

KADINLARDA VAJİNİSMUS ve AĞRILI CİNSEL İLİŞKİ TEDAVİSİ

Hastalar ve Sağlıkçılar İçin
Pratik El Kitabı

Op. Dr. İbrahim Sözen



İstanbul
Tıp Kitabevleri

KADINLARDA VAJİNİSMUS ve AĞRILI CİNSEL İLİŐKI TEDAVİSİ:

Hastalar ve Sağlıkçılar için
Pratik El Kitabı

OP. DR. İBRAHİM SÖZEN

©İstanbul Medikal Yayıncılık Bilimsel Eserler Dizisi
KADINLARDA VAJİNİZMUS ve AĞRILI CİNSEL İLİŞKİ TEDAVİSİ:
Hastalar ve Sağlıkçılar için Pratik El Kitabı
Op. Dr. İbrahim SÖZEN

1. Baskı 2019

ISBN - 978-605-7607-02-7

2019 İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti.
34104, Çapa-İstanbul-Türkiye
www.istanbultip.com.tr
e-mail: info@istanbultip.com.tr

www.istanbultip.com.tr

Yasalar uyarınca, bu yapıtın yayın hakları İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti.'ye aittir. Yazılı izin alınmadan ve kaynak olarak gösterilmeden, elektronik, mekanik ve diğer yöntemlerle kısmen veya tamamen kopya edilemez; fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

MAĞAZALARIMIZ

ÇAPA/MERKEZ

Turgut Özal Cad. No: 4/A
Çapa-İST.
Tel: 0212.584 20 58 (pbx)
587 94 43 Faks: 0212.587 94 45

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. Teyyareci Sami Sok.
No: 13 Dükkan 11-12
Derya İş Merkezi Kadıköy-İST
Tel: 0216.336 20 60

KONYA

İhsaniye Mah. Tacülvezir Sk.
No: 1/A Selçuklu-KONYA
Tel: 0332.351 32 53

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan her ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.



Yayına hazırlayan İstanbul Medikal Sağlık ve
Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti.
Yayıncı sertifika no 12643
Sayfa Tasarımı Seda Nur Akbaş
Baskı ve cilt



Online Alışveriş
istanbultip.com.tr



Satış Hattı
0506 866 97 04

OP. DR. İBRAHİM SÖZEN

www.dribrahimsozen.com

14 Şubat 1968'de İstanbul'da doğdu. Sivas'ın Gürün ilçesinden İstanbul'a göç etmiş bir ailenin oğludur. Robert Kolej ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlık eğitimine Tıpta Uzmanlık Sınavı sonucu girdiği Bakırköy SSK Doğumevi'nde 1994 yılında başladı. 1 senelik uzmanlık eğitimi sonrası sonrası burdan istifa etti ve ABD'deki sınavlar ve mülakatlar sonucu kabul edilen 6 doktor arasına seçilerek Connecticut Eyaleti'ndeki Yale Üniversitesi'nde asistan olarak uzmanlık eğitimine başladı. 1999 yılında uzmanlığını tamamlayan Dr. Sözen Yale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlığına kabul edilmiş ve mezun olmuş ilk Türk doktora'dır.

Toplam 11 yıl ABD'deki çeşitli hastanelerde görev yaptı. Başarıyla geçtiği yazılı ve sözlü sınavlar sonucunda ABD'de uzmanlık dallarının en yüksek standardını belirleyen American Board of Obstetrics and Gynecology diplomasını almaya hak kazandı. Amerikan Kadın Doğumcular Birliği, Amerikan Tıp Birliği, Amerikan Üreme Sağlığı Birliği, Amerikan Tıbbi Ultrason Enstitüsü gibi kuruluşların üyesidir. Bilimsel eserleri 1994 ve 1996'da Amerikan Kadın Doğumcular Birliği (ACOG) tarafından ödüle layık görüldü. Araştırmaları rahim-

lerin kas tabakasından kaynaklanan tümörler olan miyomların hücresele düzeyde oluş mekanizmaları üzerine yoğunlaştı. Uluslararası tıp literatüründe saygın dergilerde yayınlanmış 15 bilimsel çalışması ve uluslararası bilimsel toplantılarda sunulmuş birçok bildirisi bulunmaktadır. Ekim 2018 tarihi itibarıyla bilimsel eserleri dünyada 770'in üzerinde uluslararası yayında referans (atıf) olarak gösterildi.

2000 yılında Dünya Kadın Doğumcular Birliği'nin (FIGO) Washington, DC'de düzenlediği 16. Dünya Kongresi'nde "Laparoskopik Cerrahi: Fallopiyan Tüp ve Yumurtalık" başlıklı oturumu davetli olarak yönetti. 2004 yılında ABD'de çalıştığı Maine eyaletindeki sosyo-ekonomik düzeyi düşük kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasına yaptığı katkıdan ötürü üstün hizmet ödülü aldı. Bilimsel yayınlarından bir tanesi, dünyada doğum biliminin temel ders kitabı olarak kabul edilen Williams Obstetrics'in 2005 yılında yayınlanan 22. baskısından itibaren referans (atıf) olarak kullanıldı.

Gebelik takibi, jinekoloji ve tüm kadın sağlığına ait sorunların çözümü üzerine genel kadın hastalıkları ve doğum doktorudur. Her türlü doğum ve jinekolojik ameliyatı yapmakla beraber cerrahi ve tıbbi olarak ilgi duyduğu özel alanlar idrar kaçırma şikayetlerinin ameliyatla tedavisi, rekonstrüktif ve kozmetik vajinal cerrahi, laparoskopik ve histeroskopik (kapalı) cerrahi, miyom tedavisi, vajinismus ve ağırlı cinsel ilişki tedavisi ve uzun süreli geçmeyen kronik alt karın ve kasık ağrılarının ameliyatla tedavisidir. Bu ve diğer konularda birçok gazete ve dergi haberi ve röportajı ile radyo ve televizyon konuşması medyada yer almıştır. Normal doğumu destekleyen Dr. Sözen, Türkiye'de 2005 yılında Anadolu Sağlık Merkezi'nde başlatılan ilk sistematik suda doğum programının da kurucusudur.

11 yıl ABD'de hekimlik yaptıktan sonra 2004 yılında yurda dönen Dr. Sözen, 2004-2005 yılları arasında Anadolu Sağlık Merkezi (Affiliated with Johns Hopkins Medicine) Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölüm Başkanvekilliği ile bölümün kurucu ekibi içinde yer almış ve 2008 yılında muayenehanesini açıncaya dek burda çalışmıştır. 2010-2012 yılları arasında İçerenköy Bayındır Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Başkanlığı ile bölümün kuruculuğunu yürütmüş ve muayenehane ile birlikte yarı-zamanlı olarak çalışmıştır.

Çok iyi düzeyde İngilizce bilen Dr. Sözen, Pınar Sözen ile evli ve Alican adında bir erkek çocuk babasıdır. Bugüne dek 3500'ün üzerinde bebek doğurtan ve binlerce ameliyat yapmış olan Dr. Sözen, son 11 yıldır serbest kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olarak Çiftelavuzlar Bağdat Caddesi'ndeki kendi muayenehanesinde hastalarına hizmet sunmaktadır.

ÖNSÖZ

Vajinismus ve Ağrılı Cinsel İlişki Tedavisi'ni anlattığım bu kitabı Türkiye'nin en önemli sağlık ve toplumsal problemlerinden birine dikkat çekmek, farkındalık yaratmak ve elimden geldiğince çözümüne katkı sunmak için yazdım. Evet, cinsellik ülkemizin belki de en başta gelen tabusudur; bu tabuyu aşmaya yardımcı olmak, bu sorunu dillendirmek, toplumda ve tıp camiasında konuşulmasını sağlamak, kadınlarımızın şikayetlerini görünür kılmak için ve böylelikle çözüme doğru ilerlemeye bir adım olsun diye yazdım. Sağlıklı bir bireyin ve dolayısıyla toplumun oluşmasında cinsel sağlığın çok temel bir yer kapladığına inandığım için yazdım. Hastalarımın çözüm arayan endişeli bakışlarındaki acıyı, utanmayı, çaresizliği gördüğüm için, çözüm üretilmezse belki de yıkılacak olan kadın-erkek ilişkilerini onarmaya bir başlangıç, bir umut oluştursun diye yazdım. Doktor, asistan hekim, ebe, hemşire, fizyoterapist, psikolog, tıp veya hemşirelik öğrencisi tüm sağlıkçı meslektaşlarımla böyle bir sorunla kendilerine fikir soran kadınlarımıza söyleyecek bir sözü olsun, onları çözüme yönlendirebilecek temel bir görüşleri olsun amacıyla yazdım.

Vajinismus ve ağrılı cinsel ilişki toplumun ciddi bir kesiminde varolan ama konuşulmayan, hatta kadınlarımız ve eşleri tarafından bile konunun ilişkiyi etkilememesi amacıyla yok sayılan bir temel sağlık sorunudur. Kadınların kendilerine olan özgüven ve özsaygılarını paramparça eden, kadınların yaşamdan aldığı zevki baltalayan, büyük aşkla bağlandıkları bir ilişkide hayalkırıklıklarına yol açan, kadınları eşleri karşısında zor durumda bırakan, kadınlar ve eşleri tarafından çoğu kez "aşilamaz sanılan" çok önemli ve çok boyutlu problem-

lerdir bunlar. Oysa ki, bilinmelidir ki bilimsel olarak kanıtlanmış ve uzmanlarca başarıyla uygulanan tedaviler mevcuttur, başarı oranları da yüksektir. Bu kitabı okuyanların aklında sadece “Bu sorunun çözümü var” anafikri bile kalmış olsa, yazma amacıma ulaşmış sayarım kendimi.

Bu kitap sorunun anlaşılması ve çözümü için bir başlangıç olarak düşünölmelidir, sorunun tıbbi çözümü için mutlaka bu konuda uzmanlaşmış Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimlerinden yardım alınmalıdır. Çoğu kez yine bu konuda uzmanlaşmış Psikiyatri ve Fizik Tedavi Rehabilitasyon hekimleri ile Psikologlar ve Fizyoterapistler de tedavi planının bir parçası olacaklardır. Özellikle kırsalda ve kentlerde temel sağlık hizmeti veren Pratisyen Hekim ve Aile Hekimi meslektaşlarımız da konuya bu kitapta çerçevesi çizilen temel düzeyden hakim olmalıdır düşüncesindeyim. Dolayısıyla kitabı hem hastalarımızın hem de temel düzey sağlıkçı meslektaşlarımızın rahatlıkla anlayacağı, teknik dil ve ayrıntıdan uzak bir anlayış ve dille kalem aldım. Umarım konuyla ilgili tüm okuyucularımıza faydalı olur ve bu ciddi toplumsal sağlık probleminin çözümüne küçük de olsa bir katkı sağlar.

Kitabımı, benim yetişmemde en büyük emeğe sahip, hakları ödenmez canım annem Av.Gölbin Sözen ve canım babam Av.Ali Sözen'e, ilkokuldan uzmanlığa beni bugüne getiren tüm öğretmen ve meslek büyüklerime, hocalarıma, yaşam boyu yanımda olan sevgili ikiz kardeşim Algöl'e, desteğini hep yanımda hissettiğim değerli eşim Pınar'a ve yaşamı boyunca bilimin, ahlakın, adaletin, merhametin ve insana/topluma yardımın peşinden koşması tek dileğim olan en değerli varlığım, canım oğlum Alican'a armağan ediyorum.

Op. Dr. İbrahim Sözen

KADINLARDA VAJİNİSMUS ve AĞRILI CİNSEL İLİŞKİ TEDAVİSİ:

Hastalar ve Sağlıkçılar İçin
Pratik El Kitabı

OP. DR. İBRAHİM SÖZEN

İÇİNDEKİLER

1. Kısım

VAJİNİSMUS ve TEDAVİSİ	13
Giriş	15
Vajinismus Nedir? Neden Olur?	17
Ağrılı Cinsel İlişkiye Neden Olan Diğer Durumlar	21
Jinekolojik Muayene	23
Genital Sistem Anatomisi	27
Vajinismus Tedavisinin Temeli: Levator Ani (LA) Kasını Tanımak ve Kontrol Etmeyi Öğrenmek	31
Tedavinin “Duyarsızlaştırma” (Desensitization) Aşaması	37
Egzersizlerde Sorun Çözümleri ve İlişkiye Geçiş	47
Botoksun Vajinismus Tedavisindeki Yeri	51

2. Kısım

AĞRILI CİNSEL İLİŐKI ve TEDAVİSİ	57
Ağrılı Cinsel İlişki Kader Değildir, Tıbbi Tedavisi Vardır	59
Vajen Girişi Ağrısının Fizyolojik Temelleri ve Muayenesi	61
Vulvar Vestübit Sendromu, Genel Vulvadini ve Pudental Nöralji	65
Vajinal Enfeksiyonlar	69
Kronik Kasık (Pelvik) Ağrısı: Endometriozis, İnterstitial Sistit ve Pelvik Konjesyon	73
Menopozal Genito-Üriner Sendrom	77
Fizik Tedavinin ve Psikolojik Terapinin Ağrılı Cinsel İlişki Tedavisindeki Rolü	79



1. BÖLÜM

VAJİNİSMUS ve TEDAVİSİ



Vajinismus sorunu nerdeyse cinsel ilişkinin tarihi kadar eskidir. Erkek egemen toplumlarda, kadın tarih boyunca her türlü şiddete, anlayışsızlığa, hoyratlığa, ahlak ve namus baskılarına, köle pazarlarında bir mal olarak alınıp satılmaya maruz kaldığı için, kadın bedeninin tüm bunlara karşı geliştirdiği savunma mekanizması olan vajinismus aslında sosyolojik hastalıkların ve cinsel eşitsizliğin kadın bedenindeki dışı vuru mu olarak da değerlendirilebilir. Kadınların gerçek değerini ve haklarını bulduğu modern toplumlarda vajinismusun görülme sıklığının azaldığını, kadınların toplumda birçok açıdan ezildiği ve geri bırakıldığı doğu toplumlarında ise vajinismus sıklığının daha yüksek olduğunu saptıyoruz. **Ülkemizde cinsel işlev bozukluğu kliniklerine başvuran hastaların yüzde 66'sı vajinismus sorunu yaşamaktadır**, diğer bir deyişle ülkemizde kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozukluğu açık ara ile vajinismusdur.

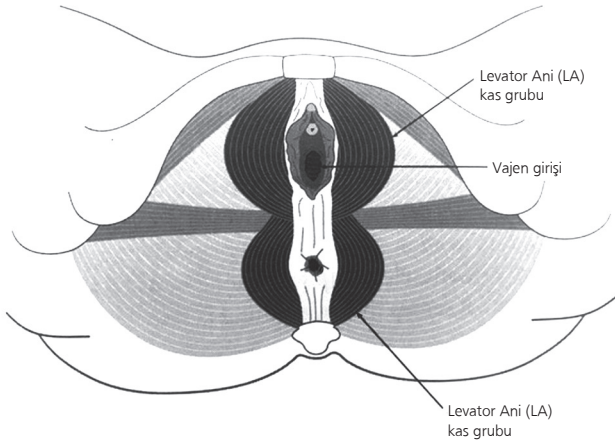
Modern tıp literatüründe vajinismusu ilk kez 1861 yılında rastlıyoruz. Amerika Birleşik Devletleri'nde bir jinekolog olan Dr J. Marion Sims bu sorunu tanımlayan ve adını veren kişidir. Vajinismus durumunda vajendeki aşırı duyarlılığın kas spazmları ile olan ilişkisini saptayan Dr Sims'in tedavi olarak seçtiği yol cerrahi müdahaleydi. Dr Sims sorunu salt bir fiziksel patoloji olarak görüyordu. Daha sonraki yıllarda Fransa'da cinsel tıp ile ilgilenen doktorlar Sims'in cerrahi tedavi yöntemine karşı çıktılar ve sorunun salt fiziksel müdahale ile çözülemeyeceğini ortaya koydular. Giderek sorunun psikolojik kökenleri olduğu ve tedavinin mutlaka psikoterapi de içermesi gerektiği anlaşıldı. Günümüzde vajinismus tedavisi fiziksel ve

psikolojik tedavilerin birlikte uygulandığı bir multi-disipliner (birçok uzmanlık dalının birlikte çalıştığı) bilimsel yaklaşımla yürütülmektedir.

Ancak ne yazık ki, günümüzde ülkemizde ve diğer doğu toplumlarında bilimsel yaklaşımı dışlayarak ticari amaçlarla kadınlarımızın bu sömürülmeye çok açık zaaflarından yararlanmak isteyen sözümona "tedaviciler" de mevcuttur. Tek seansta çözüm vaatleri buna bir örnektir, sorunun doğası gereği tek seansla çözüm mümkün değildir, hastanın vajen kaslarını kontrol edebilmesini öğrenmesi için bu kitapta da görüleceği üzere uzun ve sabırlı bir sürece ihtiyaç vardır. Kas gevşetici ilaç ve kremler, alkol veya sakinleştirici hap tedavisi gibi öneriler de sorunun özünü gözardı eden ve kalıcı çözüm getirmeyen nafile çabalarlardır. Vajinismus tedavisinin özü, konuyu bilen uzmanlarla çalışmak, jinekoloji, psikoloji ve fizik tedavi bilimlerinin ortak birikiminden yararlanmak ve sabır göstermektir. Bu sabır ve anlayışa kadının eşi veya partneri de sahip olmalıdır. Sebat edilerek çalışıldığında ve eşin de tedavi sürecinde bizzat yer almasıyla tedavinin başarı oranı yüzde 90'ların üzerindedir.

Vajen girişini ve vajen derinliğini bir hamak şeklinde alttan ve yanlardan çevreleyen kas gruplarının çoğunlukla istemsiz veya kısmen istemli kasılarak cinsel ilişkiyi imkansız ve/veya ağırlı hale getirmesine **VAJİNİSMUS** diyoruz. Vajeni bu şekilde çevreleyen ve kasıldığında ilişkiyi imkansız kılan bu kas grubuna **Levator Ani (LA) kas grubu** denir (Resim 1).

Bu refleks kasılmayı vajene giren ya da girişine değen bir penis, doktor parmağı veya doktorun kullandığı alet tetikleyebilir. Vajenin içine girme çabası sonuçlandırıldığında, bu kas grubu gevşer ve normale döner. Kasılma hemen her zaman



Resim 1. Levator Ani Kası hem vajeni hem de anüsü çevreleyen kas grubudur. Kasılması ile birlikte vajen daralarak penis girişine izin vermez.

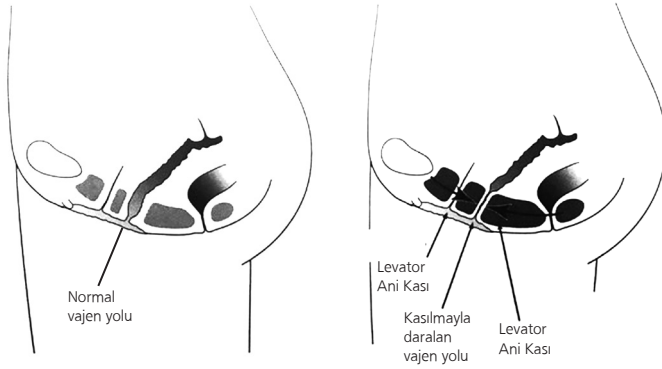
istemlidir, ancak zamanla ağrı veren ilişkiden sakınmak için hastalar istemli kasılma da gösterebilirler. Özellikle bacak kaslarının kasılarak ilişkiyi engellemesi bu tür bir kasılmadır.

Vajinismusun derecesi her kadında aynı seyretmez. Örneğin bazı kadınlar tampon veya jinekolojik muayeneyi iyi tolere eder ama cinsel ilişkide vajen kasları kasılarak spazma girer. Bazı kadınlarda tam cinsel ilişki olmaz ama penis kısmen vajen içine girebilir. Bazı kadınlarda penis içeri girebilir ama ilişki inanılmaz ağırlıdır. Bir kısım ağır vajinismus vakasında ise kadınlar bacaklarını da kasarak, penisin vajen girişine değmesine bile izin veremezler.

İki çeşit vajinismus vardır. Çoğunluğu **primer vajinismus** vakaları oluşturur. Bu kadınlar ilk cinsel birleşme deneyiminden itibaren istemsiz kasılma sorunuyla tanışırlar. Daha azınlıkta bir grup ise **sekonder vajinismus**dur, yani geçmişlerinde normal bir cinsel ilişki yaşayabilmişken, sonradan bir travma, cerrahi müdahale, psikolojik sorun, yeni partner vb. nedenlerle vajinismus sorunu yaşayan kadınların oluşturduğu bu grup tedaviye nisbeten daha hızlı ve etkin yanıt verir.

Kadının geçmişinden gelen bilinçaltı ve bilinçüstü **Negatif Cinsel Mesajlar**, LA kas grubunda öğrenilmiş bir reflex kasılmaya ve spazma (kasılmanın süreklilik göstermesi) neden olur. Bu kasılma hem vajen girişini hem de vajenin derinliğindeki 10 cm boyundaki vajen yolunu daraltır ve penisin içeri girip çıkmasını engeller. Bazen penis içeri kısmen veya tümünden girebilse de, bu vajenin spazm halinde gerçekleştiği için, kadında yoğun bir ağrıya ve rahatsızlığa yol açar. Beyin ilişkiye izin vermeyi ne kadar istese de, kadının kontrolü dışında bir reflex sinirsel uyarı mekanizması ile, bu kas grubu başına buyruk davranır. Ağrı ve rahatsızlık hissi, bu mekanizmayı, yani penisin vajen içine girmesini engelleyen kasılmayı daha da tetikler ve içinden çıkılmaz bir kısır döngüye girilir (Resim 2).

Vajeni saran kaslarda istemsiz kasılmayı oluşturan bu Negatif Cinsel Mesajlar hem vücuttan hem de beyinden gelir. Daha çok da beynin bilinçaltı dediğimiz kısmından gelir. Negatif Cinsel Mesajlara yol açan sayısız neden belirtilmiştir, bunlar



Resim 2. a) Vajen yolunun normal genişliği. **b)** Levator Ani Kası'nın kasılarak vajen girişi ve vajen yolunu daraltması.

kadınlardan kadına değişmektedir. Bazı kadınlarda birden fazla neden bulunmaktadır.

Bu nedenlere baktığımızda, anne-baba korkusu, çocukluk ve genç kızlıkta evde aşırı disiplinli bir ortam, şiddete dayalı veya koyu dinsel baskı ile yetiştirilme, yetersiz cinsel eğitim ve cinselliğin ayıp birşey olarak dayatılması, geçmişte uğranılan cinsel taciz, şiddet uygulayan eş ya da partner, güven eksikliği, yüksek endişe düzeyi, çocuklukta şahit olunan uygunsuz cinsel görüntü, hamilelik korkusu, bekaret takıntısı, ağrı korkusu, bir tıbbi nedenle (örneğin ağır bir vajinal enfeksiyon) yaşanmış ağırlı cinsel ilişki sayılabilir. Şiddet, yetersiz cinsel eğitim, yaygın taciz, cinselliğin ayıp sayılması ve koyu aile baskısı altında yetişme gibi nedenlerin bizim toplumumuzda sık görülmesinin, vajinismusun ülkemizdeki yüksek oranını açıkladığını düşünüyorum. **Gelişmiş ülkelerde vajinismus oranı %1-2 civarındayken, ülkemizde %10 ve hatta daha fazla olduğu bildirilmiştir.** Türkiye'de kadınlarda en sık rastlanan cinsel işlev bozukluğu vajinismusdur.

VAJİNİSMUS TEDAVİSİ

Bazı kadınlarda neden hiç ortaya çıkartılamayabilir. Ancak bu tedavi için bir engel değildir. Çoğunlukla altta yatan faktör tek bir neden değil, birçok yaşanmış deneyim ve duygunun bir bileşkesidir. Bu nedenle bu konuda uzmanlaşmış bir psikiyatrist ve/veya psikolog tedavi sürecinin önemli bir parçasıdır. Tedavide mümkünse ruhsal terapi de yer almalıdır. İlerleyen bölümlerde görüleceği üzere, bu istemsiz kas grubunun yeniden eğitilmesi ve tedavisinde gerektiğinde fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanları da katkı sunarlar.

Vajinismus teşhisi konmadan önce, ağrılı cinsel ilişkiye neden olan diğer tıbbi durumların da olup olmadığı, sorunun belki de vajinismus değil de ağrılı cinsel ilişki kapsamında ele alınıp alınamayacağı ya da vajinismusa ek olarak ağrılı cinsel ilişkinin de olası varlığı netleştirilmelidir. Bu kapsamlı ve iyi bir jinekolojik muayeneyi gerektirir. Vajinismus, diğer ağrılı durumlarla birlikte de görülebilir. Bazen de, hastada vajinismus sanılan durum, aslında ağrılı cinsel ilişkiye neden olan başka bir sorun olarak teşhis edilebilir.

Vajinismus ile en sık karışan hastalık, sebebi tam olarak bilinmeyen **Vulvar Vestibülit Sendromu** dediğimiz durumdur. Burda vajenin giriş kısmına ait çok ağrılı, yangılı ve hassas bir cilt söz konusudur. Tipik olarak ilişki sırasındaki ilk giriş çok ağrılıdır. Bu ağrı nedeniyle hastanın istemli ya da istemsiz kasılması, gerçek vajinismus ile karışabilir. Vajen girişinin genel ağrı ve yanma hissine **Vestibülodini**, vajen girişini, küçük ve büyük dudakları da içine alan vulvanın genel ağrı ve yanma hissine **Vulvadini** diyoruz.

Pudental Nöralji dediğimiz bir durumda, dış genital organlar ve vajen girişi - anüs arasındaki perine bölgesi sinirlerinin hasarı veya sinir sıkışması söz konusudur. Bu kadınlarda özellikle oturduklarında genital bölgede şiddetli yanma ve ağrı olur, mesane ve barsak fonksiyonlarında problemler görülebilir.

Vajende oluşan **Fungal (Mantar) ve Bakteriyal Enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, vajeni geçip rahim ve yumurtalıkları etkileyen enfeksiyonlar** da ağrılı cinsel ilişkinin nisbeten sık görülen nedenlerindedir. Vajende yetersiz ıslanma ve vajen dokusunun ileri yaşlarda incilmesi ve

esnekliğini yitirmesi (**Atrofi**) de özellikle orta yaş grubunda ağrılı cinsel ilişkiye yol açar. Atrofi ve ıslanma problemi lokal estrogen tedavisi ile kolaylıkla düzeltilebilir.

Endometriozis dediğimiz bir kadın hastalığı, ağrılı adetler ve kronik kasık ağrısı yanında ağrılı cinsel ilişkinin de en çok görülen nedenleri arasındadır. Bu hastalık görülme sıklığına nazaran maalesef az teşhis edilen bir durumdur. Tanı için iyi bir jinekolojik muayene ve yüksek şüphe gerekir, kesin tanı laparoskopik olarak konur. Doğru tedavi ile ağrılı adet ve kasık ağrısı ile birlikte cinsel ilişki ağrısı da ciddi miktarda geriletilir.

İdrar torbasının iç yüzeyinin ağrılı ve yangılı iltihabi durumuna **İnterstitial Sistit** diyoruz. Diğer adı ağrılı mesane sendromudur. Çok sık idrara çıkma, şiddetli kasık ağrısı ve ağrılı cinsel ilişki ile seyrederek. Bu hastaların birçoğu ilişki sonrası ağrıların ve idrara çıkma hissinin arttığından yakınır.

Ender de olsa, bazen sorun kızlık zarının normalden daha kalın ve sert bir dokudan oluşmasından kaynaklanabilir. Bu durumun teşhis edilmesi halinde, basit bir gününbirlik operasyon ile vajen girişi rahatlatılarak, ağrılı giriş ve buna bağlı kasılma önlenir. Yine aynı bölgede normal doğum sırasındaki travma, kesik, yırtılma, dikişler ve nedbe (skar) dokusuna bağlı hassasiyet ve ağrı görülebilir. Bu durumlarda da o ağrılı ve deforme bölgenin kesilip yeniden oluşturulması (perineoplasti) gibi bir gününbirlik cerrahi işlem sorunu çözebilir.

Ağrılı cinsel ilişkinin önemli nedenlerini ve tedavilerini kitabın ikinci kısmında ayrıntılı olarak inceleyeceğiz.

Jinekolojik muayene tüm kadınlar için kısmen de olsa çekinilen bir durumdur. Hele ki vajinismus gibi cinselliğe ait bir problemin konuşulması beraberinde utanma ve yüksek kaygı duygularını getirebilir. Özellikle bizim toplumumuzda bu tür problemlerin konuşulması bir tabu kabul edildiğinden nadiren doktora sunulur. Bazen bu sorunlar ancak doktorun görüşme sırasında sorgulamasıyla açığa çıkar, o nedenle sağlık çalışanlarının hastanın hikayesini alırken cinsel sorunları da sorması unutulmamalıdır. Ancak bu gibi utanma ve çekinme duygularının, iyi bir muayene, iyi bir bakım ve tedavi almanızı engellemesine izin vermeyin. Doktorunuzla görüşmeye mutlaka eşiniz veya partnerinizle gidin. Durumunuzu tüm açıklığıyla paylaşın. Bu da diğer sağlık sorunları gibi tıbbi bir durumdur ve utanılacak bir durum değildir. Muayene zor da olsa, mümkün olduğunca tolere etmeye çalışın. Doğru tanıya varmak, diğer olası ağırlı ilişki nedenlerini ayırt edebilmek ve doğru tedaviye geçebilmek için iyi ve kapsamlı bir muayene ön koşuldur.

Ağır vajinismus vakalarında, muayeneye daha başlamadan jinekoloğun parmağının ya da spekülüm adı verilen ve vajene girerek içini görmeye yarayan aletin vajen girişine yaklaşması bile LA kas grubunun kasılmasına ve spzamına neden olabilir. Bunun oluştuğu durumlarda muayenenin yapılabilmesi için, bir sonraki muayenede sakinleştirici bir ilacın önceden alınması ve eşin/partnerin hastanın yanında elini tutarak bulunması yararlı olabilir.

Muayenede hekim öncelikle dış genital bölgeye bakar, himenin durumu değerlendirilir, himende normalden sa-

pan ve vajen girişini bozan bir gelişimsel bozukluk olup olmadığı gözlenir. Çok ağırlı vajen girişinin en önemli nedeni olan vulvar vestibülit açısından bir pamuklu çubukla vajen girişinde ağırlı noktalar belirlenir ve haritalandırılır.

Daha sonra vajen içi muayeneye geçilir. Bu muayenede önce jel yardımıyla parmak kullanılarak yavaşça vajen içinde ilerlenir. Vajeni çevreleyen kas gruplarının direnci ve kasılma durumu değerlendirilir. Daha sonra vajen içersine yine jel ile kaygan hale getirilmiş küçük boy bir spekülüm ile girilerek vajen içi gözle incelenir. Vajen içinde, duvarlarında veya rahimağzında anormal bir görüntü, kitile, yara ve benzeri anormalliklerin olup olmadığına, akıntı veya enfeksiyon belirtisi olup olmadığına bakılır. Spekülüm muayenesi sırasında bir miktar basınç hissedilmesi normaldir, ancak bunun dışındaki aşırı ağrı ve kasılma normal bir durum olmadığına işaret eder.

Eğer spekülüm vajenin içinde 8-10 cm kadar ilerletilebilmişse, bu vajinismusun ağır olmadığına ya da hiç olmadığına bir işareti olabilir. Bu ilerleme seviyesinde rahimağzı da görülür hale geleceğinden, bu muayene sırasında Pap smear de yapılabilir. Bu test, bir fırça yardımıyla rahimağzından hücrelerin toplanıp patolog tarafından mikroskop altında incelenmesinden oluşur. Bu sayede rahimağzında kanser öncesi hücre değişikliklerinin olup olmadığı saptanabilir. Eğer akıntı gözlenmişse, bu akıntıdan bir örnek alınıp mikrobiyolojik incelenmeye gönderilebilir.

Muayene sırasında mutlaka yapılması gereken işlerden biri, hastanın Endometriozis yönünden değerlendirilmesidir. Bu muayenede rahimağzının 360 derece çevresindeki vajenin en tepe alanına bir pamuklu çubuk ile küçük baskılar uygulanır ve ağrı oluyorsa 1-10 arasındaki skalaya göre ağrı şiddeti ve yerleri not edilir. Buna rahimağzı ağrı haritalandırılması denir.

Eğer muayene zor da olsa yapılabilir gibiyse, bir sonraki aşamada, vajinal ultrasonografi probu ile rahim ve yumurtalıkların incelenmesi yapılabilir. Bu sayede miyom, polip, kist, kitle gibi birçok jinekolojik rahatsızlığın tanısı da konulabilir.

Eğer elle veya spekülümle muayene hiç tolere edilememişse, ya da vajen içinde belirli bir yere kadar tolere edilebilmişse, bu vajinismusun varlığı açısından bir bulgu olarak değerlendirilir. Bu arada şu gerçek unutulmamalıdır: Bu jinekolojik muayeneyi tolere etmek ve tamamlayabilmek, hastada vajinismus olmadığını göstermez. Vajinismus olan birçok kadın, muayene olabilmekte ancak penisin vajene girmesini tolere edememektedir.

Muayene sırasında endişe ve korkularınızla başedebilmek için, yanınızda eşinizin de bulunması, elinizi tutarak destek vermesi önerilir. Derin ve yavaş nefesler alarak, karın ve bacak kaslarınızı gevşetmeniz önemlidir. Muayene sırasında herhangi bir anda, çok ağrı hissettiğinizde, doktorunuza söyleyerek muayenenin durmasını talep etmelisiniz.



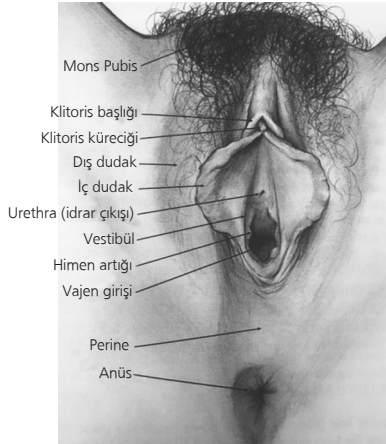
Birçok kadının kendi dış ve iç genital anatomisini iyi bilmediğini gözlemliyoruz. Vajinismus ve ağırlı ilişki problemlerinin tedavisinde bu anatomiye hakim olmak çok büyük yarar sağlar. Sadece kadının değil, eşin veya partnerin de bu bölgeyi iyi tanınması tedavi sürecinde bir avantaj oluşturur. Bölgenin anatomisi gerekirse muayene sırasında kadın hastalıkları ve doğum doktoru tarafından çifte gösterilerek anlatılmalıdır.

DIŞ GENİTAL BÖLGE

Dış genital bölgeyi iyi ışık altında bir ayna yardımıyla tanımlayabilirsiniz (Resim 3). Dış genital bölgenin tümüne verilen isim **vulva**'dır. Vulvanın en üst kısmındaki kıllı ve hafif çıkıntılı alan mons pubis'tir. Bunun altında elinizle hissedebileceğiniz sert bir alan olan pübik kemik vardır. Kıllı alan aşağı doğru vajinal girişin her iki yanına doğru uzanır ve labia majora dediğimiz dış dudakları kaplar. Bu kalın dış dudaklar, içerdeki genital alanı dıştan hafifçe kapalı tutar. Dış dudakları parmaklarla iki yana açarak, labia minora yani iç dudakları görürüz. Bunlar kılsız, pembe/kahverengi uzantılardır, vajen girişini hafifçe kaparlar ve dokunmaya çok hassas dokulardır. İç dudakların vajen girişiyle birleştiği 360 derece dairesel alana **vestibül** adı verilir. **Klitoris**, iç dudakların en yukarıdaki birleşme noktasındadır. Hafifçe dokunulduğunda bile çok hassas olduğu görülecektir. Bu alan kadınlarda en önemli cinsel zevk merkezidir. Çok küçük bir küre şeklinde görünür haldedir, cinsel uyarı ve artan kanlanma ile birlikte daha gö-

VAJİNİZMUS TEDAVİSİ

rünür hale gelir. Klitorisin biraz altında idrar borusunun açıldığı urethra denilen çıkış vardır. İdrar çıkış deliğinin altında ise vajinal giriş yer alır. Vajen üst duvarı ve alt duvarını nerdeyse 360 derece çevreleyen kas grubu Levator Ani (LA) kas grubudur. Cinsel uyarı ile birlikte, vajen duvarlarını dıştan saran bu kaslar gevşer, vajen boşluğu otomatik olarak genişler ve uzar, kendi kendine ıslanır ve ilişkiye hazır hale gelir. Vajinismus probleminde ise, bu kas grubu tam tersine istemsiz olarak kasılır ve vajen ilişkiyi kabul edemez şekilde daralır. Daha önce cinsel ilişkide bulunmamış kadınlarda vajenin hemen girişini çevreleyen dairesel ince bir doku bulunur, buna himen (kızlık zarı) denir. Toplumda bunun vajeni tamamıyla kapatan bir yapısı olduğu düşünülür, oysa ki himenin ortasında küçük bir yuvarlak açıklık mevcuttur; menstrüel kanama ve vajinal salgı ve akıntılar bu açıklıktan dışarı atılır. Himenin şekli, boyutu, kalınlığı ve elastikiyeti kadından kadına değişebilir. Ergenlik sonrasında himen hormonal et-

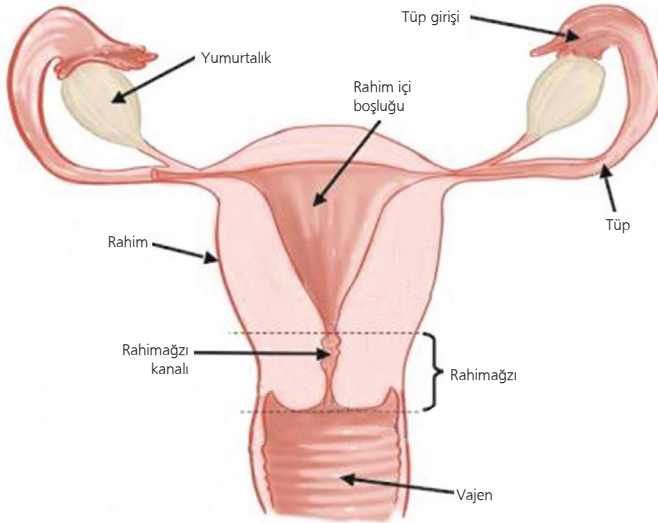


Resim 3. Dış genital bölge.

kiler altında daha incelik ve elastikiyet kazanır. Bazı genç kadınlarda elastikiyet yüksektir ve ilişki sırasında ya da tampon yerleştirirken himende bir yırtılma veya kanama gözlenmeyebilir. Çoğunlukla ilişki sırasında himen parçalı şekilde yırtılır, üzerindeki az sayıda damar ve sinir ucu nedeniyle bu hafif bir kanamaya ve acıya neden olabilir. Himenin ortasındaki açıklık ilişki sayısı arttıkça genişler ve kenarlardaki himen artıkları küçük doku parçaları halinde gözlenir. Vajen ile anüs arasındaki cilt dokusuna perine adı verilir.

İÇ GENİTAL ORGAN ve DOKULAR

Vajinal girişten başlayarak yaklaşık 10 cm uzunluğunda silindirik tüp şeklinde ve her yöne esneyebilen dokuya **vajen** adı



Resim 4. İç genital organlar.

verilir. Vajen duvarları boyunca yer alan salgı bezlerinden cinsel uyarılma ile birlikte salınan sıvı kayganlık sağlayarak ilişkiyi kolaylaştırır. Vajinal ilişkide cinsel uyarılma asıl olarak penisin hareketlerinin clitoris ve LA kas grubuna bağlı sınırlara yaptığı basınçtan kaynaklanır. Vajenin en sonunda tepe noktasında rahimağzı başlar. Rahimağzı yaklaşık 3-4 cm uzunluğunda olup devamında rahime açılır. İlişki sırasında penis vajenin sonuna dek, rahimağzının önüne dek gelir, penisten salınan spermeler ise rahimağzı yoluyla önce rahime, oradan tüplere ulaşır. Eğer eş zamanlı olarak yumurtlama olmuşsa, tüplerin içinde sperm ve yumurta buluşarak döllenir ve sonrasında embriyo adını alarak geriye rahim içine giderek rahime tutunur ve gebelik başlar (Resim 4).

Vajinismus ve ağrılı cinsel ilişki açısından bilinmesi gereken en önemli anatomik alan LA kas grubudur. Bu kas grubu vajeni girişinden itibaren 360 derece çevreleyen çok güçlü bir kas grubudur. Sadece vajeni değil, aynı zamanda uerthra (idrar çıkış deliği) ve anüsü de çevreler. Dolayısıyla bu kas işeme, dışkılama, cinsel ilişki, orgazm ve doğumda önemli roller üstlenir.

Vajinismus, penisin vajene girişi aşamasında, ani ve istemsiz şekilde vajen girişinin LA kas grubu tarafından kasılmayla kapatılmasıdır. Penisin vajene girişini ya da ilerleyişini durduran kas grubu budur. Dolayısıyla, bu kas grubunun hastalar tarafından iyice anlaşılması, vajinismus sorununun çözümlü için en önemli aşamadır. Çözüme giden yol öncelikle bu kasları kontrol edebilmek ve gevşetmek için yapılacak egzersizlerden geçmektedir. Ülkemizde deneyimlerimiz göstermektedir ki, vajinismus tedavilerinde bu kas grubunu tanımak ve kontrol etmeyi öğrenmek için yapılması gereken egzersizler yapılmadan tedavinin ileri aşamalarına geçilmektedir. İleri aşamalarda dilatörler veya parmakla yapılan egzersizler bu nedenle başarısız olabilmekte ve hastalar tedaviden vazgeçmektedirler. Buna karşın tedavinin en başında LA kas grubunu kontrol etmeyi öğrenen hastalar ise ilerki aşamalarda diğer egzersizleri çok daha rahat yapabilmekte ve tedaviyi başarıyla bitirmektedirler.

Peki, bu kas grubunu nasıl tanıyacaksınız? LA kasları aslında farkında olmadığınız şekilde sürekli yarı-kasılmış durumdadır. İdrarınız veya dışkıınız geldiğinizde, tuvalete gitmek için müsait zaman bulana dek idrari ve dışkıyı tutmayı sağlayan kas grubu budur. LA kas grubu bebeklikten ve çocukluktan başlayan “öğretilmiş refleksler” ile hareket eder. Tuvalet eğitimi ile yaptığımız şey aslında çocukların bu kaslarına ne zaman kasılmaları ve ne zaman gevşemelerini öğretecek bilgiyi vermektir, sonrasında bu refleks halinde kendini tekrarlar. İdrarı tutmak bir öğretilmiş reflekstir. LA kas grubu idrar torbamız dolduğunda bu idrarın boşaltılması gerektiğine

dair sinirsel uyarıyı (gevşeme) alır. Eğer yakında bir tuvalet yoksa, aynı kas grubu beyinden idrarın tutulmasına yönelik sinirsel uyarıyı (kasılma) alır. Tüm bunlar olurken, başka işlerle meşgul olabiliriz ve fakat öğretilmiş refleksimiz sayesinde LA kas grubu bilinçaltı olarak kasılarak idrarın boşaltılmasını engeller. Tuvalet bulduğumuzda ise LA kas grubu gevşer ve idrarın boşaltılmasına izin verir.

Görüldüğü üzere, bu kasların kasılması genellikle bilinçaltıdır, gevşemesi ise bilinçle verdiğimiz komut ile olur. İdrar tutma/boşaltma ile ilgili bu mekanizma, vajinismusda da benzer şekilde gözlenir. LA kas grubu “**öğrenilmiş refleks**” olarak bilinçaltı kasılarak vajene girişi engeller, ancak tedavi ile birlikte bilinçle verdiğimiz komut ile gevşeyebilir. Yani tedavinin ana amaçlarından bir tanesi LA kasının hangi kas olduğunu hastaya öğretmek, hastanın bu kası kasıp gevşetme egzersizleri ile mekanizmaya hakim olmasını sağlamak, sonuçta ilişki sırasında bilinçli komut vererek bu kas grubunu gevşetmeyi başarmasıdır.

Vajinismusda LA kas grubu, geçmişten gelen birçok nedeni/nedensiz negatif beyinsel mesaj sonucunda, penisin vajene girişi sırasında kasılmayı, spazm geçirmeyi öğrenmiştir. Siz bilinçli olarak ilişkiyi arzulasanız dahi, bilinçaltı bir refleksle bu kasılma penisin girişine ya da ilerleyişine izin vermez. LA kas grubunu hastanın iyi tanımlaması, egzersiz yaparak hissetmesi ve bu şekilde bu kası kontrol etmeyi öğrenmesi tedavi-deki ilk aşamadır. Daha sonra bu kas kontrolü ile birlikte bu spazmların oluşumunu engelleyecek, kası gevşetebilecek ve vajinal girişi mümkün kılacaksınız. Öncelikle bu kası kasıp gevşetme egzersizleri ile başlayacağız.

Bu LA kas grubu egzersizlerini yaparak sadece vajinismus tedavisinde yol katetmeyeceksiniz, aynı zamanda idrar tutma, dışkı ve gaz tutma, orgazm ve cinsel zevk, normal doğumda itme ve ıkınma gücü konularında da büyük bir avantaj kazanacaksınız.

Şimdi **toplam 14 hafta** sürecek vajinismus tedavi planına geçebiliriz. **İlk 4 hafta** LA kas grubunu tanımanız ve kontrol edebilmeniz için Kegel Egzersizleri adı verilen çalışmalar yapacaksınız. **İkinci 4 hafta** küçükten büyüğe 3 boy tamponla başlanacak Duyarsızlaştırma Egzersizlerine ayrılacak. **Son 6 hafta** ise Duyarsızlaştırma Egzersizlerinin küçükten büyüğe 3 boy dilatör ile yapılacak çalışmalarıyla tedavi tamamlanacak. Tedaviyi izleyen iki haftada (15. ve 16. haftalar) ise ilişkiye geçiş süreci yaşanacak.

LA KAS GRUBU EGZERSİZLERİ (KEGEL EGZERSİZLERİ): 4 HAFTA

Tedavinin ilk 4 haftalık aşamasında LA kas grubunu tanıma ve kontrol edebilme egzersizleri ile başlayacağız. Bu kas grubunu tanımlamanız için en kolay yolu kavramak amacıyla, tuvalete bacaklarınız her iki yana doğru olabildiğince açıp oturarak idrar yapmaya başlayın. İdrar yapmaya başladıktan birkaç saniye sonra, idrar yapmayı aniden durdurun, birkaç saniye bu şekilde kalın. Bu durdurma sırasında bacaklarınızı kapatarak yardım almadığınızdan emin olun, bacaklarınız tüm egzersiz boyunca mümkün olan en açık pozisyonda kalmalıdır. İşte bu şekilde idrarın akışını kasılarak aniden kesmeyi başaran kas grubu LA kas grubudur. Tekrar birkaç saniye idrar yapın ve aynı şekilde aniden idrar yapmayı durdurun. Tüm idrara çıkma süreniz boyunca bu "birkaç saniye idrar yap, birkaç saniye durdur" döngüsünü olabildiğince tekrar edin. Eğer idrarı tam durduramıyorsanız, başlangıç için yavaşlatmanız bile yeterli olacaktır. **Kegel Egzersizleri** denilen bu egzersizlere devam ettikçe, bu kas üzerindeki hakimiyetiniz artacak ve kolaylıkla idrarı ani şekilde durdurmayı başaracaksınız. Bunu düzgün ve zorlanmadan yapabiliyorsanız, LA kas grubunu istemli bir şekilde kasıp gevşetme yeteneğine sahipsiniz demektir. Bu aşama vajinismus tedavisi için hayati önem taşır.

Bu kası tanımlamakta zorlanan hastalar için doktor muayenesi sırasında kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekim parmağını vajen içine kısa bir mesafe sokarak o parmağı kas grubunu kullanarak sıkmanızı isteyebilir. Sonrasında siz de kendi parmağınızı veya eşinizin parmağını vajen içinde sıkarak ve gevşeterek doğru kas grubunu tanıdığınızdan emin olabilirsiniz.

Artık kasıp gevşettiğiniz bu kasın hangi kas olduğunu anlamış olmalısınız. Bu aşamadan sonra bu kasıp gevşetme egzersizlerini evde yatar pozisyonda, dışarda ise ayakta veya oturarak tekrarlamamız gerekmektedir. Önerimiz bir hafta boyunca her gün günde 4 kez 15'er kasılma ve gevşetme yapmanızdır. Başlangıçta her kasılma 3 ile 5 saniye, her gevşeme 3 ile 5 saniye sürmelidir. Yani sabah, öğle, akşam ve gece sadece üçer dakika zaman ayırmanız yeterli olacaktır. Başlangıçta belki sadece 3 saniye kasabiliyorken, zaman içinde kasılmaları kolaylıkla 5 saniye sürdürebileceğinizi göreceksiniz. İlk haftayı tamamladıktan sonra, 1 hafta süreyle kasılma ve gevşeme sürelerini arttırarak yine günde 4 kez 15'er kasılma ve gevşetme yapmaya devam edeceksiniz. Bu kez her kasılma 7 ile 10 saniye, her gevşeme 7 ile 10 saniye sürmelidir. 2 haftalık çalışma sonrasında LA kas grubunu tamamen tanıdığınızın ve ona hakim olduğunuzun farkına varacaksınız. Çalışmanın herhangi bir anında, doğru kas grubunu çalıştırıp çalıştırmadığınızdan emin olamıyorsanız, başa dönerek idrar yapma sırasında "birkaç saniye idrar yap, birkaç saniye durdur" döngüsünü veya parmağınızı vajen içinde sıkma ve gevşetme döngüsünü tekrarlayın. Bu egzersizleri evde, işte, dışarda her yerde kimsenin farkına bile varamayacağı şekilde yapabileceğinizi unutmayın.

İlk 2 haftayı tamamladıktan sonra, yeni bir egzersiz modeline geçeceğiz. Bu yeni model de 2 hafta sürecek. Bu modelde her bir aşaması arka arkaya yapılacak 3'lü setler var. Setler 3 aşamadan oluşuyor:

- A- LA kas grubunu 5 saniye sıkıca kas ve 5 saniye gevşet
- B- LA kas grubunu ani olarak sadece 2 saniye sıkıca kas ve hemen gevşet
- C- LA kas grubunu yavaşça sıkıca sığmaya başla, gitgide kasılma artsın, bu sırada vajenin yukarı doğru yer değiştirdiğini hisset, başladıktan 10 saniye sonra yavaşça gevşet, bu sırada vajenin tekrar aşağıya doğru yer değiştirdiğini hisset

Bu 3 egzersizi ardı ardına yapın ve böylelikle 1 set oluşturmuş olun. Bir set yaklaşık olarak 30 saniye sürecektir. Bu setleri günde:

1. Hafta: 30 kez (toplam 15 dakika)
2. Hafta: 30 kez (toplam 15 dakika) yapmanız gerekmektedir.

Böylelikle tedavinin ilk 4 haftalık kısmı tamamlanmış oluyor. Bundan sonraki dönemde LA kas grubuna tam hakimiyetin devam etmesi amacıyla bu setleri günde 30 kez (toplam 15 dakika) tekrarlamayı sürdürün. Tedavinin bu aşaması zahmetli ve uzun gibi gözükse de, aslında ileriki aşamalarda başarmak için, bu zamanın LA kas grubuna ayrılması çok önemlidir. Sabırla bu 4 haftalık egzersiz programına uyulmalı ve LA kas grubunu istediğiniz zaman kasıp, istediğiniz zaman gevşetebildiğinizin farkına vararak, özgüvenle tedavinin bir sonraki aşamasına geçmelisiniz.



Vajinismusun, beyinden gelen bilinçaltı olumsuz sinirsel uyarıların penisin vajen içine girmesi teşebbüsüyle birlikte LA kas grubuna kasılma (kapanma) komutunu iletilmesiyle ortaya çıktığını biliyoruz. Hastalarımızın geçmişten gelen birtakım korku, baskı, endişe duygularıyla birlikte bir şekilde penisin vajen içine girme teşebbüsüne karşı “aşırı duyarsızlaşmış” olduğunu ve her denemede “öğrenilmiş refleksler” göstererek vajen kaslarını (LA kas grubu) kastığını biliyoruz. Öyleyse tedavinin iki ana amacı:

- A- LA kas grubunu tanıyarak onu gevşetebilme gücüne sahip olmak
- B- Aşırı duyarlılık geliştirilen cinsel birleşme eylemine karşı tam tersine duyarsızlık geliştirilerek, öğrenilmiş refleks olan kasılma tepkisini ortadan kaldırmak olmalıdır.

Yani tedavinin bu 2. aşamasında kadının kendisine vajenin içine bir şeyin girebileceğini ve bunun normal ve doğal bir şey olduğunu, bunun acımadığını, tam tersine zevk verecek bir eylem olduğunu kanıtlaması gerekmektedir. İşte bu amaçla kadınların önce tek başlarına, sonra eşleri ile birlikte yapabilecekleri “**Duyarsızlaştırma Egzersizleri**” geliştirilmiştir. Bunlar aynı zamanda “Ev Egzersizleri” ya da “Parmak Egzersizleri” olarak da bilinirler. Tedavide cinsel ilişkiye geçişten önce bu egzersizlerin yapılması zorunludur. Böylelikle egzersizler başarıyla tamamlandığında, dilatör adını verdiğimiz penis şeklinde küçük boydan normal penis boyutuna kadar sıralanmış aletlerin kullanımından gerçek ilişkiye geçiş çok kolay gerçekleşmektedir.

Daha önceki bölümde LA kaslarına hakim olmayı, kasmayı ve gevşetmeyi öğrendik. Vajen girişini kapatmak ancak LA kasını kasmakla mümkün olabilir. Dolayısıyla, LA kasını kasmadığımız sürece, vajen girişi açık olacaktır ve bu da ilişkiyi mümkün kılacaktır. Öğrendiğimiz kasma-gevşetme tekniği sayesinde, istemsiz olarak kasıldığını hissettiğiniz bu kası gevşetmeniz artık elinizde olacaktır. Vajinismusda LA kasları siz beyninize kapat komutunu vermesiniz bile, penisin girişi sırasında otomatik olarak (öğrenilmiş refleks) kasılarak vajen girişini kapatır. Geçmiş deneyimler, duygusal durumunuz, psikolojik faktörler bu kas spazmını refleks olarak tetikler. Bunu aşmak için, ev egzersizleri yoluyla, bu kaslara bu refleks kısır döngüsünden çıkmayı öğreteceğiz, beynimizin verdiği bilinçli komutlarla vajene dilatörlerin girebilmesi için LA kasını gevşeteceğiz. Bunun ağırlı olmadığını gördükçe de LA kas grubu bu refleks kasılma döngüsünden yavaş yavaş kurtulacak. Yani bu negatif öğrenilmiş refleks, yeni pozitif deneyimlerle (ev egzersizleri ile) tersine çevireceğiz. Yeni bir pozitif öğrenilmiş refleks yaratacağız. Gitgide vajene birşeyin girmesi olayı sıradanlaşmış olacak ve cinsel ilişkiye rahat ve sorunsuz bir şekilde geçilebilecektir.

TAMPON KULLANARAK YAPILAN EGZERSİZLER: 4 HAFTA

Ev egzersizlerimizin birinci aşamasında piyasada satılan tamponları kullanacağız. Ayrıca eczanelerde satılan vajinal kayganlaştırıcı jellerden bulunduracağız. Tamponlar genellikle küçükten büyüğe 4 boyutta üretiliyor. Piyasadaki en küçük, küçük ve orta boy (normal boy) tamponlardan yani ilk 3 boydan yararlanacağız (Resim 5). Tamponla egzersizde her vajene girişten önce vajinal kayganlaştırıcı jeli tampona sürün. Vajen girişine de bir miktar jel sürün. Zamanla çok jel sürmeden de bu egzersizleri yapacak durumda olacaksınız, ancak başlangıçta bol jel sürerek kayganlaşmayı arttırmak

önemlidir. Tampon girişinden önce, daha önceki bölümde öğrendiğimiz şekilde LA kas grubunu 5 saniye kas – 5 saniye gevşet şeklinde 10 kez kasıp gevşetin. Hemen ardından tamponu yavaşça vajinal girişten içeri doğru ilerletin. Bunu yaparken yatakta oturur pozisyonda bacaklarınız bağıdaş kurar şekildeyken, bacaklarınızı dizlerden bükülmüş şekilde kendinize doğru getirmiş olun. Topuklarınız kalçanıza yakın ve dizleriniz her iki yana açık olmalıdır. Vajinal girişi net olarak saptamak için gerekirse bir elinizle ayna kullanabilirsiniz. Bazı çiftler bu egzersizleri yaparken tamponu ve ilerde göreceğimiz şekilde vajinal dilatörü eşin/partnerin vajenin içine ilerletmesini tercih edebilirler.

Ev egzersizlerinin birinci haftasında en küçük tamponla başlayacağız. 10 kez kasıp gevşetmenin son kasma ve gevşetmesini takiben jel sürülmüş tamponu vajen girişinden içeri



Resim 5. En küçük, küçük ve orta boy tamponlar.

doğru ilerletin. Bu sırada vajinal dudakları diğer elinizle iki yana doğru açmak yararlı olabilir. Bu tamponu içeri ilerletme işlemini dilererseniz eşiniz/partneriniz de gerçekleştirebilir. Tampon tümüyle vajen içine girmişken LA kas grubunu 5 kez 5'er saniye kasıp gevşetin. Bir ağrı olmadığını göreceksiniz. Birinci hafta tampon vajen içerisinde her gece 10 dakika kalmalıdır.

İkinci hafta bir boy büyük tampona (küçük boy) geçeceğiz. Egzersizi aynı şekilde her gece tekrarlayın. Bu kez tampon vajen içerisinde her gece 15 dakika kalmalıdır. Üçüncü hafta bir boy büyük (normal boy) tampona geçeceğiz. Bu kez tampon vajen içerisinde her gece 20 dakika kalmalıdır. Tamponu ilk içeri yerleştirdiğinizde, LA kas grubunu 5 kez 5'er saniye kasıp gevşetmeyi unutmayın.

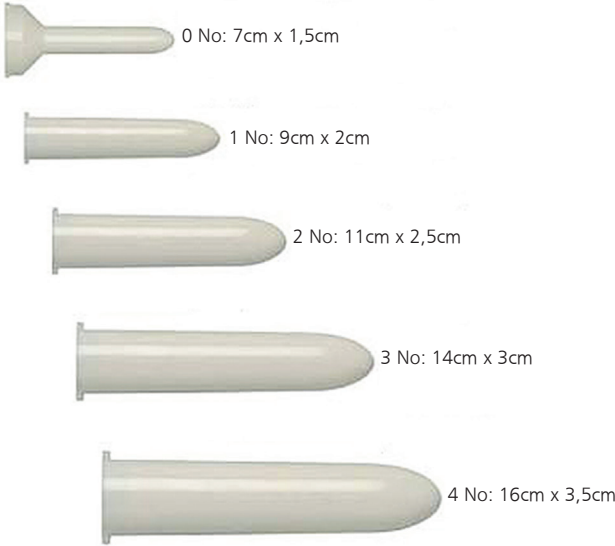
Dördüncü hafta yine aynı boyutta (normal boy) tamponu kullanarak tamponu vajen içerisinde her gece 20 dakika tuttuktan sonra, 10 dakika boyunca tamponun içeri soku-lup dışarı çıkartılması egzersizine geçeceğiz. Bu 10 dakika içinde tampon içeride 10 saniye kalacak, sonrasında dışarı çıkartılıp 10 saniye beklenecek. Bu şekilde 10 dakika boyunca sürekli bu giriş ve çıkış tekrarlanacak. Dördüncü hafta tamamlandıktan sonra jinekolog muayenesi öneriyoruz. Bu muayenede önce tampon ile ilgili egzersizde gelinen durumu saptıyoruz ve burda başarı gözlendikten sonra bir sonraki aşama olan dilatör egzersizlerini hastaya uygulamalı olarak gösteriyoruz.

DİLATÖR KULLANARAK YAPILAN EGZERSİZLER: 6 HAFTA

Tedavide bu aşamaya dek ilk 4 haftayı LA kasını tanıma ve kasma-gevşetme egzersizleriyle bu kasın kontrolüne hakim olmaya ayırdık. İkinci 4 haftayı ise en küçük, küçük ve orta boy tamponlarla başlangıç duyarsızlaştırma egzersizlerine

(ev egzersizlerine) ayırdık. Böylelikle ilk 8 haftayı tamamlamış oluyoruz. Buraya kadar başarı ile geldiyseniz, bundan sonrasını da başarıyla tamamlamamanız için bir neden yok. Şimdi vajinismus tedavisinin artık en önemli bölümüne geçmek için hazır olduğunuzu düşünüyoruz.

Bu ana kadar olan çalışmalarla LA kas grubuna bilinçli şekilde hakim olabildiğinizi kendinize kanıtlamış olmalısınız. Süregelen egzersizlerle bilincinizi kullanarak ve süreklilik sağlayarak bu kası kasıp gevşetebiliyor olmalısınız. Bu sayede arada oluşabilecek istemsiz kasılmaları da gevşetebilme yeteneğine ulaşmış olacaksınız.

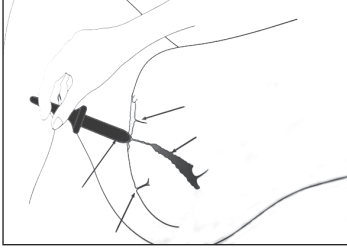


Resim 6. Egzersizlerde kullanılan dilatörlerin boyutları.

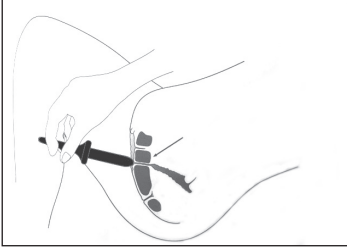
Tamponlarla başladığımız duyarsızlaştırma egzersizlerini bu aşamadan sonra boyutları gitgide artacak olan dilatörlerle devam ettireceğiz ve bu şekilde kendi kendinize penis boyutunda bir aleti vajinal olarak içerde kabul edebileceğinizi kanıtlayacaksınız (Resim 6). Bu konuda oluşmuş psikolojik duyarlılık, bu şekilde yerini yeni bir öğrenilmiş reflekse (penisin girişinde vajen kaslarının gevşemesine) bırakacak. Çünkü bu sürekli tekrar eden egzersizler sonunda hem beyininiz, hem de vajeni saran LA kas grubu duyarsızlaştırılmış olacak. Penis boyutunda bir dilatörle bu egzersizleri rahatlıkla yapabildiğiniz dönem, artık vajinismusun bittiği ve cinsel ilişkiye çok yakın olduğunuz bir süreç olacaktır.

Dilatörün vajene girişi doğal olarak LA kasında bir kasılma ve belki de kasılmanın devamlılık içeren hali anlamına gelen spazm yaratacaktır. İşte burda devreye daha önce öğrendiğimiz şekilde beynimizden verdiğimiz komutla, bu kası gevşetebilme yeteneğimiz girecektir. Kas gevşedikçe, dilatörün vajen içinde olması adeta hissedilmeyecek bir hal alacaktır. Bu şekilde tekrarlanan egzersizler sayesinde, beyniniz zaman içinde daha önceden edinilmiş bu refleks kasılmanın üstünden gelmiş olacaktır. Vajenin içine bir şeyin girmesi kavramı sıradanlaşacak, bu doğal olaya karşı tam anlamıyla duyarsızlaşmış olacaksınız.

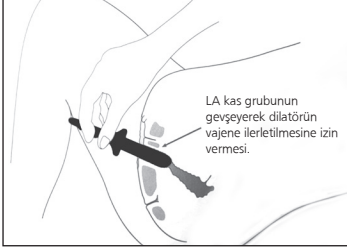
Yatakta oturur ve arkanızı yaslamış durumda, bacaklarınızı mümkün olduğu kadar iki yana açmış pozisyonda bol jellenmiş ve kayganlaştırılmış dilatörü vajene (siz veya eşiniz/partneriniz) hafifçe sokun. LA kas grubunun kasılmasını ilk 2-4 cm'lik bölümün içeri girmesiyle birlikte hissedebilirsiniz. Aşağıda anlatılan teknikleri uygulayarak, LA kas grubunu aştığınız takdirde, vajen içersinde dilatörü ilerletmenizi engelleyecek bir güç kalmadığını ve dilatörün geri kalan kısmının kolaylıkla vajende kayarak ilerlediğini göreceksiniz (Resim 7 a-d).



Resim 7. a. Dilatörün vajene girişi.

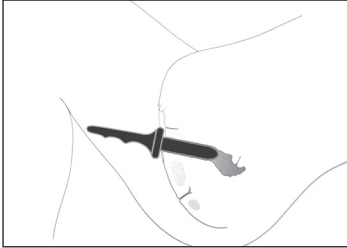


Resim 7. b. LA kas grubunun kasılarak spazm oluşturması dilatörün vajene girişini engelleyebilir.



LA kas grubunun gevşeyerek dilatörün vajene ilerletilmesine izin vermesi.

Resim 7. c. LA kas grubunun gevşeyerek dilatörün vajene ilerletilmesine izin vermesi.



Resim 7. d. Dilatörün tümüyle vajen içinde ilerletilmiş hali.

Tamponla egzersizde olduğu gibi dilatörlerle her vajene girişten önce vajinal kayganlaştırıcı jeli en küçük boy dilatöre sürün. Vajen girişine de bir miktar jel sürün. Dilatör girişinden önce, daha önceki bölümde öğrendiğimiz şekilde LA kas grubunu 5 saniye kas – 5 saniye gevşet şeklinde 10 kez kasıp gevşetin. Hemen ardından en küçük boy dilatörü (1.5 cm çap) yavaşça vajinal girişten içeri doğru ilerletin. Bunu yaparken yatakta oturur pozisyonda bacaklarınız bağdaş kurar şekildeyken, bacaklarınızı dizlerden bükülmüş şekilde kendinize doğru getirmiş olun. Topuklarınız kalçanıza yakın ve dizleriniz her iki yana açık olmalıdır. Vajinal girişi net olarak saptamak için gerekirse bir elinizle ayna kullanabilirsiniz.

Yukarda belirtildiği üzere, 10 kez kasıp gevşetmenin son kasma ve gevşetmesini takiben jel sürülmüş en küçük boy dilatörü vajen girişinden içeri doğru ilerletin. Bu sırada vajinal dudakları diğer elinizle iki yana doğru açmak yararlı olabilir. Bu dilatörü içeri ilerletme işlemini dilerseniz partneriniz de gerçekleştirebilir. Bol jel sürülmüş dilatörü yavaşça jel sürülmüş vajinal girişten içeriye ilerletmenin önemli olduğunu vurgulamalıyız. Dilatör tümüyle vajen içine girmişken LA kas grubunu 5 kez 5'er saniye kasıp gevşetin. Bir ağrı olmadığını göreceksiniz. Vajinal girişten sonraki ilk 3-4 santimetrelük bölümü geçtikten sonra hiçbir dirençle karşılaşmayacağınızı göreceksiniz. Birinci hafta dilatör vajen içerisinde her gece 10 dakika kalmalıdır.

İkinci hafta yine aynı en küçük boy dilatörü kullanarak vajen içerisinde her gece 10 dakika tuttuktan sonra, 10 dakika boyunca dilatörün içeri sokulup dışarı çıkartılması egzersizine geçeceğiz. Bu 10 dakika içinde dilatör içerde 10 saniye kalacak, sonrasında dışarı çıkartılıp 10 saniye beklenecek. Dilatörün tümünün vajen içinde 10 saniye kalmasına özen gösterin. Bu şekilde 10 dakika boyunca sürekli bu giriş ve çıkışı tekrarlayın.

Üçüncü hafta küçük boy dilatöre (2 cm çap) geçeceğiz ve dilatör aynı şekilde vajen içerisinde her gece 10 dakika kalacak. Dilatör tümüyle vajen içine girmişken LA kas grubu 5 kez 5'er saniye kasıp gevşetin. Dördüncü hafta küçük boy dilatörü her gece vajen içerisinde 10 dakika tutuktan sonra, 10 dakika boyunca dilatörün içeri sokulup dışarı çıkartılması egzersizine geçeceğiz. Bu 10 dakika içinde dilatör içerde 10 saniye kalacak, sonrasında dışarı çıkartılıp 10 saniye beklenecek. Dilatörün tümünün vajen içinde 10 saniye kalmasına özen gösterin. Bu şekilde 10 dakika boyunca sürekli bu giriş ve çıkış tekrarlanacak.

Beşinci hafta orta boy dilatöre (2.5 cm çap) geçeceğiz ve dilatör aynı şekilde vajen içerisinde her gece 10 dakika kalacak. Dilatör tümüyle vajen içine girmişken LA kas grubunu 5 kez 5'er saniye kasıp gevşetin. Altıncı hafta orta boy dilatörü her gece vajen içerisinde 10 dakika tutuktan sonra, 10 dakika boyunca dilatörün içeri sokulup dışarı çıkartılması egzersizine geçeceğiz. Bu 10 dakika içinde dilatör içerde 10 saniye kalacak, sonrasında dışarı çıkartılıp 10 saniye beklenecek. Dilatörün tümünün vajen içinde 10 saniye kalmasına özen gösterin. Bu şekilde 10 dakika boyunca sürekli bu giriş ve çıkış tekrarlanacak.

Deneyimlerimize göre bu 3 boy dilatör egzersizler için yeterli gelmektedir (Boyutları 7 X 1.5 cm - 9 X 2 cm - 11 X 2.5 cm olan dilatörler). Dilatör setleri içinde yer alan daha büyük boy dilatörler, normal penis boyundan daha geniş çapta oldukları için ev egzersizlerinde kullanılmaları anlamsız ve gereksizdir. Bu şekilde dilatörler ile yapılan egzersizler 6 hafta sürmüştür olacaktır.

Toplamda:

Kegel Egzersizleri: 4 hafta

Tampon ile Ev Egzersizleri: 4 hafta

Dilatör ile Ev Egzersizleri: 6 hafta olmak üzere

14 haftalık tedavi sürecini tamamlamış oluyoruz.

16 HAFTALIK VAJİNİSMUS TEDAVİSİNİN HAFTA HAFTA ÖZETİ:

- 1. Hafta:** Kegel Egzersizleri: Günde 4 kez 15'er kasılma ve gevşeme, her kasılma ve gevşeme 3-5 saniye.
- 2. Hafta:** Kegel Egzersizleri: Günde 4 kez 15'er kasılma ve gevşeme, her kasılma ve gevşeme 7-10 saniye.
- 3. Hafta:** Günde 30 kez 3'lü set (5 saniye kas/5 saniye gevşet, 2 saniye ani kas/hemen gevşet, 10 saniye yavaşça kas gitgide arttır/yavaşça gevşet.)
- 4. Hafta:** Günde 30 kez 3'lü set (5 saniye kas/5 saniye gevşet, 2 saniye ani gevşet/hemen gevşet, 10 saniye yavaşça kas gitgide arttır/yavaşça gevşet.)
- 5. Hafta:** Her gece en küçük boy tampon 10 dakika vajendeyken, 5 kez 5'er saniye kas/gevşet.
- 6. Hafta:** Her gece küçük boy tampon 15 dakika vajendeyken, 5 kez 5'er saniye kas/gevşet.
- 7. Hafta:** Her gece orta boy (normal) tampon 20 dakika vajendeyken, 5 kez 5'er saniye kas/gevşet.
- 8. Hafta:** Her gece orta boy (normal) tampon 20 dakika vajendeyken, 5 kez 5'er saniye kas/gevşet, sonra 10 dakika boyunca tamponu 10 saniye içeri sok, 10 saniye dışarı çıkart bekle.

JİNEKOLOJİ MUAYENESİ

- 9. Hafta:** Her gece en küçük boy dilatör 10 dakika vajendeyken, 5 kez 5'er saniye kas/gevşet.
- 10. Hafta:** Her gece en küçük boy dilatörü 10 dakika vajende tut, sonra 10 dakika boyunca dilatörü 10 saniye içeri sok, 10 saniye dışarı çıkart bekle.
- 11. Hafta:** Her gece küçük boy dilatör 10 dakika vajendeyken, 5 kez 5'er saniye kas/gevşet.
- 12. Hafta:** Her gece küçük boy dilatörü 10 dakika vajende tut, sonra 10 dakika boyunca dilatörü 10 saniye içeri sok, 10 saniye dışarı çıkart bekle.
- 13. Hafta:** Her gece orta boy dilatör 10 dakika vajendeyken, 5 kez 5'er saniye kas/gevşet.
- 14. Hafta:** Her gece orta boy dilatörü 10 dakika vajende tut, sonra 10 dakika boyunca dilatörü 10 saniye içeri sok, 10 saniye dışarı çıkart bekle.

JİNEKOLOJİ MUAYENESİ

- 15. Hafta:** Cinselliğe geçiş: orta boy dilatör 15 dakika vajendeyken, ilişki hariç cinsellik.
- 16. Hafta:** Orta boy dilatör 15 dakika vajen içinde tutulduktan sonra çıkartılıp direkt cinsel ilişkiye geçiş.

Dilatör kullanarak yapılan egzersizler sırasında karşılaşılan problemler için doktorunuza danışmanız gerekir. Egzersiz sırasında oluşabilecek istemsiz bir kasılmaya bağlı ağrı hissederseniz, 5 saniye kas - 5 saniye gevşet tekniği ile 5 set Kegel egzersizini arka arkaya yaparak, kasın kontrolünü tekrar elinize almaya çalışın. Bu tür bir problemi aşmak için diğer bir yöntem egzersizi yaptığınız pozisyonu değiştirmek olabilir. Yatakta oturur vaziyette bacakları kendinize doğru çeker pozisyon yerine, bir bacağınızı yatağın kenarına doğru kaldırıp koyarak da egzersizleri yapmayı deneyebilirsiniz. Diğer bir yol da egzersizlerin dilatörleri içeri sokup çıkartma kısmında, bu hareketleri mümkün olduğunca hızlı yapmaktır. Bu sayede LA kas grubunun refleks kasılmasına izin verilmemiş olunur.

Dilatörün kolayca vajen içine doğru ilerletilebilmesi için jel ile kayganlığının sağlandığına emin olmalısınız. Jelin vajen girişine de sürülmesi yararlı olabilir. Gerekirse dilatörü vajen duvarlarına çok sürtünmeden ve yapışmadan ilerletebilmek için kendi etrafında döndürerek sokmayı deneyebilirsiniz. İçeri dilatörü ilerletirken vajeni aşağı doğru adeta "ıknarak" itmeye çalışmak vajinal girişi biraz daha açmaya yarayabilir. Aynı şekilde partnerinizle cinselliği başlatarak uyarılmayı sağladığınızda hem LA kas grubunun gevşemesi hem de vajen içi salgının artmasıyla dilatörün daha kolay ilerletilmesi mümkün olacaktır. Dilatör egzersizlerinin herhangi bir bölümünde çok zorlanan kadınlar, egzersizi birkaç güne bölümler halinde yayarak yapma yolunu seçebilirler. Örneğin orta boy dilatörün ilk haftasında ilk gün dilatörün

sadece en uç kısmındaki birkaç santimetreyi, ertesi gün ortasına kadar olan bölümü, üçüncü gün ise tümünü 10 dakika boyunca vajen içinde tutmayı deneyebilirsiniz.

CİNSELLİĞE GEÇİŞ HAFTASI: 15. ve 16. HAFTA

14 haftalık tedavinin bitmesi ile birlikte 15. Haftada doktorunuza görünmenizi öneririz. Doktor muayenesinde de her 3 boy dilatörün sorunsuzca vajen içinde tutulabildiği, içeri ilerletilip çıkartılabildiği teyit edilmelidir. Doktorun da onayı ile ilişkiye geçiş başlayacaktır. Bu haftanın ilk gecesinden başlayarak orta boy dilatör tutucu kısım olmaksızın sadece sıkı bir iç çamaşırıla tutulacak şekilde her gece 15 dakika vajen içinde uzun süreli kalacaktır. Bu 15 dakikalık sürede ilişki olmaksızın ön sevişme öneriyoruz. 1 hafta boyunca her gece bu tekrarlanmalıdır. 8. Gece aynı cinsellik ve sevişme tekrarlanacak, uyarılma sağlanacak ve bu kez 15 dakika boyunca vajen içerisinde kalmış olan dilatörün çıkartılmasını hemen takiben, dilatörün yerine penis kullanılacaktır.

İlk cinsellik denemelerinde, erkeğin yatar pozisyonda, kadının üstte olması önemlidir. Bu sayede penisin vajene girişi aşamasında kontrol sizde olacaktır. Dilatörü çıkarttıktan hemen sonra, penisin üzerine oturarak vajene girmesini sağladığınızda penisin dilatörden çok daha yumuşak, esnek ve doğal olduğunu, yani dilatörden de daha kolay bir giriş olduğunu farkedeceksiniz. Bu aşamada yine hem vajenin hem de penisin çok iyi şekilde jellenmiş olduğundan emin olmalısınız.

Eşinizin üstüne çıktığınızda dilatör hala vajenin içinde olmalıdır. Hazır olduğunuzda dilatörü hemen çıkartarak yerine penisin baş kısmını adeta bir dilatörmüş gibi vajene yerleştirin. Bir elinizle vajen girişini iyice açarak penisin girişine yardımcı olabilirsiniz. Bu arada LA kas grubunu iyice gevşettiğinizden emin olmalısınız. Başlangıç için penisin sadece başının içerde olmasıyla birlikte hafifçe kalçanızı geri ileri

götürerek sadece başın giriş ve çıkışını sağlamanız yeterlidir. Daha sonraki denemelerde giderek penisin tüm uzunluğunun içerde olmasının sizin tarafınızdan tolere edildiğini göreceksiniz.

Herhangi bir aşamada ağrı hissederseniz, penis içerde kalmak şartıyla 5 saniye kas – 5 saniye gevşet tekniğiyle ağrıya neden olan istemsiz spazmı geçirebileceğinizi unutmayın. Eğer buna rağmen sorun yaşarsanız, kalçanızla penisin girip çıkma hareketini yapmak yerine ilk denemelerde sadece birkaç dakika içerde kalmasını sağlayarak zaman içinde ilerleme beklemelisiniz. Bu denemeler öncesi ön sevişme ile çok iyi uyarılmak gerektiğini unutmanız lazım. Bazı kadınlar mastürbasyon yolu ile orgazm yaşadktan hemen sonra denediğinde, LA kas grubunun gevşemiş olması nedeniyle daha kolay ilişki olduğunu deneyimlemektedirler.

DEVAM TEDAVİSİ

Bu aşamadan sonra devam tedavisine geçeceksiniz. İki gece orta boy dilatörün 15 dakika vajen içinde kalmasını takip eden üçüncü gece yine aynı şekilde 15 dakika boyunca vajen içerisinde kalmış olan dilatörün çıkartılmasını hemen takiben, dilatörün yerine penis kullanılacaktır. Bu döngü (2 gece egzersiz – 1 gece egzersiz + ilişki) tam 1 ay devam ettikten sonra, dilatör kısmı tamamen bırakılacak ve haftada en az 2, ideal olarak 3 veya 4 gece cinsel ilişkiyle süreç devam ettirilecektir. Cinsel ilişkinin mümkün olmadığı durumlarda, haftada 4 gece orta boy dilatörün 15 dakika iç çamaşırın yardımıyla vajen içinde tutulması gerekmektedir. Haftada en az 2 kez, ideal olarak 3 veya 4 kez cinsel birleşmenin ve/veya onun yerine orta boy dilatörün kullanımının toplam 6 ay devam etmesi ile birlikte sorun tamamen aşılmış olacaktır.



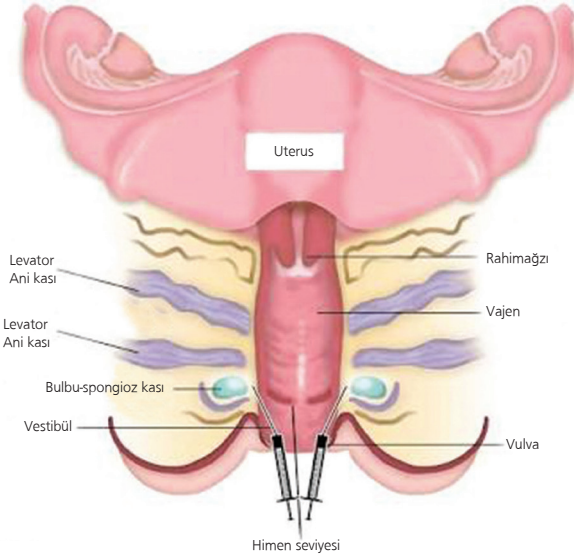
Bazı kadınlarda vajinismusun derecesi bu kitapta yer alan tedavi metodunun uygulanmasına imkan vermeyecek şekilde ağır olabilir. Bu derecelendirme jinekoloğunuzun yapacağı muayene sırasında netleştirilebilir. Genel olarak jinekolojik muayenede, elle veya spekülüm adını verdiğimiz vajeni açan aletle vajinismusun derecesi ortaya konulabilir. Jinekolojik muayeneyi dahi tolere edemeyen kadınlarda ve muayene sırasında parmağın ya da spekülümün vajen içinde belli bir derinliğe kadar ilerletilemediği durumlarda, tampon ve dilatörlerle tedavi programına başlamadan önce genel anestezi altında vajendeki kas gruplarına botoks uygulaması düşünülmelidir. Botoks o kasların kasılmasında rol olan sinir uçlarını bloke ederek geçici olarak işlevsiz kılar, bu süre genel olarak 3 ile 4 ay arasında bir süredir. Yani botoks sonrası hasta istese de LA kas grubunu eskisi gibi kasamaz. Dolayısıyla, bu 3-4 aylık dönemde, dilatörler ile yapılan duyarsızlaştırma egzersizleri nisbeten daha sorunsuz olarak yapılabilir hale gelir.

Botoks enjeksiyonunun bir kısmı LA kas grubuna, bir kısmı da bulbo-spongioz kas grubuna yapılmalıdır. Birçok ağır vajinismus vakasında LA kası dışında vajen girişini kasarak kapatabilen ve vajenin hemen girişinde yanlardaki kas grubu olan **bulbo-spongioz (BS) kası** da kısmen soruna dahil olabilir. Bu nedenle toplam 150 ünite botoksun yarısını sağ ve yarısını sol LA ve BS kaslara verirken, her bir tarafa ayrılan 75 ünitenin de 50 ünitesi LA ve 25 ünitesi BS kaslarına enjekte edilmelidir. Çok ağır vakalarda toplam doz 200 ünite olarak belirlenebilir. Bu durumlarda ekstra 50

VAJİNİZMUS TEDAVİSİ

ünitenin sadece sağ ve sol LA kasına eşit olarak enjekte edilmesini öneriyoruz (Resim 8).

Botoks yıllardır tıpta kullanılan etkin ve güvenli bir yöntemdir. Bu kas gruplarının anatomisini bilen jinekologlar tarafından bu dozlarda uygulandığı sürece herhangi bir yan etki veya komplikasyonun görülmesi mümkün değildir. Botoks vajinismus tedavisini ciddi anlamda tamamlayan ve tedavi için gereken Duyarsızlaştırma Egzersizlerini yapılabilir kılan önemli bir yardımcı rol üstlenir, ancak tek başına vajinismusu tedavi etmez. Tedavide mutlaka dilatörlerle yapılan Duyarsızlaştırma Egzersizleri yer almalıdır. Gerekli vakalarda bu konuda uzmanlaşmış bir psikiyatri ve/veya psikolog uzman-



Resim 8. Botoks enjeksiyonunun vajen girişinin her iki yan duvarındaki Bulbo-spongioz kas grubuna yapılması. Enjektör daha sonra vajen içinde ilerletilerek her iki yan duvardaki Levator Ani kaslarına Botoks enjeksiyonu yapılır.

dan yardım alınmalıdır. LA kas grubunu tanımlamakta ve dolayısıyla kontrol etmekte zorluk çeken hastalarımız için de fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı ve/veya fizyoterapist meslektaşlarımızdan yardım almaktayız.

KAYNAKÇA

- 1- Scholl G. Prognostic variables in treating vaginismus. *Obstet Gynecol* 1988;72:231-235.
- 2- Schnyder U, Schnyder-Luthi C, Ballinari P, Blaser A. Therapy for vaginismus: In vivo vs in vitro desensitization. *Can J Psychiatry* 1998;43:941-944.
- 3- Phillips N. Female sexual dysfunction: Evaluation and treatment. *Am Fam Physician* 2000;62:127-136.
- 4- Şimşek F, Özdemir Ö, İncesu C, Karakoç B, Özkardeş S. Çoğul disiplinli bir cinsel işlev bozuklukları merkezine başvuran 1002 olgunun sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Üroloji Bülteni* 2003;14:137-144.
- 5- Carter M, Carter L. Completely overcome vaginismus: The practical approach to pain-free intercourse. Canada, 2004.
- 6- Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalife S, Binik YM. Vaginismus: A review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Women's Health* 2010;6:705-719.
- 7- Kadioğlu D, Şatıroğlu H. Vajinismus: Resimli anlatımla cinsel bilgilendirme ve kendi kendine yardım kitabı. Ankara: Arkadaş Yayınevi, 2011.
- 8- Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD001760.
- 9- Ferreira JR, Souza RP. Botulinum toxin for vaginismus treatment. *Pharmacology* 2012;89:256-259.
- 10- Cryle P. Vaginismus: A Franco-American story. *J Hist Med Allied Sci* 2012;67:71-93.

VAJİNİSMUS TEDAVİSİ

- 11- Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: A multimodel approach. *Int Urogynecol J* 2014;12:1613-1620.
- 12- Pacik PT, Geletta S. Vaginismus treatment: Clinical trials follow up 241 patients. *Sex Med* 2017;5:e114-e123.

2. KISIM

AĞRILI CİNSEL İLİŐKI ve TEDAVİSİ



Ağrılı cinsel ilişki dünyada milyonlarca kadını ve onların eşlerini/partnerlerini mutsuz eden çok ciddi bir sorundur. Ne yazık ki, insanlar yaşam kalitesini bu kadar çok bozan bir gerçek karşısında genelde sessiz kalırlar ve bunu değişmeyecek bir kader olarak algırlar. İşi zorlaştıran bir diğer faktör cinselliğin ve bu kapsamda cinsellikte ağrı olgusunun toplumda bir tabu olarak görölmesi, medyada yeterince yer bulamaması ve nerdeyse yok sayılmasıdır. **Beni bu kitabı yazmaya yönelten ana neden de budur, sessiz kalınan bir büyük sorunu gündeme taşımak ve tedavinin var olduğu gerçeğini hastalarımıza duyurmaktır.** Bu konuda çalışan ve konuya tam anlamıyla hakim olan uzman sayısı da yeterli değildir. Bazen hastalar doktordan doktora koştursalar da, bir çözüm bulamadan yıllarını geçirmiş olabilmektedirler. Bir süre sonra bu ağrıyla yaşamaya mahkum hisseden kadınlar, çare aramayı da bırakırlar. Yaşamın çok önemli bir parçası olan cinselliklerini kendilerine ve eş/partnerlerine kapatma yoluna giderler.

Ağrılı cinsel ilişkiye tıpta “**disparoni**” diyoruz. Disparoninin nedenini teşhis etmek zordur çünkü çoğu zaman çıplak gözle teşhis konulabilecek vakalar değildir bunlar. Neden bulunamadığı zaman bu hastaların bir kısmı psikiyatrik veya psikolojik destek için yönlendirilebilirler. Bu bazen tedavinin bir parçası olabilir, bazen ağrı ile uğraşan anestezi uzmanları (algologlar), bazen de pelvik ağrı konusunda uzmanlaşmış fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanları yardım verebilirler, ama altta yatan ana nedeni bulmak biz kadın hastalıkları ve doğum doktorlarının işi olmalıdır. Dolayısıyla tedavide

bir ekip çalışmasının gerekli olabileceği unutulmamalıdır. Bu ağrı gerçek bir ağrıdır, kadının kendi kafasında yarattığı bir ağrı değildir, bu ağrıdan muzdarip olan her kadın bilimsel bir tıbbi değerlendirmeyi ve uygun tedaviyi hak eder.

Cinsellik ağrı duygusu yaşatmamalıdır. Cinsellik kişiye kendini iyi hissettirmelidir. Cinsellik sağlıklı bir ilişkinin önemli bir parçasıdır. Cinsellik tabu olmamalıdır, konuşulmalı ve sorunlara çözüm aranmalıdır. Ağrılı cinsel ilişki asla bir kader değildir, olmamalıdır. Ancak yapılan çalışmalar gösteriyor ki, ABD'de bile cinsellikte ağrı yaşayan kadınların yüzde 40'ı tıbbi bir yardım aramamaktadırlar. Ülkemizde bu oranın muhafazakar aile yapısı, cinselliğin konuşulmasından bile utanma duygusu, baskılanmış cinsellik vb. nedenlerle çok daha yüksek olduğu kuşkusuzdur. Birçok kadın adeta cinsellikte bir miktar ağrının normal olabileceğine inanmış durumdadır. Gerçek ise şudur: **Cinsellikte ağrı normal değildir.**

Bir yandan şunu da belirtelim ki, cinsel ilişkide ağrı yaşayan kadınların bir bölümü aynı zamanda başka zamanlarda da kasık bölgesinde ağrı şikayeti olan kadınlardır. Bunların bir kısmı yaşamlarını kabusu çeviren kronik pelvik ağrı hastasıdır, sürekli kasık ağrısı çekerler. Bir kısmı ise adet dönemlerinde onları yaşamdan koparan şiddetli ağrılarla baş başa kalırlar, bazen hastenelik olurlar, bazen okula veya işe gidemeyecek durumda olurlar. Doğru teşhis konulduğunda ve uygun tedaviyi aldıklarında , sadece cinsel yaşamları değil, tüm yaşamları kurtulur, ızdırapları biter.

Ağrılı cinsel ilişki yaşayan kadınların bir bölümünde ağrı vajenin derinliğindedir, ancak çok büyük bir bölümünün asıl şikayeti penisin vajinaya girerken **vestibül** dediğimiz giriş bölümünden kaynaklanan ağrıdır. Birçok kadın hikayesinde, penis bu giriş bölümünü geçtikten sonra göreceli olarak ilişkinin daha rahat olduğunu söylemektedir. İşte bazen vajen girişine çok küçük bir temasın bile tetikleyebildiği bu ciddi ağrı **vestibülodini** adını alır. Bu vestibül adındaki giriş bölgesi embriyolojik hayatta oluşurken hücreler vajen hücrelerinden farklıdır. Bu bölgenin hücreleri köken olarak mesane ve idrar borusu hücreleriyle ortaklık taşır. Vajenden farklı sinir dokusu vardır ve farklı damarlardan beslenir. İşte bu nedenle vestibülodini problemi yaşayan hastaların sıklıkla idrar yolları problemleri de yaşadığı gözlenir. Bazı kadınlar doğumsal olarak bu vestibül bölgesinde normalden çok daha fazla sinir hücresi ve reseptörü taşırlar. Bu bölgede ağrıyı fazlaca hissetmelerinin nedenlerinden biri budur.

Ağrı sinyalleri bu bölgeden sinir uçları ile önce omurilik ve sonra beyine taşınır. Ağrı duygusu bu sinir uçlarının iletişiyle beyinde verilen bir karardır. Kronik ağrı sendromlarında, sinir uçlarının bulunduğu bölgedeki hasar iyileşse bile, bölgedeki sinirler ağrı iletişini beyne göndermeye devam ederler. Bazen ağrı, bölgedeki sinir uçlarının aşırılığı ya da aşırı hassasiyetinden değil, bölgeyi uyarıcı ana sinirin (**puğendal sinir**) omuriliğe uzanan yolu sırasında bir baskı, travma veya sıkışmaya uğraması sonucu oluşur. Buna **nöropatik ağrı** denir. Vajen giriş bölgesinde ağrı yaşayan birçok kadın puğendal sinirin sıkışması ağrısını çekmektedir.

Kronik ağrı çeken kadınların beyinleri, sinir uçlarının ilettiği ağrı sinyallerinin hakettiğinden çok daha fazla bir ağrıyı algırlar. Buna "santral duyarlaşma" diyoruz. Bu nedenle örneğin ucunda küçük bir pamuk olan Q-tip adı verilen çubuk vajen girişine değdirildiğinde bile, hasta bunu çok şiddetli bir ağrı olarak algılayabilir. Hasta oturur kalkarken bile ağrı hissedebilir.

Kadınların erkeklere kıyasla iki kat fazla kronik ağrı çektiği gerçeği bilinmektedir. Vajen girişi (vestibül) bölgesinde ağrısı olan kadınların beyinlerindeki ağrı algılama, stres ve duygulanım bölgelerinde daha çok ağrı algılayan hücre bulunmuştur. Çalışmalar kadınların erkeklere göre aynı miktarda ağrı uyarısına karşılık daha şiddetli, daha sık ve daha uzun süren ağrı çektiklerini göstermektedir. Yani genel olarak kadınlardaki ağrı eşiğinin erkeklere göre daha düşük olduğunu söylemek mümkündür. Yine kadınlarda ağrı reseptörlerinin sayısı erkeklere göre daha fazla bulunmuştur. Yani kadın fizyolojisi zaten ağrıya daha yatkın bir anatomi ve işleyiş göstermektedir. Bu nedenle **kadınların ağrı şikayetlerini hafife almamak gerekir, kadınların cinsel ağrı şikayetleri bir gerçektir ve iyi bir muayeneye nedenleri ortaya konulabilir.**

Vajen girişinde ağrısı olan 428 kadınla yapılan bir çalışmada bu kadınların yarıya yakınının bu konuda 4 ile 9 doktor danıştıkları ifade edilmektedir. Bu konuda uzmanlaşmış doktor bulmak sadece ülkemizde değil, tüm dünyada zordur; çünkü klasik jinekoloji uzmanlık eğitiminde cinsel ağrı konusu detaylı bir şekilde ele alınmamaktadır. Doktorun bu konuda kendini literatürü takip ederek, ilgili tıbbi toplantı ve kurslara katılarak geliştirmesi gerekmektedir. Yine yapılan bir çalışmada, hastaların sadece yüzde 14'ü son 3 yıl içinde gittikleri jinekolojik muayenede kendilerine doktorlar tarafından cinsel hayatları ve karşılaştıkları sorunlar hakkında sorular sorulduğunu bildirmişlerdir. Öte yandan hastalar açısından da durum farklı değildir. Hastaların yaklaşık yüzde 70'i utan-

ma, çekinme gibi duygularla kendi cinsel sorunlarını doktorlarıyla paylaşmadıklarını söylemektedirler. Bunların bir kısmı, doktorlarıyla paylaşsalar bile doktorun önem vereceğini ya da çözüm üreteceğini sanmadıklarını ifade etmişlerdir.

Muayenede doktora ağrının niteliği hakkında ayrıntılı bilgi vermek önemlidir. Örneğin ağrının giriş bölgesinde mi, derinde mi olduğu, ilişki sonrası devam edip etmediği, idrar ya da dışkılama sırasında benzer ağrının oluşup oluşmadığı gibi bilgiler net olarak paylaşılmalıdır. Muayene vajen girişinin gözle incelenmesiyle başlar. Burada rastlanabilen anormal cilt değişiklikleri, kızarıklıklar, ülserler, büyümekte olan lezyonlar bazen biyopsi de gerektirebilirler. Daha sonra ucu pamuklu bir Q-tip çubuk vestibülün üzerine hafifçe bastırılarak değerlendirilmek suretiyle herhangi bir ağrı tetiklenip tetiklenmediği anlaşılır. Özellikle küçük dudaklar ile himen zarı arasında kalan kısım iyi incelenmelidir. Muayenede daha sonra vajenin içine spekülüm adı verilen plastik alet ile bakılır. Vajende herhangi bir lezyon veya akıntı olup olmadığı incelenir ve gerekirse sıvı örneğinden enfeksiyon teşhisine yönelik testler çalışılır. Aynı sırada rahimağzından kanser taraması amacıyla hücreler toplanır ve pap smear testi için patolojiye gönderilir. Yine bir Q-tip çubuk ile rahimağzı etrafındaki alanlara basınç uygulayarak bölgenin ağrı haritası çıkartılır. Bu özellikle endometriozis hastalığından şüphelendiğimiz kadınlarda mutlaka yapılması gereken bir muayenedir. Sonrasında parmakla muayeneye geçilir. Burda doktor vajen içersindeki çeşitli alanlara dokunarak hassas ve ağrılı alanları belirler. Pudental sinirin vajen içinde geçtiği her iki vajen yan duvarının da mutlaka muayene edilmesi gerekir. Vajeni sarmalayan LA kas grubunun kasılma seviyesi olası vajinismus açısından kontrol edilir. **İnterstisyel Sistit (Ağrılı Mesane Sendromu)** açısından, mesane ve sidik borusu yine parmakla ağrı yönünden muayene edilir. Doktor gerek duyarsa rektum ve vajen arasındaki bölgeyi de muayene edebilir.



Ağrılı cinsel ilişkinin en sık görülen nedeni vajen girişinin yangılı (iltihabi) bozukluğu olan **vulvar vestibülit sendromu**dur. Bazı çalışmalarda tüm kadınların yüzde 15-20'sinde bu sendroma bağlı vajen girişi ağrısı olabileceği bildirilmiştir. Bazı kadınlarda doku yangılı olmamasına karşın, yine de girişte ağrı saptanmaktadır. Burdaki asıl konu ağrının vajen girişine en ufak bir temasla birlikte tetiklenmesidir. Bu sadece bir penis olmayabilir, bir tampon, bir iç çamaşır, sıkı bir pantolon da olabilir. Hastalar adeta penisin üzerinde iğneler varmış ve batıyormuş hissine kapılır.

Vulvar vestibülit sendromu, birçok farklı nedenden dolayı oluşabilir. Hormonal eksiklik önemli bir nedendir. Bu bölge yumurtalıklardan salınan iki hormona, yani hem estrojene hem de testosteron hormonuna ihtiyaç duyan bir bölgedir. Doğum kontrol hapı kullananlarda, erken veya zamanında menopozda, yumurtalıkları cerrahi olarak alınmış olanlarda, başka hastalık, tedavi veya hormonların yumurtalığı baskılayarak hormon üretimini azalttığı durumlarda bu sorunla karşılaşabiliriz. Bu durumda lokal olarak bölgeye uygulayacağımız estrogen ve testosteron tedavisi birçok hastada vajen girişindeki ağrıya çözüm olmaktadır. Tedavi en az 3 ay, ideal olarak 6 ay kullanılmalıdır. Hastalar bölgenin kuruğundan yakınır. Hormonsuzluk bölgenin kendi kendine ıslanmasını engeller. Elbette bu hastalarda eşlik eden libido düşüklüğü (cinsel isteksizlik) de görülebilir. Hormon testleri tanıyı koymada yardımcı olabilir.

Vajinismus da vajen girişindeki ağrının bir nedeni olabilir. Vajeni saran kasların normalden fazla kasılı olması, bölgeye

giden kan akımını ve dolayısıyla hücrelere giden kan akımını bozar. Oksijensiz ortamda laktik asid birikir ve bu da ağrı ve yanmaya neden olur. Kitabın ilk kısmında özetlenen vajinismus tedavisine ait egzersiz programı ve gerekirse botoks tedavisi desteği ile sadece vajinismus tedavi edilmekle kalmaz, cinsel ilişkide vajinal dokunuş ve girişle birlikte ortaya çıkan ağrı/yanma hissi de azalır veya kaybolur.

Vulvar vestibülitli olan bazı kadınların vajen girişinde bu sendromu olmayan kadınlara göre 10 kat fazlaya kadar ağrı ileten sinir ucu bulunur. Bu sinirler o bölgeye dokunuş ve temasta beyine yanma, batma ve kesik gibi hisler olarak algılanan uyarılar iletirler. Bu hastalarımızın bazılarında bu sinir ucu yoğunluğu doğuştan gelen bir özelliktir. Bazı kadınlarda ise kronik mantar gibi vajinal enfeksiyonların veya kremler, erkek menisi gibi maddelere karşı oluşan cilt allerjilerinin bir sonucudur. Bu durumlarda, kronik enfeksiyon ya da allerjik etken mast hücreleri adındaki immün sistem hücrelerinin salınımını tetikler. Bu mast hücreleri ise Nerve Growth Factor (Sinir Büyüme Faktörü) kimyasalını üreterek sinir uçlarının çoğalmasına yol açar.

Tedavide kullandığımız interferon-alfa enjeksiyonu işte bu mast hücresi aktivitesini baskılar. Tedavide bunun yanı sıra cinsellik öncesi vajen girişine lokal anestetik jel uygulanması, 12 hafta süreyle kapsaisin krem tedavisi, ağızdan venlafaxin, duloxetine, pregabalin, topiramate gibi ilaçların da yeri vardır. Ağızdan alınan ilaçlarda amaç vajen girişindeki sinir uçlarından omurilik ve beyine gönderilen sinyalleri azaltarak ağrı algısını baskılamaktır. Tedavide günlük hayatta en çok kullandığımız ve yarar gördüğümüz uygulama ise **vulvar vestibülektomi** dediğimiz cerrahi işlemdir. Bu işlemde gününbirlik bir cerrahi ile etkilenmiş olan vajen girişindeki vestibül dediğimiz cilt alanı çıkartılır. Bu genelde çok başarılı bir ameliyattır ve çalışmalarda ameliyat sonrası işlemden memnuniyet oranı yüzde 90-95 aralığında bulunmaktadır.

Vulvar Vestibülit Sendromu'nda ağrı ve yanma/batma hissi küçük dudaklar ile vajen girişi arasındadır. **Genel Vulvadini'** de ise ağrı ve yanma/batma hissi vulvanın büyük dudaklar dahil daha geniş bir kesimini tutar. Bu bölgeye sinirsel uyarı sağlayan pudendal sinirin bir şekilde hafif ya da ağır bir travmaya uğramasının bu bozukuğa yol açabileceği düşünülmektedir (**Pudendal Nöralji**). Kalça üzerine düşmek veya bisiklete binmek gibi küçük basılar, ya da doğum sırasındaki daha ağır basılar bu sinirin uyarılmasına neden olabilir. Burda sorun şudur: O bası ya da uyarı ortadan kalkmış olsa bile, pudendal sinir ağrı/yanma/batma uyarısını iletmeye devam eder. Bu hastalarımızın büyük çoğunluğunda vajen kaslarının aşırı kasılmış durumda olması sözkonusudur. Vajinismustaki kadar güçlü bir kasılma olmasa da, bu hastaların büyük bir bölümünün vajinismus tedavisinde uyguladığımız egzersizlerden ve gerekirse botoks enjeksiyonlarından yarar gördüğünü gözlemlemekteyiz.

Genel Vulvadini tanısını koyarken bu konuda deneyimli bir doktorun, vajinal muayene sırasında pudendal sinirin geçtiği bölgeyi parmağıyla bası uygulayarak iyi muayene etmesi önemlidir. Bu hastalarda bu bölge çok hassas bulunur. Sinirin sıkışması mı etrafındaki kasların çok yoğun kasılmasına yol açıyor, yoksa çok kasılmış kaslar mı siniri sıkıştırıyor? Bu sorunun cevabı net değildir, ancak tedavi yönünden büyük bir önemi yoktur. Tedavide amaç, aşırı kasılmış olan LA kas grubunun gevşemesini sağlamak ve sinir kökenli ağrı iletilmesini azaltmak için de yukarda söz ettiğimiz ilaçlardan yararlanmaktır. Bunlar arasında duloxetine ve pregabalin etken maddeli ilaçlar pudendal sinir basısı gibi nöropatik (sinir yoluyla iletilen) ağrılarda kullanım için onaylanmış ilaçlar olarak öne çıkmaktadır.

Tedavide yan unsur olabilecek yaşam biçimi değişiklikleri, sinirsel uyarıyı tetikleyen allerjen, idrar, meni gibi faktörlerin uzaklaştırılmasını içerir. Sadece pamuklu iç çamaşır giyilme-

si, hipoallerjenik sabun ve deterjan kullanılması, günlük ped kullanımından vazgeçilmesi, ped ve tamponların sadece pamuk bazlı, kokusuz ve renklendiricisiz seçilmesi, vajinal kayganlaştırıcı jel içinde propylen glikol olmaması, küçük tuvalet sonrası bölgenin ılık suyla yıkanıp pamuklu bir bezle kurutulması gibi yaşam biçimi değişiklikleri düşünülmelidir.

Pudendal Nöraljide hastalarımız genital bölgedeki ağrıyı yanma, derinde bir ağrı, bıçak saplanması şeklinde tarif ederler. Bazı kadınlar vajen veya rektum içinde sanki bir cisim varmış hissi duyarlar. Bir kısmı işeme ve dışkılama sırasında da ağrı hissederler. Tipik olarak bir sandalye üzerinde oturduklarında ağrı kötüleşir çünkü bu pozisyonda pudendal sinir üzerindeki baskı artar. Bu sinirin dalları klitoris, vajen dudakları, vajen ve anüs arasındaki perine bölgesi ve anüse de gittiği için, ağrı bu alanların herbirinde ya da birkaçında birden görülebilir. Bu durumun tanısı için kullanılabilecek nörolojik testler arasında Pudandal Sinir Motor Latency Testi, Elektromiyografi, Pudendal Sinir Blokajı gibi uygulamalar sayılabilir.

Pudendal Sinir Blokajı, lokal anestetik maddenin vajen iç yan duvarında sinirin geçtiği alana enjekte edilmesiyle yapılır. Hasta ağrısı geçerek buna cevap vermişse, tanı konmuş olur. Belli aralıklarla bu bölgeye toplam 6-8 arası sinir blokajı yapılması uzun süreli ağrı tedavisini sağlamaya yeterli olabilir. Bu işlemde lokal anestetiğin yanında kortizol türevi steroid madde de enjekte ediyoruz. Bu hastalarımızın yaklaşık üçte biri ise sinir basısını ortadan kaldırma amaçlı cerrahi işleme (dekompresyon) ihtiyaç duyarlar.

Vulva ve vajende oluşan enfeksiyonlar, özellikle kronikleştiğinde, cinsel ilişkide ağrı şikayetine neden olabilirler. Bunlar arasında bölgedeki sinirleri tutan ve cinsel yolla bulaşan **Herpes** enfeksiyonunun özel bir yeri vardır çünkü akut enfeksiyon geçse bile postherpetik nevralji dediğimiz bir ağrı bir süre daha kalıcı olabilir. Bu ağrı klitoris civarına da vurabilir. Akut (güncel) enfeksiyon sırasında vajen çevresi ve vajende açık yara geliştiği için tanı kolaylıkla konabilir. Uygun anti-viral ilaçlar tedavide etkindir. Bazen bu ilaçları sık tekrarlayan Herpes enfeksiyonlarının sıklığını baskılamak için uzun süre kullanmak gerekebilir.

Cinsel yolla bulaşan bakteriler içinde en önemlileri **Chlamydia** ve **Gonorrhea** (Belsoğukluğu) bakterileridir. Bunlar sadece vajeni değil, rahimağzı, rahim, yumurtalıklar ve tüpleri de enfekte ederek **Pelvik Enflamatuar Hastalık** adını verdiğimiz tabloyu yaratabilirler. Bu durumda akut enfeksiyon sırasında cinsel ilişki çok ağrılı olduğu gibi, bu hastaların yaklaşık 1/3'ü Kronik Pelvik Enflamatuar Hastalık geliştirerek uzun vadede de cinsel ilişki ağrısı çekebilirler. Bu hastalıkta penisin vajenin içindeki ve derinindeki hareketi asıl ağrıyı oluşturur. Bu hastaların cinsel ilişki ağrısı yanısıra kronik bir alt karın/kasık ağrısı da mevcut olabilir. Bunun temel nedeni enfeksiyonun zamanla karın içindeki organlar arasında yarattığı yapışıklıklardır (adhezyon). Bu adhezyonlar çoğunlukla karın içi organlarımızın üzerini saran periton adını verdiğimiz zar yüzeyini de kapsar, bu zar dokusu da sinirden yana zengin olduğu için ağrı sinyallerini yoğun olarak omurilik/beyine gönderir. Akut enfeksiyonun tedavisinde çoğunlukla ağızdan veya

damaryolundan antibiyotikler yeterli olurken, bazı ağır akut vakalar ve kronik hastalıkta laparoskopi ile cerrahi işlem gerekebilir, yapışık olan organlar serbestleştirilir. Antibiyotiklerle eş tedavisinin de yapılması zorunludur.

Trikomonas, dünyada en sık görülen cinsel yolla bulaşan hastalıktır. Her yıl yaklaşık 180 milyon trikomonas enfeksiyonunun geliştiği tahmin edilmektedir. Bu bir parazit enfeksiyonudur, sarı/yeşil yoğun akıntıya ve hem vajen girişinde hem de vajen içinde yaygın bir yangıya neden olur. Ağrılı cinsel ilişki dışında ağrılı idrar yapmaya da yol açabilir. Mikroskop altında tanısı rahatlıkla konulabilir. Tedavide eş de dahil olmak üzere ağızdan antibiyotik kullanılır.

Sifiliz (frengi) günümüzde eskiye göre azalmakla birlikte hala etkisini sürdüren önemli bir genital enfeksiyondur. Tıpkı Herpes gibi, genital bölgede ülser şeklinde açık yara yapar. Bölgedeki lenf düğümleri şişer ve ağrılıdır. Erken safhalarda cinsel ilişki ağrılıdır. Tanı basit kan testi ile konulur. Tedavide kastan yapılan enjeksiyonla verilen antibiyotikler kullanılır. Eş tedavisi şarttır.

Candida (mantar) enfeksiyonları cinsel yolla bulaşmayan, vajenin içindeki mantar hücrelerinin çeşitli dış etkenler (ıslaklık, nem, antibiyotik kullanımı, bağışıklığın düştüğü durumlar) nedeniyle aşırı çoğalmasıyla ortaya çıkan iltihabi, kaşıntılı ve akıntılı durumlardır. Genital bölgede, vulvada ve özellikle vajen girişinde ağrısı olan kadınların bir kısmı ağrılarınin başlangıcını geçirdikleri mantar enfeksiyonlarına dayandırmaktadırlar. Yani mantar enfeksiyonları bazen tetikleyici rol oynayabilmektedir.

Mantarda ana şikayet daha çok vajen girişinde ve vajende kaşıntı ve yanma/batma hissi olmaktadır. Peynir kesigi tarzında beyaz pütürlü akıntı ve sızlama hissi eşlik edebilir. Muayenede vajen girişini ve vajeni kızarmış ve şişmiş olarak buluruz. Tekrarlayan mantar enfeksiyonlarının o bölgede ağrı hissini arttıran sinir ucu büyümelerini tetikleyerek vulva-

diniye yol açtığı düşünülmektedir. Birçok vakada başka nedenlerle kullanılan antibiyotiklerin bir yan etkisi olarak vulva ve vajende mantar görmekteyiz. O nedenle buna yatkın kişilerde antibiyotik alımı sırasında anti-fungal tedavinin de koruyucu olarak verilmesi önerilir. Tedavide fitil, hap ve krem şeklinde anti-fungal ilaçların bir kombinasyonu kullanılır. Çok sık mantar enfeksiyonu olan kadınlarda ağızdan ilaçla 3 ile 4 ay süreli baskılayıcı tedaviyi de kullanıyoruz.



Klinik pratiğimizde cinsel ilişkide ağrı çeken birçok kadının kaslında pelvis bölgesinde yani kasıklarında hep varolan bir ağrıdan yakındığını gözlüyoruz. Ağrı cinsel ilişkide veya sonrasında derinden gelen ve daha da kötüleşen bir hal alır ama aslında hep süregelen bir ağrıdır. Bu kadınların dış genital bölgesinde yani vulvada veya vajen dokusuna dokunulduğunda vajen girişinde bir ağrısı olmaz. İlişkiyle birlikte vajenin derininden gelen ve kötüleşen bir ağrıdan şikayetçi olan bu kadınlarda eşlik eden kronik kasık (pelvik) ağrısı tanısı da koymak mümkündür. Kadınların yaklaşık %15-20'sinde bu tür kronik kasık ağrısı mevcuttur. Bunların çok büyük bir bölümünde ise ağrılı cinsel ilişki de mevcuttur. Penisin vajene girişinde ağrı olmaz ama penisin vajen içindeki derin hareketi ve basıncı ağrıyı tetikler.

Ağrılı cinsel ilişkiyle seyreden kronik kasık ağrısının en sık görülen nedeni **Endometriozis** denilen hastalıktır. Bu hastalıkta rahimin iç yüzeyini döşeyen ve her ay gebeliğe hazırlık için kalınlaşıp, gebelik olmadığına ay sonunda adet kanaması ile atılan doku (endometrium), kanamanın tüpler yoluyla geri kaçması ile rahimin dışına çıkar ve karın boşluğuna dökülür. Alt karın boşluğunda rahimin, tüplerin, yumurtalıkların, barsakların, mesanenin, karın iç yüzeylerinin üzerinde yuvalanır ve büyür. Tıpkı rahimin içinde olduğu gibi, rahim dışındaki bu bölgelerde de endometrium dokusu aylık olarak kanama, enflamasyon ve iyileşme süreçleri yaşar. Kasık bölgesine ait sinirlerin üzerinde sıklıkla yerleşen bu endometriozis odakları, sinir uyarısıyla ve organlar arası yapışıklıklar yaratarak ağrıya neden olurlar. En sık görülen ağrı adet

ağrısıdır. Bu ağrı genç kızıktan itibaren artarak devam eder. Bu hastalarımızın yaklaşık %80'inde ise derin vajinal giriş ile oluşan ilişki ağrısı vardır. Endometriozis ayrıca gebe kalmayı zorlaştıran bir durum teşkil eder.

Endometriozis tanısı için öncelikle bir fizik muayene yapmak gerekir. Rahim ile rektum arasının ve uterusakral ligamanlar denilen rahimi omurganın en alt kısmına bağlayan bağ dokularının ağrılı olup olmadığına bakılır. Yeterince şüphe oluşmuşsa laparoskopi (kapalı ameliyat) ile bir kamera aracılığıyla karın alt bölümündeki (pelvis) lezyonlar gözle görülerek tanı konur. Aynı işlem sırasında, bu endometriozis odakları yakılır veya kesilerek alınır. Laparoskopi ile endometriozis tanısı konulan hastalar, cerrahi müdahale ile ağrılarında büyük ölçüde kurtulur, ancak cerrahi sonrası yaklaşık 6 ay - 1 yıl süreyle 3 ayda bir kullandığımız hormon baskılayıcı iğne tedavisi de eklenirse, kasık ağrısı, ağrılı adet ve derin cinsel ilişki ağrısı çok daha etkin ve uzun süreli olarak yokedilebilir.

Derin cinsel ilişki ağrısının sık görülen ama tanısı çoğunlukla atlanan nedenlerinden biri de **İnterstitial Sistit**dir. Diğer adı **Ağrılı Mesane Sendromu**dur. Hastalarda tipik olarak sürekli bir idrara çıkma duygusu mevcuttur. Ancak yapılan idrar testlerinde herhangi bir enfeksiyon bulgusuna rastlamayız. Dolayısıyla mesanenin iltihabi bir durumundan söz ediyoruz ama nedeni mikrobik değildir. Ana sorun vücudun kendi kendine, mesanenin iç yüzeyini harap edici bir iltihap oluşturmasıdır. İç yüzey harabiyeti idrarın mesane duvarının alt katmanlarına ulaşmasına ve bu yolla oluşan tahrişin ağrıyı tetiklemesine yol açar. Bu iltihabi durum mesane duvarlarında daha da fazla ağrı iletici sinir oluşmasına neden olarak ağrıyı gitgide arttırır. Bu hastalarda kasık ağrısı kroniktir ama teşhis genellikle geç koyulur.

Sorun mesanededir, ancak cinsel ilişki vajenin mesaneye komşuluğu nedeniyle ağrılıdır. Mesane, vajenin üst duvarı-

na bitişiktir. Rahim ise mesanenin üzerinde yer alır. Dolayısıyla ilişki sırasında mesane, vajen ve rahim yoluyla basınca uğrar. Bu basınç iltihaplı bir mesanede ağrıya yol açar.

Taniyı koymak için bu konuda deneyimli bir üroloğun sistoskopi adı verilen yöntemle kamera ile mesanenin içini görmesi (ülserli ve iltihaplı alanlar) ve gerekirse mesane iç yüzeyinden biyopsi alması gerekir. Bu işlem sırasında mesanenin steril su ile doldurularak şişirilmesi ve sonra boşaltılmasını takiben mesane iç yüzeyinde küçük kanama odakları oluşması da taniyı destekler. Bu mesaneyi şişirme işlemi aynı zamanda kısa süreli de olsa, hastanın belirtilerini azaltmaya da yarar, yani tedavi edici de bir özelliği vardır. Tedavide pentosanpolsülfat etken maddeli ilaç kullanılır. Bu ilaç mesane iç yüzeyini kalınlaştırarak, mesane duvarını idrarın tahrişinden korur.

Daha az görülmekle birlikte, kronik kasık ağrısının bir diğer nedeni de **Pelvik Konjesyon (Varis) Sendromu**'dur. Özellikle hamilelikler ve jinekolojik cerrahiler geçirmiş kadınlarda görülür. Hasta ağrıyı derinden gelen kronik, bir ağırlık ve basınç hissi ya da çekme hissi olarak tarif eder. Bu durumda yumurtalıklardaki kanı kalbe geri pompalayan damar (ven) sistemi bozulmuştur ve kan o bölgedeki damarlarda birikir. Damarlar gitgide basınçla birlikte şişer ve genişler. Tanı MR'da genişleyen damarların görülmesiyle konur. Tedavide o damarların girişimsel radyoloji doktorları tarafından konulan küçük metal veya süngerlerle pıhtılaştırılarak tıkanması işlemi uygulanır.



Vulva ve vajende atrofi (küçülme, kuruma) nedeniyle oluşan cinsel ilişki ağrısı, özellikle yumurtalıklardan estrojen üretiminin azaldığı orta yaş grubunda ve menopozal kadınlarda sık rastlanan bir durumdur. Erken menopoz yaşayan, kanser veya benzeri tedavi nedeniyle yumurtalık fonksiyonları baskılanan veya yumurtalıkları cerrahi olarak alındığı için menopoza giren daha genç yaş kadınlarda, bu sorun çok uzun yıllar cinsel hayatı olumsuz yönde etkiler. Estrojen azlığı veya yokluğunda bu dokular normal elastikiyetlerini ve ıslaklıklarını kaybeder, kollajen doku azalır, yüzey incelir ve tahriş ve kanamaya eğilimli olur. Vajenin kan akımı azalır, yeterince kanlanmayan dokularda hücre ölümü başlar. Bu duruma **Menopozal Genito-Üriner Sendrom** diyoruz.

Vajen girişinin ve vajenin kuruluğu en belirgin şikayettir. Cinsel ilişki sırasında beklenen ıslanma gerçekleşmez. Bu da vajende tahriş ve buna bağlı ağrı yaratır. İlişki sırasında veya sonrasında penisin neden olduğu sürtünme ve travmaya bağlı kanama veya lekelenme oluşabilir. Bu kadınlarda bölgede tahriş, yanma veya kaşıntı hissi görülür. Ek olarak bu durum cinsel isteği, uyarılmayı ve orgazmı olumsuz etkiler. Bu kadınlarda ayrıca yine estrojen eksikliğine bağlı olarak idrar yolları da etkilenir ve ağrılı işeme, sık tuvalete gitme hissi gibi belirtiler görülebilir.

Menopozda görülen sıcaklık basması, gece terlemele-ri gibi şikayetlerin zamanla azalıp kaybolması gerçeğine karşılık, menopozal genito-üriner sendroma ait belirtiler tedavi edilmediği sürece kötüleşerek devam eder. Teda-

vide ağızdan veya deri yoluyla alınan hormon tedavisinin çok etkili olduğunu görmemize rağmen, önemli oranda bir hasta grubunda buna ek olarak vajinal estrojen tabletlerine de ihtiyaç duyulmaktadır. Çeşitli nedenlerle ağızdan ya da deriden estrojen takviyesi almayan hastalarda ise, öncelikli tedavi vajinal yoldan estrojenin yerine konmasıdır. Estrojen kullanmak istemeyen kadınlar için günümüzde iki alternatif daha mevcuttur. Hormon olmayan ama vajen bölgesi dokuları üzerinde estrojen gibi etki gösteren ospemifene tablet ve bir çeşit androjen olan dehydroepiandrosterone fitilleri. İlaçların yanı sıra vajinal kayganlaştırıcı jellerin ilişki öncesi sürülerek kullanılması yarar getirmektedir. İçinde hyaluronik asid bulunan vajinal nemlendiricilerin düzenli kullanılması, bazı çalışmalarda bu sendromun belirtilerinin azaltılmasında nerdeyse lokal estrojen tedavisi kadar etkin bulunmuştur.

Cinsel ilişkide ağrı yaşayan hastalarda temel ortak nokta pelvik kasların (LA kas grubu) gereğinden fazla kasılması ve bir çeşit kronik kas spazmı geçirmesidir. Vulvadini vakalarında bile, ağrı vajen dış bölümüne (vulvaya) ait bir ağrı olsa da, bu ağrı vajeni bir hamak gibi saran ve çevreleyen bu LA kas grubunda spazma neden olarak ilişkiyi daha da ağrılı hale getirebilir. Fizik tedavi bilimi vücudumuzun kas-iskelet sistemine ait rahatsızlıkların tedavisine yönelik bir uzmanlık alanıdır, dolayısıyla vajeni saran kas grubunun ağrılı ve spazmlı durumları için de **pelvik taban fizyoterapisi** denilen bir alt uzmanlık dalı mevcuttur. Ne yazık ki ülkemizde pelvik kasların rehabilitasyonuna yönelik bu fizik tedavi uzmanlığı yeterince yaygın değildir ve bu nedenle de bilinmemektedir. Ağrılı cinsel ilişki tedavisi yapmayı amaçlayan tüm hekimlerin birçok sorunun çözümü için bu dalın uzmanlarıyla birlikte çalışması önerilmektedir.

Pelvik taban kasları dediğimiz LA kas grubu gündelik hayatımızda bilinçli ve bilinçsiz olarak sürekli kullandığımız, kasıp gevşettiğimiz kaslardır. İdrar veya gaz kaçırmamız için kasılı durumdadır, ancak idrar veya dışkı yaparken gevşetiriz. Aynı şekilde cinsel ilişkinin gerçekleşmesi için de gevşemiş halde bulunması gerekir. Sürekli bir kasılma veya spazm halinde olduğunda (hipertonik kas), cinsel ilişki ağrısı kaçınılmazdır. Problem vajen girişinde bile olsa (örneğin vulvar vestibülit sendromu), pelvik taban kaslarına yönelik fizik tedavi ile bu kas grubunu gevşeterek hastaların cinsel ilişki ağrısının anlamlı şekilde azaltılabildiği birçok çalışma tarafından gösterilmiştir.

Vajeni saran pelvik kas grubunun kronik olarak kasılıp sertleşmesinin birçok nedeni olabilir. Yukarda söz edildiği gibi vajen girişinin ağrılı durumlarında bu kaslar doğal bir defans mekanizması olarak kasılırlar. İdrarını çok tutan veya işi gereği tutmak zorunda olan kadınlarda da bu kas grubu normalin üzerinde kasılmış bulunur. Birçok kadın örneğin işyerindeki stres yüzünden bilinçaltı olarak bu kaslarını kasarlar. Geçirilmiş kötü ve ağrılı cinsel deneyimler de kadınların bu kas grubunu istemsiz olarak kasmaına yol açabilir. Herhangi bir nedenle o bölgede kas spazmının oluşması sonrasında ağrılı cinsel ilişkinin yaşanmasının veya tam tersi ağrılı cinsel ilişki nedeniyle defans mekanizması olarak o bölgenin kronik bir kas spazmına uğramasının tedavi açısından bir farkı yoktur. Her iki durumda da LA kas grubunda süregelen sürekli kasılma hali o bölgenin damarlarını da kasarak kan akımını bozar. Bu da o kasların oksijenlenmesini azaltır ve laktik asid birikmesine yol açar. Vücudumuzdaki tüm kas ağrılarında olduğu gibi, laktik asid birikimi kas ağrısının ve kas hassasiyetinin temel nedenidir. Bir diğer ağrı mekanizması da sürekli kasılma halinde olan vajen kaslarının o bölgedeki sinirleri de sıkıştırarak sinirsel kökenli ağrı yaratmasıdır, ki burda en sık gördüğümüz daha önce de belirttiğimiz üzere pudendal sinir ağrısıdır.

Fizik tedavi yöntemlerinin amacı vajeni saran LA kas grubu spazmlarını gevşetmek ve hastaya da kendi kendine gevşetmesini, kasmamasını öğretmektir. En sık kullanılan yöntemlerden biri pelvik taban elektromiyografi biofeedback'tir. Burada kaslardan ekrana elektrik sinyalleri taşıyan küçük elektrotlar sayesinde, hastalar o kas grubunu istemli olarak nasıl kastıklarını ve gevşettiklerini ekranda görerek kolayca öğrenirler. Daha sonra evde bu kasma-gevşetme hareketlerini ev ödevi olarak yapan hastaların büyük kısmında, ağrılı cinsel ilişki bir sorun olmaktan çıkar. Fizyoterapistlerin bir diğer yöntemi de miyofasyal masaj ile vajen kaslarının esnetilmesi

ve pelvik taban kas grubunun bu yolla gevşetilir ve uzatılmasıdır. Bu bölgede farkedilen ağırlı noktasal alanlar da manüel tekniklerle gevşetilebilir. Bu belirgin noktalara yapılan lokal anestetik enjeksiyonları, hatta bazen botoks enjeksiyonları da rahatlatma sağlar. Yine belli noktaları düşük akım elektrik ile uyarma ve ultrason ile derin ısı aktarma kullanılan diğer fizik tedavi yöntemlerinden bazılarıdır.

Fizik tedavi yöntemleri gibi, psikolojik destek de ağırlı cinsel ilişki ve vajinismus tedavilerinin önemli bir birleşeni olmak durumundadır. Ülkemizde ne yazık ki bu tedavilerde psikolog ve psikiyatri uzmanlarından yararlanma oranı oldukça düşüktür. En sık kullanılan psikolojik yöntem **Bilişsel (Cognitive) Davranışsal Terapi'**dir. Bu terapinin ana fikri şudur: Başımıza gelenler (Ağrı) ile ilgili düşündüğümüz şeyler, başımıza gelenleri (Ağrıyı) nasıl hissettiğimizi doğrudan etkiler. Bu terapi ile amaçlanan ağrı ile ilgili düşüncenizi değiştirmek ve bu yolla ağrıyı nasıl hissettiğinizi değiştirmektir (azaltmaktır). Çalışmalar, duygulanım, kişilik, kaygı bozuklukları gibi birçok psikiyatrik durumda başarılı olan Bilişsel Davranışsal Terapi'nin, ağırlı cinsel ilişkide de başarılı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu yolla hastalar çoğunlukla tedavi sürecinde elde ettikleri en küçük kazanımların bile bir kazanım olduğunu fark etmekte, sorunun içinden çıkılmaz derecede kaygı verici olmadığını anlamakta, negatif düşüncelerin aslında kendilerini daha da aşağı çeken bir girdap olduğunu ve bu düşüncelerden uzak durmaları gerektiğini görmekte, cesaret ve özgüven kazanmaktadırlar. Terapist bu terapide şunları amaçlar: 1- Ağrınızın, hayali ve kafanızda yarattığınız bir ağrı olmadığının, tam tersine gerçek bir ağrı olduğunun size ve eşinize inandırılması 2- Ağrının sizi değil, sizin ağrıyı yönetmenizin sağlanması: Ağrıyı sizin kontrol etmeniz, zaten ağrıyı azaltıcı bir etki yaratacaktır. 3- Beyninizin ağrıyı daha farklı yorumlaması için eğitilmesi. 4- Bir ağrı günlüğü tutarak, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörlerin belirlenmesi.

5- Gevşeme, nefes, akıl yolu ile kendi kendine başa çıkma tekniklerini öğrenerek ağrıyı yönetebilme yetisine kavuşulması. En ideal ağrılı cinsel ilişki tedavisinde , Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı/ Fizyoterapist ve Psikiyatır/Psikolog birlikte bir ekip çalışması yapmalıdır. Bu şekilde ağrılı cinsel ilişki sorunu çok daha kolaylıkla ve etkinlikle çözülebilecektir.

KAYNAKÇA

- 1- Farage MA, Galask RP. Vulvar vestibulitis syndrome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005;123:9-16.
- 2- Bertolasi L, Frasson E, Cappelletti JY, Vicentini S, Bordignon M, Graziottin A. Botulinum neurotoxin type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome. Obstet Gynecol 2009;114:1008-1016.
- 3- Bergeron S, Landry T, Leclerc B. Cognitive-behavioral, physical therapy, and alternative treatments for dyspareunia. Chapter in "Female sexual pain disorders: Evaluation and management" Editors Goldstein A, Pukall CF, Goldstein I. New York: Wiley-Blackwell, 2009.
- 4- Goldstein A, Pukall CF, Goldstein I. When sex hurts: A woman's guide to banishing sexual pain. Massachusetts: Da Capo Press, 2011.
- 5- Shah M, Hoffstetter S. Vulvodynia. Obstet Gynecol Clin North Am 2014;41:453-464.
- 6- Seehusen DA, Baird DC, Bode DV. Dyspareunia in women. Am Fam Physician 2014;90:465-470
- 7- Simonelli C, Eleuteri S, Petruccelli F, Rossi R. Female sexual pain disorders: Dyspareunia and vaginismus. Curr Opin Psychiatry 2014;27:406-412.
- 8- Hyun-Kyung K, So-Yeon K, Youn-Jee C, Jang_Heub K, Mee-Ran K. The recent review of the genitourinary syndrome of menopause. J Menopausal Med 2015;21:65-71.
- 9- Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, Bergeron S, Stein A, Kellogg-Spadt S. Vulvodynia: Assessment and treatment. J Sex Med 2016;13:572-590.

SONSÖZ

Bu kitapta vajinismus ve ağrılı cinsel ilişki şikayeti olan kadınlarımıza yol gösterici, aydınlatıcı bir yaklaşımı amaçladım. Elbette bu kitaptaki bilgiler konuya ışık tutacaktır, ancak bu şikayetleri olan kadınların tedavi için mutlaka bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanına başvurmaları gerekmektedir. Kitabın içeriğinden de anlaşılacağı gibi, konunun çözümü için kadın hastalıkları ve doğum uzmanının yanı sıra gerekirse vajinal kasların eğitilmesi için fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı / fizyoterapistten ve sorunun ruhsal boyutunu çözümlmek için psikiyatri uzmanı / psikologdan da destek alınmalıdır.

Ne vajinismus, ne de ağrılı cinsel ilişki BİR KADER DEĞİLDİR. Çok etkin, sonuç alıcı tedaviler mevcuttur, ancak bu tedavilerin bir anda sonuç vermesini beklememek gerekir. Özellikle vajinismusun tedavisi uzun soluklu, sabır ve çalışma isteyen bir süreçtir. “Bir günde çözüm, tek seansta çözüm” gibi iddialarla umut tacirliği yapan kişi ve kurumlara itibar edilmemelidir; çünkü bu bilimsel değildir ve mümkün de değildir. Tedavi süreci hastanın eşi veya partnerinden da aynı sabır, anlayış ve desteği gerektirir. Eş veya partner mutlaka sürecin içinde aktif olarak yer almalı, doktor vizitlerine de katılmalıdır.

Sadece hastalarımız için değil, konuyla ilgilinen sağlık çalışanları için de bir el kitabı ve konuya giriş niteliğini taşıyan bu çalışmada birçok yararlı bilgi özetlenmiştir. Bilimsel çalışmalarını hastalarımızın anlayacağı dille özetlemenin yanısıra kendi hasta profilimizdeki 25 yıllık deneyimlerimizden de yola çıkarak bu kitabı hazırladım.

Umuyorum ki, bu kitap ÷lkemizde çok sık gör÷len ama konuşulmaktan çekinilen bu ciddi sağlık sorununu görün÷r kılmaya, hastalarımıza tedavi için bir başlangıç noktası oluşturmaya ve böylelikle cinselliğin sağlıklı yaşanmasına katkı sunar.

Op. Dr. İbrahim Sözen