

Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları: Genital Pelvik Ağrı/Penetresyon Bozukluğu (Vajinismus)

Sema Üstgörül¹

Özet

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre cinsel sağlık, yalnızca hastalık, işlev bozukluğu ve/veya işlev yetersizliğinin bulunmaması değil, cinsellikle ilgili fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik halinin bulunması durumu olarak tanımlanmaktadır.

Cinsel fonksiyon bozuklukları insanların yaşam kalitelerini ve aile sağlığını etkileyen önemli bir faktördür. Genel sağlığın ayrılmaz parçalarından birini oluşturan cinsel sağlığın bozulması bireylerin ruhsal, sosyal ve aile sağlığının bozulmasına neden olmaktadır.

Kadın cinsel işlev bozukluğu; kadınların yaşam kalitesini bozan, benlik saygısını, kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen, cinsel istek, uyarılma, orgazm, cinsel ağrı gibi problemlerin tamamını bir arada bulunduran psikoseksüel hastalıklar topluluğudur. Kadın cinsel bozukluklarından biri de vajinismustur. Vajinismus genel olarak cinsel birleşmeyi engelleyecek şekilde vajina girişini çevreleyen kasların istem dışı kasılmasıdır. Bu kasılmalar yalnızca cinsel ilişki sırasında değil, jinekolojik muayene veya vajinaya dokunma sırasında da ortaya çıkabilir. Vajinismuslu kadınlarda yaşanan bu istemsiz kasılmalar nedeniyle kadınlar kendilerini çaresiz hissedebilmektedirler. Çoğu zaman vajinismusun başarılı tedavisi hasta eğitimi, pelvik taban kaslarının gevşetilmesi, vajinal egzersiz aletlerinin kullanımı ve psikolojik terapinin bir kombinasyonu ile gerçekleşir.

1 Dr. Öğretim Üyesi, Ebelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Türkiye, sema84car@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-8163-726X

1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre cinsel sağlık, yalnızca hastalık, işlev bozukluğu ve/veya işlev yetersizliğinin bulunmaması değil, cinsellikle ilgili fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik halinin bulunması durumu olarak tanımlanmaktadır. Cinsellik temel bir insan hakkıdır ve insanî gelişmenin önemli bir parçasıdır. Cinsel sağlık, cinselliğe ve cinsel ilişkilere olumlu ve saygılı bir yaklaşım gerektirir; ayrıca zorlama, ayrımcılık ve şiddetten uzak, zevkli ve güvenli cinsel deneyimler yaşama olanağını da içerir. Cinsel sağlığın elde edilmesi ve sürdürülmesi için, tüm kişilerin cinsel haklarına saygı gösterilmeli, bu haklar korunmalı ve yerine getirilmelidir (WHO,2025).

Cinsel sağlık terimi geniş bir kapsama sahip olup, HIV dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin araştırmalarını, üreme sistemi kanserlerinin önlenmesi ve yönetimini, cinsellik, cinsel kimlik ve cinsel ilişkilerle ilgili eğitim, danışmanlık ve bakımı, cinsel işlev ve psikoseksüel danışmanlık alanlarını içermektedir (WHO,2025).

1.1. Cinsel İşlev

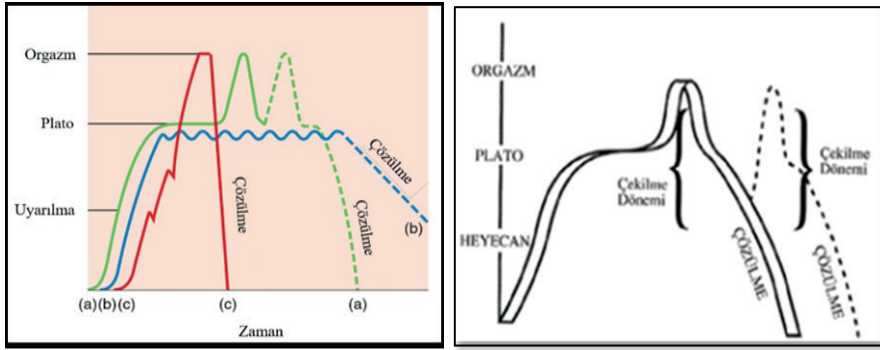
Cinsel fonksiyon, cinsel siklusun adımlarının sağlıklı bir şekilde işlevsel olmasıdır ve partnerlerin cinsel davranışlarından memnun olma durumudur. Cinsel siklusu (döngü) ilk ifade eden Masters ve Johnson olmuştur. Çiftlerin gözlem ve fiziksel inceleme sonuçlarına göre cinsel yanıt dört evre olarak "İnsanda Cinsel Davranış" adlı kitapta tanımlanmıştır (Masters ve Johnson 1966; Levin 2017). Daha sonra yapılan çalışmalarda Masters ve Johnson'ın cinsel siklus evrelerine cinsel istek de eklenerek beş evre olarak tekrar şekillendirilmiştir (Basson ve ark. 2000; Rowland ve Gutierrez 2017).

Cinsel Siklus Evreleri:

- 1) Cinsel İstek (Sexual Desire)
- 2) Uyarılma evresi (Sexual Arousal)
- 3) Plato evresi (Plateau)
- 4) Orgazm evresi (Orgasm)
- 5) Çözülme evresi (Resolution)

Cinsel yanıt, bir insanın cinsel uyarılara karşı gösterdiği fiziksel, duygusal ve bilişsel reaksiyonların bütünüdür. Cinsel yanıt döngüsü kadın ve erkekte farklılık gösterebilmektedir. Kadınlarda, çözülme evresin cinsel uyarı devam ederse çoklu orgazm yaşayabilirler. Erkeklerde orgazm sonrası mutlaka çözülme evresine ihtiyaç vardır. Sonuç olarak erkekler tek tip cinsel yanıt döngüsü yaşar, kadınlar bu döngüde değişken olabilmektedir (Bosson 2000; Levin 2017;

Duman 2019; Leavitt ve ark. 2019). Şekil 1'de kadın ve erkek cinsel yanıt döngüleri sunulmuştur.



Kadın Cinsel Yanıt Döngüsü

Erkek Cinsel Yanıt Döngüsü

Cinsel istek; cinsel ilişkiye girme arzusu ya da libido olarak ifade edilen dopaminerjik bir fenomendir. Dopamin, cinsel isteğin endokronolojik komponenti olup, dürtü, fantezi ve cinsel motivasyonun oluşmasında ve cinsel işlevde çok önemli bir rolü bulunan merkezi bir nörotransmitterdir. Cinsel motivasyon ise, cinsel isteğin psikolojik yönünü ifade etmektedir. Bu da bireylerin cinsel isteğinin emosyonel durumlarından, kişilerarası ilişkilerinden ve sosyal hayatlarından etkilendiği anlamına gelmektedir (Duman 2019; Leavitt ve ark. 2019).

Cinsel uyarılma; cinsel uyarılmanın merkezi ve periferik olmak üzere iki ayrı komponenti bulunur. Merkezi uyarılma görsel materyallerle cinsel arzunun artışı anlamına gelir. Periferik uyarılmada ise beyinden başlayan uyarılmadan sorumlu nörotransmitterler asetilkolin ve nitrik oksittir. Uyarılma mesajı beyinde başlar ve medulla spinalisten aşağıya doğru hem sempatik hem de parasempatik periferik otonom sinir liflerine aktarılır. Böylece uyarı cevabı vasküler yapılara ve genital bölgeye aktarılmış olur. Bu aşamada erkekte ereksiyon kadında ise vajinal lubrikasyon ve genital kabarma meydana gelir. Nitrik Oksit (NO), beyin, penis, klitoris dokularında nöronal NO sentaz (nNOS) ve endotelial NO sentaz (eNOS) enzimleri aracılığıyla L-Arginin aminoasidinden sentezlenerek penisteki ve klitoristeki kavernoöz düz kasları gevşetir. Böylece genital bölgeye gelen kan akımını artırarak penil ve klitoral ereksiyon ve vajinal lubrikasyon gerçekleşir (Kennedy ve Pavličev 2018).

Plato ve orgazm; cinsel uyarının devam ettiği sürece plato denir ve sonrasında uyarılmaların devamı ile orgazm gerçekleşir (Duman 2019; Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2021).

Orgazm, cinsel uyarı sonucu genital bölgede yer alan pelvik kasların istemsiz, ritmik olarak kasıldığı bilinç düzeyinin değiştiği, geçici ve yüksek seviyede yoğun bir zevk duymadır (Kennedy ve Pavličev 2018). Yunanca “şehvetli heyecan” anlamına gelen “orgazmus” sözcüğünden türemiştir. Cinsel yanıt döngüsünün en kısa ama en haz alınan evresi olarak tanımlanmaktadır. Orgazm sırasında pelvik kaslarda 3-15 arası, her biri yaklaşık 0,8 saniye süren ritmik kasılmalar gerçekleşmektedir. Orgazm sonucu kan akımı, solunum sayısı, oksitosin, serum prolaktin, vazopresin ve adrenalin seviyeleri artmaktadır (Rowland ve Gutierrez 2017; Duman 2019).

Çözülme; cinsel döngünün son evresidir. Orgazm sonrası uyarılma devam ederse kadınlarda ard arda orgazm yaşanabilir. Uyarılmanın sonlanması ile cinsel döngü son bulmaktadır. Erkeklerde orgazm sonrası mutlaka çözülme yaşanmaktadır ve yeni bir cinsel yanıt döngüsünün yaşanabilmesi için yaklaşık 15-20 dakikalık dinlenme dönemine ihtiyaç vardır. Bu evrede pelvik kaslarda gevşeme ile vücudun diğer bölgelerinde cinsel siklusun diğer aşamalarda meydana gelen fizyolojik değişikliklerin kaybolması gerçekleşmektedir. Çözülme evresinin süresi orgazmın yaşanma durumuna, yoğunluğuna ve cinsel uyarının devam etme durumuna göre farklılık gösterebilmektedir (Plopa 2020; Üstgörül ve ark., 2021).

1.2. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel fonksiyon bozuklukları insanların yaşam kalitelerini ve aile sağlığını etkileyen önemli bir faktördür. Genel sağlığın ayrılmaz parçalarından birini oluşturan cinsel sağlığın bozulması bireylerin ruhsal, sosyal ve aile sağlığının bozulmasına neden olmaktadır (Üstgörül ve ark., 2021).

İnsan cinsel yanıt döngüsü, cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi ve sınıflandırılması için temel oluşturmaktadır. Cinsel işlev bozukluklarını sınıflandırmak için Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) ve Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistik El Kitabı'dır (DSM) kullanılmaktadır (Schwezig ve ark., 2022). ICD, çeşitli hastalık ve sağlıkla ilgili durumları sınıflandırmayı amaçlarken; DSM ise yalnızca ruhsal bozuklukları listelemekte, böylece tanılanan durumlar hakkında etiyolojik varsayımlarda bulunmakta ve somatik, kültürel veya ilişkisel faktörlere atfedilen cinsel işlev bozukluklarını hariç tutmaktadır. DSM kriterlerini kullanmanın bariz yararı, somatik, kültürel veya ilişkisel bir nedeni olmayan cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireyler için spesifik ihtiyaçların belirlenebilmesidir. Bu durum, kronik somatik şikayetlerin ve buna bağlı cinsel sorunların görülme sıklığının sürekli arttığı popülasyonlarda önemlidir (Koops ve ark., 2023).

DSM-V, kadınlarda cinsel uyarılma/ilgi bozukluğu, kadınlarda orgazm bozukluğu, genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu, erkeklerde hipoaktif cinsel istek bozukluğu, ereksiyon bozukluğu, erken boşalma ve gecikmiş boşalmayı içermektedir. Tanı koymak için gerekli kriterler şu şekildedir;

- Zamanın %75 ila %100'ünde yaşanması,
- En az 6 ay sürmesi
- Önemli düzeyde sıkıntıya yol açmış olması gerekir (American Psychiatric Association, 2000).

Cinsel işlev bozukluğu, çoğunlukla eşler arasındaki sorunların temelinde yatan ana problemdir ancak çoğu kez görünmez konumdadır. Cinsel tatmin içgüdüsel (dürtüsel) bir ihtiyaçtır. Cinsel işlevin bozulması sadece sorunu yaşayan bireyin mutluluğunu azaltmaz, bağlantılı olarak eşler arasında da büyük çatışmalara neden olmaktadır. Bu nedenle evlilik içindeki çatışmaların ve buna bağlı olarak gelişen aldatma veya boşanmaların önemli bir nedeni olarak karşımıza cinsel işlev bozuklukları çıkmaktadır. Fakat birçok çift bu durumun çoğu zaman farkında bile değildir.

Literatürde cinsel işlev bozukluk prevalansını inceleyen birçok çalışma yer almaktadır. Koops ve arkadaşlarının (2023) 7786 katılımcı ile yaptıkları çalışmada cinsel işlev bozukluğunun genel sıklığı kadınlarda %9,3 ve erkeklerde %6,2 olarak bulunmuştur. Kadınlarda en yaygın cinsel işlev bozuklukları cinsel ilgi ve uyarılma ile ilgili olduğu; erkeklerde ise ereksiyon sorunları olduğu saptanmıştır (Koops ve ark., 2023). Lewis ve arkadaşlarının yaptığı (2010) sistematik derlemede kadınların %17 ila %55'inin cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, %16 ila %25'inin orgazm bozukluğu ve %14 ila %27'sinin genito-pelvik veya penetrasyonla ilişkili ağrı bozukluğu olduğu; erkekler arasında %8 ila %18'i hipoaktif cinsel istek bozukluğu, %10 ila %40'ı ereksiyon bozukluğu, %8 ila %30'u erken boşalma, %1 ila %10'u gecikmiş boşalma ve %1 ila %6'sı genito-pelvik veya penetrasyonla ilişkili ağrı bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Lewis ve ark., 2010). Çalışmalar arasında cinsel işlev bozukluklarında farklı prevalansların bulunmasının nedeni çoğunlukla tarama kriterleri ile örnekleme yöntemleri (klinik örneklemler ile klinik dışı örneklemler) gibi farklılıklardan kaynaklandığı ifade edilmektedir (Quinn-Nilas ve ark., 2018). Lafortune ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada (2023) cinsel isteksizlik %10,4, cinsel uyarılma bozukluğu %18,9, anorgazmi %7,0 ve ejakülasyon problemi %18,6 olarak saptanmıştır. Kriterlere bakılmaksızın en az bir cinsel işlev bozukluğunun semptom düzeyinde yaygınlığı toplum örnekleminde %30,1 ve klinik örnekleme %48,5 iken, kriterler dikkate alındığında cinsel işlev bozukluk düzeyindeki yaygınlığın toplum örnekleminde %19,6 ve klinik örnekleme

%33,2 olduğu belirlenmiştir (Lafortune ve ark., 2023). Literatürde yapılan çalışma sonuçlarına göre cinsel işlev bozukluklarının toplumlarda oldukça yaygın bir sorun olduğu görülmektedir.

1.3. Cinsel İşlev Bozukluklarına Yaklaşım

Cinsel sağlık sorunları hem kadınları hem erkekleri ruhsal ve bedensel olarak etkileyen bir problemdir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre cinsel sağlık; kişilik, iletişim ve aşkı arttıran yollarla cinsel varoluşun bedensel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerinin bir bütünleşmesidir (WHO, 2022). Bu bağlamda yaşanan cinsel sorunlar aile içi iletişimi, duygusal ve sosyal iyilik halini olumsuz olarak etkilemektedir.

Cinsel işlev bozukluklarının tanılmasında özellikle ayrıntılı bir öykü almak, bireylerin geliştirilmiş tarama araçları ile değerlendirilmesi tanı ve tedavide doğru yaklaşım için anahtar kabul edilmektedir. Cinsel öykü alırken görüşmelerin açık uçlu sorular ile başlaması önerilmektedir. Bununla birlikte menstrüasyon, obstetrik, üreme ve cinsel öyküleri; mevcut ilişkilerin durumu ve cinsel aktivite durumu; cinsellik hakkındaki aile ve kişisel inançları ve cinsel travma veya istismar öyküsünü, tıbbi ve cerrahi öykü; reçetesiz satılan ilaçlar ve bitkisel takviyeler dahil olmak üzere ilaç kullanımı; alkol, tütün ve madde kullanımı; aile öyküsü ve doğum kontrol yöntemi sorgulanmalıdır. Çoğu zaman cinsel fonksiyonların tanılanmasında zaman kısıtlamaları, hekim veya hastanın konuyu konuşmaktan utanması, tanı koymada yaşanan zorluklar, mevcut sevk hizmetlerinin yetersizliği ve sınırlı tedavi seçenekleri nedeniyle kısıtlılıklar yaşanabilmektedir.

Cinsel işlev bozukluğunun tedavisi, tek bir nedensel faktörün bulunmaması, kanıtlanmış tedavi seçeneklerinin sınırlı olması, hekimlerin mevcut tedavilere aşına olmaması, farklı işlev bozukluğu türlerinin birbiriyle örtüşmesi, tedaviye erişimin kısıtlı olması ve cinsel işlev bozukluğunun tedavisi konusunda uzmanlığın yetersizliği nedeniyle karmaşıktır. Hasta eğitimi ve terapi tedavinin temelini oluştursa da, sınırlı sayıda araştırma farmakoterapinin yararını ortaya koymaktadır (Bachman, 2006).

Cinsel işlev bozukluklarında ürolojik veya jinekolojik değerlendirmeler bozukluğun anatomik, nöronal, vasküler, hormonal veya iyatrojenik bir probleme dayanıp dayanmadığını tespit etmek amacıyla ilk değerlendirilmenin yapıldığı klinikler olmalıdır. Eğer organik bir bozukluk yoksa psikoloğa ya da bir cinsel terapisteye yönlendirilmelidir.

Cinsel işlev bozukluklarının tedavisi için en yaygın bilinen ve kullanılan yaklaşımlardan biri, bilişsel-davranışçı terapi (BDT) olup amaç cinsel uyarınlara verilen yanlış tepkilerin yerine doğru tepkilerin öğretilmesidir. Özellikle

cinsellikle ilgili olumsuz düşünceler, inançlar, gibi cinsel işlev bozukluklarını başlatan ve sürdüren bilişsel faktörler ile cinsel iletişim eksikliği, cinsel aktiviteden kaçınma gibi davranışlar hedef alınarak BDT temelli eğitim teknikleri kullanılmaktadır. BDT'nin cinsel işlev bozuklukların üzerinde etkinliğini değerlendirilen çalışmalar incelendiğinde klinik uygulamalarda yaygın şekilde kullanıldığı belirtilse de, mevcut literatürde yeterli kanıtli çalışma bulunmadığı vurgulanmaktadır.

2. Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu

Sağlığın en önemli parçalarından biri olan cinsel yaşam, kadın sağlığını etkileyen psikojenik, vasküler, nörojenik ya da hormonal faktörlerden etkilenerek cinsel işlev bozukluklarına neden olabilmektedir (Ozan ve ark., 2021). Kadın cinsel işlev bozukluğu; kadınların yaşam kalitesini bozan, benlik saygısını, kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen, cinsel istek, uyarılma, orgazm, cinsel ağrı gibi problemlerin tamamını bir arada bulunduran psikoseksüel hastalıklar topluluğudur (Bekmezci ve Meram, 2020).

Kadın cinsel sağlığında genital olmayan sosyal ve ruhsal komponentlerin genital komponentlerden daha önemli olduğu belirtilmektedir. Özellikle kadının cinsel olarak uyarılmasında saygı, karşılıklı anlayış, duygusal bağımlılık ve içtenlik gibi genital olmayan faktörlerin çok daha önemli faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Seksüalitenin “Demedikalizasyonu” olarak bilinen bu durum, kadının cinsel işlev bozukluklarını tanımlamakta fonksiyonel bir yaklaşımdan ziyade anlayışa dayalı psiko-biyo-sosyal bir yaklaşımı önermektedir (Bayraktar, 2022). Cinsel siklusun aşamaları üzerinde araştırmalar gerçekleştiren Basson'a göre kadında fiziksel ve seksüel davranışın ortaya çıkışını motive eden en önemli güç duygusal ve ilişkisel yakınlıktır (Basson, 2001).

Cinsel işlev bozukluğunun organik veya nörolojik nedenleri incelendiğinde diyabet, kardiyak sorunlar, hipertansiyon, böbrek yetmezliği, yüksek kolesterol düzeyleri en öncelikli problemler olarak görülmektedir. Bu patolojilerin klitoral ve vajinal kan akımında bozulmalara neden olup, kadın cinsel işlevini etkilediği belirtilmektedir. Kadın cinsel işlevinin bozulmasındaki nörolojik nedenler ise beyin ve cinsel organlar arası iletinin bozulmasına neden olan medulla spinalis yaralanmaları, epilepsi, multiple skleroz, serebrovasküler hastalık, sinir sistemine ait enfeksiyonlar, Alzheimer ve Parkinson hastalığıdır.

Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabında cinsel işlev bozukluklarını;

- Cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu,

- Orgazm bozukluğu,
- Genital pelvik ağrı/penetresyon bozukluğu,
- Madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozuklukları,
- Diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış cinsel işlev bozuklukları olarak yeniden sınıflandırmıştır.

Kadın cinsel işlev bozukluğu, cinselliğin yaşam kalitesini önemli bir şekilde etkilediğinin ortaya çıkması ve erkek cinselliği alanındaki ilerlemelerin artması sonucu 21. yüzyılın başlarında önemli bir halk sağlığı sorunu olarak belirlenmiş ve araştırmacıları kadın cinselliği ile ilgili araştırma yapmaya yönlendirmiştir. Küresel bağlamda, kadın cinsel işlev bozukluğu prevalansı topluluklara göre değişiklik göstermekte olup, %35,4 ile %62,1 arasında değişmektedir (Jafarzadeh Esfehni ve ark., 2016; Nwagha ve ark., 2014). Üreme çağındaki kadınlarda kadın cinsel işlev bozukluğu prevalansını inceleyen sistematik bir derleme ve meta-analize göre, ağrı, cinsel uyarılma bozukluğu, cinsel istek, vajinal kayganlık ve orgazm bozukluğu prevalansları sırasıyla %39,08, %48,21, %50,70, %37,60 ve %40,16 olarak hesaplanmıştır (Alidost ve ark., 2021). Yapılan bir başka metaanaliz çalışmasında 18 çalışmanın sonuçlarına göre, kadın cinsel işlev bozukluğunun (FSD) yaygınlığı %20,6 ile %95,0 arasında değişmekte olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada cinsel istek bozukluğunun yaygınlığı %8,0 ile %91,0; uyarılma bozukluğu %9,0–91,0; orgazm bozukluğu %7,9–93,0; vajinal kuruluk %9,3–99,0; ağrı bozukluğu %8,2–99,0 ve tatmin %21,4–86,0 oranında olduğu saptanmıştır (Heshmatnia ve ark., 2025).

Ülkemizde Yılmaz ve arkadaşlarının (2020) 18-49 yaş arası 1323 kişi ile yapılan çalışmada kadınlarda cinsel işlev bozukluk oranı %40,5 olarak belirlenmiştir (Yılmaz ve ark., 2020). Olgular cinsel işlev parametrelerine göre incelendiğinde ülkemizdeki kadınlarda arzu probleminin %60,3, uyarılma probleminin %46, vajinal lubrikasyon probleminin %38, orgazm probleminin %46, memnuniyetsizlik probleminin %38 ve ağırlı cinsel ilişki probleminin %37 düzeyinde olduğu görülmektedir (Bayraktar, 2022). Sağlık hizmetinin verilemediği, eğitim düzeyinin düşük ve kültürel tabuların yüksek olduğu bölgelerde ve ülkelerde kadınlarda cinsel işlev bozukluk oranlarında artış olduğu düşünülebilir.

2.1. Vajinismus

Vajinismus kavramı ilk kez 1862 yılında Amerikalı jinekolog James Marion Sims tarafından “artan fizyolojik uyarılmayla birlikte vajinal sfinkterin spazmatik kasılması” olarak ifade edilse de, Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistik El Kitabında (DSM-V) 2013 yılında, vajinismus ve dispareni tek

bir başlık altında birleştirilmiş, “genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu” olarak tanımlamıştır (Öztürk ve Arkar, 2017). Bu değişiklik, vajinismusun, herhangi bir tanımlanabilir patoloji olmadan, dokunma veya baskı ile tetiklenen vajina girişinde ağrı gibi disparoni ile ilişkili diğer durumlardan ayırt edilmesini engellediği için önemli ölçüde eleştiri almış olsa da, genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu’nu düşündüren semptomlar gösteren kişilere disparoni, vajinismus veya her iki tanıyı koymanın da çok önemli olduğu vurgulanmaktadır (Raveendran ve Rajini, 2024).

Vajinismus genel olarak cinsel birleşmeyi engelleyecek şekilde vajina girişini çevreleyen kasların istem dışı kasılmasıdır (Dümen, 2017). Bu kasılmalar yalnızca cinsel ilişki sırasında değil, jinekolojik muayene veya vajinaya dokunma sırasında da ortaya çıkabilir. Vajinismuslu kadınlarda yaşanan bu istemsiz kasılmalar nedeniyle kadınların kendilerini çaresiz hissedebilmektedirler (Çeri,2009).

Kadınlarda cinsel işlev bozukluğu (FSD), dünya çapında klinik uygulamalarda en az ele alınan yaygın bir durumdur. Değişen tanımlar, vajinismusun prevalansını tahmin etmeyi zorlaştırırsa da, genel olarak dünyada kadınların %1 ila %7’sini etkilediği bildirilmektedir. Bununla birlikte metodolojik ve epidemiyolojik açıdan sadece vajinismusun prevalansını tahmin etmek çok da mümkün görünmemektedir (Raveendran ve Rajini, 2024). Tanıma göre, vajinal kasların istemsiz kasılması vajinismus tanısı için önemli bir gerekliliktir. Bir çalışmada, vajinismus grubunun yalnızca %28’inde vajinal kas kasılmaları görülmüş ve cinsel ilişki denemesi sırasında kasılma yaşayanların oranı ise sadece %24 olmuştur. Benzer şekilde, iki bağımsız jinekolog vajinismus tanısı konusunda yalnızca %4 oranında fikir birliğine varmışlardır; bu da tanı konusundaki kafa karışıklığını artırmaktadır (Reissing ve ark., 2004). Literatürde yapılan diğer prevalans çalışmaları incelendiğinde; Mısır’da %20 (Gaber ve Sahyb, 2021), Hindistan’da %55,5 (Mishra ve ark., 2016), İsviçre’de %1 olarak rapor edilmiştir Engman, 2007). Türkiye’deki prevalans Konya ilinde yaşayan 470 kadın üzerinden yapılmış ve vajinismus görülme sıklığı %15,3 olarak belirlenmiştir (Yılmaz ve ark., 2010).

2.2. Vajinismusun Nedenleri

Günümüzde hala vajinismusun kesin bir nedeni bilinmemektedir. Çoğu araştırmacı ve klinisyen, vajinismusun bilişsel, davranışsal ve fizyolojik faktörleri içeren psikofizyolojik bir sorun olduğu konusunda hemfikirdir (Chalmers, 2024).

Fiziksel / Organik Nedenler; Vajinismus’un organik nedenleri genital nedenler olarak da sınıflandırılabilir. Bunlar; atrofik vajinit, atrofiye bağlı yapışıklıklar,

intra-vajinal radyasyon, prolapsuslar, vulvar vestibülit sendromu (vvs), vajinal yaralar ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardır (Kahıloğulları ve Karaaziz, 2024).

Psikolojik Nedenler; çocukluk döneminde muhafazakâr yetiştirilme tarzı, cinsel istismar, aile içi iletişim eksiklikleri, kötü beden imajı, cinsel eğitim eksikliği ve yanlış cinsel inanışlar, depresyon gibi psikiyatrik veya psikolojik problemin olması vajinismus etiyojisinde önemli bir yer almaktadır (Dümen,2017).

Sosyokültürel Nedenler; vajinismusun bir korku tepkisiyle ilişkili olduğu göz önüne alındığında, açık ve örtük sosyokültürel tutumlar, bir kişinin vajinismus geliştirmesine yatkınlıkta önemli bir rol oynamaktadır (Üstgörül, 2022). Ailelerde cinselliği konuşamama ve ayıp olarak nitelendirilmesi, anne-baba ilişkilerinin bozuk olması, annenin pasif karakterde olması, babanın tehditkâr veya saldırgan tutumu çoğu zaman vajinismusu tetikleyici faktörler olarak ifade edilmektedir. Cinsellikle ilgili bilişsel süreçler, kişinin ailesi, arkadaşları ve dini inançları dahil olmak üzere sosyokültürel bağlamı içinde şekillenir. Özellikle çocukluk döneminde cinsel işlevin “kötü ve acı veren bir eylem” olarak kodlanması vajinismusun temelindeki fobik kaçınmayı tetikleyebilmektedir. Bunun yanı sıra cinsellikle ilgili ağırlı bir jinekolojik muayene veya cinsel travma gibi olumsuz deneyimler vajinismusun gelişmesine ve devam etmesine katkıda bulunabilir (Balaban, 2025).

2.3. Vajinismusta Ayırıcı Tanı

Penetrasyon sırasında ağrıya karşı aşırı korku, vajinismus hastaları tarafından sıkça bildirilen bir semptomdur. Fobi, “belirli bir nesnenin veya durumun varlığı ya da beklentisiyle tetiklenen, aşırı veya mantıksız olan belirgin ve kalıcı bir korku” olarak tanımlanır. Bu nedenle vajinismus bir fobi olarak kabul edilir.

Vajinismus hastalarında tanı koymak zor olabilir. Özellikle de hastalar sıklıkla vulva, pelvik taban ve pelvik ağrı nedeni ile başvuruda bulunabilirler. Disparoni ile vajinismusu ayırt etmek bu nedenle biraz zordur. Ayrıntılı alınacak tıbbi, psikososyal ve cinsel öykü tanı koymada kolaylık sağlayabilir.

Vajinismus şüphesi olan kişiler için önerilen anamnez soruları:

- Ağrının yeri – yüzeysel mi yoksa derin mi, vulva mı yoksa vajina mı?
- Ağrının başlangıcı – cinsel birleşmeden önce, sırasında mı yoksa sonra mı?
- Cinsel birleşme mümkün mü?
- Parmaklarını veya tampon sokabiliyor mu?
- Ağrının şiddeti

- Ağrının niteliği – yanma, sızlama, kaşıntı
- Ağrının zaman çizelgesi – ağrının birden fazla bölgesi varsa, bunlar hangi sırayla ortaya çıktı?
- Bu durum ne zaman ortaya çıktı?
- Hangi tedaviler denendi?
- Akıntı, yanma ve kaşıntı gibi diğer vajinal semptomlar
- Endometriozis, miyomlar ve kalıcı pelvik ağrı ile ilişkili diğer durumlar dahil olmak üzere eşlik eden jinekolojik rahatsızlıklar
- Eşzamanlı mesane veya bağırsak semptomları
- Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü
- Yırtıklar, epizyotomi veya diğer travmaların görüldüğü herhangi bir doğum öyküsü
- Karın veya genitoüriner cerrahi veya radyasyon tedavisi öyküsü
- Egzama, sedef hastalığı veya diğer dermatitler gibi cilt rahatsızlıkları öyküsü
- Mevcut kontrasepsiyon kullanımı
- Mevcut kullanılan ilaçlar
- Alkol ve uyuşturucu kullanımı
- Hastanın soruna ve soruna katkıda bulunan faktörlere ilişkin görüşü
- Bu sorun daha önceki ilişkilerde de var mıydı?
- Eşin/eşlerin sorunu konuşmaya istekli olup olmadığı
- Cinsel veya fiziksel istismar öyküsü
- Hayattaki stres faktörleri
- Eşlik eden depresyon veya anksiyete bozuklukları
- Hastanın hedefleri ve tatmin edici bir tedavi sonucunu nasıl tanımladığı
- İlişki durumu
- Cinsel olarak aktif mi?
- Uyarılma, kayganlaşma veya orgazm sorunları gibi diğer cinsel işlev bozuklukları
- Travmatik cinsel deneyim öyküsü

- Travmatik genital muayene öyküsü
- Penetrasyon düşüncesi karşısında duyulan kaygı düzeyi
- Genital muayene düşüncesi karşısında duyulan kaygı düzeyi
- Muayeneye ilgili hangi unsurlar kaygı yaratıyor? Crowley ve ark., 2009; Chalmers, 2024).

Disparoni hastaları cinsel birliktelik sırasında ağrı hissettiklerini ifade ederler fakat penetrasyon yaşamaktan kaçınmazlar. Vajinismus hastalarında ise ağrı ile ifade edilen durumda vajinal penetrasyondan kaçış vardır (Raveendran ve Peedikakkal, 2024).

Vajinismusun ayırıcı tanısı için genital muayene de gereklidir. Vulvanın görsel değerlendirilmesi yapılmalı, genital siğil veya herpes simpleks virüsü gibi cilt sorunları gözlemlenmelidir. Vulvanın inspeksiyon muayenesinden sonra, Vulvodini'yi ekarte etmek için vestibül çevresine dokunma veya hafif basınçla vulva etrafında ağrı değerlendirmesi yapılmalıdır. Pelvik taban kaslarının değerlendirmesi için manuel muayene ya da perinometre ile muayene yapmak gerekebilir. Manuel muayenede vajina yavaşça palpe edilerek pelvik taban hassasiyeti değerlendirilir. Spekulum muayenesi sırasında hastanın pozisyonlandırılması, işlemin daha rahat tolere edilmesini sağlayabilir. Gluteal kasların kasılması ve dolayısıyla pelvik taban kaslarının kasılmasını önlemek için işlem sırasında bacakların iyi bir şekilde desteklenmesi önemlidir. Bunu sağlamanın bir yolu, muayene masasını duvarın yanına yerleştirmektir; böylece hasta bir dizinin dış kenarını duvara dayayabilir ve diğer dizinin dış kenarı refakatçi veya başka bir sağlık profesyoneli tarafından desteklenebilir. Alternatif olarak, küçük bir spekulumun kullanıldığı Sims pozisyonu (yan yatış) genellikle iyi tolere edilir ve vajinismuslu kişilerde başarılı bir spekulum muayenesine yol açabilir. Yapılan muayene sırasında hastanın pelvik kaslarını kasma, vajinal muayenin gerçekleştirilememesi durumunda muayene sonlandırılmalıdır. Bu hastalarda semptomları yönetmek için terapötik müdahaleler denenene kadar spekulum muayenesinden kaçınılmalıdır (Chalmers, 2024).

Vajinismusta kadın ağrı ve korku nedenleri ile cinsel ilişkiye girememenin yanında kadının kendinin ve partnerlerinin vücutları ile ilgili negatif duyguların oluşmasına, cinsel birliktelik ile ilgili ahlaki çelişkiler ve günahkarlık duygularını yaşamasına ve ruhsal olarak çökkünlük ve kaygı sorunlarına neden olabilmektedir (Kahıloğulları ve Karaaziz, 2024).

2.4. Vajinismus Tedavisi

Vajinismus da dahil olmak üzere tüm cinsel işlev bozuklukları bireysel bir sağlık sorunu değil, çiftin problemi olarak görülmektedir. Cinselliğin

konusulmasının tabu olduğu ülkelerde birçok çift sorunlarını yıllarca saklayıp tedavinin gecikmesine neden olmaktadır (Bayraktar, 2022). Kadınlarda cinsel işlev bozukluğuna ilişkin en güncel klinik uygulama kılavuzu, vajinismus için kişinin alta yatan etkenlere ve mevcut eşlik eden hastalıklara göre uyarlanmış, kişiye özel ve çok disiplinli bir yaklaşım önermektedir. Vajinismus, ağrının korku-kaçınma modeli üzerinden değerlendirildiğinde, multidisipliner bir yaklaşımın önemi ortadadır. Penetrasyon sırasında ağrıyı azaltmak için pelvik taban kaslarının etkisini gidermek üzere fiziksel müdahaleler, penetrasyonla ilgili eşlik eden felaket senaryoları ve korkuları gidermek için ise psikoseksüel müdahaleler gereklidir. Vajinismusun tedavisinde yer alan ilgili sağlık profesyonelleri arasında genel pratisyenler, cinsel terapistler veya danışmanlar, klinik psikologlar, fizyoterapistler ve jinekologlar sayılabilir. Çoğu durumda, vajinismusun başarılı tedavisi hasta eğitimi, pelvik taban kaslarının gevşetilmesi, vajinal egzersiz aletlerinin kullanımı ve psikolojik terapinin bir kombinasyonu ile gerçekleşir (Chalmers, 2024; Wicaksono ve ark., 2026).

Kanıt temelli yaklaşımlara göre vajinismus hakkında eğitim vermek tedavinin en önemli adımlarından biridir. Vajinismus, vulvovajinal anatomi ve pelvik taban anatomisi hakkında bilgi edinmek, kişilerin yaşadıkları durumun altında yatan mekanizmaları ve buna katkıda bulunan faktörleri anlamalarına yardımcı olabilir (Kanıt II düzeyi). Sistematik duyarsızlaştırma, penetrasyonla ilişkili kaygı ve korkuyu azaltmak amacıyla pelvik kasların eğitiminde (tanınması, dokunulması ve kasıp gevşeme hareketlerinin hastalara öğretilmesinde) parmak egzersizleri ya da dilatatörler kullanılabilir (Kanıt I düzeyi). Pelvik kasların rahatlatılmasında ultrason veya dilatatörler kullanılabilir (Kanıt II düzeyi). Cinsel kaçınma davranışlarını azaltmak amacıyla, kademeli maruz kalma egzersizleri bilişsel yeniden yapılandırma ile birleştirilebilir (Kanıt I düzeyi). Vajinismus tedavisinde kullanılan farmakolojik tedavinin çoğunun kanıt temeli sınırlıdır. Bu nedenle klinik uygulama kılavuzlarında vajinismus için spesifik ilaçlar önerilmemektedir. Puborektalis ve pubokoksegeus kaslarına yapılan botulinum toksini A enjeksiyonları, vajinismus tedavisinde giderek daha yaygın olarak kullanılmaktadır, ancak bu uygulamayı destekleyen kanıtlar sınırlıdır (ACOG, 2019).

Kadınlarda cinsel işlev bozukluğuna ilişkin en güncel klinik uygulama kılavuzu, vaginismus için kişinin alta yatan etken faktörlerine ve mevcut eşlik eden hastalıklara göre uyarlanmış, kişiye özel ve çok disiplinli bir yaklaşım önermektedir. Diğer eşlik eden hastalıkların (örn. vulvodini veya vulvovajinal kandidiyaz) mevcut olduğu durumlarda yönetim farklılık gösterebilir (ACOG, 2019).

Vajinismus hastalarında kabul edilebilir tedavi sonuçlarına ulaşmak zor ve yanıltıcı olabilir. Maseroli ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılan bir sistematik derleme, vajinismuslu kişilerin yaklaşık %80'inin multimodal tedaviye yanıt verdiğini göstermektedir; ancak sonuçlar, kullanılan multimodal terapi türüne göre değişiklik göstermiştir (Maseroli ve ark., 2018). Çoğu çalışma, müdahalenin başarısının bir göstergesi olarak ağrısız penetrasyonu kullanmaktadır; bu da vajinismus tedavisi için hatalı sonuç olabilir. Bu nedenle vajinismus tedavisindeki başarıyı ölçmek için ağrılı cinsel ilişkiden çok penetrasyon sorunu olan bireyler ele alınarak değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir.

Wicaksono ve arkadaşları (2026) 513 hasta ile yaptıkları çalışmada, hastaların %85,4'ü penetrasyon yetersizliği nedeniyle başvuruda bulunmuştur. Tedaviye başvurmadan önceki vajinismus süresi ortalama 36 olarak belirlenmiştir. Dilatasyon ve duyuşal odaklanma teknikleri uygulanan hastaların %51'i tedavi sürecinden 4 hafta penetrasyonu başarmışlardır.

3. Sonuç

Vajinismus, cinsel ilişki sırasında ağrının başlıca nedenlerinden biridir ve kadının açıkça bunu istemesine rağmen, penisin, parmağın veya herhangi bir nesnenin vajinaya girmesine izin verememesi ile karakterizedir. Aile hekimleri, vajinismusun teşhis ve tedavisinde önemli bir rol oynar. Vajinismusun ayırıcı tanısı, ayrıntılı bir öykü alma, genital muayene ve (mümkünse) tek parmakla vajinal muayene yoluyla konulabilir. Vajinismusun başarılı tedavisi genellikle multidisiplinerdir ve hasta eğitimi, pelvik taban kaslarının gevşetilmesi, vajinal egzersiz aletlerinin kullanımı ve psikolojik tedavinin bir kombinasyonunu içerir.

4. Kaynakça

- Alidost F, Pakzad R, Dolatian M, Abdi F. Sexual dysfunction among women of reproductive age: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reproductive Biomed.* 2021;19(5):421.
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins— Gynecology. Female sexual dysfunction: ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, Number 213. *Obstet Gynecol* 2019;134(1):e1–18. doi: 10.1097/AOG.0000000000003324
- American Psychiatric Association . *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Text rev. American Psychiatric Association; 2000.
- Balaban, Ö. (2025). Beliren yetişkinlerin cinsel doyumu ile ebeveyn ilişki tutumu algısı arasındaki ilişkide ayrışma bireyleşme düzeylerinin düzenleyici rolü (Master's thesis, Istanbul Aydın University (Turkey).
- Basson, R. (2001). "Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 395–403.
- Bayraktar, Z. (2022). Bilimsel Veriler Işığında Sansürsüz Cinsellik, Yayınevi: Yüzleşme Kitap, İstanbul.
- Chalmers, K. J. (2024). Clinical assessment and management of vaginismus. *Australian Journal of General Practice*, 53(1/2), 37-41.
- Crowley T, Goldmeier D, Hiller J. Diagnosing and managing vaginismus. *BMJ* 2009;338:b2284.
- Çeri, Ö. (2009). Vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşlerinde temel bilişsel şemalar ile bağlanma stillerinin incelenmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Dümen, G. (2017). Vajinismus tanısı alan ve almayan kadınlarda öz-duyarlık ve benlik saygısının incelenmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Engman M. Partial vaginismus: definition, symptoms and treatment (Doctoral dissertation, Institutionen för klinisk och experimentell medicin). Linköping University Medical Dissertations. No. 1015; 2007. https://nfg.org/theses/Maria_Engman.pdf
- Gaber MA, El-Sahyb SS. Prevalence of vaginismus in Delta, Egypt. *Menoufia Med J* 2021;34(2):509–513. DOI: 10.4103/mmj.mmj_398_19.
- Heshmatnia, F, Azizi, M., Milani, H., Nikbakht, R., Kheiri, M., Tolomehr, H., & Shahhosseini, Z. (2025). Prevalence and correlates of female sexual dysfunction and sexual distress in reproductive-aged women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*, 25(1), 451.
- Jafarzadeh Esfehiani R, Fazel N, Dashti S, Moshkani S, Haghighi Hasanabad F, Foji S, et al. Female sexual dysfunction and its associated risk factors: an

- epidemiological study in the North-East of Iran. *J Midwifery Reproductive Health*. 2016;4(1):498–505.
- Koops, T. U., Klein, V., Bei der Kellen, R., Hoyer, J., Löwe, B., & Briken, P. (2023). Association of sexual dysfunction according to DSM-5 diagnostic criteria with avoidance of and discomfort during sex in a population-based sample. *Sexual Medicine*, 11(3), qfad037.
- Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED Jr, et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2010;7(4 Part 2):1598–607. pmid:20388160.
- Maseroli E, Scavello I, Rastrelli G, et al. Outcome of medical and psychosexual interventions for vaginismus: A systematic review and metaanalysis. *J Sex Med* 2018;15(12):1752–64. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.10.003.
- Mishra VV, Nanda S, Vyas B, et al. Prevalence of female sexual dysfunction among Indian fertile females. *J Midlife Health* 2016;7(4):154–158. DOI: 10.4103/0976-7800.195692.
- Nwagha U, Oguanuo T, Ekwuazi K, Olubobokun T, Nwagha T, Onyebuchi A, et al. Prevalence of sexual dysfunction among females in a university community in enugu, Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2014;17(6):791–6.
- Ozan, T., Karakeçi, A., Yılmaz, K., Yuvaç, E., Pirinççi, N., Firdolaş, E., & Orhan, İ. (2021). Temel cinsel sağlık eğitimi almış sağlık çalışanı kadınlarda cinsel fonksiyon değerlendirilmesi ve sonuçların temel cinsel sağlık eğitimi almamış ve sağlık sektöründe çalışmayan kadınların sonuçları ile karşılaştırılması. *Fırat Tıp Dergisi*, 26(4).
- Quinn-Nilas C, Milhausen RR, McKay A, Holzapfel S. Prevalence and predictors of sexual problems among midlife canadian adults: results from a national survey. *J Sex Med*. 2018;15(6):873–9. pmid:29753802
- Raveendran, A. V., & Rajini, P. (2024). Vaginismus: Diagnostic challenges and proposed diagnostic criteria. *Balkan Medical Journal*, 41(1), 80.
- Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Beh*. 2004;33:5–17. doi: 10.1023/B:ASEB.0000007458.32852.c8.
- Schwesig R, Briken P, Velten J, Hoyer J. Divergent conceptualizations of sexual dysfunctions in *DSM-5* and *ICD-11*: implications for diagnosis, research, and practice. *Zeitschrift für Sexualforschung*. 2022;35(03): 137–147.
- Üstgörü, S. (2022). İlk cinsel ilişki korkusu ve bekaret ile ilgili youtube videolarının DISCERN aracıyla değerlendirilmesi. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 6(1), 73-81.
- Wicaksono, R. A., Gunawan, E., Fitriansari, S., Pacik, P. T., & Tjandraprawira, K. D. (2026). Managing Vaginismus with Assisted Dilatation Multidisciplinary Protocol–Retrospective Cohort Study from Indonesia’s Largest Dedicated Centre. *International Journal of Women’s Health*, 580236.

- Yılmaz BA, Sonmez Y, Sezik M. Prevalence and risk factors for sexual dysfunction in reproductive-aged married women: A cross-sectional epidemiological study. *J Obstet Gynaecol Res.* 2020;46(3):507–16.
- Yılmaz E, Zeytinci İE, Sari S, Karababa İF, Çıllı AS, Kucur R. Investigation of Sexual Problems in Married People Living in the Center of Konya. *Türk Psikiyatri Derg* 2010;21:126-34.