğunu göstermektedir.

Anksiyete ve depresyon puanları incelendiğinde, birinci grubun ortalama farkının 8,26, ikinci grubun ortalama farkının ise 0,73 olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, anksiyete ve depresyon puanlarındaki değişimin birinci grupta daha belirgin olduğunu ortaya koymaktadır.

Kadın cinsel işlevi açısından, birinci grubun ön test–son test ortalama farkı 1,26, ikinci grubun ortalama farkı ise 0,42 olarak saptanmıştır. Bu bulgu, cinsel işlev puanlarındaki değişimin haftada üç seans uygulanan grupta daha fazla olduğunu göstermektedir.

VAS ağrı puanları değerlendirildiğinde, birinci grubun ön test–son test ortalama farkının 7,10, ikinci grubun ise 3,58 olduğu görülmektedir. Bu sonuç, ağrı düzeylerindeki azalmanın haftada üç seans uygulanan grupta, haftada bir seans uygulanan gruba kıyasla daha belirgin olduğunu göstermektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, tüm ölçeklerde birinci grubun ön test–son test puan farklarının ikinci gruba göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular, uygulama sıklığının artmasının yaşam kalitesi, psikolojik belirtiler, cinsel işlev ve ağrı düzeyleri üzerindeki değişimi artırabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 11. Gruplar Arası Karşılaştırma (Son Test Puanları)

Ölçek	Haftada 3 Seans Ort±SS	Haftada 1 Seans Ort±SS	p
Yaşam Kalitesi	91,47 ± 8,79	85,94 ± 9,72	0,074
Anksiyete ve Depresyon	45,78 ± 8,65	38,57 ± 5,77	0,005*
Kadın Cinsel İşlev	46,89 ± 8,10	49,36 ± 9,56	0,396
VAS Ağrı	1,15 ± 1,83	5,05 ± 3,58	<0,001*

Ort±SS: Ortalama ± Standart Sapma

p: Bağımsız örneklem t-testi

* p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 11’de haftada üç seans telerehabilitasyon uygulanan grup ile haftada bir seans telerehabilitasyon uygulanan grubun son test puanları karşılaştırılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmada, anksiyete ve depresyon puanları açısından haftada üç seans telerehabilitasyon uygulanan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu

belirlenmiştir ($p<0,05$). Benzer şekilde, VAS ağrı puanları bakımından haftada üç seans telerehabilitasyon uygulanan grubun ağrı düzeylerinin haftada bir seans uygulanan gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).



TARTIŞMA

Bu çalışmada, vajinismus tanısı almış bireylerde telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitim programlarının farklı seans yoğunluklarında uygulanmasının klinik sonuçları karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Bulgular, özellikle ağrı düzeyi başta olmak üzere bazı değişkenlerde seans sıklığına bağlı olarak farklılaşan etkiler ortaya koymuştur. Bu durum, vajinismusun fizyolojik ve psikolojik bileşenlerinin müdahale yoğunluğuna farklı düzeylerde yanıt verdiğini göstermesi açısından önemlidir.

Araştırmada hem haftada bir seans hem de haftada üç seans uygulanan gruplarda VAS ağrı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma saptanmıştır. Ancak haftada üç seans uygulanan grubun ön test–son test farkının belirgin biçimde daha yüksek olması, müdahale sıklığının ağrı algısı üzerindeki etkisini açık biçimde ortaya koymaktadır. Bu bulgu, pelvik taban kaslarının nöromüsküler adaptasyon kapasitesine işaret eden fizyoterapötik yaklaşımlarla uyumludur. Akbayrak ve Kaya (2016), pelvik taban kaslarının düzenli, tekrarlı ve yapılandırılmış egzersizlerle yeniden eğitilebileceğini ve kas kontrolünün artırılabilirliğini belirtmektedir. Vajinismus olgularında görülen istemsiz kas kasılmaları ve artmış kas tonusu dikkate alındığında, seans sıklığının artmasıyla kas gevşemesi ve ağrı toleransının daha hızlı gelişmesi beklenen bir sonuçtur.

Pelvik taban eğitiminin ağrı üzerindeki etkisine ilişkin bulgular, literatürde yer alan erken dönem çalışmalardan güncel araştırmalara kadar uzanan geniş bir çerçeveye örtüşmektedir. Kegel (1948) tarafından tanımlanan pelvik taban egzersizlerinin temelinde, kas farkındalığının artırılması ve istemli kas kontrolünün geliştirilmesi yer almaktadır. Bu temel yaklaşım, günümüzde telerehabilitasyon gibi dijital uygulamalarla desteklenerek daha erişilebilir ve sürdürülebilir hâle gelmiştir. Çalışmamızda telerehabilitasyonun kullanılması, bireylerin egzersizleri güvenli bir ortamda ve düzenli biçimde uygulamalarına olanak tanımış; bu durum özellikle yüksek yoğunluklu grupta ağrı düzeylerinde daha belirgin bir azalma ile sonuçlanmıştır.

Ağrıya ilişkin bu bulgular, kronik pelvik ağrı ve vajinismus ilişkisini inceleyen çalışmalarla da tutarlıdır. Cichowski ve arkadaşları (2018), kronik pelvik ağrının yalnızca periferik kas spazmıyla değil, merkezi duyarlılık süreçleriyle de ilişkili

olduğunu vurgulamaktadır. Benzer şekilde Crowley ve arkadaşları (2009), vajinal penetrasyon sırasında yaşanan ağrının tekrarlayıcı deneyimlerle duyuşal aşırı yüklenmeye yol açabileceğini belirtmektedir. Bu bağlamda, çalışmamızda uygulanan yüksek yoğunluklu pelvik taban egzersizleri, yalnızca kas gevşemesi değil, aynı zamanda duyuşal toleransın yeniden yapılandırılmasına da katkı sağlamış olabilir. Haftada üç seans uygulanan grubun daha yüksek ağrı azalması göstermesi, bu duyuşal yeniden öğrenme sürecinin daha yoğun müdahalelerle desteklendiğini düşündürmektedir.

Literatürde vajinismus tedavisinde müdahale sıklığını doğrudan karşılaştıran çalışmaların sınırlı olması, bu çalışmanın özgün katkılarından birini oluşturmaktadır. Çalışmada haftada üç seans uygulanan yüksek yoğunluklu telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitimi programının, haftada bir seans uygulanan düşük yoğunluklu programa kıyasla özellikle ağrı düzeyi üzerinde daha belirgin klinik kazanımlar sağladığı görülmektedir. Her iki grupta da VAS ağrı puanlarında anlamlı azalma saptanmış olmakla birlikte, haftada üç seans uygulanan grubun ön test–son test farkının daha yüksek olması, müdahale sıklığının tedavi etkinliğini artıran önemli bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Bu bulgu, pelvik taban kaslarının nöromüsküler adaptasyonunun düzenli ve tekrarlı uyarılarla güçlendiğini vurgulayan fizyoterapi literatürüyle uyumludur (Akbayrak & Kaya, 2016; Bo et al., 2017). Bu bağlamda, haftada üç seans uygulanan programın, haftada bir seanslık programa göre fizyolojik açıdan daha üstün bir etki profili sunduğu söylenebilir.

Reissing ve arkadaşları (2012), vajinismuslu kadınlarda uygulanan çok bileşenli tedavilerin kas fonksiyonu ve ağrı üzerinde olumlu etkiler yarattığını bildirmiş, ancak seans sıklığına bağlı karşılaştırmalı analizlere sınırlı yer vermiştir. Çalışmamızda haftada bir ve haftada üç seans uygulamalarının doğrudan karşılaştırılması, telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin “doz–yanıt” ilişkisini ortaya koyması açısından literatüre önemli bir katkı sunmaktadır. Anksiyete ve depresyon düzeylerine ilişkin bulgular literatürle karşılaştırıldığında daha karmaşık bir tablo ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte, seans yoğunluğuna bağlı üstünlük değerlendirilirken psikolojik değişkenlerin farklı bir seyir izlediği dikkate alınmalıdır. Haftada üç seans uygulanan grupta anksiyete ve depresyon düzeylerinde artış gözlenmiş olması, bu grubun psikolojik açıdan daha olumsuz bir sonuç verdiği şeklinde yorumlanmamalıdır. Aksine, yüksek yoğunluklu müdahalenin bireylerde

beden farkındalığını ve cinsel işleve yönelik bilişsel süreçleri daha hızlı biçimde harekete geçirdiği; bunun da kısa vadede psikolojik zorlanmayı artırmış olabileceği düşünülmektedir. Literatürde, yoğun ve yüzleştirici müdahalelerin erken dönemde kaygı artışına yol açabileceği, ancak bu durumun uzun vadeli iyileşmenin ön koşulu olabileceği belirtilmektedir (Anderson et al., 1983; Badran et al., 2006). Bu nedenle haftada üç seans uygulanan program, fizyolojik kazanımlar açısından daha üstün görünmekle birlikte, psikolojik süreçler açısından daha dikkatli ve destekleyici bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

Haftada üç seans uygulanan grupta HADS puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmış, ancak bu değişimin artış yönünde olduğu görülmüştür. Haftada bir seans uygulanan grupta ise anlamlı bir değişim gözlenmemiştir. Literatürde vajinismus tedavisine ilişkin çalışmalar incelendiğinde, psikolojik değişkenlerin kısa vadede her zaman iyileşme yönünde ilerlemediği görülmektedir. Anderson, Russel ve Schumm (1983), vajinismus ve cinsel işlev bozukluklarının evlilik doyumu ve psikolojik stresle yakından ilişkili olduğunu; tedavi sürecinde bireylerin bastırılmış kaygılarla yüzleşebileceğini belirtmektedir.

Bu durum, çalışmamızda yüksek yoğunluklu grupta gözlenen anksiyete ve depresyon artışını açıklayıcı niteliktedir. Seans sıklığının artması, bireylerin bedenlerine ve cinsel işlevlerine daha fazla odaklanmalarına yol açmış olabilir. Bu artan farkındalık, kısa vadede kaygı düzeylerinde yükselmeye neden olmuş; ancak bu durum tedavinin etkisizliğinden ziyade psikolojik süreçlerin harekete geçtiğine işaret etmektedir. Badran ve arkadaşlarının (2006) tamamlanmamış evliliklerde yüksek kaygı düzeylerine ilişkin bulguları da, vajinismuslu bireylerde tedavi sürecinin psikolojik açıdan zorlayıcı olabileceğini göstermektedir.

Yaşam kalitesi açısından elde edilen bulgular da literatür bağlamında değerlendirilmelidir. Çalışmada her iki grupta da yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Bununla birlikte haftada üç seans uygulanan grupta ortalama farkların daha olumlu olduğu görülmektedir. Koçyiğit ve arkadaşları (1999), yaşam kalitesinin fiziksel semptomların ötesinde sosyal, çevresel ve psikolojik faktörlerden etkilendiğini vurgulamaktadır. Bu nedenle kısa süreli müdahalelerin yaşam kalitesi üzerinde sınırlı etki göstermesi beklenen bir durumdur. Çalışmamızda dört haftalık bir müdahale süresinin tercih edilmiş olması,

yaşam kalitesine ilişkin değişimlerin daha uzun süreli takiplerle ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir.

Kadın cinsel işlevine ilişkin bulgular da benzer şekilde literatürle uyumludur. FSFI puanlarında her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamış; ancak haftada üç seans uygulanan grupta daha olumlu ortalama farklar elde edilmiştir. Binik ve arkadaşları (1999) ile Goldfinger ve arkadaşları (2016), cinsel işlevin biyolojik, psikolojik ve ilişkisel boyutları olan karmaşık bir yapı sergilediğini ve kısa süreli müdahalelerle belirgin değişimler göstermesinin sınırlı olduğunu belirtmektedir. Bu bağlamda, çalışmamızda elde edilen sonuçlar, cinsel işlevdeki değişimlerin daha uzun süreli ve çok disiplinli müdahalelerle ortaya çıkabileceğini desteklemektedir.

Özetle, bu çalışmanın bulguları literatürle karşılaştırıldığında, telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin özellikle ağrı düzeyi üzerinde güçlü bir etki yarattığını; psikolojik ve yaşam kalitesi değişkenlerinde ise daha karmaşık ve zamana yayılan etkiler ortaya koyduğunu göstermektedir. Müdahale sıklığının artmasıyla bazı değişkenlerde daha belirgin sonuçlar elde edilmesi, vajinismus tedavisinde seans yoğunluğunun dikkate alınması gereken önemli bir parametre olduğunu ortaya koymaktadır.

Vajinismusun yalnızca fizyolojik bir kas disfonksiyonu değil, aynı zamanda yoğun psikolojik ve psikososyal bileşenler içeren karmaşık bir cinsel ağrı bozukluğu olduğu literatürde yaygın olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle vajinismus tedavisine yönelik müdahalelerin psikolojik sonuçlarının değerlendirilmesi, fizyolojik bulgular kadar önem taşımaktadır. Çalışmamızda anksiyete ve depresyon düzeylerinin HADS aracılığıyla değerlendirilmesi, telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin bireylerin psikolojik durumları üzerindeki etkilerinin çok boyutlu biçimde ele alınmasına olanak sağlamıştır.

Araştırma bulguları, haftada üç seans uygulanan grupta anksiyete ve depresyon puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olduğunu, ancak bu değişimin artış yönünde gerçekleştiğini göstermektedir. Haftada bir seans uygulanan grupta ise anksiyete ve depresyon düzeylerinde anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Bu sonuç, ilk bakışta beklenen iyileşme yönlü değişimle çelişiyor gibi görünse de, vajinismusun

psikolojik dinamikleri ve tedavi sürecinin doğası göz önünde bulundurulduğunda anlamlı bir çerçeve sunmaktadır.

Vajinismuslu bireylerde sıklıkla gözlenen kaçınma davranışları, bastırılmış korkular ve bilinçdışı düzeyde sürdürülen savunma mekanizmaları, tedavi sürecinde artan beden farkındalığı ile birlikte daha görünür hâle gelebilmektedir. Özellikle yüksek yoğunluklu müdahalelerde, bireylerin kısa süre içerisinde kendi bedenleriyle, pelvik taban kaslarıyla ve cinsel işlevle daha yoğun biçimde temas kurmaları, psikolojik süreçlerin hızla aktive olmasına yol açabilmektedir. Bu durum, tedavinin erken evrelerinde kaygı ve duygusal zorlanmanın artmasıyla sonuçlanabilir. Anderson, Russel ve Schumm (1983), vajinismusun evlilik doyumu, duygusal yakınlık ve psikolojik stresle yakından ilişkili olduğunu belirtmekte; tedavi sürecinde bireylerin bu alanlarda farkındalık kazandıkça geçici psikolojik dalgalanmalar yaşayabileceğini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda haftada üç seans uygulanan grupta gözlenen anksiyete ve depresyon artışı, bu bağlamda “tedavinin başarısızlığı” olarak değil, “psikolojik yüzleşmenin hızlanması” olarak değerlendirilmelidir. Badran ve arkadaşlarının (2006) tamamlanmamış evliliklerde görülen yüksek kaygı düzeylerine ilişkin bulguları, vajinismuslu bireylerin tedavi sürecinde ilişki dinamikleriyle daha yoğun biçimde yüzleşebileceğini göstermektedir. Seans sıklığının artması, bireylerin yalnızca fiziksel egzersizleri değil, aynı zamanda cinsel kimlik, performans kaygısı ve evlilik ilişkisine dair düşüncelerini de daha sık ve yoğun biçimde gündeme getirmiş olabilir.

Psikolojik literatürde, farkındalık temelli müdahalelerin kısa vadede kaygı artışına yol açabileceği, ancak bu artışın uzun vadeli iyileşmenin ön koşulu olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır. Vajinismus tedavisinde pelvik taban eğitiminin bireyin bedenine yönelik algısını değiştirmesi, daha önce bastırılan duyuların ve duyguların açığa çıkmasına neden olabilmektedir. Bu süreç, özellikle kültürel olarak cinselliğin tabu olarak algılandığı toplumlarda daha yoğun yaşanabilmektedir. Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun evlilik öncesi cinsel deneyime sahip olmaması ve benzer sosyokültürel özellikler göstermesi, bu psikolojik yüzleşme sürecinin önemini artırmaktadır.

DSM-5’te (APA, 2014) vajinismusun hem fizyolojik hem de psikolojik bileşenlere sahip bir bozukluk olarak tanımlanması, çalışmamızda elde edilen

psikolojik bulguların klinik geçerliliğini desteklemektedir. DSM-5 tanı kriterleri, cinsel ağrı bozukluklarının sıklıkla kaygı, korku ve kaçınma davranışlarıyla birlikte seyrettiğini belirtmektedir. Bu bağlamda, pelvik taban kaslarına yönelik fizyoterapötik müdahalelerin, psikolojik süreçlerden bağımsız değerlendirilmesi mümkün değildir. Çalışmamızda yüksek yoğunluklu grupta psikolojik değişimlerin daha belirgin olması, müdahalenin yalnızca bedensel değil, bilişsel ve duygusal süreçleri de harekete geçirdiğini göstermektedir.

ICF modeli çerçevesinde değerlendirildiğinde, bu psikolojik değişimler özellikle “beden işlevleri” ile “kişisel faktörler” ve “katılım” alanları arasındaki etkileşimi yansıtmaktadır. Pelvik taban kaslarının kontrolünün artması, bireylerin bedenlerine yönelik algılarında değişime yol açmakta; bu değişim, cinsel yaşama katılım ve ilişkisel dinamikler üzerinde dolaylı etkiler yaratmaktadır. Haftada üç seans uygulanan grupta daha yoğun bir değişim sürecinin yaşanması, ICF modelinin çok boyutlu yapısıyla uyumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Haftada bir seans uygulanan grupta anksiyete ve depresyon düzeylerinde anlamlı bir değişim gözlenmemiş olması, müdahale yoğunluğunun psikolojik süreçleri tetikleme gücünün daha sınırlı olduğunu düşündürmektedir. Daha düşük seans sıklığı, bireylerin bedensel farkındalıkla daha yavaş ve kontrollü bir biçimde karşılaşmasına olanak tanımış olabilir. Bu durum, kısa vadede psikolojik dalgalanmaların daha az yaşanmasına yol açmış; ancak aynı zamanda psikolojik değişimin sınırlı kalmasına da neden olmuş olabilir. Bu bulgu, telerehabilitasyon temelli müdahalelerde seans sıklığının yalnızca fizyolojik değil, psikolojik etkiler açısından da dikkate alınması gereken önemli bir değişken olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi ve kadın cinsel işlevine ilişkin psikososyal boyutlar da psikolojik bulgularla birlikte ele alındığında anlam kazanmaktadır. Her iki grupta da yaşam kalitesi ve cinsel işlev puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamış olması, psikolojik süreçlerin henüz davranışsal ve ilişkisel düzeyde somut değişimlere dönüşmediğini düşündürmektedir. Cinsel işlevin ve yaşam kalitesinin, yalnızca bireysel fizyolojik iyileşmeyle değil, partnerle kurulan ilişki, iletişim, güven ve duygusal yakınlık gibi faktörlerle şekillendiği bilinmektedir. Bu nedenle kısa süreli müdahalelerin bu alanlarda sınırlı etki göstermesi beklenen bir durumdur.

Sonuç olarak, çalışmamızda elde edilen psikolojik bulgular, vajinismus tedavisinde telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin psikolojik süreçleri güçlü biçimde etkileyebildiğini; ancak bu etkinin kısa vadede her zaman iyileşme yönünde olmayabileceğini göstermektedir. Yüksek yoğunluklu müdahalelerin psikolojik farkındalığı artırarak geçici kaygı artışlarına yol açabileceği, ancak bu sürecin uzun vadeli iyileşmenin önemli bir bileşeni olabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular, vajinismus tedavisinde fizyoterapötik yaklaşımların psikolojik destekle bütünleştirilmesinin önemini vurgulamakta ve gelecekte yapılacak çalışmalara önemli bir yön göstermektedir.

Bu çalışmanın bulguları, vajinismusun tedavisinde telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin klinik açıdan uygulanabilir ve etkili bir yaklaşım olduğunu göstermektedir. Özellikle ağrı düzeylerinde her iki grupta da anlamlı azalma sağlanması, bu yöntemin temel fizyolojik hedefler açısından etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, haftada üç seans uygulanan yüksek yoğunluklu programın daha belirgin ağrı azalması sağlaması, klinik uygulamalarda seans sıklığının önemli bir belirleyici olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, vajinismus tedavisinde standart bir “tek tip” program yerine, bireyin ihtiyaçlarına ve toleransına göre uyarlanmış seans yoğunluklarının tercih edilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Klinik açıdan değerlendirildiğinde, telerehabilitasyon temelli müdahalelerin en önemli avantajlarından biri, bireyin kendi güvenli alanında tedavi sürecine katılabilmesidir. Vajinismuslu bireylerde sıklıkla gözlenen utanç, mahremiyet kaygısı ve yüz yüze tedavi ortamlarına yönelik çekingenlik, tedaviye katılımı olumsuz etkileyebilmektedir. Bu çalışmada telerehabilitasyonun kullanılması, katılımcıların ev ortamında, kontrol hissini koruyarak egzersizleri uygulamalarına olanak tanımıştır. Bu durum, özellikle tedaviye başlama ve devamlılık açısından önemli bir kolaylaştırıcı faktör olarak değerlendirilebilir. Kamalı'nın (2018) vajinismuslu kadınların yüz yüze tedavi ortamlarında yaşadığı mahremiyet kaygılarına ilişkin bulguları, telerehabilitasyonun bu açıdan sunduğu avantajları desteklemektedir.

Kültürel bağlam açısından ele alındığında, çalışmanın bulguları vajinismusun yalnızca bireysel bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda toplumsal ve kültürel normlarla şekillenen bir olgu olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun evlilik öncesi cinsel deneyime sahip olmaması, cinselliğe ilişkin mitlerin ve yanlış inanışların yaygın olduğu bir kültürel ortamda yetişmiş olmalarıyla ilişkilendirilebilir.

Çeri (2009), Dalan (2020), Ersanlı ve Kumcağız (2016) ile Ersoy'un (2009) çalışmaları, toplumsal cinsiyet rolleri ve cinsel mitlerin vajinismus gelişiminde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Bu bağlamda telerehabilitasyon, bireyin kendi kültürel sınırları içinde, dışsal yargılardan uzak bir şekilde tedavi sürecine katılmasını sağlayarak önemli bir çevresel destek sunmaktadır.

ICF modeli çerçevesinde değerlendirildiğinde, telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin beden işlevleri, aktiviteler, katılım ve çevresel faktörler alanlarında eş zamanlı etkiler yarattığı görülmektedir. Ağrı düzeylerindeki azalma, beden işlevleri alanında olumlu bir değişimi yansıtırken; bireyin egzersizlere aktif katılımı ve cinsel yaşama yönelik kaçınma davranışlarında potansiyel azalma, aktivite ve katılım alanlarında olumlu etkiler oluşturabilir. Telerehabilitasyonun sunduğu mahremiyet ve erişilebilirlik ise çevresel faktörler alanında önemli bir kolaylaştırıcı unsur olarak değerlendirilebilir. Bu bütüncül etki, ICF modelinin vajinismus gibi çok boyutlu bozuklukların değerlendirilmesinde neden uygun bir çerçeve sunduğunu ortaya koymaktadır.

Yöntemsel açıdan bakıldığında, çalışmanın güçlü yönlerinden biri, telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin farklı seans yoğunluklarında uygulanarak karşılaştırılmış olmasıdır. Literatürde vajinismus tedavisine ilişkin çalışmaların büyük bir kısmı müdahalenin varlığına odaklanmakta, seans sıklığına bağlı farklılıkları ayrıntılı biçimde ele almamaktadır. Bu çalışmada haftada bir ve haftada üç seans uygulamalarının karşılaştırılması, müdahale yoğunluğunun klinik sonuçlar üzerindeki etkisini değerlendirme açısından önemli bir katkı sunmaktadır. Özellikle ağrı düzeylerinde gözlenen farklar, telerehabilitasyon programlarının planlanmasında seans sıklığının dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Bununla birlikte, çalışmanın bazı sınırlılıkları da göz önünde bulundurulmalıdır. Öncelikle müdahale süresinin dört hafta ile sınırlı olması, yaşam kalitesi ve kadın cinsel işlevi gibi daha karmaşık ve uzun vadeli değişkenlerde anlamlı değişimlerin gözlenmesini zorlaştırmış olabilir. Cinsel işlev ve yaşam kalitesi, yalnızca fizyolojik iyileşmeye değil, aynı zamanda psikolojik uyum, partner ilişkisi ve sosyal destek gibi faktörlere de bağlıdır. Bu nedenle, daha uzun süreli müdahaleler ve takip ölçümleri içeren çalışmaların bu değişkenler üzerinde daha net sonuçlar ortaya koyması beklenmektedir.

Bir diğ er y ontemsel sınırlılık, psikolojik değişkenlerin yalnızca HADS ile değerlendirilmiş olmasıdır. HADS, anksiyete ve depresyon belirtilerini taramak açısından geçerli ve g uvenilir bir araç olmakla birlikte, vajinismusun psikolojik boyutlarını tüm y onleriyle ele almak için yeterli olmayabilir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, kaygı türleri, beden algısı, cinsel mitler ve ilişki doyumu gibi değişkenlerin de değerlendirilmesi, telerehabilitasyonun psikolojik etkilerinin daha kapsamlı biçimde anlaşılmasına katkı sağlayabilir.

Çalışmanın bulguları, klinik uygulamalar açısından  onemli çıkarımlar sunmaktadır. Öncelikle, telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin vajinismus tedavisinde g uvenli ve etkili bir başlangıç müdahalesi olarak kullanılabileceği görülmektedir. Özellikle tedaviye başlama konusunda çekingenlik yaşayan bireyler için telerehabilitasyon, yüz yüze müdahalelere geçiş öncesinde bir köprü işlevi görebilir. Ayrıca, seans sıklığının artırılmasıyla ağrı düzeylerinde daha belirgin iyileşmeler sağlanması, klinisyenlerin müdahale planlarını bireyselleştirmesi gerektiğini göstermektedir.

Son olarak, bu çalışmanın bulguları vajinismus tedavisinde disiplinler arası yaklaşımların  onemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Pelvik taban eğitimi, fizyoterapötik açıdan güçlü bir müdahale olmakla birlikte, psikolojik süreçlerle bütünleştirildiğinde daha etkili sonuçlar elde edilmesi mümkündür. Yüksek yoğunluklu grupta gözlenen psikolojik değişimler, fizyoterapi temelli müdahalelerin psikolojik destekle birlikte ele alınmasının  onemini vurgulamaktadır. Bu nedenle gelecekte yapılacak çalışmaların, telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitimi ile psikoeğitim, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar veya cinsel terapi bileşenlerini birlikte değerlendirmesi  onerilmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, bu çalışmanın bulguları telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin vajinismus tedavisinde uygulanabilir, erişilebilir ve kültürel açıdan duyarlı bir yöntem olduğunu göstermektedir. Müdahale sıklığının artmasıyla bazı klinik ve psikolojik sonuçlarda daha belirgin etkiler elde edilmesi, seans yoğunluğunun kısa süreli müdahalelerde kritik bir değişken olduğunu ortaya koymaktadır. Bulgular, vajinismusun çok boyutlu yapısına uygun olarak, bütüncül ve bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının gerekliliğini desteklemektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF) modeli temel alınarak vajinismus tanısı almış bireylerde farklı yoğunluklarda uygulanan kısa süreli telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitimi programlarının etkinliği incelenmiştir. Çalışma kapsamında haftada üç seans uygulanan yüksek yoğunluklu program ile haftada bir seans uygulanan düşük yoğunluklu program karşılaştırılmış; müdahale yoğunluğunun klinik ve psikososyal sonuçlar üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir.

Araştırma bulguları, her iki grupta da ağrı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma meydana geldiğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte haftada üç seans uygulanan yüksek yoğunluklu programın, haftada bir seans uygulanan programa kıyasla ağrı düzeylerinde daha belirgin bir iyileşme sağladığı görülmüştür. Bu sonuç, pelvik taban kaslarının düzenli ve tekrarlı egzersizlerle daha etkin biçimde kontrol altına alınabildiğini ve müdahale sıklığının ağrı algısı üzerinde belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir.

Anksiyete ve depresyon düzeylerine ilişkin bulgular değerlendirildiğinde, yalnızca haftada üç seans uygulanan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmış, haftada bir seans uygulanan grupta ise anlamlı bir değişim gözlenmemiştir. Bu değişimin yönü dikkate alındığında, yüksek yoğunluklu müdahalelerin kısa vadede psikolojik farkındalığı artırarak bireylerin duygusal süreçlerini daha görünür hâle getirmiş olabileceği düşünülmektedir. Bu durum, telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin psikolojik boyut üzerindeki etkilerinin doğrusal bir iyileşme sürecinden ziyade, farkındalık ve yüzleşme temelli bir değişim süreci içerebileceğini göstermektedir.

Yaşam kalitesi ve kadın cinsel işlevi açısından her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamış olmakla birlikte, haftada üç seans uygulanan grupta elde edilen ortalama farkların daha olumlu olduğu görülmüştür. Bu bulgu, yaşam kalitesi ve cinsel işlev gibi çok boyutlu değişkenlerin kısa süreli müdahalelerden ziyade daha uzun süreli ve bütüncül yaklaşımlarla anlamlı düzeyde değişebileceğine işaret etmektedir. Tedavi sürecinin yalnızca kas fonksiyonlarını değil, aynı zamanda bilişsel, duygusal, davranışsal ve kültürel unsurları kapsadığı göz

önüne alındığında, telerehabilitasyonun bu çok boyutlu yapıya erişilebilirlik, mahremiyet ve süreklilik açısından önemli katkılar sunduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmanın bulguları, vajinismusun çok katmanlı yapısı gereği tedavi süreçlerinde hem fiziksel hem de psikososyal bileşenlerin eş zamanlı olarak ele alınmasının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin kısa süre içerisinde pelvik taban kas kontrolünü geliştirebilmesi, dijital platformların beden farkındalığı ve motor öğrenmeyi destekleme kapasitesini doğrulamaktadır. Aynı zamanda kültürel faktörler, cinsel mitler, toplumsal cinsiyet rolleri ve çift dinamikleri gibi çevresel bileşenlerin ICF çerçevesinde belirleyici olduğu görülmüş; dijital müdahalelerin bu engelleri azaltarak bireylerin tedaviye erişim ve katılım motivasyonunu artırabileceği anlaşılmıştır.

Genel olarak bu çalışmanın sonuçları, kısa süreli telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin vajinismus tedavisinde uygulanabilir, erişilebilir ve etkili bir yöntem olduğunu; seans yoğunluğunun ise klinik sonuçların gücünü doğrudan etkilediğini göstermektedir. Bu yönüyle telerehabilitasyon, bireysel ve toplumsal bariyerleri azaltan, güvenli bir ortamda uygulanabilen ve kısa sürede işlevsel kazanımlar sağlayabilen modern bir yaklaşım olarak vajinismus tedavisinde güçlü bir alternatif sunmaktadır.

Bu çalışma doğrultusunda ileride yapılacak araştırmalar ve klinik uygulamalar için çeşitli öneriler geliştirilmiştir. Öncelikle, yaşam kalitesi ve cinsel işlev gibi daha karmaşık ve uzun süreli değişim gerektiren alanlarda anlamlı sonuçlar elde edebilmek için müdahale süresinin uzatılması, takip değerlendirmelerinin 3–6 ay aralıklarla sürdürülmesi ve daha geniş örneklem gruplarıyla çalışmalar yürütülmesi önerilmektedir. Ayrıca yüksek yoğunluklu seans programlarının psikolojik süreçler üzerindeki etkileri dikkate alındığında, telerehabilitasyon protokollerine psikoeğitim, bilişsel-davranışçı teknikler ve duyuşsal maruziyet temelli yaklaşımların sistematik biçimde entegre edilmesi tedavi etkinliğini artırabilir.

Vajinismusun kültürel ve toplumsal boyutları göz önünde bulundurulduğunda, tedaviye yönelik geliştirilecek dijital programların bireylere güven, mahremiyet ve esneklik sağlayacak şekilde yapılandırılması önemlidir. Cinsel mitlerin ve yanlış inanışların yaygın olduğu toplumlarda, dijital eğitim materyalleri, bilgilendirici videolar, interaktif içerikler ve güvenli öğrenme modülleri aracılığıyla bireylerin bilgi

düzeyinin artırılması önerilmektedir. Ayrıca uygun olgularda eşlerin de sürece dahil edilebileceği modüllerin geliştirilmesi, tedavinin ilişkisel ve duygusal boyutlarını güçlendirebilir.

Klinik uygulamalarda telerehabilitasyonun daha yaygın biçimde kullanılabilmesi için, fizyoterapistlere yönelik eğitim programlarının artırılması, pelvik taban terapilerinin dijital ortamda uygulanmasına ilişkin standart protokollerin oluşturulması ve bu protokollerin ICF çerçevesiyle uyumlu biçimde yapılandırılması önerilmektedir. Bunun yanı sıra, toplum genelinde vajinismus ve cinsel sağlık konularında farkındalık oluşturacak bilgilendirme çalışmaları ve eğitim programlarının yaygınlaştırılması, kadınların sağlık hizmetlerine başvurma davranışlarını güçlendirebilir.

Son olarak, gelecekte yapılacak araştırmaların yalnızca klinik sonuçlara değil; danışan deneyimleri, tedaviye uyum, dijital uygulamaların kullanılabilirliği ve kullanıcı memnuniyeti gibi değişkenlere de odaklanması, telerehabilitasyon temelli pelvik taban eğitiminin daha kapsayıcı, sürdürülebilir ve bilimsel açıdan güçlü bir temele oturmasına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Ahmed, K., ve Bhugra, D. (2007). The Role of Culture in Sexual Dysfunction. *Psychiatry*, 6(3), 115-120.
- Akbayrak, T., ve Kaya, S. (2016). Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. Ankara: Pelikan Yayınevi.
- Allen, L., Lacy, J., Salle, J. P., ve Gordon, A. (2006). The use of botox for vaginismus. (Çev. İ. Dağ.), Ankara, Türk Psikologlar Derneği.
- Allen, L., Lacy, J., Salle, J. P., ve Gordon, A. (2006). The use of botox for vaginismus. (Çev. İ. Dağ.), Ankara, Türk Psikologlar Derneği.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amerikan Psikiyatri Birliği-APA. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan çev. Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Ankara.
- Anderson, S. A., Russel, W. R., ve Schumm, J. (1983). Perceived marital quality and family life-cycle categories: A further analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 45(2), 127-139.
- Askund, I., Nyström, E., Sjöström, M., & Umeåfjord, G. (2020). Mobile app for treatment of stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(5), 656–665.
- Badran, W., Moamen, N., Fahmy, I., ElKaraksy, A., AbdelNasser, T. M., & Ghanem, H. (2006). Etiological factors of unconsummated marriage. *International Journal of Impotence Research*, 18, 458–463. (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.23116>)
- Bahar, B. (2020). Gebelerde pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi farkındalığı, bilgi ve inançlarının incelenmesi (Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Bair, E., Simmons, E., Hartung, J., Desia, K., Maixner, W., ve Zolnoun, D. (2016). Natural History of Comorbid Orofacial Pain Among Women with Vestibulodynia. *Clin J Pain*, 31(1), 73–78.
- Balcı, E. G. (2021). Postmenopozal dönemdeki sağlıklı kadınlarda telerehabilitasyon yöntemi ile uygulanan egzersiz eğitiminin menopozal semptomlar, yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi (Yüksek lisans tezi, Bağıkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). (<https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000087>)
- Balcı, H. (2014). Bilişsel davranışçı terapi ile tedavi edilen vajinismuslu kadınlarda ve eşlerinde tedavi öncesi ve sonrası benlik saygısı, özyeterlilik ve yaşam kalitesi düzeyleri (Tıpta Uzmanlık Tezi). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.

- Basson, R. (1996). Lifelong vaginismus: A clinical study of 60 consecutive cases. *Journal SOGC*, 18(6), 551-561.
- Bayrak, M. (2006). Vajinusmus oluşumunda etyolojik zellikler (Uzmanlık Tezi). Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Bergeron, S., Morin, M., ve Lord, M. J. (2010). Integrating pelvic floor rehabilitation and cognitive-behavioural therapy for sexual pain: What have we learned and where do we go from here? *Sexual and Relationship Therapy*, 25(3), 289–298. (<https://doi.org/10.1080/14681994.2010.>)
- Berghmans, B. (2018). Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *International Urogynecology Journal*, 29(5), 631–638. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3536-8>
- Bilgin, R. (2016). Geleneksel ve Modern Toplumda Kadın Bedeni ve Cinselliği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 26(1), 219-243. (<https://doi.org/10.1806>)
- Binik, Y. M., Meana, M., Berkley, K., & Kalif, S. (1999). The Sexual Pain Disorders: Is the Pain Sexual or is the Sex Painful? *Annual Review of Sex Research*, 10(1), 210-235. (<https://doi.org/10.18069/fusbed.43256>)
- B, K., Berghmans, B., Mrkved, S., & Kampen, M. V. (2015). Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Elsevier Health Sciences. (<https://doi.org/10.1016/C2009->)
- Bo, K., Frawley, H. C., Haylen, B. T., Abramov, Y., Almeida, F. G., Berghmans, B., ... Wells, A. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 36(2), 221–244. <https://doi.org/10.1002/nau.23107>
- Bora, A. (2010). Hatırlananlar ve Unutulanlar: İşlam Coğrafyasında Modernleşme ve Kadın Hareketleri. *Bilig*, 53, 51-66.
- Borkar Sudini, & Dave Binal. (2022). A tele-rehabilitation approach for the treatment of dyspareunia: Case report. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy – An International Journal*, 16(2), 44–48. <https://doi.org/10.37506/ijpot.v16i2.18032>
- Boyacıoğlu, G. S. (1999). Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları. *Psikiyatri Dnyası*, 2, 54-59.
- Bozdemir, N., ve zcan, S. (2011). Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış. *TJMPC*, 5(4), 37-46.
- Brandt, C., & Janse van Vuuren, E. C. (2019). An International Classification of Function, Disability and Health (ICF)-based investigation of movement impairment in women with pelvic organ prolapse. *South African Journal of*

Physiotherapy, 75(1), a472. <https://doi.org/10.4102/sajp.v75i1.472>
ResearchGat

Brauer, M., Lakeman, M., Lunsen, R., & Laan, E. (2014). Predictors of task-persistent and fear-avoiding behaviors in women with sexual pain disorders. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 3051-3063. (<https://doi.org/10.1111/jsm.12697>)

Butcher, J. (1999). ABC of sexual health: Female sexual problems II: Sexual pain and sexual fears. *British Medical Journal*, 318, 110-112. (<https://doi.org/10.1136/bmj.318.7176.110>)

CETAD – Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. (2006). *Cinsel Yaşam ve Sorunları*. CETAD Yayınları, İstanbul.

CETAD – Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. (2007). *Kadın Cinselliği*. CETAD Yayınları, İstanbul.

Chalmers, K. J. (2024). Clinical assessment and management of vaginismus. *Australian Journal of General Practice*, 53(1-2). DOI: 10.31128/AJGP/06-23-6870

Cichowski, B. S., Rogers, G. R., Komesu, Y., Murata, E., Qualls, C., Murata, A., & Murata, G. (2018). 10-yr analysis of chronic pelvic pain and chronic opioid therapy in the women veteran population. *Military Medicine*, 183(9-10), e635-e640. (<https://doi.org/10.109>)

Crowley, T., Goldmeier, D., ve Hiller, J. (2009). Diagnosing and managing vaginismus. *BMJ*, 339, 225-229. (<https://doi.org/10.1136/bmj.b2284>)

Çakmak, E. (2011). Vajinismus olan kadınlarda bağlanmanın cinsel işlevler ve klinik bulgulara etkisi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Çeri, Ö. (2009). Vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşlerinde temel bilişsel şemalar ile bağlanma stillerinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Dalan, A. (2020). Kadınlarda vajinismus ile ebeveyn tutumları, cinsel mit inançları ve kaygı arasındaki ilişkiler (Yüksek lisans tezi). Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

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

de Bem Fretta, T., Dacanal, G. D., de Souza Mendes, P. C., Dias, M., & Jorge, C. H. (2024). Educational telerehabilitation program for women with pelvic floor dysfunctions after gynecological pelvic cancer treatment: Protocol study for a randomized and controlled clinical trial. *Trials*, 25, Article 347. <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08138-1>

Demiralp, M., ve Oflaz, F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 132-139.

- Doğan, S., & Özkorumak Karagüzel, E. (2008). Ağrılı genital cinsel aktivite ve vajinismus tanısında yaşanan güçlükler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 135–142.
- Doğan, S., & Saraçoğlu, G. V. (2009). Yaşam boyu vajinismus olan kadınlarda cinsel bilgi, evlilik özellikleri, cinsel işlev ve doyumun değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul*.
- Dumoulin, C., Cacciari, L. P., & Hay-Smith, E. J. C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub4>)
- Erden, C. T. (2009). Eşleri vajinismus olan erkeklerin ruhsal profillerinin normal popülasyonla karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul*.
- Ersanlı, K., ve Kumcağız, H. (2016). Cinsel sağlık eğitimi. Ankara: Pegem Akademi.
- Ersoy, E. (2009). Cinsiyet kültürü içerisinde kadın ve erkek kimliği: Malatya örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(2), 209-230.
- Gabbard, G. O. (2001). Musings on the report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and classifications. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(2), 145-147.
- Gehring, D., ve Chan, A. W. C. (2001). Group therapy – A useful treatment modality for women diagnosed with primary and secondary vaginismus. *Journal of Sex Education and Therapy*, 26(1), 59-67.
- Ghaderi, F., Bastani, P., Hajebrahimi, S., Jafarabadi, M. A., & Berghmans, B. (2019). Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *International Urogynecology Journal*, 30(11), 1849–1855. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04019-3>
- Gillan, P. (1993). Cinsel sorunlar ve tedavileri el kitabı (Çev. E. Eker, M. Özmen ve E. Özmen). İstanbul: Menteş Kitabevi.
- Goldfinger, C., Pukall, C. F., Thibault-Gagnon, S., et al. (2016). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and physical therapy for provoked vestibulodynia: A randomized pilot study. *Journal of Sexual Medicine*, 13, 88-94. (<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.003>)
- Goldfinger, C., Pukall, C. F., Thibault-Gagnon, S., et al. (2016). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and physical therapy for provoked vestibulodynia: A randomized pilot study. *Journal of Sexual Medicine*, 13, 88-94. (<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.003>)
- Gülsün, M., Ak, M., ve Bozkurt, A. (2009). Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, 68-79.

- Günaydın, D. (2015). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran hastalarda cinsel işlev bozukluğu sıklığı (Tıpta Uzmanlık Tezi). Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trabzon.
- Harlow, B. L., ve Stewart, E. G. (2005). Adult-onset vulvodynia in relation to childhood violence victimization. *American Journal of Epidemiology*, 161(9), 871-880. (<https://doi.org/10.1093/aje/kwi108>)
- Haslam, J. (2007). Historical perspective of pelvic floor muscle training. In *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed., pp. 85-88). London: Springer. (https://doi.org/10.1007/978-1-84628-756-5_11)
- Hay-Smith, E. J. C., Herderschee, R., Dumoulin, C., & Herbison, G. P. (2011). Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009508>)
- 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. (<https://doi.org/10.1023/A:1019848310142>)
- International Continence Society. (2024). ICS Standards 2024. International Continence Society. <https://www.ics.org/standards/icsstandards2024>
- İncesu, C. (2006). Cinsel yaşam ve sorunları. Ankara: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği.
- İncesu, C. (2011). DSM-5 ve cinsel işlev bozuklukları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 48, 1-6.
- Kamalı, Y. (2018). Kadınların vajinismusla ilişkili deneyimlerinin nitel yöntemle incelenmesi (Yüksek lisans tezi). İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kane R, Bershadsky B, Rockwood T, Saleh K, Islam N. Visual Analog Scale pain reporting was standardized. *J Clin Epidemiol*. 2005 Jun;58(6):618–23. (<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2004.11.017>)
- Kaneko, K. (2001). Penetration disorder: Dyspareunia exists on the extension of vaginismus. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 153-155.
- Kaplan, H. S. (1988). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner & Mazel. (<https://doi.org/10.4324/9780203727317>)
- Kaplan, H. S. (2014). *Yeni cinsel terapi: Cinsel işlev bozukluklarının etkin tedavisi*. Ankara: CK Yayınevi.
- Karaaslan, Y. (2019). Aşırı aktif mesaneli kadınlarda konnektif doku masajı ile birlikte verilen pelvik taban kas eğitiminin tek başına pelvik taban kas eğitimi ile karşılaştırılması (Doktora tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Karan, A. (2016). Ürojenekolojide fizik tedavi ve rehabilitasyon. Nobel Tıp Kitabevi.
- Kegel, A. H. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56(2), 238-248. (<https://doi.org/10.1016/000>)
- Kennedy, P., Doherty, N., ve Barnes, J. (1995). Primary vaginismus: A psychometric study of both partners. *Sex Relation Therapy*, 10, 9-22.
- Kleinplatz, P. J. (1998). Sex therapy for vaginismus: A review, critique, and humanistic alternative. *Journal of Humanistic Psychology*, 38(2), 51-58.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Reliability and Validity of the Turkish Version of Short Form-36 (SF-36). *İlaç ve Tedavi Derg.* 1999;12(2).
- Kroon, N., ve Reginald, P. (2005). Medical management of chronic pelvic pain. *Current Obstetrics & Gynecology*, 15, 285-290. (<https://doi.org/10.1016/j.curobgyn>.)
- Lahaie, M. A., Boyer, S. C., Amsel, R., Khalifé, S., ve Binik, Y. M. (2010). Vaginismus: A review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Women's Health*, 6(5), 705-719. (<https://doi.org/10.2217/WHE.10.46>)
- 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.
- Lima, T. V. O., Moura, A. P. B., Carbone, É. M., Gimenez, M. M., Bortolini, M. A. T., Castro, R. A., & Fitz, F. F. (2025). Pelvic floor muscle training by telehealth to treat female stress urinary incontinence: A randomized clinical trial. *International Urogynecology Journal*. <https://doi.org/10.1007/s00192-025-06336-2>
- Lippman, S. A., Warner, M., Samuels, S., Olive, D., Vercellini, P., ve Eskenazi, B. (2003). Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study. *Fertility and Sterility*, 80, 1488-1494.
- Martinez, P. I. (2016). ICS updates on continence care: What's hot in physiotherapy after 80 years? *Urology News*, 20(3), 12-14.
- Martinho, N. M., Silva, V. R., Marques, J., Carvalho, L. C., Iunes, D. H., & Botelho, S. (2016). The effects of training by virtual reality or gym ball on pelvic floor muscle strength in postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 20(3), 248-257.
- McEvoy, M., McElvaney, R., & Glover, R. (2024). Understanding vaginismus: A biopsychosocial perspective. *Sexual and Relationship Therapy*. <https://doi.org/10.1080/14681994.2025.2458897>

- Meşedüzü, M. (2014). Vajinismusu olan ve olmayan kadınların jinekolojik muayeneye ilişkin yaşadıkları duygu, düşünce, semptomlar ve anksiyete düzeyleri (Yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Newman, D. K. (2007). Pelvic floor muscle rehabilitation using biofeedback. *Urologic Nursing*, 27(1), 47–52.
- Oğuz, Y. (2019). Evli kadınlardaki cinsel işlev bozukluklarının kaygı düzeyi ve erken dönemde algılanan ebeveyn tutum biçimleri açısından incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşa.
- Ohl, L. E. (2007). Essentials of female sexual perspective. *Urologic Nursing*, 27(1), 57-64.
- OOKtay, M., ve Tombul, K. (2003). İki yüz vajinismus vakası ve eşlerinin psikolojik yönden incelenmesi. *Yeni Symposium*, 41(3), 115-119.
- Oskay, Ü. Y., ve Beji, N. K. (2008). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu sınıflandırması, son dönemde yapılan değişiklikler ve yeni sınıflama için öneriler. *Androloji Bülteni*, 32, 79-82.
- Öksüz, E., & Malhan, S. (2005). Kadın cinsel fonksiyon indeksi: Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik analizi. *Sendrom*, 17(7), 54–60.
- Özakkaş, T. (2015). Cinsel problemlerde hipnoterapi. Kayseri: Özak Yayınevi.
- Özdel, K. (2009). Bilişsel davranışçı terapi ile tedavi edilen vajinismus olgularında tedavi öncesi ve sonrası depresyon, anksiyete ve mükemmeliyetçilik düzeyleri (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Özden, F., Sarı, Z., & Tuğay, N. (2020). Teletıp ve güncel telerehabilitasyon yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences – Teletıp Özel Sayısı*, 10–[sayfa aralığı]. <https://acikerisim.mu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12809/9100/özden.pdf?sequence=1>
- Öztürk, C. Ş. (2014). Cinsel işlev bozukluğu olan çiftlerde mizaç ve karakter boyutları, evlilik uyumu ve cinsel doyum arasındaki ilişkiler (Doktora tezi). Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Pacik, P. T., ve Geletta, S. (2017). Vaginismus treatment: Clinical trials follow up patients. *Sexual Medicine*, 5, e114-e123. (<https://academic.oup.com/smoa/article/5/2/e114/6956323?login=false>)
- Payne, K. A., Binik, Y. M., Amsel, R., & Khalifé, S. (2005). When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain. *European Journal of Pain*, 9(4), 427-427.
- Peleg, R., Press, Y., ve Ben-Zion, I. Z. (2001). Glyceryl trinitrate ointment as a potential treatment for primary vaginismus. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 96, 111-112.

- Peretti, A., Amenta, F., Tayebati, S. K., Nittari, G., & Mahdi, S. S. (2017). Telerehabilitation: Review of the state-of-the-art and areas of application. *JMIR Rehabil Assist Technol*, 4(2), e7. (<https://doi.org/10.2196/rehab.7511>)
- Polat, B. (2017). Pelvik taban kas zayıflığı olan kadınlarda pelvik taban eğitiminin cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi (Yüksek lisans tezi).
- Ptaszkowski, K., Paprocka-Borowicz, M., Słupska, L., Bartnicki, J., Dymarek, R., Rosińczuk, J., Heimrath, J., Dembowski, J., & Zdrojowy, R. (2015). Assessment of bioelectrical activity of synergistic muscles during pelvic floor muscles activation in postmenopausal women with and without stress urinary incontinence: A preliminary observational study. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 1521–1528. (<https://doi.org/10.2147/CIA.S89852>)
- Ramage, M. (2003). Female sexual dysfunction. *Psychiatry*, 3(2), 16-20.
- Raveendran, A. V., & Rajini, P. (2024). Vaginismus: Diagnostic challenges and proposed diagnostic criteria.
- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2005). Vaginismus: A biopsychosocial model and treatment implications. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(2), 119–131. <https://doi.org/10.1080/01674820500042489>
- Rosen et al., 2000 Rosen, R. C., Brown, C., Heiman, J. R., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., & Ferguson, D. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2012). Chronic pelvic pain, initial management (Green-top Guideline No. 41). RCOG Press. https://www.rcog.org.uk/media/muab2gj2/gtg_41.pdf
- Russell, T. G. (2009). Telerehabilitation: A coming of age. *Australian Journal of Physiotherapy*, 55(1), 5-6. ([https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(09\)70054-6](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(09)70054-6))
- Saadat, S. H. (2014). Vaginismus: A review of literature and recent updated treatments. *International Journal of Medical Reviews*, 1(3), 97-100.
- Sadock, B. J., ve Sadock, V. A. (2007). Normal insan cinselliği, cinsel işlev ve cinsel kimlik bozuklukları. In H. Aydın & A. Bozkurt (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8. baskı). Ankara: Güneş.
- Saltiel, F., Miranda-Gazzola, A. P. G., Vieira, G. F., Figueiredo, E. M., & Sampaio, R. F. (2024). Advancing women's pelvic floor muscle function diagnosis: the EFSMAP examination and its reliability evaluation. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 28(3), Article 101067. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2024.101067>

- Schultz, W. W., Basson, R., Binik, Y., Eschenbach, D., Wessellmann, U., & Van Lankveld, J. (2005). Women's sexual pain and its management. *The Journal of Sexual Medicine*, 2, 301-316. (<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20347.x>)
- Shah, M., ve Hoffstetter, S. (2014). Vulvodynia. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 41, 453-464. (<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2014.05.005>)
- Sullivan, H. S. (t.y.). Kişilerarası kuramı.
- Ter Kuile, M. M., & Weijenborg, P. T. (2006). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: A randomized controlled trial.
- Ter Kuile, M. M., Both, S., & van Lankveld, J. J. (2010). Cognitive-behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 595-610. (<https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.010>)
- Torun, F. (2010). Vajinismusun EMDR yöntemi ile tedavisi: İki olgu sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 243-248.
- Türkçapar, M. H., & Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: Tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 7-14.
- Ulusoy, M. (2015). Vajinismus tedavisinde hipnoz. İstanbul: Cinius Yayınları.
- Usta, A. T., ve Oral, E. (2016). Kronik pelvik ağrı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Ülgen, M. G., & Güleç, G. (2016). Antidepresan ilaç tedavisi başlanan hastalarda anksiyete ve depresyon belirtileri ile cinsel işlevlerdeki değişikliklerin değerlendirilmesi; 3 aylık doğal izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(3), 1-9.
- Vatandaş, C. (2007). Toplumsal cinsiyet ve cinsiyet rollerinin algılanışı. *Sosyoloji Konferansları Dergisi*, 35, 29-56.
- Yargıç, İ., ve Kayır, A. (1996). Vajinismus: Bir grup psikoterapisi sunumu. *Düşünen Adam*, 9(1), 31-34.
- Yeşilyurt, S. Y., Özengin, N., & Bakar, Y. (2019). Pelvik taban kas eğitimi ve sanal gerçeklik. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*.
- Yetkin, N. (1999). Vajinismus. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi*, 3, 26-29.
- Yıldırım, M. H. (2017). Vajinismusun sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından diğer cinsel işlev bozuklukları ile karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 20, 37-44.
- Yılmaz, D. (2016). Gebeliğin kadın cinselliği üzerindeki etkileri (Yüksek lisans tezi). Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Kars.
- Yılmaz, E., Zeytinci, İ. E., Sarı, S., Karababa, İ. F., Çilli, A. S., ve Kucur, R. (2010). Investigation of sexual problems in married people living in the center of Konya. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2), 126-134.

- Yüksel, Ö. (2019). Vajinismus hastalarında duyu kapılamasının görsel uyaranla ilişkisinin incelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Zarski, A. C., Baumeister, H., & Kählke, F. (2025). DSM-5 genito-pelvic pain/penetration disorder: Prevalence, comorbidities, and associated factors in university students. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 25(1). <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2024.100529>
- Zhang, R., Guo, Y., Zhang, J., Zhang, J., Zhuang, R., Liao, C., & Bo, H. (2025). Effectiveness of telehealth pelvic-abdominal mechanics training rehabilitation program for pelvic floor rehabilitation in puerperal women: A randomized controlled study. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 61(4), 679–688. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.25.08971-3>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

EKLER

EK-A

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Form



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 08 /08/2025 tarih 2025-15 sayı ile izin alınan* ve Zehra Baydar tarafından yürütülen "Vajinismuslu Bireylerde Farklı Yoğunlukta Kısa Dönem Telerehabilitasyon, Temelli Pelvik Taban Eğitiminin ICF Çerçevesinde Etkinliği" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurulundan izni alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu çalışmanın amacı, vajinismuslu bireylerde farklı yoğunluklarda kısa dönem <u>telerehabilitasyon</u> tabanlı pelvik taban eğitiminin etkinliğini ICF (Uluslararası İşlevsellik, <u>Yeti</u> ve Sağlık Sınıflandırılması) çerçevesinde değerlendirmektir. Araştırmada, kas gücü, cinsel işlev ve psikososyal etkenler üzerindeki etkiler ölçülerek hangi yoğunluğun daha avantajlı olduğu ortaya konulacaktır.
Araştırmanın Yöntemi	Bu çalışmada örneklem büyüklüğü hesabı için G*Power (G*power version 3.1.9.2, Axel Buchner, Universität Kiel) programı kullanıldı. $\alpha=0.05$ ve $1-\beta$ (güç)=0.80 ile güç analizi yapıldı. <u>Maria M. Franco</u> ve arkadaşlarının yapmış olduğu benzer çalışma verileri incelenerek tedavi programının etkinliği için etki büyüklüğü Cohen d: 0.9761388 olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre, $\alpha=0.05$ ve $1-\beta$ (güç)=0.80 ve Cohen d:0.9761388 olacak şekilde analiz yapıldığında her iki grupta en az 18 vaka alınması gerektiği tespit edildi. Vaka kayıpları göz önüne alındığında her iki grupta 20 vaka ile çalışmanın tamamlanması planlandı.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	18/09/2025-18/11/2025
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	40
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Online Platform
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☒ Hayır ☐

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım

<DOC_KODU>

Yayın Tarihi: <ONAY_TAR>

Revizyon Tarihi: <REV_TARİHİ>

Revizyon Numarası: <REV_NO>

bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü (Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Adı ve Soyadı	Faruk İbrahimoglu	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

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 kanın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.
Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

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

- ☐ 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 duyduunuz?

- ☐ 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 duyduunuz?

- ☐ 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

Visual Analog Skala (VAS) Değerlendirmesi

Türk Nöroşirürji Derneği - Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu

VİZUEL ANALOG SKALA (VAS)

Adınız Soyadınız: _____ Tarih: _____

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.



Türk Nöroşirürji Derneği - Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu

AĞRI ALANI ÇİZİMLERİ

xxx	Dayanılmaz
xx	ağrı
xx	Çok
xx	şiddetli
xx	ağrı
xxx	Şiddetli
xxx	ağrı
xx	Orta ağrı
x	Hafif ağrı

Visual Analog Skala (VAS) Değerlendirmesi

Hazırlayan: Dr.Atilla Akbay

Testin amacı ve uygulanması: Visual Analog Skala (VAS) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 100 mm lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımını yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Mesela ağrı için bir uca hiç ağrı yok, diğer uca çok şiddetli ağrı yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir.

Çizgi üzerindeki değerleri saptamak için aşağıdaki şablonu kullanabilirsiniz.



Geçerlilik: Testin bir dili olmaması ve uygulama kolaylığı önemli avantajıdır. Testin uygulandığı çizginin yatay veya dikey olmasından, uzunluğundan etkilenmediği gösterilmiştir. Testin kısa süre aralıkları ile tekrarı sonrası verilen cevaplarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Değerlendirme: Hastalar için elde edilen değerlerin ortalaması alınır.

Sonuç ve Yorum: Test çok uzun süreden beri kendini kanıtlamış ve tüm dünya literatüründe kabul görmüş bir testtir. Güvenlidir, kolay uygulanabilir.

Kaynaklar:

- 1-Fredy M. The graphic rating scale. Journal of educational psychology 14: 83-102,1923
- 2-Keele KD. Lancet, ii, 6, 1948.
- 3-Clarke MA. Reliability and sensibility in the self-assessment of well-being. Bul Br Psy Soc 17;18A, 1964
- 4-Keele KD. Br Med J, i, 670, 1968.
- 5-Downie WW, Leatham PA, et al. Studies with pain rating scales. Annals Rheumatic Diseases 37: 378-381, 1978
- 6-Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. Research in Nursing & Health 13: 227-236, 1990.

SF 36 Sorgulama Formu

Aşağıdaki sorular sağlığını, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve günlük işlerinizi nasıl yaptığınızla ilgili görüşleriniz için hazırlanmıştır. Herhangi bir soru hakkında endişeniz varsa, en doğru cevabı vermeye çalışın ve açıklayınız.

Lütfen birini işaretleyiniz!

Sağlığınız tanımı ve değerlendirilmesi:

1. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a. Mükemmel
- b. Çok iyi
- c. İyi
- d. Fena değil
- e. Kötü

2. Geçen seneyle karşılaştırıldığında şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a. h. Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
- b. Bir yıl öncesine göre daha iyi
- c. j. Hemen hemen aynı
- d. k. Bir yıl öncesine göre daha kötü
- e. l. Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınız sizi şu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren faaliyetler örneğin ağır eşyalar kaldırma, futbol gibi sporlara uğraşma	(1)	(2)	(3)
b. Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	(1)	(2)	(3)
c. Çarşı, pazar torbalarını taşımak	(1)	(2)	(3)
d. Birkaç kat merdiven çıkma	(1)	(2)	(3)
e. Bir kat merdiven çıkmak	(1)	(2)	(3)
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak	(1)	(2)	(3)
g. Bir kilometreden fazla yürümek	(1)	(2)	(3)
h. Birkaç yüz metre yürümek	(1)	(2)	(3)
i. Yüz metre yürümek	(1)	(2)	(3)
j. Yıkanmak yada giyinmek	(1)	(2)	(3)

4. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak?	(1)	(2)
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek? (bitmeyen proje, temizlenmeyen ev...)	(1)	(2)
c. Yapabildiğiniz iş türünde yada diğer faaliyetlerinizde kısıtlanmak?	(1)	(2)
d. İşiniz yada diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	(1)	(2)

5. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak?	(1)	(2)
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek? (bitmeyen proje, temizlenmeyen ev...)	(1)	(2)
c. İş yada diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapamamak?	(1)	(2)

6. Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız veya duygusal problemlerinizi, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla ya da diğer gruplarla olan normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne kadar engel oldu?

Birini işaretleyin:

- Hiç
- Biraz
- Orta derecede
- Epeyce
- Çok fazla

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrınız oldu?

Birini işaretleyin:

- Hiç
- Çok hafif
- Hafif
- Aşırı derecede
- Çok aşırı derecede

8. Son bir ay (4 hafta), ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

Birini işaretleyin:

- Hiç olmadı
- Biraz
- Orta derece
- Epeyce
- Çok fazla

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarını

	Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
b. Çok sinirli bir kişi oldunuz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü hissettiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
e. Çok enerjiniz oldu?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
g. Yıpranmış, tükenmiş hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
h. Kendinizi bitkin hissettiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
i. Yorgun hissettiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

Birini işaretleyin:

- a. Her zaman
- b. Çoğu zaman
- c. Bazen
- d. Çok ender
- e. Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki sorulardan size en uygun olan doğru veya yanlış seçiniz.

	Kesin doğru	Kısmen doğru	Emin değil	Kısmen yanlış	Kesin yanlış
a. Diğer insanlardan kolay hastalanıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
b. Bildiğim diğer insanlar kadar sağlıklıyım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
c. Sağlığımın kötüye gideceğini bekliyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
d. Sağlığım mükemmel	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Kaynaklar

Kaya BB, Içağasıoğlu A. Reliability and validity of the Turkish version of short form 36 (SF-36) in patients with rheumatoid arthritis. J Surg Med. 2018;2(1):11-16.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, et al. SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi. 1999;12:102-6.

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health status survey (SF-36). 1. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992;30(6):473-83

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HASTANE ANKSİYETE ve DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

- | | |
|---|---|
| <p>1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.</p> <p>Çoğu zaman ☐</p> <p>Birçok zaman ☐</p> <p>Zaman zaman, bazen ☐</p> <p>Hiçbir zaman ☐</p> | <p>8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.</p> <p>Hemen hemen her zaman ☐</p> <p>Çok sık ☐</p> <p>Bazen ☐</p> <p>Hiçbir zaman ☐</p> |
| <p>2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.</p> <p>Aynı eskisi kadar ☐</p> <p>Pek eskisi kadar değil ☐</p> <p>Yalnızca biraz eskisi kadar ☐</p> <p>Neredeyse hiç eskisi kadar değil ☐</p> | <p>9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.</p> <p>Hiçbir zaman ☐</p> <p>Bazen ☐</p> <p>Oldukça sık ☐</p> <p>Çok sık ☐</p> |
| <p>3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.</p> <p>Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli ☐</p> <p>Evet, ama çok da şiddetli değil ☐</p> <p>Biraz, ama beni endişelendiriyor ☐</p> <p>Hayır, hiç de öyle değil ☐</p> | <p>10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.</p> <p>Kesinlikle ☐</p> <p>Gerektiği kadar özen göstermiyorum ☐</p> <p>Pek o kadar özen göstermeyebilirim ☐</p> <p>Her zamanki kadar özen gösteriyorum ☐</p> |
| <p>4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.</p> <p>Her zaman olduğu kadar ☐</p> <p>Şimdi pek o kadar değil ☐</p> <p>Şimdi kesinlikle o kadar değil ☐</p> <p>Artık hiç değil ☐</p> | <p>11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.</p> <p>Gerçekten de çok fazla ☐</p> <p>Oldukça fazla ☐</p> <p>Çok fazla değil ☐</p> <p>Hiç değil ☐</p> |
| <p>5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.</p> <p>Çoğu zaman ☐</p> <p>Birçok zaman ☐</p> <p>Zaman zaman, ama çok sık değil ☐</p> <p>Yalnızca bazen ☐</p> | <p>12) Olacakları zevkle bekliyorum.</p> <p>Her zaman olduğu kadar ☐</p> <p>Her zamankinden biraz daha az ☐</p> <p>Her zamankinden kesinlikle daha az ☐</p> <p>Hemen hemen hiç ☐</p> |
| <p>6) Kendimi neşeli hissediyorum.</p> <p>Hiçbir zaman ☐</p> <p>Sık değil ☐</p> <p>Bazen ☐</p> <p>Çoğu zaman ☐</p> | <p>13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.</p> <p>Gerçekten de çok sık ☐</p> <p>Oldukça sık ☐</p> <p>Çok sık değil ☐</p> <p>Hiçbir zaman ☐</p> |
| <p>7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.</p> <p>Kesinlikle ☐</p> <p>Genellikle ☐</p> <p>Sık değil ☐</p> <p>Hiçbir zaman ☐</p> | <p>14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.</p> <p>Sıklıkla ☐</p> <p>Bazen ☐</p> <p>Pek sık değil ☐</p> <p>Çok seyrek ☐</p> |

Kaynak: Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S (1997) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi; 8(4):280-287.