

Genito Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozuklukları ve Güncel Yaklaşımlar

Melike DİŞSİZ ¹, Rojgin MAMUK ², Ümran OSKAY ³

ÖZ

Genito pelvik ağrı ve birleşme bozuklukları, vajinismus ve dispareniyi içeren bir çeşit kadın cinsel işlev bozukluğudur. Daha önce cinsel ağrı bozuklukları olarak sınıflandırılan vajinismus ve dispareni Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısında (DSM-5) genito-pelvik ağrı bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Görülme sıklığına dair yeterli kanıtlar bulunmamakla birlikte kadınlarda sık karşılaşıldığı görüşü hâkimdir. Etiyolojisinde; fiziksel/organik, psikolojik, kültürel, fobik vb. pek çok faktörün rol oynayabileceği kabul edilmektedir. Ancak sebebinin anlaşılmasına yönelik ayırt edici tanımlar henüz yeterli düzeyde değildir. Buna bağlı olarak da tedavisinde başarı şansı tartışılan yöntemler kullanılmaktadır. Tedavide güncel yaklaşımlar ise; tıbbi tedavi yöntemleri, fizik tedavi yöntemleri, cinsel terapi, psikoterapi ve hipnoterapidir. Bunlara ek olarak hastalığın önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonunun sağlanması için multidisipliner bir ekip ortaklığı şarttır. Bu ekip içerisinde yer alan hemşireler, kadınlarda cinsellikle ilgili sorunların saptanmasında anahtar role sahiptir. Bu derlemede genito pelvik ağrı ve birleşme bozukluklarının yaygınlığı, etiyolojisinde rol oynayan faktörler, tanı ve tedavi yöntemleri ile konuya yönelik hemşirelik yaklaşımının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı; vajinismus; dispareni; tedavi; hemşirelik.

Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorders and Current Approaches

ABSTRACT

Genito-pelvic pain and penetration disorders are female sexual dysfunctions that involve vaginismus and dyspareunia. Vaginismus and dyspareunia, previously classified as sexual pain disorders, were defined as genitopelvic pain disorder in the fifth edition of the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Although there is not enough evidence for the incidence, it is generally thought to be common in women. Many factors such as physical/organic, psychological, cultural and phobic, etc. are widely accepted to play a role in etiology. However, since the diagnostic criteria for understanding the cause are not yet sufficient, the methods are used whose likelihood of success are under discussion. Current approaches in treatment are medical treatment methods, physical therapy methods, sexual therapy, psychotherapy and hypnotherapy. In addition, a multidisciplinary team partnership is essential for the prevention, treatment and rehabilitation of the disease. The nurses involved in this team have a key role in identifying sexual problems in women. In the study, the prevalence of genito-pelvic pain and penetration disorders, the factors that play a role in the etiology, the diagnosis and treatment methods and the nursing approaches about the subject are aimed to be observed.

Keywords: Pain; vaginismus; dyspareunia; treatment; nursing.

GİRİŞ

Cinsel aktivite yalnızca neslin devamı için yapılan biyolojik bir işlev değil, aynı zamanda insanlar arası duyguların iletişimine yarayan ve zevk veren temel bir işlevdir (1). Bu nedenle de cinsellik bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamının vazgeçilmez bir parçası olarak kabul edilmektedir. Cinsel işlev, genel sağlığı ve yaşam kalitesinin önemli bir boyutu olmakla birlikte cinsel işlev bozuklukları yaygın olarak görülen sağlık sorunlarından (2,3). Dispareni ve

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D., İstanbul, Türkiye

2 Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

3 İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D., İstanbul, Türkiye

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Melike DİŞSİZ, e-mail: melekd78@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 16.12.2018, Kabul Tarihi / Accepted: 18.08.2019

vajinismus alt grupları en son Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5'te (Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders-DSM-5) birleştirilerek genito pelvik ağrı ve birleşme bozuklukları başlığında yeniden tanımlanmış ve bu problemin klinik anlamda belirgin bir sıkıntıya ve bozukluğa neden olduğu belirtilmiştir (4). Diğer bir tanıma göre disparoni koitus sırasında vajinismus dışında kalan nedenlerle ortaya çıkan ürogenital alanda hissedilen, tekrarlayan ya da sürekli bir ağrı olarak tanımlanmaktadır (5). Buradan yola çıkarak bu derlemede genito pelvik ağrı ve birleşme bozukluklarının yaygınlığı, etiolojisinde rol oynayan faktörler, güncel tanı ve tedavi yöntemleri ile konuya yönelik hemşirelik yaklaşımının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Epidemiyoloji

Yapılan çalışmalarda vajinismus ve disparonin çok sık rastlanan bir kadın cinsel işlev bozukluğu olduğu vurgulansa da genel popülasyon içindeki oranı tam olarak bilinmemektedir. Ayrıca bu tür yakınması olan kadınların tedaviye başvurmadığı, eksik tanılandığı ve gözden kaçırıldığı da düşünülmektedir (6,7). Vajinismusun, evlilik yaşamı içinde en sık cinsel birleşmenin gerçekleşmesine engel olan durumlardan biri olduğu vurgulanmaktadır. Gana'da yapılan randomize kontrollü bir çalışmada kadınların %68,1'inin vajinismus belirtileri gösterdiği saptanmıştır (8). İtalya'da yardım hattını telefonla arayan kadınların %9'unun vajinismus tariflediği belirtilmiştir (9). Bir başka çalışmada vajinismusun, genel popülasyon içindeki oranının %3-13 arasında; kliniğe başvuran cinsel işlev bozuklukları arasında ise %21-48 arasında olduğu bildirilmektedir (10). Diğer taraftan vajinismusun batı toplumlarında daha az görüldüğü ifade edilmektedir. İsveç'te yapılan bir çalışmada yıllık görülme sıklığı %1 olarak saptanmıştır (11). Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise kadınların %17'si yaşamlarının herhangi bir aşamasında bir kerelik, %9,2'si yaşamlarında bir dönem devam eden birleşme sorunu tarif etmişlerdir (12). Konya'da yapılmış olan toplum bazlı bir başka araştırmada ise %15,3 oranında vajinismus sorunu olduğu bildirilmiştir (13). Cinsel sorunları nedeniyle psikiyatri kliniğine başvuran kadın hastaların değerlendirildiği bir araştırmada vajinismusun %73 oranında olduğu belirlenmiştir (14). Yıldırım ve ark. (15) tarafından yalnızca cinsel işlev bozukluğu olan olguların başvurduğu merkezde yürütülen çalışmada ise kadınların %41'inin vajinismus nedeni ile başvuru yaptıkları saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda klinik olarak vajinismus ve disparonin birbirinden ayırt etmenin oldukça güç olduğu bu nedenle de cinsel birleşmeyle ilişkili ağrı şikâyeti olan bir kadında vajinismus varsa öncelikli tanının vajinismus olarak kabul edilmesi önerilmektedir (13-16). Bununla ilgili olarak Türkiye'de yapılan bir çalışmada vajinismuslu hastalarda disparoni sıklığı %47,2 olarak bulunmuştur (16). Başka bir çalışmada da ağrı ve vajinismus arasında güçlü bir ilişki olduğu ve %59 oranında birlikte görüldüğü belirtilmiştir (15). Disparonin genellikle vajinismusla birlikteliğini değerlendiren çalışmalar çok ön planda olmasına rağmen yalnızca disparoni sorununun araştırıldığı çalışmalarda sıklığının %3 ile %43 arasında değiştiği gösterilmiştir (5,14-16).

Etiyoloji

Cinsel işlevin biyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve kişilerarası birçok komponenti vardır. Bunlar kadında erkeklere göre daha karmaşıktır (17). Yapılan çalışmalarda da fiziksel, organik, psikolojik, sosyal ve kültürel içerikli pek çok faktörün genito pelvik ağrı ve birleşme bozukluklarının oluşumunda etkili olduğunu bildirmektedir (13-15).

1. Fiziksel/Organik Nedenler

Hem vajinismusun hem de disparoninin organik ya da fiziksel nedenleri üzerinde sıklıkla durulmakla birlikte vajinismusun olası organik nedenleri arasında; vajinal atrofi ve atrofiye bağlı adezyonlar, vajinal operasyon veya intravajinal radyasyon, uterus prolapsusu, vulvar vestibülit sendromu (VVS), endometriyozis, vajinal lezyon ve tümörler, cinsel yoldan bulaşan hastalıklar ve pelvis kan basıncı anormallikleri sayılmaktadır (10). Disparoni vajinismusla sıklıkla karıştırılsa da genellikle vajinismus dışında kalan nedenlerle ortaya çıkan cinsel ilişkide ağrı olarak tanımlanmaktadır. Disparoni gelişiminde ise vulvodinin, vulvar vestibülitin, vestibulodinin neden olabileceği belirtilmektedir (18,19). Disparoniye sebep olabilen diğer organik faktörler arasında klitorisin irritasyonu ve aşırı duyarlılığı, kalın himen, epizyotomi nedbesi, kısa vajina (doğumsal), pelvik organ prolapsusu, endometriyozis, perineal cerrahi, pudental sinir sıkışması, levator ani myaljisi, radyoterapi, over kistleri, pelvik inflamatuvar hastalıklar (PID), inflamatuvar barsak hastalıkları, pelvik adezyonlar ve özellikle postmenopozal dönemde görülen vulvo-vajinal atrofi gibi derin ve yüzeysel ya da primer veya sekonder vajinal ağrıya neden olabilecek faktörler sayılabilir (10).

2. Psikolojik Nedenler

Hem vajinismusun hem de disparoninin oluşmasında fiziksel/organik nedenlerinin yanında psikolojik faktörlerin de ekili olduğu belirtilmektedir. Vajinismusla yönelik psikolojik faktörler psikoanalitik, psikodinamik, bilişsel-davranışçı yaklaşımları savunanlar tarafından açıklanmaya çalışılmıştır. Psikoanalitik yaklaşımda vajinismus, vajinaya girişim ile bedeninin şiddetli bir şekilde cevap vermesine neden olan ruhsal yapının bilinçdışı süreci şeklinde ele alınmıştır. Bu yaklaşıma göre bilinçdışı çatışmaların merkezinde çoğu kez, cinsel tutumdan zarar görmeye ilişkin korku ile karşı cinse karşı beslenen kıskançlık ve düşmanlık düşünceleri vardır (20). Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre vajinismus ağrı beklentisine koşullanmış bir korku ya da anksiyete tepkisidir. Bu görüşe göre penis yaklaşmaya çalışıldığında zararlı ya da hoş olmayan bir uyarana dönüşür ve ağrılı spazmlarla birlikte bir kaçınma davranışına yol açar. Vajinismuslu kadınların çoğunda vajenlerinin çok küçük olduğu, kızlık zarlarının kalın olduğu ya da penisin çok büyük olduğu şeklinde gerçek dışı düşünceler mevcuttur (20,21). Psikodinamik yaklaşıma göre ise vajinal yanıt geliştiren kadınların büyük bir kısmı bilinçte ya da bilinç öncesinde eşlerine/partnerlerine karşı kızgınlık ve onlar hakkında değişken duygulara sahiptir. Bu duygulara sahip kadınların çok da farkında olmadan eşlerini cinsel olarak mutsuz etmek, cinsel birleşmeye izin vermemek gibi bir tatmin mekanizması geliştirebilecekleri belirtilmektedir (15). Disparonide ise organik neden saptanamıyorsa ruhsal/ psikolojik etmenlerin rol alabileceği bu aşamada

da vajinismustan ayırdının oldukça güçleşeceği vurgulanmaktadır (15,21).

3. Fobik Tepkiler/Korku

Vajinismus tanısı alan kadında fobik tepkilerin/korkunun önemli yer tuttuğu belirtilmektedir. Klinik olarak, korkulan uyarana maruz kalındığında (örn. muayene sırasında) yaşanan anksiyete, bazı vakalarda panik ve ardından gelen kaçınma davranışına neden olduğu vurgulanmaktadır (10). Aslında vajinismusu olan kadınları, disparonisi olanlardan ayıran tek faktörün penetrasyondan kaçınma davranışının olduğu ileri sürülmektedir (10). Disparonide, ‘her zaman ağrıyacak’, ‘bu ağrı katlanılmaz bir ağrı’ şeklinde katastrofik/felaketleştirici bilişler ağırlı cinsel birleşme beklentisiyle aktive olur ve bu durum artan bir ağrı ile sonuçlanır (10,15). Vajinismusta ise, korkulan uyarın gerçek ya da beklenen ağrı yaşantısı olabileceği gibi şu an bilinmeyen bir kaynak da olabilir (10,22).

Vajinismuslu kadınlarla yapılan bir çalışmada belirtilen korkuların sırasıyla ağrı ve aşırı acı duyma korkusu (%57), aşırı kanama korkusu (%31), yırtılma/parçalanma korkusu (%18), penisin içerde kalması/kilitlenme korkusu (%17), bayılma/ölme korkusu (%11) ve pislik/iğrenme duygusu (%9) olarak tespit edilmiştir (22). Çalışmalarda; “vajinanın penisi içine alamayacak kadar küçük olduğu ve vajinal giriş sırasında vajinal duvarların yırtılacağı”, “vajinal girişin gerçekleşmesi halinde hastalık kapılacağı”, “kirlenme” ve “hamile kalma” korkularının da vajinismusa özgü korkular olabileceği öne sürülmüştür (7,22). Bu fobik durum hastalıkla beden bütünlüğünün zarar görmesini, hastalık sonucu acı çekme ve ölüm korkularını içermektedir. Böyle fobik durum ve korkuları olan kadınlar için cinsel birleşme, beden bütünlüğünün bozulup zarar görmesi anlamına gelmektedir (18).

4. Sosyal ve Kültürel Nedenler

Kültürel ve sosyal etkiler cinsel davranış ve inançlar üzerine oldukça etkilidir. Bunlardan vajinanın penise karşı kapalı tutulmasıyla yüceltilen bekaret kavramı özellikle doğu kültürlerinde oldukça önemlidir. Vajinismusun da kültürel nedenlerindedir (23). Diğer kültürel nedenler arasında kadının kendi cinsel organını tanımaması, cinsel deneyimin aşamalı gelişmeyip doğrudan cinsel birleşmeyle başlaması ve cinselliği merak etmenin ahlaksızlık, suç sayılması gibi cinsellik anlayışındaki tabular sayılabilir (24). Benzer şekilde bizim kültürümüzde de gelinin bakireliğini eşine ve onun ailesine ilk gece kanıtlamak zorunda olması böyle bir kültürel yaklaşımın ürünüdür. Ayrıca ilk geceden önce ailenin daha büyük bir kadın üyesinin kendi deneyimini geline anlatması gelenekleri mevcuttur. Cinsellikle ilgili yeterli bilgi ve deneyimi olmayan çift için böyle gelenekler ilk cinsel ilişkide kaygıyı arttırarak cinsel işlev bozukluklarına neden olabileceği belirtilmektedir (18,25). Özellikle erkek egemen doğu kültürlerinde cinsellik sadece üreme için gerçekleştirilen, eşin memnuniyeti ve tatmini için önemli olan buna karşın zevk vermeyen bir aktivite olduğu öğretisi sunulur. Dolayısıyla bu tip kültürlerde böylesi bilgilerin kadında cinsel birleşmenin dayanılmaz acı veren bir olaya dönüşmesine neden olabileceği düşünülmektedir (24).

5. Fiziksel ve Cinsel İstismarlar

Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarın yaşamın ilerleyen dönemlerinde yakın ilişkilerde ve cinsel

işlevlerde problemlere yol açtığı kaynaklarda belirtilmektedir. Buna karşılık fiziksel istismar öyküsü ile vajinismus arasında önemli bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (10,18).

6. Eğitim Eksikliği ve Cinsellikle İlgili Tutumlar

Cinselliğe karşı olumsuz tutumların ve cinsel bilgi eksikliğinin disparoni ve/veya vajinismusa yol açtığı vurgulanmaktadır. Vajinismuslu kadınlarla yapılan klinik çalışmalarda bu durumun “cinselliğin yanlış olduğuna inandırılarak yetiştirilme”, “cinselliği bir günah olarak empoze eden otoriter ebeveynlere sahip olma”, “cinsellik ile ilgili bilgi eksikliği/yanlış bilgilendirme”, “alt kültürlerinin/dini inançlarının iyi kızları olma” boyutlarıyla ilişkili olduğu gözlenmiştir (15,18). Buna karşın bazı çalışmalarda ise vajinismuslu olgularla, kontrol gruplarındaki kadınların cinsellik hakkındaki bilgileri açısından önemli farklılıklar göstermediği belirtilmiştir. Bu görüşlerden genito pelvik ağrı/birleşme bozuklukları ya da diğer cinsel işlev bozukluklarıyla ilgili tedavilere başlamadan önce çiftin cinsel bilgisinin, dinsel inançlarının, aile değerlerinin ve toplumsal tabularının belirlenmesinin önemli olduğu anlaşılmaktadır (10,18).

7. Eşlerin Tutumu ve Eş Faktörü

Vajinismus, erkekte istenmeme ve reddedilme olarak yaşandığında; eşe yönelik şüphe, öfke ve kırgınlık yaşanmasına neden olabilir. Diğer taraftan bu kadınların eşlerinin de genellikle anlayışlı, aşırı hoşgörülü, cinsel deneyimlerinin az ve girişken olmadıkları, pasif ve iddiasız oldukları öne sürülmektedir. Davis ve Reissing (26) erkeklerin vajinismuslu eşlerine karşı;

- Kolaylaştırıcı (ağrıya karşı tepkilerinde, eşinin çözüme yönelik davranışlarını cesaretlendiren),
- Olumsuz (ağrıya eleştiri, öfke, onaylamama şeklinde tepkiler veren, yardım isteklerini reddeden) ve
- Sempatik (teselli etmeye odaklanan ve ağrı deneyimi ile ilgi tartışmalardan kaçınan) yaklaşım şeklinde üç değişik tipe tepki verebileceklerini belirtmiştir. Cinsel ağrı bozukluklarının sürmesinde en çok katkısı olanın ise “sempatik” eş tepkisinin olduğunu ileri sürmüştür.

Çiftler aralarında bu tarz yaklaşımlardan yola çıkarak, penil-vajinal ilişkinin gerçekleşmesi ya da tedavi konusunda karşılıklı kaçınma tutumu sergiledikleri ve farkında olmadan gizli bir anlaşma içine girmiş olabilecekları vurgulanmaktadır. Buradan hareketle genellikle çiftlerin cinsel ağrı nedeniyle tedaviye başvuru sürelerinin diğer cinsel işlev bozukluklarına göre uzun olduğu ve hatta yıllar sonra çocuk sahibi olmak istediklerinde tedaviye başvurdukları ileri sürülmektedir. Bu açıdan bakıldığında gerek vajinismusun gerekse disparoninin evlilik ilişkilerini veya evlilik uyumunu olumsuz etkilemediği yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur (10,15,26). Diğer taraftan ise disparonisi olan kadınların ilişkilerinde uyumsuzluğun ve geçimsizliğin daha sık olduğu tespit edilmiştir (10,26).

Vajinismuslu kadınlarla yapılan klinik bazı çalışmalarda ise eşlerinde erken boşalma ve erektil disfonksiyon gibi cinsel işlev bozukluklarının daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Ancak bahsedilen erkek cinsel işlev bozukluklarının vajinismusa göre ikincil sorunlar oldukları ve vajinismus ya da cinsel ağrı bozukluklarının başarılı bir şekilde tedavi edilmesiyle kendiliğinden ortadan kalktığı bildirilmektedir (26).

Tanı

DSM-V genitopelvik ağrı/birleşme (penetrasyon) bozuklukları için aşağıdaki durumlardan en az birine altı ay boyunca sürekli veya tekrarlayan biçimde maruz kalmış olmayı belirleyici olarak kabul etmektedir:

- Vajinal giriş/birleşmenin olmaması,
- Vajinal giriş/birleşme denemelerinde belirgin vulvovajinal/pelvik ağrı,
- Vulvovajinal veya pelvik ağrıyla ya da vajinal giriş ile ilgili belirgin korku/kaygı,
- Vajinal giriş/denemesi sırasında pelvik taban kaslarında belirgin gerginlik / kasılmanın olmasıdır (4).

Bunun yanında DSM-IV'te yer alan yaşam boyu (ilk cinsel etkinlikten bu yana)/edinilmiş ve yaygın/durumsal gibi daha önceki alt belirleyenlere, partner etkeni (partnerin cinsel sorunları, partnerin sağlık durumu vb.), ilişkiden kaynaklanan etkenler (örn. zayıf iletişim, ilişkide çatışma, cinsel istek uyumsuzluğu), bireysel etkenler (örn. depresyon ve kaygı, zayıf beden imajı, geçmişte istismara maruz kalınması), kültürel/dinsel etkenler (örn. cinselliğe yönelik yasaklardan kaynaklanan ket vurma) ve son olarak prognoz, seyir ve tedavi ile ilgili tıbbi etkenler gibi daha kapsayıcı ve tanımlayıcı alt belirleyenler eklenmiştir (3,4).

Tedavi Yaklaşımı

Bugün için genitopelvik ağrı bozukluklarının organik/fizyolojik, psikolojik ya da sosyokültürel olduğunu ayırt edebilecek geçerli tanı yolları bulunmamaktadır. Ayrıca etiyojilerinde yer alan faktörlerin karmaşık olması, tedavi yöntemlerinin psikoanalizden cerrahi operasyonlara kadar çok geniş bir alanı kapsamaması ve hangi tedavi yönteminin yararlı olduğuna dair yapılan kontrollü araştırmaların çok sınırlı olması nedeniyle hastaya özel multidisipliner yaklaşım geliştirmeyi gerekli kılmaktadır. Tedavide güncel yaklaşımlar ise; tıbbi tedavi yöntemleri, fizik tedavi yöntemleri, cinsel terapi, psikoterapi ve hipnoterapidir (22).

1. Tıbbi tedavi

Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğunda kullanılan mevcut tıbbi yöntemler arasında topikal lidokain, botulinum toksin, lokal östrojen, östriol jel ve tablet, ospemifen, Dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS), pregabalin, trisiklik antidepressanlar, sedatif/anksiyolitikler (benzodiazepin) gibi farmakolojik ve himenektomi, perineoplasty, vulvoplasty gibi cerrahi yöntemler ve lazer tedavisi yer almaktadır. En sık uygulanan yöntemlerden Botoks uygulaması diye bilinen Botulinum toksin enjeksiyonları pelvik taban kaslarına çoğunlukla Levator Ani kasının dört farklı noktasına uygulanır. Yapılan bazı çalışmalarda bu yöntemle vajinismusun tedavi edilebildiği gösterilmişse de bu konuda randomize kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır (19,27). Östrojen tedavisi ya da lokal östrojen tedavileri, vulvovajinal atrofi tedavisinde altın standart olarak belirtilse de uterusu olan kadınlarda lokal östrojen tedavisinin bir yıldan uzun kullanımı ile ilgili veriler yeterli olmadığından uzun süreli kullanımı önerilmemektedir. Dehidroepiandrosteron DHEA ve DHEA-S %50'lik 6,5 mg DHEA'nın krem formunda vaginal olarak kullanımının vaginal atrofiyi giderdiği östrojen tedavisinin kontrendike olduğu kadınlarda kullanılabileceği belirtilmektedir. Bir selektif östrojen

reseptör modülatörü olan Ospemifen, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) (28) tarafından kullanımı orta ve ağır vulvovajinal atrofide ve disparoni tedavisinde onaylanmıştır. Topikal lidokain uygulamalarından Xylocaine (Lignocaine) jel ya da nitrogliserinin vajinismus tedavisinde olumlu sonuçlar verdiği ileri sürülmektedir. Genellikle gevşeme egzersizleriyle birlikte diazepam gibi benzodizepinlerin veya trisiklik antidepressanların kullanıldığı bilinmektedir (29). Bazı çalışmalarda bu yöntemlerin klinik faydaları gösterilmişse de bilimsel kanıtları bulunmayan seçeneklerdir.

Cerrahi yöntemlerden olan himenektominin, hymenin yapısal anomalisinin vajinismus için bir etken olduğunda yapılabileceği öne sürülmektedir. Vestibuloplasti ve perineoplasti de vajinismusta uygulanan diğer cerrahi yöntemlerdir. Ancak gerek vestibuloplasti gerekse perineoplasti ameliyatlarından sonra vajinismus belirtilerinin sürdüğü belirtilmiştir. Lazer tedavi vajinismusun tedavisinde kullanılan diğer bir tıbbi tedavi yöntemidir. Karbondioksit lazer vulvada ciddi yanıklara neden olup ağrıyı şiddetlendirdiğinden boya lazer, tedavi sürecinde daha çok tercih edilmektedir (22).

2. Pelvik Taban Fizyoterapisi

Biyopsikososyal ağrı kavramına dayanan bu modelde seksüel bilişsel davranışçı terapi ile pelvik taban fizyoterapisinin kombine uygulanması söz konusudur. Pelvik taban fizyoterapisinin esas unsuru hasta eğitimi olduğu vurgulanmaktadır. Bu yöntemde cinsel bilgi ve eğitim, gevşeme teknikleri, cinsel imgeleme ve egzersizler ile ağrıya yönelik irrasyonel inançlara odaklanılır ve bilişsel yeniden yapılandırma sağlanır. Yapılan eğitimde vajinal esnekliği artıracak vajinal masaj ve germe teknikleri, dış genital organın anatomisi, cinsel siklus döngüsünün ve pelvik taban kaslarının görevleri hakkında bibliyoterapi yoluyla bilgilendirme yapılır (30). Diğer yöntem Elektromyografi-Biofeedback uygulamasıdır. Bu uygulamayla hastaya pelvik tabanını izole nasıl kasacağı ve gevşeteceği öğretilir. Bu tekniğin uygulandığı 12 çiftin incelendiği çalışmada sekiz haftalık tedavinin sonucunda kadınların büyük boyutlu popların vajinal girişine karşı toleranslı hale geldiği ve tatmin edici cinsel birleşmenin başarılabilirdiği rapor edilmiştir. Araştırmacılara göre yöntem hastalar için kas kontrolünü öğretmede etkili olup vajinismus tedavisinde başarı şansını arttırabilir (31).

Pelvik taban fizyoterapisinde kullanılabilecek bir diğer yaklaşım ise elektroterapidir. Yapılan bir çalışmada disparonili ve vajinismuslu kadınlarda alçak frekanslı elektrik stimülasyon uygulamasının pelvik taban kaslarının kontraktıl ve gevşeme yeteneklerini geliştirdiği saptanmıştır (30).

Manuel terapi ile uygulanan germe- myofasyal gevşetme teknikleri ve özel pozisyonlarda yapılan egzersizler özellikle hipertonik kasları gevşetmek, tonusu normalize etmek, kan akışını geliştirmek ve pelvik tabanın mobilitesini arttırmak için uygulanır (30).

3. Cinsel Terapi Yöntemleri

Cinsel terapi, disparoni ve vajinismusun semptom odaklı tedavisinden çok birey odaklı tedavisine dayanan çiftlerin birbirleri arasındaki iletişim becerilerini geliştirerek eşler arasında duygusal yakınlığın sağlanmasının cinsel birleşmenin önünde tutan bir tedavi yöntemidir. Bu

yaklaşımın genitopelvik ağrı bozukluklarının tedavisinde oldukça etkili olduğu, özellikle tıbbi yöntemlerin yarar sağlamadığı hastalarda daha çok fayda sağlayabileceği belirtilmektedir (14).

Cinsel terapide amaç; cinsel bilgi eksikliğinin giderilmesi, eşler arasındaki iletişimin zenginleştirilmesi, ev ödevlerinin yapılmasını engelleyen olumsuz otomatik düşüncelerin fark edilmesi, bunların yerine olumlu ve doğru düşüncelerin geliştirilmesi olarak özetlenebilir (17).

Görüşmeler uzman bir terapist tarafından danışma kurallarına uyularak gerçekleştirilir. Terapiler süresince; cinsel birleşme yasağı konulması, duyumlara odaklanma egzersizleri, dur ve yeniden başla egzersizleri ve sıkma egzersizlerine yer verilir. Ayrıca cinsellikle ilgili algılar üzerinde çalışılır ve ailenin sosyal yaşamının geliştirilmesine odaklanılır. Terapilerde; çeşitli resim, kitap, filmlerden de yararlanılabilir. Çifte cinsel bilgiler içeren bir kitap önerilir. Bu yöntemle doğru zamanda, doğru bireyde, doğru kitabı buluşturmak olarak tanımlanan bibliyoterapi de denilmektedir.

Tedavinin en önemli özelliklerinden biri de ev ödevleridir. Ödevler çiftin sorunlarına ve tedavideki uyumlarına göre belirlenir. Örnek bir ev ödevinde, çifte önerilen kitabı okuyup öğrenmeleri istenir, sonraki görüşmede ise okunan bölümlerle ilgili geribildirimleri alınır (17).

4. Bilişsel Davranışçı Terapi

Disparoni ve vajinismusun bilişsel terapisi; bilişsel yeniden yapılandırma, eğitim, cinsel terapi ve ev ödevlerinden oluşur. Vajinismusun davranışçı tedavisinde ise dokunmaya odaklı çiftler arasında fiziksel yakınlıktaki rahatlığa odaklanılır. Koit başlangıçta yasaklanır. Pelvik taban kaslarında kontraksiyon ve relaksasyon kontrolünün sağlanabilmesi için çeşitli büyüklükteki plastik, cam ya da metal çubuklar (dilatatör), aşamalı olarak veya eşli parmak egzersizleri ev programı olarak verilir. Böylelikle ev ödevleriyle aşamalı olarak eşlerin yakınlık dereceleri artırılır (6,17). Yapılan randomize kontrollü bir araştırmada vulvodinia tanısı olan 50 kadın üzerinde bilişsel davranışçı terapi ile destekleyici terapi karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda bilişsel davranışçı terapisinin sonuçlarının daha başarılı ve hasta memnuniyetin yüksek olduğu belirlenmiştir (32).

5. Psikoterapi ve Hipnoterapi

Psikoterapi, organik kökeni olmayan vajinismus ve disparoninin tedavisinde anksiyete düzeyini azaltmayı amaçlayan diğer bir tedavi yöntemidir. Hastaların vajinismusta davranışları etkileyen korku gibi düşünce, hisleri anlamalarına, kaçınma davranışlarının değiştirilmesine yardımcı olur. Psikoterapi, bireysel veya grup terapisi olarak uygulanabilmektedir. Bu tedavini en büyük dezavantajı gereken sürenin uzun olmasıdır. Vajinismusla başvuran kişilerde iç görü kazanma hedefli kısa grup psikoterapisinin vajinismusta güvenin arttırmasına ve kişiler arası ilişkilerini geliştirmesine daha çok imkân verdiği belirtilmektedir (6,33).

Hipnoz ise kişinin bilinçaltının isteği doğrultusunda telkin alabilir hale gelmesi, yönlendirilebilmesi olarak tanımlanmaktadır. En az üç en fazla sekiz seans olmak üzere uygulanması önerilmektedir. Çiftlere öncelikle hipnoterapi hakkında bilgi verilerek tedaviye başlanılmalı ve daha sonra haftada bir kez olmak üzere hipnoterapi

görüşme planı yapılmalıdır. İlk seansta genellikle relaksasyon (gevşeme) hipnozu uygulanır, kadının rahatlaması ve kendini iyi hissetmesi sağlanır. Daha sonraki seansa kadar cinsel ilişki yasağı konulur, ikinci seansta pozitif imajinasyonla ego güçlendirici telkin verilir. Üçüncü seansta hipnoterapi esnasında pozitif imajinasyon kadının aktif ve kontrolün tamamen kendisinde olduğu bir cinsel ilişkiyi eşiyile birlikte yaşamasını hayal etmesi sağlanır. Üçüncü seanstan sonra cinsel birleşme gerçekleşmezse seanslara devam edilmesi önerilmektedir (6,33).

Vajinismuslu kadınlarda psikolojik müdahalelerin etkinliği tartışmalıdır. Heiman (34) yaptığı çalışmasında vajinismus tedavisinde psikolojik müdahalelerin yetersiz olduğunu; psikoterapötik müdahalelerin yalnızca hafif vajinismus vakalarında işe yarayabileceğini öne sürmüştür. Benzer şekilde pek çok yazar tarafından bireysel terapilerin uzun, pahalı, bazı vakalar için yetersiz olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle tedavide davranışsal – tıbbi tekniklerle (dilatörlerin kullanılması, maruz bırakma, aşamalı kas gevşetme gibi) yarar sağlanmadığı takdirde hastaların bireysel ya da cinsel terapilere yönlendirilmeleri gerektiği belirtilmektedir (33-35).

Genito Pelvik Ağrı ve Birleşme Bozukluklarında Hemşirelik Yaklaşımı

Cinsel sağlık sorunları, ülkemiz gibi cinselliği sosyokültürel açıdan tabu olarak kabul eden toplumlarda göz ardı edilmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerin multidisipliner şekilde cinsel işlevle ilgili sorunları ele almaları, ayrıntılı tanılama yapmaları, uygun tedavi yöntemini seçmeleri ve çiftlere soruna yönelik danışmanlık yapmaları gerekmektedir. Dolayısıyla tedavi planı oluşturulur iken tek yönlü tedavi planlanılmayıp, tedavi protokolleri hastanın hikâyesi ve şikâyetleri ayrıntılı bir şekilde alındıktan sonra kişiye özel olarak planlanmalıdır. Bu aşamada da özellikle kadınlarda sürekli iletişim halinde bulunan hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

Hemşirelerin genito pelvik ağrı ve birleşme bozukluklarında çiftlere yönelik izleyebilecekleri bakım strateji basamakları şu şekilde sıralanmıştır:

1. Risk Gruplarını Belirlemek

Genito pelvik ağrı ve birleşme bozukluğu olup tedavi arayışına girenler çoğunlukla genç çiftlerdir. Bununla birlikte ilk tedavi başvurusu 3-6 yıl arasında değişmekte kimi çiftler 20 yıldan sonra bile başvurabilmektedir (36). Bu nedenle sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında yer alan hemşireler cinsel sağlığı genel sağlığın bir bileşeni olarak görmeli ve karşılaştıkları her bireyi buldukları duruma göre cinsel sağlık açısından da değerlendirmelidir. Ancak bu tür yaklaşımlarla sorunun farkında olmayan veya farkında olup tedavi arayışından çekinen bireylere rahatlıkla ulaşılabilir.

Genito pelvik ağrı ve birleşme bozukluğu çoğunlukla cinsel birleşme denemelerinin başlamasıyla birlikte ortaya çıkmaktadır. Daha seyrek olarak ta; kötü koşullarda jinekolojik muayene, küretaj veya zorlu ya da komplikasyonlu doğum öyküsünden sonra veya herhangi bir cinsel saldırıya uğradıktan sonra fark edilmektedir (10,18,36). Bu nedenle bu tür öyküsü olan kadınların ileriki yaşamlarında desteklenmeleri ve cinsel sağlık açısından değerlendirilmeleri son derece önemlidir (10).

2. Cinsel Fonksiyon Değerlendirmesi Yapmak

Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesinde ilk adım ayrıntılı ve sistematik bir cinsel ve tıbbi öykünün alınmasıdır. Cinsel ve tıbbi öykü almak, problemin tanımlanması, olası risk faktörlerinin ve etiyolojik faktörlerin ortaya çıkarılması olanağını sağlar (37). Ayrıca her cinsel yakınmayla başvuran bireyde sorun cinsel işlev bozukluğu düzeyinde olmayabilir. Bazen bu başvurular genellikle cinsellikle ilgili yanlış inançlardan, gerçekçi olmayan beklentilerden, cinsel eğitimsizlikten ya da deneyimsizlikten kaynaklanabilmektedir. Bu tür olgularda, bir ya da birkaç görüşmeyle verilebilecek cinsel eğitim ile sorun kısa sürede çözülebilir (13,36,37). Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi yapacak olan bir hemşirenin çiftler ile görüşmelerini başlatmak için öncelikle uygun bir model seçmesi ve veri toplamak için geliştirilmiş standart ölçekler kullanması gerekmektedir. Ayrıca değerlendirme yapacak olan hemşire bireye özgü cinselliği tanımlayabilmeli, iyi bir dinleyici olmalı, yargılayıcı bir tutum içinde olmamalı, danışmanlık yapabilme becerisi gelişmiş olmalı, kadınlarla cinsel konularda konuşurken iletişim tekniklerini kullanabilmeli, cinsellik konusunda kendini rahat hissetmeli, cinsellik ve cinsel fonksiyon konusunda bilgi sahibi olmalı, cinsellik konusunda kendinin ve kadınların inanç, değer ve tutumlarının farkında olmalıdır (38).

3. Savunuculuk Rolünü Üstlenmek

Kimi çiftlerin ilişkisi genito pelvik ağrı ve birleşme bozukluğundan etkilenmez. Ancak kimi kadınlar, kadınlığında eksiklik olduğunu düşünerek eşine karşı suçluluk hisseder. Bazı erkeklerde de, eşe karşı öfke besleme, bekâret konusunda şüphe duyma vb. durumlar nedeniyle eşine psikolojik şiddet uygulayabilir. Hatta durum adli olaylara, tecavüz veya fiziksel şiddet davranışlarına kadar ilerleyebilir (36). Bu noktada kadına yaşadığı genito pelvik ağrı ve birleşme bozukluğunun bir hata veya eksiklik değil hastalık olduğu anlatılarak veya profesyonel destek almaya yönlendirilerek suçluluk hissini içselleştirmesi önlenmelidir. Bununla birlikte eş veya bir başka kişiden gelen fiziksel, cinsel veya adli herhangi bir saldırı varsa bu durum gerekli mevzuat ve hukuki kurallar çerçevesinde gerekli mercilere bildirilerek kadının savunuculuğu üstlenilmelidir.

4. Araştırma Yapmak

Vajinismus ve dispareniinin genel popülasyon içindeki oranı, tedavi yöntemlerinin başarı şansı, hastaların sorunları, vb. konularda oldukça sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (6,7). Bu durum soruna yönelik önleme, tedavi etme ve rehabilitasyon girişimlerinin istedik düzeye ulaşmasını engellemektedir. Bu bağlamda hemşireler iyi tasarlanmış çalışmalar yaparak konuya ışık tutmalıdır. Ayrıca unutulmamalıdır ki bilimsel çalışmalar yaparak soruna yönelik gelişmelere katkı sunmak hemşirelerin savunuculuk rolünün de gereğidir.

5. Eğitici rolünü üstlenmek

Cinsel eğitim ömür boyu devam eden bir öğrenme sürecidir. Öğrenme aile içinde başlar, öğretmen, akran grupları, danışmanlar, sağlık profesyonelleri ve medya aracılığı ile devam eder. Profesyonel bir hemşirenin vereceği cinsel sağlık eğitimi yalnızca bilgi eksikliğini gidermek ve yeni öğrenmeleri gerçekleştirmek değil aynı zamanda yanlış bilgilerin oluşturduğu olumsuz sonuçları da düzeltmeyi hedeflemelidir. Bu amaçla öncelikle

hizmet içi eğitimler ile sağlık profesyonelleri üzerinde konuya yönelik farkındalık sağlamalı, hasta okullarında, taburculuk eğitimlerinde, halk eğitimlerinde ve özellikle ebeveynlerin ortak katıldığı gebe eğitim sınıflarında cinsel sağlık konusuna yönelik belli bir model çerçevesinde iyi planlanmış eğitimler düzenlemelidir (37,38).

6. Bakım verici rolünü üstlenmek

Genito pelvik ağrı ve birleşme bozukluğu olan hastalar için düzenlenecek bakım planı içerisinde bireysel farklılıklara göre çok sayıda hemşirelik tanısına yer verilebilir. Örneğin; ağrı, cinsel işlev bozukluğu, anksiyete, korku, bilgi eksikliği, bireysel veya ailesel baş etmede yetersizlik gibi. Saptanan bu ve benzeri tanılar doğrultusunda bireyin özellikleri ve mevcut şartlar doğrultusunda hemşirelik girişimleri planlanmalı ve uygulanmalıdır (37,38).

SONUÇ

Sonuç olarak, genito pelvik ağrı ve birleşme bozukluğunun genel popülasyon içindeki oranı tam olarak bilinmemekle birlikte sık rastlanan bir kadın cinsel işlev bozukluğu olduğu kabul edilmektedir. Etiyolojisinde fiziksel/organik nedenlerden psikolojik ve sosyokültürel nedenlere kadar çoklu faktörler etkilidir. Bu nedenle de doğru tedavi yöntemlerinin seçimi konusunda mevcut tanılama yöntemleri yetersiz kalmaktadır. Benzer şekilde tedavi yöntemlerinin cerrahi operasyonlardan psikoanalize kadar çok geniş bir alanı kapsamına rağmen etkinliklerini gösteren randomize kontrollü araştırma sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Dolayısıyla tedavi yöntemlerinin etkinlikleri hala tartışmalıdır. Ancak hastalığın önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonunda multidisipliner yaklaşımların altın standardı oluşturduğu bir gerçektir. Multidisipliner yapı içerisinde hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesinde hemşire ve ebelerin ekibin önemli bir paydaşı olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sungur M. The role of cultural factors in the course and treatment of sexual problems. In: Hall K, Graham C, editors. The cultural context of sexual pleasure and problems: Psychotherapy with diverse clients. New York: Routledge; 2012. p.308-29.
2. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2011; 5(4): 37-46.
3. Akarsu RH, Beji NK. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. Androloji Bülteni. 2016; 18(65): 134-7.
4. Köroğlu E, editör. Amerikan Psikiyatri Birliği ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı. 5. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
5. Leeners B, Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, Rössler W, Angst J. Dyspareunia in the context of psychopathology, personality traits, and coping resources: Results from a prospective longitudinal cohort study from age 30 to 50. Arch Sex Behav. 2015; 44(6): 1551-60.
6. Ter Kuile MM, Van Lankveld JJ, Groot E, Melles R, Neffs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy

- for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behaviour Research and Therapy*. 2007; 45(2): 359-73.
7. Uğurlucan FG, Özgör BY. Kadın cinsel disfonksiyonu tanı ve tedavisinde yenilikler: 2016 güncelleme. *Androloji Bülteni*. 2016; 18(67): 282-8.
 8. Amidu N, Owiredu W, Woo E, Addai-Mensah O, Quaye L, Alhassan A, et al. Incidence of sexual dysfunction: a prospective survey in Ghanaian females. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2010; 8(1): 106-11.
 9. Simonelli C, Tripodi F, Cosmi V, Rossi R, Fabrizi A, Silvaggi C, et al. What do men and women ask a helpline on sexual concerns? Results of an Italian telephone counselling service. *International Journal of Clinical Practice*. 2010; 64(3): 360-70.
 10. Reissing ED, Binik YM, Khalif S, Cohen D, Amsel R. Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther*. 2003; 29(1): 47-59.
 11. Engman M, Wijma K, Wijma B. Itch and burning pain in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2007; 33(2): 171-86.
 12. Yüksel Ş, Cindoğlu D, Şimşek F, Seyisoğlu H, editör. Kadın cinselliği. İstanbul: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği; 2006.
 13. Yılmaz E, Zeytinci IE, Sarı S, Karababa IF, Çilli AS, Kucur R. Investigation of sexual problems in married people living in the center of Konya. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010; 21(2): 1-7.
 14. Yıldırım MH. Vajinismusun sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından diğer cinsel işlev bozuklukları ile karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*. 2017; 20(1): 37-44.
 15. Yıldırım EA, Akyüz F, Hacıoğlu M, Eşsizioğlu A, Çakmak AC, Çakmak E ve ark. Cinsel işlev bozuklukları kliniğine başvuran olgularda başvuru yakınıması ile klinik tanı arasındaki ilişki. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2011; 48(3): 24-30.
 16. Doğan S, Saraçoğlu GV. Yaşam boyu vajinismus olan kadınlarda cinsel bilgi, evlilik özellikleri, cinsel işlev ve doyumun değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009; 26(2):151-8.
 17. Akbulut MF, Üçpınar MB, Gürbüz ZG. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*. 2015; 8(3): 10-5.
 18. Bayrak M. Vajinismus oluşumunda etyolojik özellikler [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2006.
 19. Lahaie MA, Boyer S, Amsel R, Khalife S, Binik YM. Vaginismus: A review of the literature on classification/diagnosis, etiology, and treatment. *Woman's Health*. 2010; 6(5): 705-19.
 20. Armağan A, Ergün O. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu tanı ve tedavisinde yenilikler. *Androloji Bülteni*. 2011;13(44): 82-7.
 21. Doğan S, Özkorumak E. Ağrılı genital cinsel aktivite ve vajinismus tanısında yaşanan güçlükler. *Klinik Psikiyatri*. 2008; 11(3): 135-42.
 22. Crowley T, Richardson D, Goldmeier D. Recommendations for the management of vaginismus: BASHH special interest group for sexual dysfunction. *International Journal of STD & AIDS*. 2006; 17(1): 14-8.
 23. Ahmed K, Bhugra D. The role of culture in sexual dysfunction. *Psychiatry*. 2007; 3(2): 23-5.
 24. Ohl LE. Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. *Urologic Nursing*. 2007; 27(1): 57-63.
 25. Reissing E, Binik Y, Khalife S, Cohen D, Amsel R. Vaginal spasm, pain and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Behav*. 2004; 33(1): 5-17.
 26. Davis HJ, Reissing ED. Relationship adjustment and dyadic interaction in couples with sexual pain disorders: A critical review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*. 2007; 22(2): 245-54.
 27. Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: A multimodal approach. *Int Urogynecol J*. 2014; 25(12): 1613-20.
 28. Praharaş SK, Verma P, Arora M. Topical lignocaine for vaginismus: A case report. *International Journal of Impotence Research*. 2006; 18(6): 568-9.
 29. Taylor MJ, Rudkin L, Bullemor-Day P, Lubin J, Chukwujekwu C, Hawton K. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 31(5): 3382-5.
 30. Bergeron S, Corsini-Munt S, Aerts L, Rancourt K, Rosen NO. Female sexual pain disorders: A review of the literature on etiology and treatment. *Current Sexual Health Reports*. 2015; 7(3): 159-69.
 31. Seo JT, Choe JH, Lee WS, Kim KH. Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. *Urology*. 2005; 66(1): 77-81.
 32. Masheb RM, Kerns RD, Lozano C, Minkin MJ, Richman S. A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain*. 2009;141(1-2): 31-40
 33. Rosenbaum TY. Physical therapy management and treatment of sexual pain disorders *Journal of Marital Therapy*. 2005; 31(4): 329-40.
 34. Heiman JR. Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them. *Archives of Sexual Behavior*. 2002; 31(5): 445-50.
 35. Shafik A, El-Sibai O. Study of the pelvic floor muscles in vaginismus: A concept of pathogenesis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2002; 105(1): 67-70.
 36. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004; 7(3): 3-13.
 37. Çelik Bilgiç D. Kadında cinsel fonksiyon değerlendirilmesi. *Türk Androloji Dergisi*. 2012; 14(50): 211-15.
 38. Karakoyunlu FB, Öncel S. Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009; 12(3): 82-92.