

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM SONRASI DÖNEMDEKİ KADINLARIN CİNSEL
İŞLEVLERİ
ve
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Zeynep ACAR

Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ankara
2008

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOĞUM SONRASI DÖNEMDEKİ KADINLARIN CİNSEL
İŞLEVLERİ
ve
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Zeynep ACAR

**Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Lale Taşkın**

**Ankara
2008**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Bu çalışma jürimiz tarafından Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı
Tez Danışmanı

:

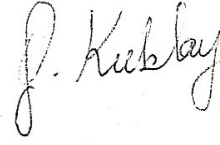
Prof. Dr. Lale Taşkın
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye

:

Prof. Dr. Gülümser Kubilay
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye

:

Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye

:

Doç. Dr. Füsün Terzioğlu
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye

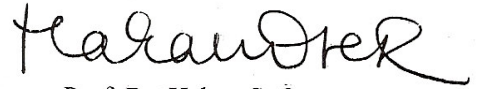
:

Yrd. Doç. Dr. Gülcihan Akkuzu
(Başkent Üniversitesi)



ONAY:

Bu tez Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan S. Örer

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde;

Tez danışmanım olarak, tüm çalışmam süresince, değerli bilgileri, görüş ve önerileri ile çalışmama katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Lale Taşkın'a,

Her konuda yardım ve desteklerini esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayla Berkiten Ergin'e,

Uygulamam süresince uygun ortamı sağlayan ve destek olan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerindeki tüm çalışanlara; araştırmaya katılan bütün katılımcılara,

Çalışmamın her aşamasındaki katkılarından dolayı Demet Aktaş'a,

Çalışmam süresince verdikleri destekten dolayı Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'ndeki tüm çalışma arkadaşlarıma,

Yaşamımın ve çalışmamın her aşamasında verdikleri sonsuz destek için sevgili aileme,

Her zaman yanımda olan, bana güç veren eşim Eser Acar'a ve henüz dünyaya gelmemiş olmasına rağmen desteğini içimde hissettiğim minik kızıma

TEŞEKKÜR EDERİM...

Zeynep ACAR

2008

ÖZET

Acar Z.,Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlevleri ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008. Çalışma doğum sonrası 4. aydaki kadınların cinsel işlevlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Ankara'daki 7 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezine kayıtlı, doğum sonrası 4.ayda olan 100 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu, IFSF (Index of Female Sexual Function) ve EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15 istatistiksel analiz programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, tek yönlü varyans analizi, Tukey HSD testi, Kruskal Wallis testi, Fisher Exact test, Pearson Chi-Square testi, Levene testi, Student t testi ve Pearson Korrelation analizi kullanılmıştır. Çalışmada doğum sonrası 4. ayda kadınların %60'ının cinsel disfonksiyon için riskte oldukları saptanmıştır. Kadınların %66'sı doğumdan sonraki ilk cinsel ilişkilerinin yalnızca eşinin isteği ile gerçekleştiğini belirtmiştir. Kadınların %41'i doğumdan sonra cinsel ilişkilerinde ağrı yaşadığını belirtirken, %24.7'si doğumdan 4 ay sonra halen ağrı hissettiğini bildirmiştir. Kadınların doğum sonrası dönemde cinsel istek, cinsel ilişki sıklığı, cinsel ilişki memnuniyeti ve cinsel yaşam memnuniyetinin gebelik öncesine göre düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda kadının eğitim düzeyinin, eşin eğitim düzeyinin eşin çalışma durumunun, üreme sistemine ait şikayeti olma durumunun, doğumdan sonraki ilk cinsel ilişkiyi isteme durumunun ve EPDS puanının cinsel fonksiyonlar üzerine belirgin etkisi olduğu belirlenmiştir. IFSF alt puanları incelendiğinde şu bulgular saptanmıştır: Doğum şekli ve üreme sistemi şikayetleri cinsel istek, klitoral duyarlılık ve cinsel ilişki doyumu üzerine; doğum sayısı cinsel istek, klitoral duyarlılık ve cinsel ilişkide rahatsızlık/ağrı üzerine; emzirme ve postpartum depresyon ise cinsel istek üzerine etkilidir. Bu sonuçlar doğrultusunda ebe ve hemşirelerin, doğum sonrası dönemdeki kadın ve eşini bu dönemde görülebilecek cinsel sorunlar, nedenleri ve çözüm yolları hakkında bilgilendirmeleri ve danışmanlık yapmaları önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Sonrası Dönem, Cinsel İşlevler, Postpartum Cinsellik

ABSTRACT

Acar Z, Sexual Functions of Postpartum Women and Factors Effect The Sexual Functions. Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Obstetric and Gynecological Nursing Program, M.Sc. Thesis, Ankara, 2008. This research was carried out as a descriptive study in order to determine women's sexual functions four months after delivery and factors effect these functions. The sample comprised of 100 women were chosen from women within their fourth postpartum month and registered to seven of Mother-Child Health and Family Planning Centers in Ankara. Data Collecting Form prepared by the researcher, IFSF (Index of Female Sexual Function) and EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) were used in collecting data. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 for Windows were used to analyzing of data. In data evaluation mean, oneway Anova test, Tukey HSD test, Kruskal Wallis test, Fisher's Exact test, Pearson Chi-Square test, Levene test, Student t test and Pearson Correlation were used. It was determined that 60% of women within a 4-month postnatal period were at risk for sexual disfunction. 66% of women mentioned that resumed sexual intercourse after delivery only with their husbands' desire. 41% of women said that they had dyspareunia after delivery. 24.7% of women had dyspareunia at four months of postpartum. Sexual desire, frequency of sexual intercourse, satisfaction of sexual intercourse and satisfaction of sexual life in postpartum period was lower than before pregnancy. It was determined that status of education, education status of husband, employment status of husband, symptoms of reproductive system, desire for first intercourse after delivery (only husband/women and husband) and EPDS scores have a significant effect on sexual functions. When the domains of IFSF were investigated, these results were founded: method of delivery and symptoms of reproductive system effect sexual desire, clitoral sensitivity and sexual intercourse satisfaction; number of delivery effects sexual desire, clitoral sensitivity and discomfort/pain at sexual penetration; breastfeeding and PPD (Postpartum Depression) effects sexual desire. According to the results of research it was suggested for the midwives/nurses to enlighten and guide the postpartum women and their partners on any possible problems and disorders to be experienced during this period, their causes and solutions.

Keywords: Postpartum Period, Sexual Functions, Postpartum Sexuality

İÇİDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiv
GRAFİKLER DİZİNİ	xv

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadın Genital Organları ve Cinsel İşlevlerdeki Roller.....	6
2.1.1. Dış Genital Organlar.....	6
2.1.2. İç Genital Organlar.....	7
2.1.3. Pelvik Taban.....	9
2.2. Kadın Cinsel Yanıtında Nörojenik Mediatörler.....	9
2.3. Kadın Cinsel İşlevlerinde Önemli Hormonlar.....	10
2.4. Kadın Cinsel İşlevinin Fizyolojisi.....	10
2.4.1. Cinsel Yanıt Modelleri.....	11
2.4.1.1. Masters and Johnson Modeli (4 Faz Modeli).....	11
2.4.1.2. Kaplan Modeli (3 Faz Modeli)	11
2.4.2. Cinsel Yanıt Döngüsü.....	12
2.4.2.1. Cinsel İstek Fazı.....	12
2.4.2.2. Heyecanlanma Fazı	13
2.4.2.3. Orgazm Fazı.....	14
2.4.2.4. Çözülme Fazı	16
2.5. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	16
2.6. Kadında Görülen Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri.....	17

Sayfa

2.7. Doğum Sonrası Dönem.....	17
2.8. Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Yaşam ve Yaşanan Cinsel Sorunlar.....	18
2.9. Doğum Sonrası Dönemde Yaşanan Cinsel Sorunların Nedenleri.....	24
2.9.1. Fizyolojik Nedenler.....	24
2.9.1.2. Doğum Öyküsüne İlişkin Faktörler.....	25
2.9.1.3. Yorgunluk	30
2.9.1.4. Hormonal Nedenler	30
2.9.2. Psiko-Sosyal Nedenler.....	33
2.9.3. Diğer Nedenler.....	36
2.10. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlev Bozukluklarında	
Ebe ve Hemşirenin Rolü	36

3. BİEYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli	43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	43
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	44
3.4. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması.....	45
3.5. Ön Uygulama	47
3.6. Veri Toplama	47
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	47
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	47
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	48
3.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	49

4. BULGULAR

4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	50
4.1.1. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Bazı Sosyodemografik	
Özelliklerine Göre Dağılımı.....	50
4.1.2. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Genel Sağlık Durumları	
ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri.....	52

Sayfa

4.1.3. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Gebelik Öyküleri ve Bebeğini Emzirme Durumları.....	53
4.2. Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	54
4.2.1. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların İfadelerine Göre Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özellikleri.....	54
4.2.2. Tablo 4.2.2. Kadınların Gebelik Öncesi, Gebelikte ve Doğum Sonrası Cinsel İlişkiye Girme ve Ağrı Duyma Durumlarına Göre Dağılımları.....	57
4.2.3. Kadınların Doğumdan Sonraki İlk Cinsel İlişkilerindeki Bazı Özelliklere Göre Dağılımları.....	58
4.2.4. Kadınların Doğum Sonrası Cinsellik ile İlgili Sağlık Personelinden Bilgi Alma Durumları.....	60
4.3. Kadınların EPDS ve IFSF'den Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular.....	61
4.3.1. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) Puanlarına Göre Dağılımları.....	61
4.3.2. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların IFSF (Index of Female Sexual Function) Puanlarına Göre Dağılımları.....	61
4.3.3. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların IFSF ve EPDS Puan Ortalamaları.....	61
4.4. Kadınların Cinsel Sorun Yaşama Durumunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	62
4.4.1. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	62
4.4.2. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Genel Sağlık Durumlarına Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	64
4.4.3. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Üreme Sistemine İlişkin Şikayeti Olma Durumlarına Göre IFSF Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	65
4.4.4. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumlarına Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı...	66

Sayfa

4.4.5. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Obstetrik Öykülerine	
Göre Aldıkları IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	66
4.4.6. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Doğum Sayılarına Göre	
IFSF Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	67
4.4.7. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Son Doğum Şekillerine	
Göre IFSF Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	68
4.4.8. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Bebeklerini Emzirme	
Durumuna Göre Aldıkları IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	69
4.4.9. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Bebeklerini Emzirme	
Durumlarına Göre IFSF Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	70
4.4.10. Doğumdan Sonraki İlk Cinsel İlişkiyi İsteme Durumuna Göre	
IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	71
4.4.11. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Evde Eşi ve Çocuklar	
Dışındaki Kişilerle Kalma Durumlarına Göre IFSF Puan	
Ortalamalarının Dağılımı.....	71
4.4.12. Kadınların EPDS Puanlarına Göre IFSF Puan	
Ortalamalarının Dağılımı.....	72
4.4.13. EPDS Puanı ile IFSF Puanı Arasındaki İlişki.....	72
4.4.14. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların EPDS Puanlarına Göre	
IFSF Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	74

5. TARTIŞMA

5.1. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Genel Sağlık Durumlarının ve Cinsel	
Yaşam Özelliklerinin İncelenmesi.....	75
5.2. Kadınların Aldıkları IFSF Puan Ortalamalarının Kendilerinin ve Eşlerinin	
Sosyodemografik Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	84
5.3. Kadınların Aldıkları IFSF Puan Ortalamalarının Obstetrik Özelliklerine	
Göre İncelenmesi.....	88

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Sayfa

6.1.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Sonuçlar.....	94
6.1.2. Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Sonuçlar.....	94
6.1.3. Kullanılan Ölçeklerde Aldıkları Puanlara İlişkin Sonuçlar.....	96
6.1.4. Kadınların Cinsel Sorun Yaşama Durumunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Sonuçlar.....	96

6.2.ÖNERİLER.....99

KAYNAKLAR.....101

ÖZGEÇMİŞ

EKLER

EK.1. Araştırmanın Yapılmasına İlişkin İzin Belgesi

EK.2. Katılımcı Bilgilendirme ve Onay Formu

EK.3. Veri Toplama Formu

EK.4. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama Formu

EK.5. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği

SİMGELER VE KISALTMALAR

AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
APA	American Psychiatric Association
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
IFSF	Index of Female Sexual Function
TDH	Toplam Doğurganlık Hızı
TÜİK	Türk İstatistik Kurumu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
VIP	Vasoactive Intestinal Polypeptide
NO	Nitric Oxide
NANC	Nonadrenergic/Noncholinergic
PDE - 5	Phosphodiesterase Type V
PPD	Postpartum Depresyon
CİB	Cinsel İşlev Bozukluğu
ACTH	Adenokortikotropik Hormon
GnRH	Gonodotropin Releasing Hormon
HPA	Hipotalamik Pituiter Adrenal
RIA	Rahim İçi Araç

TABLOLAR

Sayfa

4.1.Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	50
4.1.1. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	50
4.1.2. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Genel Sağlık Durumları ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri.....	52
4.1.3. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Gebelik Öyküleri ve Bebeğini Emzirme Durumları.....	53
4.2.Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	54
4.2.1. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların ifadelerine göre Cinsel Yaşamlarına ilişkin Özellikleri.....	54
4.2.2. Kadınların Gebelik Öncesi, Gebelikte ve Doğum Sonrası Cinsel İlişkiye Girme ve Ağrı Duyma Durumlarına Göre Dağılımları.....	57
4.2.3. Kadınların Doğumdan Sonraki İlk Cinsel İlişkilerindeki Bazı Özelliklere Göre Dağılımları	58
4.2.4. Kadınların Doğum Sonrası Cinsellik ile İlgili Sağlık Personelinden Bilgi Alma Durumları	60
4.3. Kadınların EPDS ve IFSF'den Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular.....	61
4.3.1. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) Puanlarına Göre Dağılımları	61
4.3.2. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların IFSF (Index of Female Sexual Function) Puanlarına Göre Dağılımları	61
4.3.3. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların IFSF ve EPDS Puan Ortalamaları.....	61
4.4. Kadınların Cinsel Sorun Yaşama Durumunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	62
4.4.1. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	62
4.4.2. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Genel Sağlık Durumlarına Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	64

Sayfa

4.4.3. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Üreme Sistemine İlişkin Şikayeti Olma Durumlarına Göre IFSF Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	65
4.4.4. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumlarına Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	66
4.4.5. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Obstetrik Öykülerine Göre Aldıkları IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	66
4.4.6. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Doğum Sayılarına Göre IFSF Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	67
4.4.7. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Son Doğum Şekillerine Göre IFSF Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	68
4.4.8. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Bebeklerini Emzirme Durumuna Göre Aldıkları IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	69
4.4.9. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Bebeklerini Emzirme Durumlarına Göre IFSF Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	70
4.4.10. Doğumdan Sonraki İlk Cinsel İlişkiyi İsteme Durumuna Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	71
4.4.11. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Evde Eşi ve Çocuklar Dışındaki Kişilerle Kalma Durumlarına Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	71
4.4.12. Kadınların EPDS Puanlarına Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	72
4.4.13. EPDS Puanı ile IFSF Puanı Arasındaki İlişki.....	72
4.4.14. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların EPDS Puanlarına Göre IFSF Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	74

GRAFİKLER

Grafik 1. EPDS Puanları ile IFSF Puanlarına İlişkin Dağılım Grafiği.....	73
--	----

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Cinsellik, kişiliğin ayrılmaz bir parçası, yaşamın diğer alanlarından ayrı tutulamaz bir yönüdür. Hastalıkta ve sağlıkta temel insan gereksinimidir (1). Bir durum olmaktan ziyade çeşitli anatomik, fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel etmenlerin rol oynadığı çok yönlü bir süreçtir. Bireyin cinsel işlevlerinde rolü olan doku ve organlarının yapısı, fonksiyonları, ruhsal durumu, içinde bulunduğu toplumun örf ve adetleri, inanışları, hatta mevcut yasalar cinselliğini ve cinsel davranış biçimlerini etkiler (2).

Cinsellik duygularımız, düşüncelerimiz, davranışlarımız ve birbirimizle olan etkileşimlerimiz üzerinde büyük etkiye sahiptir ve böylece mental, fiziksel sağlığımızı ve yaşam kalitemizi etkilemektedir. Bu nedenle hayatın vazgeçilmez bir parçasıdır (3).

Cinsellikte “yakınlaşma, bütünleşme, bir olma” gereksinim ve isteği belirgindir. Duygusal paylaşımın yoğunluğu, yakınlaşmayı ve cinsel işlevi belirleyici rol oynamaktadır. Bireyin paylaşımları doğrultusunda davranış biçimleri de değişebilmektedir. Bu da cinselliği bireye ve çifte özgü hale getirmektedir (4).

Cinsel sağlık; cinsel açıdan yalnızca hastalığın olmaması değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden en üst düzeyde tam bir iyilik hali olup, kadın-erkek, genç-yaşlı bütün insanlar için temel bir haktır. Bireyin genetik yapısı, psikoseksüel gelişimi, cinsel deneyimleri, toplumsal değer yargıları, cinsiyete özgü rol ve beklentileri, cinsel inanışları, geçirilen hastalık ve ameliyatlar cinsel davranış ve cinsel sağlığı etkileyen faktörlerdir (1).

Kadın ve erkeğin cinsel işlevlerinde fiziksel, psikolojik ve sosyo-kültürel bu faktörlerin etkisi ile bozukluklar oluşabilmektedir. Birçok faktör ile ilişkili olabilen bu cinsel işlev bozuklukları çok boyutlu bir sağlık sorunu olarak görülmektedir (5,6).

Kadınlarda cinsel problemler; kadının ruhsal durumu, özgüveni, yaşam kalitesi ve diğer kişilerle arasındaki ilişkilerde derin etkilere sahip olan ve sık rastlanılan bir durumdur. Cinsel işlev bozukluğu prevalansı dünyada oldukça yüksektir. Amerika Birleşik Devletleri’nde kadınların %30-50’sinde cinsel işlev

bozukluğu bulunduğu belirtilmektedir (7). Cinsel işlev bozukluğu oranı İngiltere’de %33, İzlanda’da ise %22 olarak saptanmıştır (8). Türkiye’de Çayan ve arkadaşları tarafından 179 kadın ile yapılan çalışmada cinsel işlev bozukluklarının prevelansı ve risk faktörleri incelenmiş, 18-27 yaşlarda %21.7 olan prevelansın 28-37 yaşlarda %25.5, 38-47 yaşlarda % 53.5 olduğu ve yaş ile birlikte giderek arttığı gösterilmiştir (9). Demirezen ve arkadaşları ise birinci basamak sağlık merkezine gelen 40 yaş altı 123 genç kadında cinsel işlev bozukluğu prevelansını % 67.5 olarak belirlemişlerdir (10).

Kadın cinsel işlevleri, gelişim dönemlerinden, yaşanan deneyimlerden etkilenebilmektedir. Gebelik ve doğum da her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir süreçtir. Ancak bu süreç boyunca ve sonrasında meydana gelebilecek fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler çiftlerin yaşamlarında olumlu etkiler kadar, olumsuz sonuçlar da doğurabilmektedir. Bu sonuçlar arasında en önemlilerinden biri cinsel işlevlerdeki değişimlerdir. Cinsel işlevlerde yaşanan sorunlar, kadının ruhsal durumunda, özgüveninde, yaşam kalitesinde, eşi ve diğer bireylerle ilişkilerinde derin etkilere neden olabildiği için özel bir önemi vardır (11,12,13). Kadınların bu dönemde karşılaştıkları cinsel işlev sorunları daha çok cinsel istek, uyarılma, orgazm alanlarında bozukluklar ve cinsel ilişkide ağrı (disparoni, vajinismus) olarak ortaya çıkmaktadır (11,14,15).

Doğum sonrası dönemde; fiziksel (hormon düzeylerindeki değişimler, beden yapısındaki değişimler, üreme sistemi organlarındaki değişimler gibi), psikolojik (postpartum depresyon, rol değişimi) ve sosyo-kültürel faktörler (inançlar, örf ve adetler gibi) cinsel işlevleri etkileyebilmektedir. Bunun yanında gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemlerde alınan sağlık hizmetinin, özellikle danışmanlık hizmetinin içeriği ve kalitesi bu dönemde ortaya çıkabilecek cinsel sorunları çözümlemede önemli olabilir.

Literatürde doğum sonrası dönemde birçok faktörün kadınların cinsel işlevlerini etkilediği belirtilmektedir. Özellikle ileri anne yaşının, yüksek doğum sayısının, müdahaleli doğumların (epizyotomi, vakum, forseps), postpartum depresyonun ve emzirmenin kadınların doğumdan sonraki cinsel işlevleri üzerine olumsuz etkileri olduğu vurgulanmıştır (9,11-13,16-20).

Doğum sonrası cinsel yaşam konusuna çiftlerin eğitim ve danışmanlık hizmeti alma durumları araştırılmış; ancak sağlık çalışanları tarafından bu hizmetlerin yeterince verilmediği, çiftlerin de bu konuda soru sormada rahat olmadıkları saptanmıştır (12,18). Barrett ve arkadaşları yaptığı çalışma sonucunda doğum yapan kadınların sadece %59'unun doğumdan sonra bir sağlık görevlisinin kendisi ile cinselliğe başlama ile ilgili görüşüğünü belirtmiştir. Ancak bu kişilerden de %93'ü kontrasepsiyon ile ilgili görüşüldüğünü, %35'i cinsel ilişkiye girmede doğru zaman ile ilgili görüşüldüğünü ve yalnızca %11'i olası değişimler ve yaşayabilecekleri problemler hakkında görüşüldüğünü belirtmişlerdir. Doğumdan önce ise sadece %30'u cinsellik konusunda birinin onlarla konuştuğunu ifade etmişlerdir (18).

Türkiye'de ise kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansının yüksek olduğunu gösteren araştırma sonuçları bulunmakla birlikte (10,23,25); doğum sonrası dönemde kadınların cinsel işlevlerini ve etkileyen faktörleri, bu konuda aldıkları sağlık hizmetinin yeterliliğini tanımlamaya yönelik bir çalışmaya (yayınlanmış) rastlanmamaktadır.

Doğum sonrası dönem, kadın sağlığını fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan etkileyen bir dönemdir. Cinsel işlev bozukluğunun doğum sonrası dönemde görülmesi, annenin yaşam kalitesinin etkilenmesine, aile içi ilişkilerde (anne-bebek-eş ilişkilerinde) problemler yaşanmasına yol açmaktadır. Bu nedenle bu dönemdeki cinsel işlev bozukluğunun önlenmesi, erken tanı ve tedavisi önem kazanmaktadır (9,11,12,18,19).

Doğum sonrası dönemde kadın cinsel işlevlerini hangi faktörlerin etkilediğinin bilinmesi, kadınların yaşadıkları problemler ve ihtiyaçlarının belirlenmesi sağlık sistemi içinde verilecek hizmetin etkin bir şekilde sunulmasını sağlayacaktır. Bu faktörlerin bilinmesi gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde sağlık personelinin kadına ve aileye yaklaşımında, vereceği eğitimin içeriğini belirlemede, danışmanlık hizmetinde nelere dikkat edeceği ve bireyi ve aileyi nasıl yönlendireceğinde yol gösterici olacaktır.

Cinselliği konuşmanın hala tabu olduğu ülkemizde kadınların bu konuda soru sormak ve yardım istemekten çekinmeleri doğal bir sonuçtur. Onlar için mahrem olan bu konuları konuşmada ve sorunlarının çözümünde; ulaşımı kolay olan, büyük

çoğunluğu kadın olan ve kendilerine yakın buldukları ebe ve hemşireler kilit sağlık personeli konumundadır. Bu nedenle bireye yaşamının hemen her döneminde özellikle üreme sağlığı konusunda daha yakın olan ebe ve hemşirenin bu alandaki rolü önem kazanmaktadır.

Kadınların bu dönemde cinsel yaşamlarında ne tür problemler yaşandığının ve bu problemlerin hangi faktörlerden etkilendiğinin bilinmesi, bu alanda çalışan ebe ve hemşirelerin konuya daha duyarlı yaklaşımlarını ve daha kaliteli bir hizmet sunmalarını sağlayacak, dolayısı ile doğum sonrası dönemde hizmet verdikleri kadın ve ailesinin yaşam kalitesini geliştirmeye katkı sağlayacaktır.

1.2. Araştırmacının Amacı

Kadının cinselliğinin yüksek oranda etkilendiğı, cinsel sorunların sıkça yaşandığı doğum sonrası dönemi etkileyen faktörleri bilmek önemlidir. Birçok kadın ve birçok sağık çalışanı bu dönemde yaşanan fiziksel ve fonksiyonel değışiklikler hakkında konuşmada isteksiz ve çekingen davranırlar. Bu da muhtemelen bu konudaki bilgi yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Cinsellik hakkında iyi bir danışmanlık hizmeti sunmak; cinsel sorunların tanılanması ve tedavisi için bireyleri yönlendirebilmek, sağık çalışanlarının bu dönemde yaşanan sorunlara ve çözümlerine ilişkin yeterli bilgiye sahip olması ile mümkündür.

Bu çalışmada; doğum sonrası dönemdeki kadının cinsel işlevlerini ve cinsel işlevlerinin niteliğini etkileyen faktörleri ortaya çıkarmak ve böylece kadın sağığı alanında çalışan hemşirelere/ebelere ve diğersağık çalışanlarına bu dönemde verecekleri sağık hizmetini planlanmalarında öneri getirebilmek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadın Genital Organları ve Cinsel İşlevlerdeki Roller

2.1.1. Dış Genital Organlar

Labia Majör: Mons Pubisten arkaya doğru uzanan ve giderek incelerek perine ile birleşen yağ ve bağ dokusu kıvrımlarıdır. Diğer dış üreme organlarını çevreler ve korurlar. Erkekteki skrotumun karşılığıdır. Dış yüzü pubik kıllarla örtülüdür. Ter bezleri, yağ bezleri ve birçok sinir ucu içerir. İç yüzü ise ince, duyarlı ve kılsızdır. Dokunma ya da bası ile uyarılır ve erkekteki skrotumun uyarılmasına benzer duygular uyandırır. Labia majör cinsel yanıt sırasında istek fazında yassılaşır, uyarılma fazında şişer, çözülme aşamasında ise yeniden eski boyutuna geri döner (21,22,23).

Labia Minör: Labia Majörlerin altında, arkaya doğru uzanan küçük dar katlantılardır. Vajinal ve üretral açıklığı korurlar. Damar ve sinir yönünden zengin, cinsel uyarılara duyarlıdır. Lateral ve anterior yüzeyleri genellikle pigmentedir. İç yüzeyleri vajinal mukozaya benzer şekilde pembe ve nemlidir. Cinsel uyarılar ile konjesyonu artar ve kabarık bir hal alır (21,22,24).

Vestibul: Labia minörlerin arasındaki üçgen şeklindeki sahadır, yüzeyi ince mukozal bir yapıya sahiptir. Vestibula üretra, vajina ve iki taraflı bartholin bezleri açılır. Ayrıca himen de vestibulda yer alır. Üretra kısa, tübal bir organdır ve mesanedeki idrarın dışarı atıldığı yoldur. Üretral açıklık klitoris ve vajinal açıklığın arasında yer alır. Üretranın hemen girişinde, arka yan duvarında skene bezleri (paraüretral bezler) bulunur. Erkeklerde prostat bezinin karşılığıdır ve çok az miktarda muküs salgılayarak vestibuldeki nemliliğe katkıda bulunur. Vajinal açıklık, üretral açıklık ve anüs arasında yer alır. Hemen girişinde himen adı verilen ve vajinal açıklığı kısmen örten müköz membran bulunur. Menstrüel kanın ve vajinal salgıların akmasına izin verir. Vajinanın girişinde deri kıvrımlarının arasında bartholin bezleri bulunur. Her iki yanda vajinaya göre saat 4 ve 8 hizalarında olmak üzere toplam 2 tanedir ve ince kanalları aracılığı ile vajinanın girişine himenin önüne açılırlar. Bu bezler erkekteki cowper bezinin karşılığıdır ve cinsel uyarı sırasında bir miktar salgılayarak vajinanın kayganlığını sağlar (21,22,25).

Perine: Vajinal açıklıktan anüse kadar olan cildi pürüzsüz bir alandır. Perineal doku çok sayıda sinir ucu içerir, bu nedenle dokunma ve diğer cinsel uyaranlara duyarlıdır. Bölge cilt altında idrar ve dışkı işlevlerinin kontrolünü sağlayan kasları barındırır. Bu kaslar doğum eylemi esnasında da bebeğin doğumuna yardımcı olurlar. Bazen bebeğin doğumunu kolaylaştırmak amacıyla perineye bir kesi yapılması gerekebilir, buna epizyotomi adı verilir. Bu kesinin amacı bebek doğarken bu bölgenin kontrolsüzce yırtılarak perine kaslarının zarar görmesini engellemektir (21,24).

Klitoris: Vestibulün ön kısmında, labia minörlerin birleşme yerinde yer alan 4-6 cm uzunluğunda bir yapıdır. Çok fazla sinir ucunun ulaştığı erektile bir dokudan oluşmuştur. Her biri simfizis pubisin periostuna tutunan iki küçük erektile korpustan ve duyusal sinir uçlarının sonlandığı küçük bir yapı olan glans klitoristen oluşur. Glans, kısmi olarak labia minör tarafından çevrelenir. Anatomik olarak erkekteki penisin karşılığı olan yapıdır. Penisten çok daha küçük olmasına rağmen, penis kadar fazla sinir ucuna sahiptir ve benzer dokulardan şekil alır. Tek fonksiyonu cinsel hazdır. Kadın erektile dokuları, cinsel uyarıya cevap verir. Klitoris ve labiaların cinsel uyarılması, bu yapıları besleyen arterlerde dilatasyona neden olur ve sonuç olarak kanlanma ile birlikte klitorisin ereksiyonu ve labiaların kabarıp şişmesine neden olur. Uyarılma devam ederse orgazm ile sonuçlanır (21,25,52).

2.1.2. İç Genital Organlar

Vajina: Vestibuldaki vajinal açıklıktan serviks kadar uzanan 7-10 cm boyundaki kanal şeklinde müsküler bir organdır. Üretra ve mesanenin arkasında, rektumun önünde yer alır. PH'ı asittir. Bu da enfeksiyondan koruyucu bir faktördür (21,22). Menstrüel kanın dışarı atılması vajina aracılığıyla sağlanır. Genişleme kapasitesine sahip bir organdır. Doğum sırasında bebeğin geçişine izin verecek ölçüde genişleyebilir. Ayrıca cinsel heyecanlanma fazı boyunca boyutu ve şekli, cinsel ilişki sırasında penisi barındıracak şekle gelebilir özelliktedir. Cinsel uyarılma sırasında meydana gelen konjesyon, vajinal duvarda kalınlaşmaya neden olur (erkekteki ereksiyona eşit). Bu da lubrikasyonu sağlayan salgının üretilmesine neden olur (21).

Uterus: Mesanenin arkasında, rektumun önünde yer alan ortada kavitesi olan ters bir armut şeklinde kaslı bir organdır. Ortalama 7-8 cm uzunluğunda, 3,5-4 cm genişliğinde ve 2,5 cm kalınlığında ve öne yatık pozisyonundadır (anteversiyon).

Fundus, korpus, isthmus ve serviks olarak dört kısma ayrılır. Uterin duvarlar üç tabakadan oluşur. En dışta saran tabaka perimetrium; doğum, orgazm ve menstrüel kanın akışı sırasında kontrakte olan düz kas liflerinden yapılmış myometrium tabakası; en içte salgı yapan epitel hücrelerden, bağ dokusu ve salgı bezlerinden oluşan endometrium tabakası. Endometrium tabakası, over hormonlarının etkisi ile puberteden menapoza kadar ortalama 28 günde bir değişime uğrayarak vücuttan menstrüel kanama şeklinde atılır ve tekrar oluşur (menstrüel siklus).

Cinsel yanıtın istek ve uyarılma fazında serviks ve korpus genişleyerek yükselir. Orgazm fazında uterus, fundustan alt uterin segmentlere doğru kasılır. Çözülme fazında ise uterus yeniden eski boyutuna ve yerine geri döner. Cinsel uyarılma sırasında uterin ve servikal bezler salgıları ile lubrikasyona katkıda bulunurlar (21,28).

Fallop Tüpleri: Yaklaşık 10 cm uzunluğunda ve 0,6 cm genişliğinde tüp şeklinde organlardır. Uterus ile overler arasında uzanırlar ve üst yan yüzünden uterin kaviteye açılırlar. İnfundibulum, ampulla ve isthmus olarak üç kısımda incelenirler. Ovulasyonla overlerden atılan ovumun uterusu taşımasını sağlayan bir yol görevi görür. Silialar ve ritmik müsküler kontraksiyonlar ile ovum uterusu taşınır. Fertilizasyon da genellikle tüplerde meydana gelir (22,24).

Overler: Fallop tüplerinin fimbrial uçlarına yakın, badem şeklinde ve büyüklüğünde organlardır. Pozisyonlarının korunması birçok ligament tarafından sağlanır. İki görevi vardır. Ovulasyon ve hormon (östrojen, progesteron, testosteron) ifraz etmek.

Göğüsler: Üreme organı değildir ancak kadınları erkeklerden ayıran ve kadın cinselliğinde önemli rolü olan organlar olduğu için önemlidir. Göğüsün dış kısmında bulunan areola ve göğüs ucu görülen yapılardır. Göğüs ucu merkezdeki çıkıntılı yapı, areola ise onu çevreleyen koyu renkli alandır. Göğüs uçlarında ve areola yüzeyinde görülen küçük kabarcıklara montgomery tüberkülleri denir ve özellikle emzirme sırasında göğüs uçlarının ıslaklığını sağlayan bir salgı üretirler. Ayrıca areola civarında kıllanma olabilir. Bu kıllar hormonal değişikliklere cevap verirler (Örneğin hormon içeren ilaçlar alındığında artabilirler). Göğüs uçlarında çok fazla sinir ucu bulunur. Bu nedenle örneğin soğuğa maruz kaldığında veya cinsel uyarı ile meme ucunun etrafındaki küçük kaslar kasılır ve göğüs ucu erekte olur (21,22,25).

2.1.3. Pelvik Taban

Kemik pelvisin tabanını oluşturur. Kaslar, ligamentler ve fasiadan oluşmaktadır. Pelvik taban, üretra vajina ve rektum için sfinkter gibi görev alır ve doğuma olanak sağlar. Üst ve alt pelvik diyafram ve iki diyaframı bağlayan veziko-vajinal ve rekto-vajinal bölme, perineal cisim ve koksiksten oluşmaktadır. Pelvik taban bütünlüğünü sağlayan diğer yapılar transvers servikal ligamentler ve musculus gluteus-maximustur (22,24).

Üst pelvik diyafram endopelvik fasiya, uterosakral ligamentler ve levator ani kaslarından (pubococcygeus bölümünü içerir) oluşan bir muskulofasiyal bir yapıdır. Alt muskulofasiyal pelvik diyafram, ürogenital diyafram ve vulvanın dışındaki sfinkter kaslarını içermektedir (iskiokavernöz, bulbokavernöz ve transvers perineal kaslar). Bu yapılar, klitoris ve vestibular bulbus ile sıkı bir ilişki içinde olup istemli kontraksiyonlar ile çiftin orgazmı daha yoğun yaşamasına katkıda bulunur (24,35).

Pelvik taban orta kısmından üç kanallı yapı tarafından delinir: üretra, vajina ve rektum. Her biri pelvik tabanı farklı açılarla geçer ki bu durum pelvik kasların sfinkter gibi işlemlerini sağlar. Bu durum fetüsün doğum kanalından geçişi sırasında kanalın açılmasına ve doğum sonrasında kapanmasına olanak sağlar (24,29).

Pelvik tabandaki çizgili kaslar kendi fasyal bağlantıları ile çalışarak, pelvik organların prolapsusunu önler, kontinansı sağlar ve kadının cinsel aktivitesinde rol oynarlar (29). Yaşlanma, menapoz, nöropati ve çok sayıda vajinal doğuma bağlı olarak pelvik taban kaslarının gevşemesi ya da hipotoni olması durumunda; vaginal anestezi, anorgazmi ve cinsel birleşme ya da orgazm sırasında inkontinans gelişebilir (24,35).

2.2. Kadın Cinsel Yanıtında Nörojenik Mediatörler

Nörojenik mekanizmalar, vajinal ve klitoral düz kas tonüsünün düzenlenmesine katılırlar. Çalışmalar, vasoaktif intestinal polipeptit (vasoactive intestinal polypeptide-VIP) ve nitrik oksitin (nitric oxide-NO) vajinal relaksasyon ve sekretuar süreçlerde rol aldığını göstermişlerdir. NO labial ve klitoral konjesyonda primer mediatördür.

VIP bir noradrenerjik/nonkolinerjik (nonadrenergic/noncholinergic-NANC) nörotransmitterdir ve NO gibi vajinal kan akışı, lubrikasyon ve sekresyonları

arttırmada rol oynar. Ayrıca insan klitoris, vestibuler bulbus ve vajinal düz kas kültürlerinde PDE tip 5 (Phosphodiesterase type V) belirlenmiştir (30).

2.3. Kadın Cinsel İşlevlerinde Önemli Hormonlar

Hormonlar, kadın cinsel işlevlerini düzenlemede önemli rol oynarlar.

Östrojen: Estradiol düzeyleri, periferik ve santral sinir sistemi hücrelerini ve sinir iletimini etkiler. Östrojenler vazoprotektif ve vazodilatör etki ile vajinal, klitoral ve üretral arteriyel kan akımını artırır. Böylece pelvik arter ve arteriollerini arteriosklerotik oluşumlardan koruyarak kadın cinsel yanıtının sürdürülmesini sağlar. Östrojen düzeylerinin azalması cinsel işlevlerde belli derecede değişim meydana getirir. En yaygın cinsel şikayetler, cinsel arzuda azalma, cinsel aktivite sıklığında azalma, ağırlı cinsel ilişki, cinsel yanıtta azalma, orgazma ulaşmada zorluk ve genital duyarlılıkta azalmadır (30,31).

Androjenler: Androjen hormonları steroid hormonlar olup adrenal glandlardan ve gonadlardan salgılanmaktadır (32). Androjenlerin hipofiz, kemik, yağ dokusu, böbrek, iskelet sistemi, kan, overler, uterus, vajina, klitoris ve meme glandları, sekonder seks karakterleri gibi birçok sistemi düzenleyici etkileri vardır. Kemik dansitesine, cinsel isteğe, ruh durumuna ve iyi hissetmeye etki ederler. Vücuttaki androjen dengesizliği kendini kadınlardaki reproduktif ve cinsel işlevler üzerine genel bir isteksizlik olarak gösterir (31).

Testesteron, cinsel yanıtta rol oynayan dopamin, oksitosin ve santral etkili noradrenalin gibi merkezi nörotransmitterlerin regülasyonunu sağlayan bir androjendir. Düşük testesteron seviyeleri cinsel uyarılma genital duyarlılık libido ve orgazm bozuklukları ile ilişkilidir. Pubik kıllanmada azalma ve genel hoşnutsuzluk görülebilir (30).

2.4. Kadın Cinsel İşlevinin Fizyolojisi

1960'lara kadar, insan bedeninin cinsel uyarıya cevabı hakkında çok az bilgi mevcuttu. 20.yüzyılın başlarında (1906) cinsel cevap, genital organlardaki erektil dokunun kabarması, şişmesi ve tekrar eski haline gelmesi/inmesi olarak özetlenmiştir. 1950'lerde kadınların bir kerede birden fazla orgazm olup olmadıkları ve vajinal lubrikasyonun kaynağı tartışılmıştır. Kinsey ve arkadaşlarının 1953

yılında, cinselliğin epidemiyolojisi ile ilgili yaptığı çalışma ise cinsellikle ilgili ilk bilimsel yaklaşım olarak yerini almıştır (21,30,33).

2.4.1. Cinsel Yanıt Modelleri

Cinsel cevap siklusunu açıklamak için farklı modeller öne sürülmüştür. Araştırmacılar, siklustaki olayların meydana geliş sırasında ortak görüşte olmalarına rağmen, cinsel siklus fazlarının sayılarıyla ilgili farklı görüşler ileri sürmektedirler (21).

2.4.1.1. Masters and Johnson Modeli (4 Faz Modeli)

William Masters ve Virginia Johnson çalışmalarında cinsel uyarıya fiziksel cevapları dikkatlice gözlemleyerek ölçmüşler ve insan cinsel cevap siklusunun ilk objektif ve detaylı portresini ortaya koymuşlardır. Masters ve Johnson' u insan cinsel cevap (1966) modeli için kadınlarda 10000'den fazla, erkeklerde 2500'den fazla cevap siklusu sonuca götürmüştür. Onların bulguları, diğer benzer araştırmalara karşı bir standart getirmiş ve yaygın olarak kabul edilmiştir.

Masters ve Johnson, cevap siklusunu 4 faza bölmüşlerdir: heyecan, plato, orgazm ve çözülme fazları (21,25,43).

2.4.1.2. Kaplan Modeli (3 Faz Modeli)

İyi bilinen bir cinsel terapist olan Helen Singer Kaplan, Masters ve Johnson'un dört fazlı yaklaşımını değiştiren bir cinsel cevap modeli öne sürdü (1974, 1979). Cinsel cevabı, cinsel arzu, heyecan ve orgazm olarak 3 faza ayırdı. Kaplan'ın modelinin Masters ve Johnson modelinden farkı, cinsel arzu fazını eklemesi ve çözülme fazını kaldırmasıdır.

Kaplan'ın modelinde subjektif bir nokta dikkat çekicidir. Birçok insan cinsel cevap sırasında arzu, heyecan ve orgazmı algılayabilir. Ancak bazı insanlar Masters ve Johnson'ın tanımladığı heyecan ve plato fazları arasındaki farkı ayırt edebilir (21,30,33).

2.4.2. Cinsel Yanıt Döngüsü

Cinsel cevaptaki her evre tek tek tanımlansa da birey cinsel uyarı sırasında bu fazları ara vermeden yaşar. Algılanan duygular ve fiziksel cevap birlikte devam eden süreçlerdir. Masters ve Johnson bireysel çalışmalarında cinsel cevabın fizyolojik boyutunun temel olarak benzer olmasına rağmen kişiler arasında psikolojik boyutta çeşitli derecelerde farklılıklar olduğunu görmüşlerdir. Bu durum iki insanın cinsel cevabının tümüyle aynı olmadığını ve farklılıkların olması da her zaman kişinin cinsel yanıtında bir eksiklik ya da anormallik olduğunu göstermediğini kanıtlar (21).

2.4.2.1. Cinsel İstek Fazı

Cinsel istek veya libido; cinsel aktivite için duyulan arzu ya da eğilim, cinsel aktiviteye götüren bir başlangıçtır (American Psychiatric Association 1987). Meydana gelmesi için, zihnin cinsel fanteziler ve yüksek cinsel hormon düzeyleri ile beslenmesi gerekir (1,26). Bireyler harekete geçmelerine neden olan ya da cinsel uyarılara cevap olan özel bazı hisleri ile cinsel isteğin farkına varırlar. Cinsel arzu aktifleştğinde, kişi kendini huzursuz, seksi ve sekse açık olarak hisseder. İnaktif olduğunda ise erotik olgulara ilgi duymaz ve sekse isteğini kaybeder (Kaplan 1979) (21).

İnsanda cinsel arzu yaratan heyecanlar veya olaylar beyinde cinsel merkez olarak bilinen spesifik alanı harekete geçirir. Bu merkezin, beynin ‘haz alma merkezi’ ile bağlantıları vardır. Haz alma merkezi cinsel aktivite boyunca uyarıldığında erotik aktiviteyi keyif verici bir yaşantıya çevirir. Beynin cinsel merkezinin ayrıca alt spinal kordaki ‘ereksiyon merkezi’ ile de sinirsel bağlantıları vardır. Cinsel uyarılar ile bu bağlantılar erkekte ve kadında erektıl dokulardaki kan akımının artmasını sağlar. Cinsel arzu arttığında ereksiyon ve lubrikasyon daha çabuk gerçekleşir (1,21).

Zihinde bireye çekici gelen bir kişinin görüntüsü, çeşitli kokular, sesler, dokunuşlar, tatlar ya da beyinde yaratılan bazı imajlar cinsel fantezileri oluşturur ve bu gibi cinsel fanteziler beynin cinsel merkezini aktive eder. Cinsel uyum, bireylerin tercihleri, psikolojik durumları ve çevresel faktörler cinsel isteği etkileyen faktörlerdir (1,21,26).

Testesteron kadında ve erkekte cinsel arzuyu kontrol eden bir hormondur. Erkeklerde çoğu testislerde, bir kısmı ise adrenallerde olmak üzere günde 6-8 mg testesteron üretilirken; kadınlarda ise overlerde ve adrenal bezlerde günde 0,5 mg testesteron üretilir. Testesteron seviyelerindeki düşme, hem kadında hem erkekte cinsel arzuyu azaltır. Ayrıca erkeklerde ereksiyona ulaşma ve sürdürebilme yeteneğinde de azalmaya neden olur (21,30).

2.4.2.2. Heyecanlanma Fazı

Bu faz erotik cevabın başladığını gösterir. Seksin doğasına bağlı olarak bu faz birkaç dakikadan birkaç saate kadar uzayabilir. Genel olarak her iki cinsiyette de temel cevap, pelvik vazokonjesyon ve kaslarda meydana gelen kontraksiyonlardır. Heyecanlanma fazı boyunca fiziksel ve psikolojik uyarılar özellikle pelvik bölgedeki yüzeysel ve derin dokularda vazokonjesyona neden olur. Kan içeriği artan bu dokular daha kırmızı, sıcak ve kabarık duruma gelir. En belirgin özellik ise bu organların içerdiği erektile dokulardaki şişme ve kabarıklıktır. Bunlar klitoris, labialar, vajinal açıklıktır (erkekte penis). Vazokonjesyon ayrıca kadında meme ucu ereksiyonuna ve meme boyutunda artmaya neden olur (21,25). Bu faz boyunca meydana gelen en açık gösterge vazokonjesyon ve vajinanın lubrikasyonudur (erkekte penisin ereksiyonu). Vajinal lubrikasyon, vajina duvarındaki vazokonjesyon nedeniyle oluşan transüda özelliğindeki sıvının vajinal duvara sızması ile oluşur (48,49). Bu süreç transüstasyon adını alır. Vajinanın iç yüzünde salgı bezi yoktur. Bu nedenle bu salgı glandular bir sekresyon değildir. Vajinal lubrikasyon, penisin vajinaya girşinin daha kolay ve rahat olmasını sağlar. Sıvının yoğunluğu ve miktarı kadınlar arasında farklılıklar gösterir. Menapoz dönemindeki kadınlarda vajinal kanalda incelme ve lubrikasyonda azalma eğilimi vardır. Lubrikasyon miktarı cinsel ilişki için kadının psikolojik açıdan hazır ve istekli olduğunun kesin göstergesi olmayabilir. Vajinal lubrikasyon varlığı her zaman kadının cinsel uyarılmasının cinsel ilişki için yeterli olduğunu ifade etmez.. Bu fazda kas kasılmalarında artış (miyotoni) belirgindir. Cinsel aktivite boyunca miyotoni, vazokonjesyondan daha yavaş gerçekleşir ve her ikisi de istemli ya da istemsiz olabilir. Faz boyunca her iki cinsiyette de nabız hızında, solunum hızında ve kan basıncında artış görülür. Ayrıca

beden ısısında artış olur. Vazokonjesyon ve miyotoni, otonom sinir sistemi, özellikle parasempatiklerin etkisi ile meydana gelir (1,25,43,44).

Erkek ve kadının bu faz boyunca uyarılma derecesinde değişiklikler görülmesi yaygındır. Çok şiddetli uyarılar veya beklenmedik kesintiler cinsel heyecan gelişimini engelleyebilir (21).

Plato Fazı

Bu faz, heyecan fazı boyunca meydana gelen olayların devamıdır. Bu nedenle heyecan fazının ne zaman bitip plato fazının başladığının farkına varılması zordur. Plato fazı bir dakika sürebildiği gibi, orgazmın isteyerek ertelenme durumuna bağlı olarak daha uzun da sürebilir. Vazokonjesyon plato fazı boyunca artmaya devam eder. Bu da genitalerin ve göğüslerin şişmesinde artma ile sonuçlanır. Ayrıca labia minör kırmızılaşır ve birçok kadın ve erkekte ciltte renk değişiklikleri (seks flush) oluşur ve göğüs altından göğüs ucuna, boyuna ve başa doğru yayılır. Vazokonjesyon ayrıca orgazmik platform oluşmasına neden olur. Vajinanın 1/3 alt kısmında şiddetli kontraksiyonlar oluşur ve bu da peniste kavrama etkisi yaratır. Faz boyunca miyotoni artar ve oldukça belirgin hale gelir. Özellikle yüzde, boyun, kollar ve bacaklarda karpopedal spazmlar meydana gelir. Karpo-pedal spazmlar, el ve ayak kaslarındaki spastik kontraksiyonlardır ve bu uzantıların pençe gibi görünmesine neden olur. Uyarının plato fazı boyunca devam etmesi, nabız hızının, solunum hızının ve kan basıncının artması ile sonuçlanır (21,25,83).

2.4.2.3. Orgazm Fazı

Cinsel cevap siklusunun en kısa fazıdır ve sadece 3-15 saniye sürer. Birey orgazm yaşamasına rağmen hala beklediğini düşünebilir. Hem kadın hem erkek için şiddetli pelvik vazokonjesyon ve vücuttaki miyotonin getirdiği nöromusküler gerginliğin patlayıcı bir boşalımdır (21,47). Kadında orgazmik platformdaki ritmik kontraksiyonlar 0,8 saniye aralıklarla meydana gelir (1,26,49). Kadın orgazmı sıklıkla erkek orgazmından daha uzun sürer. Kalbin aşırı aktivitesi nedeniyle orgazm taşikardiye neden olur ve 100-180/ dk kadar çıkabilir. Orgazmın diğer fiziksel göstergeleri kaslarda şiddetli miyotonidir. Karpo-pedal spazma bağlı el ve ayak kaslarında kontraksiyonlar ve şiddetli kavrama hareketleri meydana gelir. Kas

spazmları ve istemsiz kontraksiyonlar meydana gelir. Yüz kaslarındaki istemsiz kasılmalara bağlı kişi kaşlarını çatabilir, yüzünü buruşturabilir. Bedenin oksijen ihtiyacındaki artışa cevap olarak istemsizce ağzı açık olabilir. Kollarda bacaklarda sırtta alt abdomende benzer kasılmalar görülebilir. Ayrıca *seks flush* bu fazda pik yapar (21,25).

Kadın Orgazmı

Kadınlar, orgazmı klitoristeki şiddetli duyarlılığın zirveye ulaşmasını takiben askıya alınmış bir duygu ile yaşarlar. Duyarlılık daha sonra pelvise doğru ilerler. Bazıları bu hissi doğum ağrısı gibi tarif edebilir. Bazıları ise uyarıları pelviste zonklamalar, vurumlar tarzında hisseder. Araştırmacılar seks organlarını cinsel uyarılara duyarlı yapan faktörün içerdikleri çok sayıdaki sinir ucu olduğunu ifade etmektedir. Kadında sinir uçları en yoğun klitoriste bulunmakta, vajinal duvarda ise çok fazla bulunmamaktadır. Cinsel ilişki boyunca şişen labia minörler, vajinanın uzantısı olarak vazife görürler ve penisin vajinanın içine ve dışına hareketinde meydana gelen sürtünme, alınan hazzı artırır. Orgazm, biriken müsküler ve sinirsel gerilimin bir seri istemsiz ve haz verici müsküler kontraksiyonlar ile ani olarak serbest bırakılmasıdır. Ayrıca pelvik dokularda biriken kanın da dağılmasına neden olur. Bazı kadınlar orgazmı kontraksiyonsuz yaşarken, birçok kadın vajinada, uterus ve rektumda kontraksiyonlar hisseder (21,25).

Kadınların orgazmı tek şekilde yaşamadığı farklı araştırmacılar tarafından belirtilmiştir. Sigmund Freud, kadın orgazmının iki tipi olduğunu öne süren ilk kişidir. Freud, kadınların direkt klitoral uyarı ile klitoral orgazm yaşadığını, vajinal uyarı sonunda ise vajinal orgazma ulaştığını öne sürmüştür (21).

Singer (1972) ise vulval, uterin ve karma (blended) orgazm olarak üç tipi olduğunu öne sürmüştür. Araştırmacı, vulval orgazmı, klitorisin dokunma veya cinsel ilişki sırasında uyarılması ile genital alanda istemsizce meydana gelen ritmik kontraksiyonlar olarak tarif etmiş ve kadınların şiddetli fiziksel doyum yaşadıklarını belirtmiştir. Uterin orgazmı ise genellikle cinsel ilişki sırasında penisin daha derin bölgeleri uyarılması ile oluşan, solunum değişiklikleri ile seyreden (diyaframdaki gerilmeye bağlı), istemsiz soluk tutma ve güçlü, patlayıcı bir soluk verme ile sonuçlanan bir orgazm olarak tarif etmiştir. Uterin orgazmın daha çok emasyonel

doyum yarattığını belirtmiştir. Karma (blended) orgazmı ise vulval ve uterin orgazmın birlikte yaşandığı tip olarak tarif etmiştir. Kadınların bu tip orgazm yaşadıklarında hem fiziksel hem duygusal doyum yaşadıklarını savunmuştur (21,53).

2.4.2.4. Çözülme Fazı

Orgazm tamamlandığında beden çözülme fazına girer ve fiziksel olarak uyarısız durumuna geri döner. Nöromüsküler tansiyon sona erer ve beden derin bir gevşeme durumu alır. Kan damarlarındaki vazokonstriksiyon yerini vazodilatasyona bırakır. Terleme görülür. Hiperventilasyon ve taşikardi bir süre devam edebilir (28). Labialar, klitoris, meme uçları ve göğüslerde vazokonjesyon hızlıca azalır ve eski haline döner. Eğer herhangi bir cinsel uyarı yoksa, çözülme hemen orgazm sonrası başlar. Değişikliklerin bazıları hızlıca olurken bazıları daha yavaş olur. Örneğin yüzeysel miyotoni (yüzeysel kaslardaki tonüs artışı) 5 dk içinde ortadan kalkarken, derin miyotoni daha hızlı kaybolur (1,21,26).

Çözülme fazı boyunca farklı reaksiyonlar gözlenir. Bazı insanlar derin bir gevşeme veya uyku ihtiyacı duyarken bazıları rahatlamış hisseder ama enerjiktir. Bazıları yalnız kalmak isterken bazıları yakın olmak, bazıları konuşmak isterken bazıları sessizlik ister (21,25).

2.5. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması

DSM-4 (Diagnostic and Statistical Manual and Mental 12 Disorder- Fourth Edition)'e göre cinsel işlev bozukluklarının (CİB) sınıflandırılması şu şekilde yapılmaktadır (88,89,90):

1. Cinsel İstek Bozuklukları
 - a. Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu
 - b. Cinsel Tiksinti Bozukluğu
2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları
3. Orgazmik Bozukluklar
4. Cinsel Ağrı Bozuklukları
 - a. Disparoni
 - b. Vajinismus

5. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı CİB
6. Madde Kullanımının Yol Açtığı CİB
7. Başka Türü Adlandırılamayan CİB

2.6. Kadında Görülen Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri

Kadınlarda cinsel işlev bozukluğu, biyolojik, psikolojik, tıbbi, kişisel ve sosyal yönleri olan çok yönlü bir durum olarak ele alınmaktadır (91). Kadında görülen cinsel işlev bozukluklarının nedenlerini şu şekilde özetleyebiliriz:

Psikojenik nedenler (düşük benlik saygısı, beden imajında değişim, başarısızlık korkusu, suçluluk duygusu, psikiyatrik rahatsızlıklar),

Endokrinolojik nedenler,

Vasküler nedenler,

Nörojenik nedenler (multipl skleroz, spinal kord yaralanması),

Müsküler nedenler,

İlaç kullanımına ilişkin nedenler(antihipertansifler, psikotropikler ve antidepresanlar)

Kürtaj ve infertilite,

Hamilelik ve doğum,

Yaşlanma, menopoz,

Enfeksiyonlar, hastalıklar (hipertansiyon, diyabet, kalp hasarlıkları, pelvik kanserler, meme kanseri),

Ameliyatlar (pelvik ameliyatlar, meme ameliyatları).

Ayrıca cinsel mitler, kültür ve diğer toplumsal etkenlerin; sigara ve alkol kullanımının; eşler arasındaki uyumsuzluk, iletişim sorunları ve partnerdeki cinsel işlev bozukluklarının da cinsel işlev bozukluklarının oluşumunda ve devamında rolü bulunmaktadır (1,36,30,31,89).

2.7. Doğum Sonrası Dönem

Doğum eylemi sona erdikten, bebek ve plasenta doğduktan sonra başlayarak, annede gebelik süresince meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişikliklerin ortadan kalkması ve bütün sistemlerin özellikle üreme organlarının gebelik öncesi durumlarına dönmeleri ile sonlanan sürece puerperium

(postpartum=postnatal=doğum sonu dönem=lohusalık) denir. Bu zaman periyodu 6-8 haftalık bir süreyi kapsar (22,24,59,63,64). Bu dönemdeki annenin organ ve sistemlerinin gebelikten önceki halini alması aylarca sürebilir (60).

Doğum sonrası dönem genellikle 3 döneme ayrılır (61,62).

1. Doğumdan hemen sonrası dönem; Doğum sonrası ilk 24 saati kapsar.
2. Erken doğum sonrası dönem; Doğum sonrası ilk haftayı kapsar.
3. Geç doğum sonrası dönem; Doğum sonrası 2. haftanın başlangıcıyla başlayıp 6 haftaya kadar süren ya da 3 ayı kapsayan bir dönemdir.

Doğumdan sonraki ilk dönem, önemli ve hızlı fizyolojik değişikliklerin meydana geldiği riskli bir dönemdir. Sonraki dönemlerde ise değişimler daha yavaş meydana gelir. Bu dönem, annede meydana gelen gerileyici (retrogressive) ve ilerleyici (progressive) değişikliklerle karakterizedir. Gerileyici değişiklikler uterus, vajina ve diğer genital organların ve sistemlerin gebelik öncesi durumlarını alma sürecidir. İlerleyici değişiklikler ise laktasyona hazırlanan göğüslerde meydana gelir (22).

Gebelikte birçok sistemde değişiklik meydana geldiğinden puerperal dönemdeki değişimlerin de yine bu sistemlerde olması beklenir. Üreme sistemi gibi diğer sistemler de gebelik öncesi durumlarına dönerler. Bu sistemler öncelikli olarak; endokrin sistem, üriner sistem, gastrointestinal sistem, kardiovasküler sistem, nöromusküler ve duyuşal sistemdir (22,63,64).

2.8. Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Yaşam ve Yaşanan Cinsel Sorunlar

Kadın cinsel işlevi, yaşam kalitesi için önemli bir bileşendir ve çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler tarafından etkilenir (50,84). Doğum ise, kadının üreme çağı boyunca yaşadığı fiziksel ve psikososyal dönemler içinde, kadın cinsel fonksiyonlarına etkisi ile önem kazanan temel bir yaşantıdır. Etkisi günler, aylar hatta yıllarca sürebilen bir faktördür. Doğumun kadının cinsel işlevlerini etkilediğini gösteren önemli çalışmalardan biri Botros ve arkadaşlarının ikiz kadınlar üzerinde yaptığı çalışmadır. Çalışmanın ikiz kadınlar üzerinde yapılması ile genetik faktörler ekarte edilmiştir. Yaş ve doğum tipinden bağımsız olarak cinsel işlevler araştırılmış, doğum yapmayanlarda doğum yapanlara göre

cinsel işlevlerin daha iyi olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, doğumun cinsel işlevleri etkilediğini göstermektedir (50).

Doğumun sonucu olarak annede, çiftin cinselliğini etkileyen çeşitli fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Overler ovulasyona tekrar başlamadan önce vajinanın vazokonjesyonu ve lubrikasyonu yeterli değildir ve eski haline dönmesi zaman alır. Bu nedenle kadınlar daha kısa ve zayıf orgazm yaşadıklarını belirtirler (132). Ayrıca bu dönemde vajinal duvarlar gebelik öncesi döneme göre daha incedir ve bu durum muhtemelen östrojen azlığına bağlıdır. Orgazm sırasında kan akımındaki artışa bağlı olarak parlak kırmızı renkten, daha koyu kırmızı bir renge dönüşen labia minör, bu dönemdeki kadınlarda daha soluk renkli olur, vazokonjesyon yetersizdir. Post partum dönem 3. ayda vajina ve uterus eski haline geri döner, labia minör ve majörler cinsel uyarıya daha hızlı cevap verir, vajinal lubrikasyon gebelik öncesi düzeyindedir ve vajinal genişlik gebelik öncesi ölçülerine döner.

Genel olarak birçok kadının cinsel işlevlerinin gebelik boyunca azaldığı, doğum sonrası period boyunca da düşük kaldığı bildirilmektedir. Birçok çift doğumdan sonraki cinselliğinin özellikle ilk zamanlar problemli olduğunu iletmiştir. Çiftlerin yalnızca %14'ü cinsel problem yaşamadığını belirtmiştir (134). Doğumdan sonra altıncı ayda dahi kadınların %25'inin cinsel fonksiyonlarında azalma olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (18,85). Cinsel ilgi ve aktivitenin doğum öncesi seviyesine dönmesinin yaklaşık bir yılı aldığı, hatta çiftlerin 1/3'ünün 3-4 yıl sonra hala çeşitli problemler yaşadığı belirtilmektedir (12,117).

Kadın cinsel fonksiyonu, pelvik sağlığın anahtar göstergesi olmasına rağmen son yıllarda önemi üzerine yoğunlaşmış ve açıkça tartışılabilen bir konu olmuştur. Barrett ve arkadaşları doğum sonrası cinsel problem yaşayan kadınların yalnızca %15'inin bir sağlık çalışanı ile sorununu tartışabildiğini göstermişlerdir (18). Birçok kadın ve birçok hekim bu öncelikli fiziksel ve fonksiyonel değişiklikler hakkında konuşmada isteksiz ve utangaç tavırlar sergilemektedir ki bunda muhtemelen bu konudaki bilgi yetersizliğinin de etkisi olduğu düşünülmektedir (86). Bu nedenle cinsellik hakkında iyi bir danışmanlık hizmeti sunmak; cinsel sorunların tanınması ve tedavisi için bireylerin yönlendirilebilmesi için sağlık çalışanlarının yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gerekir. Kadının cinselliğinin yüksek oranda etkilendiği,

cinsel sorunların sıkça yaşandığı doğum sonrası dönemde; hangi faktörlerin ne gibi sonuçları olabildiğini bilmek önemlidir.

Cinsel Aktiviteye Geri Dönüş: Doğumdan sonra cinsel ilişkiye geri dönüş zamanı birçok araştırmada sorgulanmıştır. Sağlık profesyonelleri, eski yıllardan günümüze kadar çiftlere en az altı hafta cinsel ilişkiden kaçınmaları gerektiğini söylemektedir. Ancak son yıllardaki yaklaşımlarda; loşia kesildikten (yaklaşık 3-4 hafta sonra) sonra ve epizyotomi iyileştiyse cinsel ilişkinin güvenli olabileceği bildirilmektedir (132). Amerika ve Avrupa’da yapılan çalışmalarda ise çiftlerin cinsel ilişkiye ortalama 6-8 hafta sonra başladığı, non-koital cinsel aktiviteye ise 2-5. haftalarda başladığı saptanmıştır (12,57). Bu sürenin Nijerya’da ortalama 16,5 hafta olduğu belirtilmiştir (12). Bazı Afrika ülkelerinde ise doğumdan sonra cinsel ilişkiye girmek için çiftlerin 11 ay beklediği belirtilmektedir (40). Türkiye’de ise TNSA 2003 verilerine göre doğumdan sonra cinsel ilişkiye girmek için çiftlerin genel olarak en az 40 gün beklediği belirlenmiştir. Ayrıca çiftlerin % 85,6’sının doğumdan sonraki 2 ay içinde cinsel ilişkiye başladıkları saptanmıştır (27). Sosyokültürel farklılıkların ve dini inançların doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanını etkilediği belirtilmektedir (40). Hames’in yaptığı çalışmada kadınların %40-64’ü cinsel ilişkiye geri dönmekten korktuğunu ifade etmiştir (134).

Cinsel ilişkiye başlama zamanının annenin yaşına, eşi ile birlikte olma durumuna (eşi ile kalma), büyük perineal yırtıkların bulunmasına ve doğum sayısına göre değiştiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. 30 yaşın altındaki kadınların daha erken cinsel ilişkiye başladıkları bulunmuştur. Ayrıca daha önce doğum yapmış çiftlerin ilk kez anne-baba olanlara göre daha erken cinsel ilişkiye girdikleri saptanmıştır (19,116). Doğum şeklinin de bu süreyi etkilediğini, sezaryen doğum yapanların cinsel ilişkiye geri dönme sürelerinin daha kısa olduğunu ileri süren sonuçlar mevcuttur (125).

Rowland ve arkadaşlarının postpartum 6. haftadaki annelerin cinsel ilişkiye başlama durumlarını ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmada ise; cinsel ilişkiye başlamaya engel olan faktörler sırayla; cinsel ilginin az olması, yorgunluk, ağrılı cinsel ilişki korkusu, doktorunun tavsiyesi ve kendisinin beklemesi gerektiğini düşünmesidir. Cinsel ilişkiye daha erken başlamayı etkileyen faktörler ise; emzirme,

doğum şekli, fazla doğum yapma ve yüksek anne yaşı olarak saptanmıştır. Emziren annelerin, dikişsiz normal doğum yapanların (sezaryen ve dikişli normal doğum yapanlara göre), doğum sayısı ve yaşı yüksek olan annelerin daha erken cinsel ilişkiye başladığı bulunmuştur (68).

Cinsel İlişki Sıklığı: Cinsel ilişki sıklığında genellikle gebelik boyunca ve doğumdan sonraki dönemde bir azalma olduğu belirtilir. Özellikle doğum sonrası dönemin 2 veya 3 ayında cinsel ilişkiye girmekten kaçınma veya çok az sayıda cinsel ilişki yaşama görülürken sonraki dönemde belirgin bir artış olur. Ancak doğumdan 1 yıl sonra bile hala cinsel ilişki sıklığının gebelik öncesi döneme gelmediği vurgulanmaktadır (12,134). Genel olarak doğum sonrası dönemdeki cinsel ilişki sıklığı ve doyumu gebelik dönemi ile karşılaştırıldığında daha düşük olduğu bulunmuştur (18). Gebelikte cinsel ilişkiye devam eden kadınlarda erken postpartum dönemde cinsel ilişki sıklığında ani bir azalma olduğunu belirtilmiştir. Ayrıca cinsel ilişki sıklığının yaşa göre farklılık gösterdiği, daha genç kadınların cinsel yönden daha aktif olduğu belirtilmiştir. Evliliğin süresi ise cinsel ilişki sıklığı ile ters yönde ilişkilidir (132).

Doğum sonrası dönemdeki fizyolojik, hormonal ve psikososyal değişikliklerin cinsel ilişki sıklığı üzerine etkileri olduğu bilinmektedir (19). Emziren annelerdeki hormonal değişimin de cinsel ilişki sıklığı üzerine etkili olduğu çeşitli çalışmalarla öne sürülmüştür. Yapılan bir çalışmada doğumdan sonraki 12. haftada emziren ve emzirmeyen kadınlar cinsel ilişki sıklığı açısından karşılaştırıldığında; emzirenlerde belirgin düzeyde düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde ayrıca 6. aydan sonra emzirmenin etkisinin azaldığı belirtilmektedir (17,19).

Cinsel arzu, uyarılma, orgazm: Masters ve Johnson'un 1966'daki çalışmasında, postpartum 4.-5. haftada olan annelerde hedef organların cinsel uyarılara verdiği fizyolojik reaksiyonun hızında ve şiddetinde azalma olduğu ortaya koyulmuştur (132). Özellikle doğumdan sonra ilk 6 ayda gebelik öncesi döneme göre seksüalite ve cinsel motivasyondaki düşme belirgindir. Kadınların büyük bölümünde cinsel arzu gebelik döneminde azalır ve hepsinde olmasa da birçoğunda bu azalma doğumdan sonra da devam eder. Doğumdan 6 ay sonra cinsel arzuda, cinsel ilişki sıklığında ve

cinsel doyumda azalma olduğu ve en belirgin azalmanın da cinsel arzuda olduğu vurgulanmaktadır (17,116). Glazener, doğum sonrası dönemdeki 1116 kadın üzerinde yaptığı çalışmada; emzirme, postpartum depresyon ve yorgunluğun cinsel arzunun azalmasında önemli rol oynadığını saptamıştır (57). Çalışmalarda doğumdan sonra 3. ve 4. ayda gebelik öncesi dönemle karşılaştırıldığında cinsel arzunun azaldığı, ancak sonraki dönemlerde oldukça değişken olduğu bulunmuştur (12,117). Barrett ve arkadaşları yaptıkları çalışmada doğum sonrası 3. ayda cinsel arzunun azaldığını 6. ayda ise gebelik öncesi döneme tümüyle dönmese de yükseldiğini ortaya koymuşlardır (18).

Doğumdan 1 yıl sonra yapılan çalışmalarda, kadınların yarısından fazlasının partnerleri ile cinsel yakınlıktan hoşlandığı, %18-20'sinin kısmen hoşlandığı, %24-30'unun hiç hoşlanmadığı belirlenmiştir (12,136).

Doğum sonrası 6.-8. haftalarda fizyolojik nedenlerle seksüel uyarılabilirlikte ve orgazmın şiddetinde azalma olabildiği bildirilmektedir. Signorello ve arkadaşları yaptığı çalışmada kadınların yaklaşık dörtte birinin, doğum öncesiyle karşılaştırdıklarında, doğumdan 6 ay sonra cinsel duyarlılık ve memnuniyetinde azalma olduğunu ve daha az orgazm olduklarını saptamışlardır (85). Özellikle doğum komplikasyonları ve uzamış doğumun çiftlerin cinsel uyarılabilirliğinde azalmaya neden olduğu saptanmıştır (12,133,136). Doğumdan sonra ilk orgazmın ortalama 7 hafta sonra yaşandığı belirtilir. Doğumdan sonraki ilk ilişkide kadınların yalnız %20'sinin orgazm yaşadığı, %75'inin ise 3-6 ay sonra gebelik öncesine döndüğü belirtilmektedir (117,133). Vajinadaki laserasyonlar orgazmik reaksiyonda azalmanın önemli nedenlerinden biridir. Inglis, Woods'a göre vazokonstriksiyonun orgazmik düzeye gelmesinde 3 önemli faktörün rol oynadığını belirtmiştir: Vajinanın penisin gövdesini sıkıca kavraması, vajinanın 1/3 alt bölümünün ve labiaların penisi sıkıştırarak sürtünme oluşturmaları ve glandüler fonksiyonlar. Bu nedenle perineal gövdedeki bir yırtık veya esneklik, vajinal açıklığın genişlemesi ve orgazmik reaksiyonlarda azalma ile sonuçlanabilir. Üçüncü ayda ya da emzirmeden sonra fizyolojik değişikliklerin gerilediği ve orgazm yoğunluğunun arttığı belirtilmektedir (132).

Botros ve arkadaşlarının farklı yaşlardaki (doğum sonrası dönemde olmayan) kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada; azalmış cinsel istek ve heyecan durumunun

önceden gerçekleştirilen doğumlardan en çok etkilenen cinsel işlev bileşenleri olduğu belirtilmiştir. Artmış parite ve yaştan cinsel ilişki sırasında duyulan azalmış heyecan ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (50).

Doğumun neden olduğu bu geçici ve kötü görünen fizyolojik değişikliklere rağmen bazı çalışmalarda, doyum arttırıcı kalıcı değişiklikler de olduğu belirtilmiştir. Bu değişiklikleri Woods ‘gebelik etkisi’ olarak adlandırmış ve hormonal nedenlerle labia minör ve diğer pelvik dokulardaki vaskülarizasyonda artma ile ilişkilendirmiştir. Vaskülarizasyonun artmasının orgazmın daha belirgin/şiddetli yaşanması ile sonuçlandığını; muhtemelen pelvik alandaki bu artmış vaskülarizasyona bağlı olarak birçok kadın ilk orgazm deneyimini ilk gebelikten sonra yaşadığını belirtmiştir. Ayrıca kadınların %25’inin doğumdan sonra cinsel yaşamlarından daha yüksek doyum aldığı saptanmıştır (12,132).

Disparoni: Disparoni cinsel ilişki ile birlikte devamlı veya tekrarlayan tarzda genital ağrı olarak tanımlanmıştır (APA- American Psychiatric Association, 1994). Kişide önemli bir gerilim ve yoğun strese, kişilerarası ilişkilerde güçlükler neden olabilen bir deneyimdir (19). Doğum sonrası 3. ayda % 41, 6. ayda ise % 22 oranında disparoni rapor edilmiştir (85). Cinsel işlevlere disparonin etkisi oldukça belirgindir. Özellikle azalmış cinsel arzu, cinsel ilişki sıklığı ve cinsel doyum ile 3. ve 6. ayda yakından ilişkili olduğu saptanmıştır (17). Vajinal doğum yapan primipar kadınlarda, perineal travma ve obstetrik araçların kullanıldığı (vakum, forseps) müdahaleli doğumların doğum sonu 6. ayda disparoni ile belirgin düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur (85). Yine doğum sonrası 3. ayda vajinal doğum yapanlarda sezaryen doğum yapan kadınlara oranla daha fazla disparoni olduğu tespit edilmiştir.

Disparoninin gebelikte %22-50 sıklıkta yaşandığı saptanmıştır. Kadınların %12’sinin ise gebelik öncesi zaten disparoni yaşadığı bildirilmiştir (12). Gebelik öncesi dönemde disparoni yaşayan kadınlarda doğum sonrası dönemde görülme sıklığı belirgin düzeyde fazladır (18).

Doğum sonrası dönemde disparoni, fiziksel ve psikolojik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabilen vajinal kuruluğa bağlı olarak da gelişebilir. Eğer kadın endişe ve cinsel uyarılmada azalma ile sonuçlanan ağrı beklentisi ile cinsel ilişkiye girerse bu durum vajinal kuruluk ve rahatsızlığa yol açabilir (17). Cinsel ilişkide rahatsızlık

oldukça yaygın ve sık karşılaşılan bir sorundur. Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel ilişkiye geri döndüklerinde yarısından fazlasının rahatsızlık yaşadığı belirtilmektedir (12). Bu problemin ilk bir yıl içinde çözülmesi gerektiği, aksi takdirde daha önemli sorunlara yol açacağı belirtilmektedir. Fischman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; doğumdan sonra 4. ayda kadınların yarısından fazlasının ağırlı cinsel ilişki yaşadığı, 12. ayda aynı kadınlarda bu oranın %16'ya düştüğü saptanmıştır (116). Başka bir çalışmada ise disparoninin 6. ayda %24 iken 12. ayda %8'e düştüğü saptanmıştır (115).

Östrojen düzeylerindeki azalma (özellikle laktasyonda); cinsel uyarılmanın bozulmasına, vajinal lubrikasyonun azalmasına, genital vazokonjesyon ve vajinal epitelde atrofiye neden olur. Kim ve arkadaşları doğum sonrası 3. ve 6. aylarda, emziren kadınların emzirmeyenlere oranla daha fazla vajinal kuruluk problemi yaşadığını belirtmiştir (126). Von Sydov doğum sonrası 6. ayda disparoni görülme sıklığını, emziren kadınlarda %36, emzirmeyenlerde %16 olarak bulmuştur (12). Signorello ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada emziren kadınlarda emzirmeyenlere oranla dört kat daha fazla disparoni görüldüğü saptanmıştır (85).

Arellano ve arkadaşları Meksika'da doğumdan sonraki 2-6 aylık dönemde bulunan 304 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada disparoni ile ilişkili faktörleri incelemişler; epizyotomi komplikasyonu gelişen (enfeksiyon gibi), vajinit semptomları bulunan ve emziren kadınların disparoni sıklığının belirgin olarak yüksek olduğunu saptamışlardır (100). Kadında variköz venlerin bulunmasının da doğumdan sonra cinsel ilişkide ağrıya neden olabilen bir faktör olduğu belirtilmektedir (132).

2.9. Doğum Sonrası Dönemde Yaşanan Cinsel Sorunların Nedenleri

2.9.1. Fizyolojik Nedenler

Gebelik süresince ve doğumda meydana gelen fizyolojik değişiklikler doğum sonu dönemde kadın cinsel işlevlerini çeşitli derecede etkileyebilmektedir.

Özellikle iç ve dış genital organların eski haline dönmeleri farklılık göstermekle birlikte 6 haftaya kadar hemen hemen tamamlanmış olmaktadır. Üreme organlarının doğumu izleyen bu 6 hafta içinde normal ölçülerine ve fonksiyonlarına

dönme sürecine involüsyon denir. İnvolüsyon ve endometriumun rejenerasyonu süresince, lohusalık dönemi boyunca loşia denen bir vajinal akıntı mevcuttur (22,59). Doğumdan sonra kırmızı renkte iken giderek miktarı azalıp, rengi açılarak pembe, daha ileri günlerde ise açık sarı bir renk alır ve 22-34 gün kadar sürer. Kadınların %10'unda 40 günden fazla sürebilir (22,24,63).

Cinsel ilişkinin gerçekleştiği vajina, vajinal doğumdan sonra yumuşak, gevşek ve geniş bir hal alır, duvarları ödemlidir, vajinal tonüs azalmıştır. Ayrıca ekimozlar ve çeşitli boyutlarda laserasyonlar görülür. Doğumdan hemen sonra fetus başının baskısı nedeniyle perine gevşektir. İnfantın doğumuna bağlı perinede yayılma ve incelme vardır. Perinede varis, büyük laserasyon veya epizyotomi, genellikle yumuşak doku zedelenmesi ve ekimoz vardır (87).

Serviks ve alt uterin segmentler ödemli, ince ve tonüsü düşüktür. Ekdoserviks ödemli, yumuşak olup enfeksiyon gelişimi riskini arttıran ekimozlar ve küçük laserasyonlar görülür. Pelvik taban kaslarında aşırı gerilme ve güçsüzlük görülür (22,61,62).

Kadın cinsel işlevlerinde rol oynayan bu organların iyileşmesi, cinsel işlevlerin sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesinde önemlidir. Bu nedenle doğum sonrası meydana gelen fizyolojik değişiklikler cinsel yanıt siklusunu ve cinsel işlevleri olumsuz etkileyebilir. Genital dokular, organlar ve pelvik kaslardaki hasarlar; kadında cinsel arzuda azalma, cinsel uyarılmada/orgazma ulaşmada zorluk ve disparoni ile sonuçlanabilir. Kadınlar arasında erken doğum sonu dönemdeki disparoni ve cinsel arzuda azalma gibi değişikliklerin görülmesi %22 ile %86 arasında değişen oldukça yüksek bir prevalansa sahiptir. Ayrıca cinsel ilişkiye yeniden başlama zamanını, cinsel ilişki ve cinsel yaşam memnuniyetini etkileyebilir (16,18,94).

2.9.1.2. Doğum Öyküsüne İlişkin Faktörler

Literatürde, genital organlardaki değişikliklerin ve yaşanan cinsel problemlerin; yapılan doğum şekline (vajinal doğum/sezaryen doğum), doğumun müdahaleli olup olmamasına (vakum/forseps kullanma), perinedeki travmanın (spontan laserasyonlar/epizyotomi) derecesine göre değişiklikler gösterdiği belirtilmiştir (18,57,85,93,95-97).

Vajinal doğum sırasında çeşitli nedenlerle perineal travma oluşabilmektedir. Bu travma spontan olarak meydana gelebileceği gibi epizyotomi nedeniyle de oluşabilir. Doğumsal travma ve hasarların çeşitli derecelerde cinsel işlev bozukluklarına neden olabileceği belirtilmektedir (132).

Doğumda meydana gelebilecek yırtıklar şu şekilde sınıflanmıştır:

- 1. derece yırtıklar:** Sadece vajinal mukoza ve bağ dokusunda yırtık mevcuttur.
- 2. derece yırtıklar:** Vajinal mukoza, bağ dokusu ve alttaki kaslar yırtılmıştır.
- 3. derece yırtıklar:** Perinenin yanı sıra anal sfinkter de yırtılmıştır.
- 4. derece yırtıklar:** Perine, anal sfinkter ve rektal mukoza yırtılmıştır (113).

Epizyotomi ise doğumu kolaylaştırmak amacı ile vulvar orifisi genişleterek, fetüsün gelen kısmının perineden sıyrılmasını kolaylaştıran pudendal insizyona verilen genel addır. Yapılmasındaki amaç doğumu kolaylaştırmanın yanında perine yırtıklarını önlemek ve pelvis taban kaslarını korumaktır (114). Ancak epizyotomi de doku bütünlüğünü bozan bir faktördür ve epizyotominin yaygın kullanımı kadınların perineal travmaya maruz kalma oranını arttırmıştır.

Ryding ve arkadaşlarının epizyotominin doğumdan 12-18 ay sonra, kadın cinsel işlevleri üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmalarında; epizyotomi yapılan kadınlarda yapılmayanlara göre disparoni ve lubrikasyonda azalma görülme oranının daha fazla olduğunu saptamışlardır. Cinsel uyarılma, cinsel doyum ve orgazm üzerine ise etkisi olmadığını saptamışlardır (137).

Perineal travma, doğum anında ve doğumdan sonra kısa veya uzun süreli morbiditeye eşlik eden ve kadınların cinselliğini ve beden imgesini etkileyen bir durumdur. Brummen ve arkadaşlarının kadınların doğum sonrası 1 yıldaki cinsel işlevlerini incelediği çalışma sonucunda, 3./4. derecede perineal yırtıkların bulunmasının kadının cinsel aktivitesinde 5 kat azalmaya neden olduğu saptanmıştır (20).

Amerika’da 2001 yılındaki canlı doğumların yaklaşık %25’inin sezaryen ile gerçekleştiği, %6,3’ünün müdahaleli vajinal doğum (forseps/vakum ile) olduğu bilinmektedir. Çalışmalar müdahaleli vajinal doğumlarla ilişkili mekanik travmanın

doğumdan sonraki cinsel aktivite üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Müdahaleli vajinal doğum yapan kadınlarda doğumdan sonraki 8. haftada perineal ağrıda belirgin artış (57), 6. haftada sfinkter hasarları (95) ve ilk bir yılda cinsel ilişki sırasında daha fazla ağrı olduğunu belirlemişlerdir (96). Signorello ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da doğum sonrasında perinesi korunmuş kadınların anlamlı olarak spontan yırtığı ya da epizyotomisi olan gruba göre cinsel ilişkiye daha erken başladığı görülmüştür. Perineal travması olan ve vakum ya da forsepsle doğum yapmış kadınlar perinesi korunmuş kadınlara oranla doğum sonrası daha şiddetli dispareniyi olduğunu bildirmişler (85). Bu bulgular, müdahaleli doğumların cinsel işlevleri olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Doğum sonrası cinsel işlevler, üzerinde son yıllara kadar çok fazla çalışılmayan, sadece birkaç risk faktörünün etkisinin araştırıldığı bir alan olarak kalmıştır. Bu alanda çok fazla çalışma olmamasına rağmen, popüler medya; kadınların daha çok doğumun cinsel işlevler üzerindeki potansiyel negatif etkileri konusu ile ilgilendiklerini belirtmiştir. Birçok başlıkta doğumu, cinsel işlevlere etki eden önemli bir faktör olarak göstermiş; ‘doğumdan sonra niçin cinsel ilişki ağrılı olmak?’ ve ‘sezaryen doğum seks yaşamını geliştiriyor mu?’ gibi sorular tartışılmıştır. Medyada çıkan bu haberler, kadınların sezaryen doğumu tercih ettiklerinde normal doğuma göre daha iyi cinsel işlevlere sahip olacaklarını düşünmelerine neden olmaktadır (93).

1990’ların sonlarından bu yana sağlık alanındaki bazı profesyoneller de sezaryen doğumun pelvik taban bütünlüğünü koruduğunu savunmuşlardır. Brezilya’daki bir çalışma (Hopkins 2000) doktorların; kadınların sezaryeni tercih etme nedenleri olarak vajinal doğumdaki ağrılardan kurtardığını, vücutlarının daha çabuk iyileştiğini ve gelecekte cinsel işlevlerinde bozulmalarla karşılaşmayacaklarını düşünmeleri olduğuna inandıklarını öne sürmüştür (93,97).

Çeşitli çalışmalarda sağlık profesyonellerinin vajinal doğum veya sezaryeni tercih etme durumları araştırılmış ve kadın doğum uzmanlarının %7-24’ünün ebelerin %4.4’ünün kendileri veya eşleri için (erkek olanların) sezaryen doğumu tercih ettikleri saptanmıştır. Ürojinekolojistlerin ise %45,5’i sezaryen doğumu tercih ettiğini ifade etmiştir. Bu tercihlerinin nedenleri olarak ise; doğum korkusu (%27), perineal yaralanma (%80-93), fetal zarar görme (%24-39), anal yaralanma (%83),

üriner inkontinans (%81), cinsel işlev bozukluğu (%58-59), kolay olduğunu düşünme (%17-39), ağrı (%7) gösterilmiştir (106,107,108,109).

Güngör ve arkadaşlarının primipar kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada; epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarla sezaryen doğum yapan kadınları cinsel doyumsuzluk prevalansı ve cinsel ilişki memnuniyeti derecesi açısından karşılaştırılmıştır. Sezaryen doğum yapanlarda cinsel doyumsuzluk prevalansı %4.4 iken vajinal doğum grubunda %14,4 bulunmuş ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Eşi ile cinsel ilişkisindeki memnuniyet derecesi ise sezaryen doğum yapanlarda belirgin düzeyde yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sonuç olarak bu sonuçların sadece doğum şekli ile ilişkilendirilemeyeceği ve diğer sosyo-demografik, kişisel, yaşam tarzı ile ilgili özelliklerle birlikte ele alınması gerektiği belirtilmiştir (112).

Spontan vajinal doğum yapan kadınların; müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınlarla karşılaştırıldığı iki çalışmada ise, spontan vajinal doğum yapanların daha az cinsel problem yaşadığı belirlenmiştir (85,94).

Londra'da vajinal doğum ve sezaryen olan kadınlarla yapılan çalışmada iki grupta da doğumdan sonra 3 tip sexüel problem olduğu görülmüştür; dispareni (cinsel ilişki boyunca ağrı), cinsel yanıtla ilişkin problemler (cinsel arzu kaybı, orgazma ulaşmada zorluk), postkoital problemler (ağrılı orgazm, cinsel, ilişki sonrası kanama). Bu problemlere ilişkin doğumdan sonraki 3. ve 6. aylarda sorular soruldu ve iki grubun karşılaştırılmasında tek belirgin fark sadece sezaryen olan kadınların 3. ayda cinsel ilişkide daha az ağrı deneyimlemesi oldu. Bu bulgular kadınların cinsel sağlıklarını korumak için sezaryen yapmaları gerektiği inancını çürütmüştür (128).

Kadınların ileri yaşlardaki cinsel işlevlerinin incelendiği bir çalışmada doğum tipinin (vajinal veya sezaryen) belirgin bir rolü olmadığı sonucuna varılmıştır (50). Yine vajinal doğum yapanlarla karşılaştırıldığında epizyotomi veya müdahaleli doğumun cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığı gözlenmiştir (50).

Sonuç olarak doğum şeklinin doğum sonrası dönem cinsel işlevler üzerine etkisi konusunda yapılan çalışmalar incelendiğinde, müdahaleli vajinal doğum ile çeşitli derecelerdeki cinsel işlev bozuklukları arasında güçlü bir ilişkinin olduğu vurgulanmaktadır. Özellikle perineal ağrı ve dispareni için müdahaleli doğumun büyük risk olduğu rapor edilmiştir (93). Buna rağmen sezaryen doğum ile perineal

ağrı, dispareni ve cinsel ilişkiye başlamadan kaçınma gibi cinsel problemler arasındaki ilişki tutarsızdır (57,85,94,110,111).

Cinsel işlevlere etkisi araştırılan bir diğer obstetrik faktör ise gebelik/doğum sayısıdır. Doğum sayısının doğum sonrası cinsel arzu, cinsel ilişki sıklığı, orgazmik fonksiyon ve cinsel uyarılmaya ilişkin etkileri tutarlı değildir (12). Araştırmaların bazıları doğum sayısı ile cinsel işlevler arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtirken (38) bazı araştırmalarda ise anlamlı olduğu savunulmaktadır (36). Multipar kadınlarda doğum sayısı ile ilişkili olarak pelvik taban kaslarında belirgin bir gevşeme olduğu, kas tonüsünün azaldığı bilinmektedir. Bu durumun cinsel işlevlerde bozukluktan ziyade inkontinansa neden olduğunu belirtilmektedir (50). Primipar kadınların ise multipar kadınlara göre müdahaleli doğuma(vakum, forseps, epizyotomi) maruz kalma oranlarının daha fazla olması, primipar kadınlarda perineal travmaya bağlı cinsel problemleri arttırmakta olduğu bildirilmektedir. Yine deneyimli ailelerin doğum sonrası cinsel ilişki konusunda daha rahat ve güvende hissettiklerine ilişkin sonuçlar mevcuttur (12). Fischman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada multipar annelerin ilk kez anne olanlara oranla doğumdan sonra daha erken dönemde cinsel ilişkiye başladıkları saptanmıştır (116).

İleri yaşılarıdaki cinsel işlevleri inceleyen çeşitli çalışmalarda da multiparitenin cinsel işlev bozukluğu üzerine etkisi anlamlı bulunmuş, doğum sayısı arttıkça cinsel işlev bozukluğu görülme riskinin arttığı belirlenmiştir (36,50).

Bebekle ilgili bazı faktörlerin doğum sonrası dönemdeki cinsel işlevlere etkisi inceleyen çalışmalarda, bebeğin doğum ağırlığının, beden ölçümlerinin, doğumdan 1 dakika sonraki apgar skorunun annenin koital aktivitesi ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (12). Bebeğin cinsiyetinin doğum sonrası cinsel aktiviteye, cinsel ilgi ve doyuma etkisi olmadığı, ancak ilginç olarak erkek annelerinin cinsel ilişki sıklığının daha az olduğu belirlenmiştir. Cinsel ilişki sıklığındaki azalmada erkek bebeklerin daha sık emzirilmesinin rolü olabileceği düşünülmüştür (12,133).

Botros ve arkadaşları iri bebek doğumu, annenin vücut kitle indeksi gibi faktörleri incelemiş ve ileri yaşılarıdaki cinsel işlevler üzerine etkilerinin olmadığını saptamışlardır (50).

2.9.1.3. Yorgunluk

Doğum sonu dönemde kadın cinsel işlevlerini etkileyen diğer bir faktör ise yorgunluktur. Yorgunluğun ana nedeni ise bebeğin gece boyunca aralıklı beslenme periodları ile uyku düzeninin bozulmasıdır. Bebeğini emzirmeyen/mama ile besleyen annelerde, bebeğin beslenmesine eşin de yardım edebilme olanağının olması, uyku düzeninin bozulma olasılığını azaltmaktadır. Ancak emziren annelerin böyle bir şansı olmadığı için yorgunluk skorları daha yüksek bulunmaktadır (19). Yorgunluk, emziren kadınların cinsel aktivitelerini azaltan nedenler arasında en yaygın olarak gösterdikleri nedendir (13). Yorgunluk, özellikle kadın cinsel arzusunu olumsuz etkileyebilir. Yapılan çalışmalarda doğumdan sonraki ilk bir yılda, kadın cinsel arzusu ile yorgunluk arasında ilişki olduğu saptanmıştır (116,117). Forster ve arkadaşları özellikle doğumdan sonraki 2-3 hafta çok sık emzirme nedeni ile artan yorgunluğun cinsel aktiviteyi de etkilediği, sonraki haftalarda ise emzirmenin düzene girmesi ve emzirme sıklığının azalması ile bu etkinin azaldığını belirtmiştir (19).

2.9.1.4. Hormonal Nedenler

Doğumla ilişkili fiziksel faktörler (perineal travma gibi) post partum erken dönemdeki cinsel işlevler üzerinde daha belirleyici bir rol oynar. Psikolojik faktörler ise yaraların iyileşmesinden hemen sonraki cinsel işlev durumunu daha iyi açıklayabilir. Hormonal faktörler ise iki dönemle de ilişkilidir.

Postpartum Endokrinoloji

Doğum sonrası dönemdeki cinsel işlevleri etkileyen anahtar hormonlar; *östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin ve androjenlerdir*.

Östrojen ve progesteron düzeyleri doğumda ani olarak düşer ve emziren kadınlarda doğumdan sonra düşük düzeyde kalır. Laktasyon, hormonal piki ve böylece normal menstrual siklusu baskılar. Ovulasyonun tekrar başlaması da bebeğin emmesi ile inhibe edilmiş olur (119). Ayrıca prolaktinin hipersekresyonu gibi hipotalamik-pituiter-ovarian aksı etkileyen faktörler de buna neden olabilir. Doğumdan sonra özellikle östrojen düzeylerinde meydana gelen düşme; cinsel arzuda, genital

duyarlılıkta, cinsel yanıtta ve cinsel aktivite sıklığında azalma; ağırlı cinsel ilişki, orgazma ulaşmada zorluk gibi cinsel problemlere yol açabilir (30,31).

Prolaktin: Doğum sonu dönemde prolaktinin esas etkisi süt üretimini sürdürmektir ve her bir emme olayını takiben yükselir (120). Hipotalamik-pituiter-ovarian aksı etkileyen prolaktinin etkisi ile gerçekleşen bu mekanizmaların yanında; hipotalamustaki gonodotropin releasing hormon (GnRH) nöronları ve /veya tuberoinfundibular dopaminerjik nöronları (prolaktin sekresyonunu baskılayan dopamin kaynağı), GnRH sekresyonunu baskılar ve böylece ovarian steroid üretimi baskılanır (119).

Emziren kadınlarda görülen östrojen düzeylerindeki düşüklük; genital vazokonjesyondaki/vajinal lubrikasyondaki azalma ve vajinal epiteldeki atrofi ile ilişkilendirilir. Ayrıca bu değişiklikler disparoniye neden olabilir ve cinsel uyarılma dönemini olumsuz yönde etkileyebilir (121). Ayrıca kadın ve erkekte hiperprolaktinemi/prolaktinin kronik yüksekliği ile cinsel işlevlerin ve gonadal fonksiyonların belirgin düzeyde baskılanması arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Kadınlarda bu durum özellikle amenore, infertilite ve cinsel aktivitede azalma ile ilişkilendirilir. Prolaktin salgılayan tümörler gibi, patolojik durumlar da bu ilişkiyi destekleyen bir tablo oluşturmaktadır. Ancak buna rağmen laktasyondaki bu durumu sadece hiperprolaktinemiye bağlamak doğru olmayabilir. Prolaktin ve cinsel arzu arasında negatif bir korelasyon olması yine de genellenmemelidir. Çünkü prolaktin seviyesi yüksek olan kadınların bazıları cinsel arzuda azalma belirtmezken, prolaktin seviyesi normal olanlarda da cinsel arzunun baskılanacağı kesin değildir (122).

Oksitosin meme miyoepitelyumunda kontraksiyona neden olur ve süt salgılanmasını sağlar ve emziren kadınlarda prolaktin gibi doğumdan sonra yüksek seviyede seyrederek. Oksitosindeki artış ile emzirme pozitif feed-back kontrolü ile devam eder, emzirminin devamı oksitosin sekresyonunu uyarır. Prolaktin artışından farklı olarak oksitosin artışını uyaran sadece emzirmediği dokunsal uyarı değil ayrıca görsel nöral uyarı ile (stresi inhibe eden yenidoğanla oynamak gibi), klasik nörohormonal şartlı refleks yolu ile uyarılır. Oksitosin doğum eylemi boyunca uterin kontraksiyonları indüklemeye yardımcı olur. Ayrıca orgazm sırasında uterin kontraksiyonları

kolaylaştırır (121). Oksitosinin direkt olarak kadın cinsel arzu veya duyarlılığına etkisi tartışmalıdır. Diğer canlı türlerindeki kanıtlar oksitosinin cinsel cevabı kolaylaştırdığına işaret etmektedir (19).

Androjenlerin (*testesteron, androstenodion, dehidroepiandrosteron*) kadın ve erkekte cinsel arzunun en büyük hormonal tetikleyicileri olduğu düşünülmektedir. Androjenler her iki adrenal korteks ve overlerden sekrete edilir ve bir kadının yaşadığı cinsel arzusu androjen miktarına temellidir (122). Diğer taraftan testesteronun eksojen kaynakları ile normal ovarian fonksiyona sahip olan ve olmayan kadınlar cinsel duyarlılık, arzu ve cinsel memnuniyeti artırıcı yeteneğe sahip olabilirler. Postpartum dönemde yükselen prolaktin düzeyleri genel olarak ovarian fonksiyonların baskılanması ile ilişkilendirilir ve bu etki ovarian androjen sekresyonunu da etkiler (119).

Laktasyon

Adrenokortikal output emziren annelerde azalmış görüldüğünden androjenler de azalmış olabilir. Emziren kadınlar emzirmeyen kadınlara göre stresörlere karşı daha az hipotalamik pituiter adrenal (HPA) cevabı gösterirler. Örneğin yoğun bir strese karşı zayıflamış adenokortikotropik hormon (ACTH), kortizol, vazopressin, epinefrin ve glukoz cevabı ile karşılık verir (doğum sonrası yedinci hafta-onsekizinci hafta arası). Doğum sonrası dönemdeki yükselmiş prolaktin ve oksitosin düzeyleri bu azalmış stres cevabı açıklar. Fareler üzerinde yapılan deneylerde stres cevapta prolaktinin bir nöromodülatör olarak işlev gördüğü ve normalde HPA- aks cevabı ile ilişkili olan plazma ACTH düzeyindeki artışı engeller (123). İnsanlardaki çalışmalarda kadınlarda hiperprolaktinemi ile serum kortizol düzeyleri arasında negatif bir korelasyon olduğu gösterilmiştir. Ayrıca insanda eksojen oksitosin yönetiminin adrenal bezlerdeki kortizol cevabı baskıladığı gösterilmiştir. Bu bulgular ışığında laktasyondaki kadınların kortizol seviyelerinin emzirme dönemi boyunca azalmakta olduğu belirtilir. HPA- aks aktivitesindeki her bir değişim adrenokortikal outputu genel olarak etkilediği için emziren kadınlarda stresli durumlarda ve/veya emzirme ile adrenal androjen sekresyonu azalabilir (19,124).

Yapılan çalışmalarda emzirmenin doğum sonrası cinsellik üzerine etkisi incelendiğinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar, emzirmenin maternal cinsel işlevler üzerine anlamlı etkisi olmadığını belirtmişlerdir (19,56). Bazı çalışmalarda ise emziren kadınların gebelik öncesi cinsel aktivitelerine daha erken geri döndükleri saptanmıştır (68).

Emzirmenin doğum sonrası cinsel işlevlere olumsuz etkisinin olduğunu saptayan çalışmalar ise oldukça fazladır. Özellikle cinsel istekte ve cinsel aktivite sıklığında azalmaya neden olduğu yönünde bulgulara rastlanmaktadır. Robson, Brant ve Kumar (1981), Kayner ve Zagar (1983), emzirmenin cinsel isteği azalttığını gösteren ilk araştırmacılarıdır (13,19,56).

Ahlborg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doğum sonrası 6. aydaki annelerin cinsel işlevleri değerlendirilmiş ve emziren annelerin cinsel arzu, cinsel aktivite ve cinsel ilişki tatmini puanlarının emzirmeyenlere göre istatistiki olarak anlamlı derecede düşük olduğunu saptamıştır (56).

Emzirmenin psikososyal etkisinin de olduğu, anne ve babanın bebeğin bakımına bağlı olarak uzaklaşmasına neden olabileceği belirtilmektedir (19).

2.9.2. Psiko-Sosyal Nedenler

Doğum sonrası dönemde meydana gelen fizyolojik değişimlerin yanında kadınların psikososyal durumlarında da önemli değişimler meydana gelir. Bu dönem kadının fizyolojik değişikliklere uyum sağlamanın yanında annelik rolüne de alışmaya çalıştığı, yeni sorumluluklar aldığı bir geçiş dönemidir (65,66).

Doğum sonrası dönemde anne duygusal sorunlara yatkın bir durumdadır. Özellikle hormonal durumundaki ani değişiklikler normalde kolaylıkla baş edebileceği faktörlere karşı duyarlı hale gelmesine neden olur. Ayrıca geçirilmiş ruhsal sorunlar, istenmeyen gebelikler, zor doğum eylemi, riskli gebelikler, eşler arasında yaşanan problemler, sosyal destek eksikliği, doğumda sağlık ekibinden destek alamama, anne ve bebeğin sağlık durumu, annenin kendi ve bebek bakımına yönelik sorun yaşaması, annenin bebekten uzun süre ayrı kalma durumu, stresli yaşam (annenin işi, eğitimi, yaşı) da psikiyatrik sorunlara yatkınlığı arttırıcı rol oynamaktadır (62,69). Doğumdan sonra ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar genelde annelik hüznü (maternity blues), postpartum depresyon (PPD) ve postpartum psikoz

olmak üzere üç kısma ayrılmaktadır (75,76). Annelik hüznü; doğumdan sonraki ilk haftada meydana gelen ve genellikle tedavi edilmeksizin saatler ya da günler içerisinde düzelen hafif bir depresyondur ve annelerin birçoğu tarafından yaşanmaktadır (73,74). PPD, doğumdan sonraki ilk dört haftada ortaya çıkan majör depresyon olarak tanımlanmaktadır. Erken tanı konulamazsa belirtiler kronikleşip tedaviye dirençli duruma gelebilir. Postpartum psikoz sıklıkla depresyon, hezeyanlar ve annede kendisine ya da bebeğine zarar verme düşünceleri ile belirgin bir sendromdur (78,79).

Özellikle postpartum depresyon doğum sonrası en sık karşılaşılan önemli bir psikiyatrik bozukluktur. Hamilelik dönemi boyunca yüksek düzeylerde seyreden östrojen ve progesteron seviyelerinde doğum sonrası gözlenen ani düşüşün, postpartum depresyon etyolojisinde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir (70,71). Ayrıca çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte beden algısında, sosyal ilişkilerde, aile içindeki ve toplum içindeki rollerde değişiklikler, entelektüel yetilerde kayıp algısı, bağımsız kadın rolünden sorumlu geleneksel kadın rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin değişikliklerin yaşanması, kadında depresyon gelişimine yatkınlık yaratabilmektedir (72,73).

Doğum sonrası depresyon genellikle doğumdan sonraki 2-8 haftalar içinde başlar ve en az iki hafta en çok bir yıl kadar sürer. Tedavi görmeyen kadınlarda 3 ay-1 yıl arasında kendiliğinden düzelebilir (80).

Postpartum depresyon sıklığı çeşitli araştırmalarda %5-15 olarak bulunmuştur. Yonkers ve ark. A.B.D’de 802 kadında yaptıkları bir çalışmada PPD sıklığını % 5.2 olarak bildirmişlerdir (81). Chandran ve ark. Hindistan’da 359 kadında yaptıkları bir çalışmada PPD sıklığını %11 olarak bulmuşlardır (82). Kitamura ve ark. Japonya’da 290 kadında yaptıkları bir çalışmada ise PPD sıklığını % 5 olarak bildirmişlerdir (83). Russell ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada doğum sonrası dönemdeki kadınların yarısından fazlasının duygusal kırılganlık, %10-15’inin postpartum depresyon, %0,1’inin ise puerperal psikoz yaşadığını saptanmıştır (127).

Botros ve arkadaşları doğum yapma ile anlamlı derecede bozulabilen cinsel yaşam kalitesinin bileşenlerinin fiziksel olmaktan çok psikolojik nedenli durduğunu belirtmiştir (50). Psikolojinin cinsel işlevlere etkisi olduğu gibi, cinsel işlevlerin de

bireyin psikolojik durumuna etkisi varır. Eşler arasındaki bu özel yaşantıda meydana gelen problemler bireylerin psikolojisini olumsuz etkileyebilmektedir.

Kadınların cinsel ilişkiye yeniden başlama zamanı konusunda verdikleri kararlarda, yaşantıları ve kendileri hakkındaki duyguları önemli rol oynar. Bu durum, kadının anne olarak yeni bir rol almış olmasının ve eşiyle olan ilişkilerinin bir yansıması olabilir. Postpartum depresyonda olan kadınların doğum sonrasında cinsel ilişkiye yeniden başlama ya da bunu deneme oranının diğerlerinden az olduğu görülmüştür. Doğumdan sonra 6 ay içinde cinsel ilişkiye başlamama nedenleri sorulduğunda, depresif olan kadınların en sık belirttikleri nedenler; libido kaybı, cinsel ilişkiye ilginin azalması, yorgunluk, fiziksel problemler ve kendini çekici görmemesidir (16).

Cinsel arzu kaybının postpartum depresyona eşlik ettiği, depresyonun ayrıca cinsel ilişki sıklığında azalma ile de ilişkili olduğu saptanmıştır (17,19). Byrd ve arkadaşları postpartum depresyonun doğumdan sonra 4. ayda, kadınlardaki cinsel arzu kaybının önemli bir nedeni olduğunu vurgulamıştır (125).

Geçmişinde majör depresyon hikayesi olan kadınların bu dönemde tekrar yaşama hızının yüksek olduğu belirtilmektedir (19).

Doğum sonrası dönem erkek ve kadın için sevgiyi paylaşma açısından zor bir dönemdir. Hamilelikte fiziksel ve ruhsal yönden daha yakın olan çiftlerde doğum nedeniyle yorgunluk, uykunun bölünmesi ve bebeğin bakım gereksinimlerinin fazla ve programsız olması nedeniyle cinsel paylaşımlar azalabilmektedir. İki taraf da bakım ve sevgilerini bebeğe yönlendirir. Özellikle kadının bebeğiyle çok ilgili olması ilişkiyi olumsuz etkileyen önemli bir nedendir. Ancak bu geçici durum eşler arasında beklenmeyen problemlere neden olabilmektedir (132).

Bir çalışmada doğum sonrası dönemdeki kadınların %57'sinin eşlerinin cinsel doyumu hakkında endişe duydukları belirtilmiştir. Çiftlerin %50'sinin kontrasepsiyon hakkında problem yaşadığı(yöntem kullanmıyor olduğu ya da kullandığı yöntemden emin olmadığı) belirtilmiştir. Bu gibi endişe ve korkular da cinsel işlevleri olumsuz etkilemektedir (12).

Doğum sonrası dönemde sosyal ve çevresel bazı değişiklikler de görülmekte ve anneyi ve aileyi farklı yönlerde etkilemektedir. Aileye katılan bebeğin bakımı için yaşanılan yerin tekrar düzenlenmesi, bebeğin kalacağı odanın belirlenmesi, anne ve

bebeğin bakımına yardım için önceden evde kalmayan bireylerin evde kalmaya başlaması gibi değişiklikler gerekebilir. Bu değişiklikler toplumsal, kültürel ve dini özelliklere göre farklılıklar gösterebilir.

Bu dönemde cinsel işlevleri etkileyebilecek diğer psikososyal değişiklikler enerji düzeyi, beden imajı, iyi hissetme, cinsel tutumlar, ilişki kalitesi, sosyal rollerdeki değişimlere uyum, annelik rolü'dür (17,40).

2.9.3. Diğer Nedenler

Obstetrik olmayan diğer faktörler de bu dönemde kadının cinsel işlevlerini etkileyebilmektedir. Çeşitli araştırmalarda bu faktörlerin etkileri incelenmiş, farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu faktörler; yaş, eğitim, evlilik süresi, çalışma durumu, mesleği, aile tipi, sigara içme durumu, kullanılan aile planlaması yöntemi, evdeki oda sayısı, özel oda bulunma durumu, maddi durumudur (9,17-20,40,50,85).

2.10. Doğum Sorası Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlev Bozukluklarında Ebe ve Hemşirenin Rolü

Cinsellik temel insan gereksinimidir ve bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Cinsel sağlık insan sağlığının ayrılmaz bir parçasıdır. Çeşitli nedenlerle yaşanan cinsel problemler, bireyler arasındaki iletişim azlığı ve birbirini anlamadaki güçlük nedeni ile daha da büyüyebilir. Ancak buna rağmen bireyler profesyonel yardım için başvurmayabilirler.

Moreira ve arkadaşları yaptığı çalışma sonucunda; cinsel problem yaşayanların ancak çok az bir bölümünün medikal yardım aldığını, bunun da bu problemleri yeterince ciddiye almamalarından ya da tedavi edilebildiğinin farkında olmamalarından kaynaklandığını belirtmişlerdir (132).

Cinselliği konuşmanın halen tabu olduğu toplumlarda bireyler problemlerini açıkça ifade edemeyebilirler ve sağlık profesyonellerine de bu konuda başvurmayabilirler. Ülkemizde de cinsellik halen çok açık ve rahat konuşulabilen bir konu olmadığından bu durum, özellikle kadınlar için ayıp ve günah olarak kabul edilmektedir. Bütüncül bakım hizmeti veren hemşireler aynı zamanda kadın olmaları dolayısıyla kadınların, cinsellik gibi özel durumlarını ifade edebilecekleri en yakın sağlık profesyonelleridir (36,131).

Doğum sonrası dönem; yaşanan fiziksel, ruhsal ve sosyokültürel değişimler nedeni ile cinsel işlevlerin çeşitli derecelerde etkilendiği bir süreçtir. Bu dönem boyunca yeni anne ve babanın deneyimlediği cinsel problemler; cinsel işlevlerin yaşam kalitesinde, fiziksel ve mental sağlıkta ve kişiler arası ilişkilerde temel rolü olması nedeni ile yoğun strese yol açar. Sağlık bakımı veren personelin özellikle yenidoğana odaklanması ile doğum sonrası dönemdeki cinsel sorunların profesyonel tanılanması gecikebilir. Cinselliğin kadın ve erkek yaşamındaki önemine rağmen birçok hekim, doğum sonrası bakım veren ebe/hemşire ve diğer sağlık personelleri, bu dönemdeki cinsellikle ilgili temel bilgi ve klinik beceri açısından yetersiz kalmaktadır. Güvel ve arkadaşları tarafından hemşirelerin kadın cinsel işlevleri hakkındaki bilgi düzeyinin değerlendirilmesi ve bu konudaki düşüncelerinin sorgulanması amacı ile yapılan çalışma sonucunda, hemşirelerin tümü kadının cinsel sağlığı konusunda verilen eğitimi yetersiz bulmuş ve kadının cinsel işlevleri konusunda daha ileri bilgilere ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir (130). Aygin ve Aslan ise cinsel sağlık konusunun sağlık bakım profesyonelleri tarafından ele alınmasını engelleyen unsurların araştırıldığı bir çalışmada, hastaların bu konuyu çirkin bulmaları, sağlık profesyonellerinin hastaya cinsel sorunlar hakkında soru sormada, gereksinimi olup olmadığını algılamada ve sorunu belirleyip uygun yanıtı verme konusunda bilgi eksikliklerinin olduğunu belirlemiştir (129). Barrett ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bu dönemdeki kadınların yalnızca %15'inin cinsel problemlerini sağlık çalışanları ile tartışabildiği belirlenmiştir (18). Bir diğer çalışmada doğum sonrasında cinsel yaşamlarında sorun olduğunu belirten 330 kadından 199'u (%60) sorunlarını eşiyle ya da doktoruyla tartışmadığını söylemiştir. Bu bilgiler kadınlara karşılaşılabilecekleri cinsel sorunlar hakkında bilgi vermenin önemini göstermektedir.

Doğum sonrası cinsellik psikolojik ve fizyolojik yönleri oldukça kompleks olan bir alandır. Yeni anne babalar profesyonel hemşire/ebeye erken postpartum dönemde tavsiyeleri için başvurabilirler. Yapılan çalışmalarda birçok çift bedendeki değişimler ve doğum sonrası cinsellik hakkında daha fazla bilgi almak istediklerini ve %30'u cinsel danışmanlığın kendilerine yardım edeceğini ifade etmiştir (12,134). Bu alanda çalışan hemşire/ebe, bu dönemde kadınların normal cinsel işlevlerini geçici ya da kalıcı etkileyebilen durumları bilmeli, uygun iletişim tekniklerini

kullanarak cinsel yaşam konusunda konuşabilmeli, eğitim verebilmeli ve özel tedavi gerektiren durumlarda ilgili uzmanlara yönlendirmelidir (129,132).

Çiftlere bu dönemde fiziksel, hormonal ve psikolojik nedenlerle cinsel işlevlerde hangi değişikliklerin meydana gelebileceğini ve bu değişikliklerin cinsel yaşamlarına olan olumsuz etkileri ile nasıl başedebilecekleri konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmelidir. Bireylere her alanda primer bakım veren hemşire/ebe, sağlık ekibinin bu hizmeti verebilecek olan en ideal üyesidir (132).

Çiftlerle cinsellikte başarı için üçüncü bir kişi olarak dikkatli, psikolojilerine uygun konuşmak gerekir. Örneğin kadının cinsel ilgisinin doğum sonrası dönemde düşük olduğunu söylemek yeterli değildir. Masters ve Johnson cinsel ilişkilerdeki bozulmayı, yorgunluk, ağrı, vajinal değişim ve fiziksel hasarın kalıcı olma korkusuna bağlanmıştır. Ayrıca kadındaki östrojen düzeyindeki düşüklüğün cinsel ilgide azalmaya neden olabileceği belirtilmiştir. Ancak bu, kadının çok soğuk olacağı anlamına gelmemelidir (132).

Bazı klinik araştırmalar cinsel işlev bozukluğunun yaygın olarak doğum sonrası dönemde başladığını göstermiş (118) ve seks terapisi alan kadınların çoğu cinsel problemlerinin başlangıcını bu dönem ile ilişkilendirmiştir (19). Bu da doğum sonrası dönemde cinsel işlevlerde meydana gelebilecek değişikliklerin tanınması, önemli cinsel sorunlara dönüşmesinin önlenmesi, cinsel işlev bozukluğunun erken dönemde tanınması ve gerekiyorsa tedavi edilmesinin önemini göstermektedir (132).

Yeni anne ve baba olan kadın ve erkek, doyumu yüksek bir cinselliği devam ettirmek isteyecektir, bu yalnız kendileri için değil aile ünitesi için de gereklidir. Ancak doğumun cinsel etkileri hem erkek hem kadının bedensel ve ruhsal durumu için engelleyici bir tehdit yaratabilir. Profesyonel hemşire/ebe bu konuda bilgili ve rahat olmalıdır. Fiziksel, davranışsal ve sosyal bilimler hakkında bilgi sahibi olmalı, aldığı eğitim danışmanlık tekniklerini içermelidir. Bunun yanında hemşire/ebe bu hizmetini aile ünitesinin birer parçası olan, sevgi ve samimiyeti paylaşma ihtiyacı olan çiftleri ayırmadan aile merkezli olarak vermelidir (132).

Sezaryen olan kadınların ve eşlerinin de bu bilgilere ihtiyacı olduğu unutulmamalıdır. Vajina ve serviks doğum travmasına maruz kalmasa da, bu kadınlar da cinsel organlarının bu deneyimle değişime uğradığının farkına

varılmalıdır. Ek bir problem olarak abdominal rahatsızlığın da olmasına rağmen keyifli ve rahat bir birlikteliği sağlamanın yolları hakkındaki öğütlere ihtiyaçları olduğu bilinmelidir (132).

Hemşire/ebe cinsellikle ilgili gerekli öyküyü almalı, verilerini toplamalı, şu anki ve potansiyel problemleri tanımlamalıdır. Öykü almada özel olarak hazırlanmış cinsel öykü envanterleri kullanılabilir. Ancak bu envanterler cinsel sağlık profesyonellerinin klinik araştırma ve uygulamalarında önemli araçlar olsa da, cinselliği ile ilgili konuşmanın hastalar için zor olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca bireylere cinsellikle ilgili yöneltilen sorular açık uçlu olduğunda cevaplamaya isteksiz oldukları, direk sorular yöneltildiğinde ise daha kolay cevapladıkları vurgulanmaktadır. Cinsel sorunla karşı karşıya gelen sağlık profesyonelinin en önemli ustalığı dinleme becerisidir (51). Daha sonra her çift ayrı ayrı değerlendirilmeli ve çifte özel danışmalık hizmeti verilmelidir. Danışmalık hizmeti; yanlış bilgileri düzeltici/engelleme, yaşadıkları problemlerin normal olduğu konusunda endişelerini giderici ve gerektiğinde alternatif öneriler sunucu olmalıdır.

İlk olarak hemşire/ebe; çifte, kadındaki fizyolojik değişiklikler hakkında basit bir açıklamada bulunmalıdır. Erkeğin, eşinde meydana gelen değişimlere duyarlılık kazanması, cinsel ilişkiye geri dönmeyi kolaylaştırabilir (132).

Sonraki konu ise cinsel ilişkiye en erken ne zaman başlanabileceğinin tartışılmasıdır. Bu süre toplumlar arasında dini ve kültürel faktörlerin de etkisi ile farklılık gösterebilmektedir (12,40,57). Türkiye’de ise lohusanın kırkı çıktıktan sonra cinsel ilişkinin yapılabileceğine inanılmakta ve genel olarak 40 gün beklenmektedir (27). Geçmişte doktorlar da çiftlere doğumdan sonra 6 hafta cinsel ilişkiden kaçınmalarını söylerlerdi. Halen birçok doktor aynı tavsiyeyi vermektedir. Bu kuralın antibiyotikten önceki zamanlardan kaynak aldığı ve doktorların 6 hafta kuralını muhtemelen kadını enfeksiyondan korumak için koyduğu vurgulanmıştır (132). Son görüşler ise bu kararın çiftlere özel olması gerektiği yönündedir. Aksi takdirde kadınlar cinsel birleşmeye zorunlu bırakıldıklarında ya da isteyerek gerçekleştirdiklerinde, hekimlerinin kurallarını ihlal ettiklerini düşünecekler ve bu da kadın için psikolojik bir travmaya neden olabilecektir. Çiftin doğumdan 3 hafta sonra eğer kadının kanaması durduysa ve epizyotomisi iyileştiyse güvenli bir şekilde cinsel ilişkiye girebileceği belirtilmektedir (103). Hemşire/ebe bu durumu çok iyi

açıklamalı, çifti iyi değerlendirmeli, bu durumu basitleştirmemeye ve vereceği mesajda dikkatli olmaya özen göstermelidir.

Kadın cinsel ilişkiye girmeye fizyolojik olarak hazır olmasına rağmen psikolojik olarak hazır olmayabilir. Bu problemin bireysel temelli olabileceği düşünülmelidir. Birçok kadın doğum sonrası dönemde fiziksel olarak yeterli olmalarına rağmen cinsel ilişkiye yeniden başlama konusunda endişe yaşar. Bu kadınlar desteklenmelidir ve daha uzun zamana ihtiyaçları olabileceği unutulmamalıdır. Bu durum tartışılmalı, bireysel gerekçeleri gözden geçirilmeli, korkularını paylaşmaları sağlanmalı ve eşleri ile duygularını paylaşmaları konusunda desteklenmelidir (97). Ayrıca eşlerin bu durumda cinsel ilişki için zorlayıcı davranmaması ya da tam aksine ilgisiz davranmamaları gerektiği belirtilmelidir (12).

Hemşire/ebe cinsel ilişkide rahatsızlığın azaltılması için basit önerilerde bulunabilir. Eğer epizyotomi varsa oturma banyosu önerilebilir. Dikişlerin olduğu alan iyileşene kadar cinsel ilişki ağırlı olabilir. Bu uygulama bölgenin rahatlayıp iyileşmesine yardımcı olacaktır (132).

Vajinal kuruluk problemi için steril, kokusuz ve suda çözünebilir kayganlaştırıcılar önerilebilir. Böylece vajinal kuruluk nedeni ile kadının cinsel ilişkide ağrı duyması engellenecektir (2,117,132).

Vajinal açıklığın eski haline dönmesi, bu alandaki kasların tonüs ve gücünün artırılması için hemşire/ebe gebelik ve doğum sonu dönemde anneyi kegel egzersizlerini günde ortalama 50-100 defa yapması konusunda cesaretlendirmelidir. Kegel egzersizleri, pubokoksigeal kasta hızlı kasılma ve gevşemeyi içeren egzersizlerdir. Egzersiz yapılırken diğer kasların kontraksiyonundan kaçınmak için bacaklar düz bir şekilde uzatılır. Kadın bu pozisyonda idrar ve gaz geçişini durduruyormuşçasına kaslarını kasar. İdeali bu pozisyonda 10 saniye tutulması ve 10 saniye bırakılmasıdır. Bu güçlü kas (pubokoksigeal), pubis kemiğinden koksikse uzanır ve pelvisin ana sfinkteridir. Fonksiyonu vajinayı, uterusu, mesane ve rektumu desteklemektir. Ayrıca orgazm boyunca istemsiz olarak kontrakte olur ve cinsel ilişki esnasındaki vajinal algı ve cinsel yanıt ile ilişkilidir. Gebelik boyunca eklenen ağırlık ve doğum boyunca meydana gelen gerilme nedeniyle zorlanmaya maruz kalır. Kadının orgazma ulaşma kapasitesini arttırmanın yanında; bu egzersizi yapmanın sağladığı diğer yararlar olası pelvik taban zayıflığını engellemesi ve yaşamın

ilerleyen yıllarında prolapsusu ve üriner inkontinansı engellemesidir. Bu yüzden bu egzersizi yalnızca gebelik ve doğum sonu dönemde değil yaşamı boyunca yapması önerilmelidir (2,132).

Gebelikte özellikle 32-36. haftadan sonra ve doğum esnasında (özellikle 2. fazında) uygulanan perine masajının epizyotomi uygulanma oranını azalttığı, perineal travmanın daha çabuk iyileşmesini sağladığı yönünde bulgular mevcuttur (114). Perine masajı için; tırnaklar kısa kesilmiş, eller yıkanmış olmalıdır. Alt ekstremitelerin fleksiyonda olduğu yarı yatış pozisyonunda başparmak ve işaret parmağı ya da iki elin başparmağı vajinanın 3-5 cm içerisine yerleştirilir ve basınç aşağıya doğru olacak şekilde vajina duvarlarına, bir yandan diğer yana doğru ritmik olarak 'U' şeklinde hareket ettirilir. 5-10 dakika süre ile günlük ya da gün aşırı sıklıkla uygulanabilir (67,114). Perine masajının doğumda epizyotomi ve diğer müdahaleleri azaltması, perineal yırtıkları büyük oranda engellemesi ve meydana gelen travmanın iyileşmesini hızlandırması, doğum sonu dönemdeki cinsel işlevler üzerine olumlu etki yaratacaktır. Bu nedenle gebelerin ve doğum yaptıran sağlık personelinin bu konuda bilinçlendirilmesi önemlidir.

Çiftlere vajinal gerginliği azaltmaya yardım için önerilerde bulunulmalıdır. İlk olarak kadının eşi şu konuda bilgilendirilmelidir: Ellerini yıkadıktan sonra, iki ya da üç parmağını bir kayganlaştırıcı sürerek kadının vajinasında ilerletmesi, vajinayı inceleyerek rahatsız olan alanları tanımlaması, içeride parmaklarını döndürmesi. Böylece pubokoksigeal kasın gevşemesine yardımcı olunabilir (103,132). Kadın da özellikle epizyotomisi varsa cinsel ilişki öncesi vulva muayenesi yapabilir. Bir el aynası ile bölgeyi görerek, bir parmağını vajinaya ilerletir ve iyileşmeyi test edebilir (12).

Çiftin yan-yan pozisyonda cinsel ilişkiye girmeleri ya da kadının cinsel ilişki boyunca üstte olduğu bir pozisyon denemeleri önerilerek, böylece penisin vajinaya girişini ve ilerleyişini kadının kontrol etmesine izin verilmesi sağlanmalıdır (12,103).

Son olarak hemşire/ebe kadının varsa diğer endişelerini gidermeye çalışmalı, sorularına cevap verebildiği ölçüde yardımcı olmalıdır. Sorunların çözümünün hormonal değişikliklere bağlı olarak da zaman alabileceği hatırlatılmalıdır. Eşlere annenin uyarılması için daha fazla okşanmaya ve öpülmeye ihtiyacı olduğu söylenmelidir. Doğum sonrası dönemin; cinsel ifadenin, cinsel ilişkiyi içermeyen

diğer metodlarını (genitallerin karşılıklı manuel uyarılması gibi yüksek seviyede memnuniyet verici ve orgazma götürücü bir uyarı veya mastürbasyon gibi) kullanmak için ideal bir zaman olduğu da ifade edilmelidir. Ayrıca annenin bedeninin birkaç hafta içinde normale döneceğini söylenerek bu konudaki endişeleri giderilmelidir (12,132).

Hemşire/ebe psikolojik açıdan da bakabilmeli, doğumun anne-babanın psikolojisine etkilerini bilmelidir. Özellikle annenin bu dönemde hassas olduğunu, desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmelidir. Çifte duygularını ifade edebilmeleri ve yeni rollerini tartışabilmeleri için ortam hazırlamalıdır. Yaşanan psikolojik sorunların, korku ve endişelerin cinsel yaşamı olumsuz etkileyeceği unutulmamalıdır. Her bireyin mevcut olan korkuları ve suçluluk duyguları için spesifik bilgiler verilmeli; kadının ve eşinin ruhsal limitlerine saygılı olunmalıdır. Özellikle annenin ruhsal durumu çok iyi değerlendirilmeli ve gerekirse profesyonel yardım için bir psikiyatriste yönlendirilmelidir.

Cinsel problemlerin ilk olarak varsa jinekolojik orjinleri tedavi edilir (epizyotomi skarı nedenli ağrı, hormonal nedenli vajinal kuruluk, göğüs enfeksiyonları nedenli rahatsızlık gibi). Ancak bazı problemler dirençlidir ve fiziksel bir problem yoksa bile aylarca hatta yıllarca sürebilir. Bu durumda psikolojik durum ve iki partner arasındaki ilişkiye daha dikkatli bakmak gerekir. Uzun süreli cinsel problemler genellikle konuşmama, evlilik içi çatışmalar (örneğin ödevlerin paylaşımı konusunda) ve çiftin gebelik öncesi de var olan psikoseksüel problemleri ile ilişkilidir. Genç çift cinsel istekler ve problemler hakkında konuşmadıkça bu çekinme ve hayal kırıklığı devam eder. Çift bu problemleri ile kendi kendine baş edemeyebilir. Bu durumda mutlaka psikoterapi tavsiye edilmelidir (12,132).

Sonuç olarak, doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel işlev durumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın, hemşirenin/ebenin vereceği eğitim ve danışmanlık hizmetlerine rehberlik edeceği ve hizmetin kalitesini yükselteceği düşünülmektedir.

3.BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma; doğum sonrası dört aylık dönemi geride bırakan kadınların cinsel işlev durumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara ili merkezinde bulunan T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'ne bağlı 7 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi bölgesinde Şubat 2007-Ağustos 2007 tarihleri arasında 6 aylık bir süreçte gerçekleştirilmiştir.

Ankara İli Toplam Nüfusu: 4.007.860,

Ankara İli Merkez Nüfusu: 3.203.362

Toplam Doğurganlık Hızı (TDH) : 1.90

(TDH: Bir kadının doğurgan olduğu dönem boyunca-15-49 yaşları arasında-yaşayacağı ve belirli yaşa özel doğurganlık hızını takip edeceği varsayımı altında ortalama doğurabileceği canlı çocuk sayısıdır.)

Son Bir Yıl İçinde Canlı Doğan Çocuk Sayısı: 70.749

15-49 Yaş Kadın Nüfusu: 1.167.882

Yıllık Nüfus Artış Hızı: % 021.37

(Yıllık Nüfus Artış Hızı: İki sayım tarihi arasındaki dönemde her 1000 nüfus için yıllık artan nüfustur.)

Çocuk Sahibi olmada ortalama yaş: 26.91

(Türkiye İstatistik Kurumu 2000 Genel Nüfus Sayımı-İllere Göre Nüfusun Nitelikleri) (45)

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara ili merkezinde yaşayan doğum sonrası dördüncü ayda olan kadınlar oluşturmaktadır. Doğum sonrası dördüncü ay, kadınların cinsel ilişkiye başlamış olmaları için yeterince doğumdan uzak, unutmaya faktörünün etkisini azaltmak için yeterince doğuma yakın bir zaman dilimi olarak düşünülmüştür. Ayrıca bu dönemde emzirme, postpartum depresyon gibi doğuma ilişkin diğer faktörler ve cinsel fonksiyonlara etkisi de değerlendirilebilmektedir.

Araştırmaya alınacak örneklem sayısı 100 olarak belirlenmiştir.

Bu örneklemin seçilmesinde Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2000 yılı Ankara ili sosyo-gelişmişlik düzeyini gösteren sınıflaması kullanılmıştır (45). Sosyo-gelişmişlik düzeyi cinsel işlevleri etkileyen bir faktör olduğu ve Ankara iline ait ulaşılabilen en güvenli sınıflama olduğu için bu sınıflama seçilmiştir. Bu sınıflamada Ankara ili tüm ilçeleri, her mahallesi gelişmişlik düzeylerine göre; 1: zengin, 2:orta, 3: fakir olacak şekilde sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre Ankara ilinin merkez ilçelerinin her birinin sosyo-gelişmişlik düzeyi ortalaması bulunmuş, ayrıca Ankara ili genel sosyo-gelişmişlik düzeyi ortalaması bulunmuştur. İlçeler sosyo-gelişmişlik düzeylerine göre üç kümeye ayrılmış ve bu 19 AÇSAP Merkezinden Ankara'nın sosyo-gelişmişlik düzeyini yansıtan 7 AÇSAP Merkezi belirlenmiştir. Ayrıca belirlenen örneklem sayısına (100) ulaşmak için her bölgeden ve AÇSAP Merkezinden kaç kişinin örnekleme alınacağı belirlenmiştir:

Prof. Dr. Yunus Müftü 1 Nolu Yenimahalle Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi: 14 kişi

3 Nolu Çankaya Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi: 14 kişi

5 Nolu Akdere Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi: 14 kişi

8 Nolu Aktepe Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi: 14 kişi

9 Nolu İncirli Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi: 14 kişi

13 Nolu Mamak Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi: 15 kişi

Sincan Nezihe Hamdi Tüten Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi: 15 kişi.

Bu merkezlerden belirlenen sayıda örneklemin seçimi için basit rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu merkezlere bağlı nüfustaki doğum sonu dönemde olan ve dördüncü ayını doldurmuş kadınlar, bebek aşı kartları kullanılarak tespit edilmiş ve rastgele sayılar tablosu kullanılarak örnekleme girecekler belirlenmiştir.

Örneklem Seçim Kriterleri:

1. Doğum sonrası 4. ayını doldurmuş olan
2. Son bir aydır eşi ile birlikte kalan kadınlar örneklem kapsamına alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Verilerin toplanması amacı ile 3 form kullanılmıştır.

1. Araştırmacı tarafından oluşturulan soru formu (Ek-3). Bu form kadın cinsel işlev bozuklukları ile ilgili literatürden yararlanarak hazırlanmıştır (12,13,16-19). İlk bölümde sosyo-demografik özelliklere, ikinci bölümde genel sağlık alışkanlıklarına, üçüncü bölümde gebelik özgeçmişine ve dördüncü bölümde cinsel yaşama ilişkin sorular bulunmaktadır.

2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS) (Ek.5). Doğum sonu depresyonun cinsel işlevlere etkisi birçok çalışmada araştırılmış (12,16-18) ve çoğunda depresyon açısından riskli olan grubu belirlemede EPDS kullanılmıştır (16-18). Bu çalışmada da doğum sonu depresyon için risk altında olan grubu belirlemek için Cox ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen ve Türkiye’de Engindeniz ve Aydın tarafından geçerlilik ve güvenilirliği saptanan EPDS kullanılmıştır (41,46). Engindeniz’in yaptığı çalışmada EPDS’nin iç tutarlılık kat sayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80, kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, olarak bulunmuştur. EPDS ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon $r: 0.7$, ($p<000001$) bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir (41). Ölçekte 10 soru ve her soruda dört madde bulunmaktadır. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 3.,5.,6.,7.,8.,9. ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3,2,1,0 biçimindedir. Diğer yandan 1.,2. ve 4. maddeler ise 0,1,2,3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile

elde edilir. Ölçek için verilen kesim puanları araştırmalar arası farklılık göstermekle birlikte 12 kesim puanının klinik depresyonu belirlemede yeterli olabileceği belirtilmektedir. Ölçek postpartum depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı bir ölçektir (34). Araştırmamızda toplam puanı 12 ve üzerinde olan kadınlar, depresyon açısından riskli olarak değerlendirilmiştir.

3. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (Index of Female Sexual Function- IFSF) (Ek.4). 1999 yılında Kaplan, Reis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkiye'de 2002 yılında Yılmaz ve Eryılmaz tarafından geçerlilik-güvenilirliği saptanmıştır. IFSF'in cronbach alpha güvenilirlik katsayısı analiz sonucunda cronbach alpha= .82 olup güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır. IFSF'nin yapı geçerliliğinde, faktör analizi istatistik tekniklerinden en yaygın olan Varimax Rotation Faktör Analizi kullanılmıştır. IFSF'in geçerliliği için yapılan faktör analizi sonucunda, elde edilen 3 alt boyutta, kadın cinsel fonksiyonunun "cinsel doyum", "cinsel ilişki sıklığı/ libido", "cinsel ilişkide rahatsızlık" alanlarının incelenmesine olanak sağladığı geçerlilik çalışması sonucuyla da belirlenmiştir (5).

IFSF ülkemizde de birçok araştırmada cinsel işlevlerin belirlenmesinde kullanılmış, uygulanması kolay ve güvenilir bir ölçektir (11,35-38,54). Ölçek 9 sorudan oluşmakta, her bir soru kadının son 1 aydaki cinsel fonksiyonunu sorgulamaktadır. Kadın cinsel fonksiyonu ile ilgili yönleri (cinsel ilişkide rahatsızlık, lubrikasyon, cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek, cinsel ilişki tatmini, orgazmik fonksiyon ve klitoral duyarlılık) değerlendirmek için tasarlanmıştır. Cevapların derecelendirilmesi 1' den (neredeyse hiç ya da hiç), 5'e kadar (hemen hemen her zaman ya da her zaman), son 1 ay içerisinde cinsel ilişkide bulunmayanlarda sıfır olarak puanlanır. Soruların analizi ve alt başlıkların puanı birbirinden farklıdır. Soru 1, cinsel ilişkide rahatsızlık (0-5 puan); soru 2 lubrikasyon (0-5 puan), soru 3 cinsel ilişki sıklığı (0-5 puan), soru 4,5 cinsel istek (2-10 puan); soru 6, 7 cinsel ilişki tatmini (2-10 puan); soru 8 orgazmik fonksiyon (0-5 puan); soru 9 klitoral duyarlılık (1-5 puan) hakkında bilgi verir. En yüksek puan 45, en düşük puan 5'tir. Total skor arttıkça cinsel fonksiyonda artma, azaldıkça cinsel fonksiyonda azalma olarak değerlendirilir. Genel olarak total skorunun 30 un altında olması cinsel disfonksiyon açısından riskli kabul edilmektedir (5,6,54).

3.5. Ön Uygulama

Hazırlanan soru formunun ön uygulaması, Prof. Dr. Yunus Müftü 1 Nolu Yenimahalle Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi bölgesinden seçilen doğum sonrası dördüncü ayını dolduran 10 kadına uygulanmış ve elde edilen sonuçlara göre gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Örneklem seçiminde bu kadınlar örneklem dışı bırakılmış, araştırmaya dahil edilmemişlerdir.

3.6. Veri Toplama

AÇSAP merkezlerinden dört aylık bebeklerin aşı kartları kullanılarak örnekleme alınacaklar belirlenmiş, telefon numaraları ve adresleri alınarak, aranmış ve randevu alınarak ev ziyareti yapılmıştır. Soru formlarını doldurmadan önce araştırmacı kendini tanıtmıştır. Araştırmanın amacı ve süresi konusunda bilgi verilmiş, isimlerinin gizli tutulacağı, bilgilerin güvenli bir şekilde saklanacağı ve yalnızca araştırma amacıyla kullanılacağını belirtmiş ve yazılı onamlarını almıştır (Ek.2). Soru formu ve ölçekler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak doldurulmuştur. Kadının gizliliğinin sağlanması ve rahatlığı için tek başına olmasına dikkat edilmiştir. Soru formu ve ölçeklerin doldurulması ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada uygulama yapılacak olan AÇSAP merkezleri ve örneklem sayıları belirlendikten sonra T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nden 15.02.2007 tarih ve 3504463 sayılı izin alınmış (Ek.1) ve verilerin toplanması aşamasına geçilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Doğum sonrası dördüncü aydaki kadınların cinsel işlevlerinin ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı bu çalışma, bazı sınırlılıkları da beraberinde getirmiştir. Örneklem alınacaklar belirlenirken aşı kartları kullanıldığı için sadece canlı doğum yapmış ve bebeği halen yaşayan anneler araştırmaya alınmıştır. Örneklem seçilen kadınlara AÇSAP merkezlerindeki adresleri ve telefon numaraları aracılığı ile

ulaşıldığı için adresi/telefonu yanlış olanlar veya verilen adresten taşınanlara ulaşılamamış (2 kişi), belirlenen yedekler araştırmaya alınmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistik analizleri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 for Windows istatistik analiz paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdeler hesaplaması, Pearson Chi-Square ve Fisher's Exact testi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin cinsel işlev puanları yönünden karşılaştırılmalarında; ikili grupların analizinde normal dağılıma uygunluk Levene testi ile belirlenerek Students t testi yapılmış; ikiden fazla alt grubu olan değişkenlerin cinsel işlev puanları yönünden karşılaştırılmalarında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Bu test sonucunda gruplar arasında fark bulunduğunda farklılığın hangi ikili gruplardan kaynaklandığını ortaya çıkarmak için de Tukey HSD testi uygulanmıştır. Ayrıca parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü tespit etmek için Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, evlilik süresi, aile tipi, üreme sistemi ile ilgili şikayetin bulunma durumu, kullanılan aile planlaması yöntemi, sistemik/hastalığının bulunma durumu, doğum sayısı, doğum şekli, emzirme durumu, evde eş ve çocuklar dışındaki birey/bireylerle kalma durumu, doğumdan sonraki ilk cinsel ilişkinin kimin isteği ile gerçekleştiği ve Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) puanı.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise çalışmada kullandığımız kadın cinsel fonksiyon ölçeğinin (Index of Female Sexual Function-IFSF) her bir alt puanı (cinsel ilişkide rahatsızlık, lubrikasyon, cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek, cinsel ilişki tatmini, orgazmik fonksiyon ve klitoral duyarlılık puanları) ve toplam puanıdır.

4.BULGULAR

4.1.KADINLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1.1. Doğum Sonrası Dönemdeki* Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

n: 100

Özellikler	n	%
Yaş		
19 ve altı	3	3,0
20-24	25	25,0
25-29	32	32,0
30-34	28	28,0
35 ve üzeri	12	12,0
Eğitim Düzeyi		
İlkokul mezunu	37	37,0
Ortaokul mezunu	15	15,0
Lise mezunu	40	40,0
Üniversite mezunu	8	8,0
Eşinin Yaşı		
20-24	3	3.0
25-29	31	31.0
30-34	31	31.0
35 ve üzeri	35	35.0
Eşinin Eğitim Düzeyi		
İlkokul mezunu	26	26.0
Ortaokul mezunu	11	11.0
Lise mezunu	43	43.0
Üniversite mezunu	20	20.0
Çalışma Durumu		
İşçi	4	4.0
Memur	7	7.0
Ev Hanımı	89	89.0
Eşinin Çalışma Durumu		
İşçi	16	16.0
Memur	19	19.0
Serbest	65	65.0
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	73	73.0
Geniş Aile	27	27.0
Evlilik Süresi		
0-5	47	47.0
6-11	38	38.0
12 ve üzeri	15	15.0

*Araştırmaya doğum sonrası 4. aydaki kadınlar alınmıştır.

Tablo 4.1.1’de doğum sonrası dönemdeki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların yaşları 18 ile 40 arasında değişmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların % 32’sinin 25-29 yaş grubunda, %28’inin ise 30-34 yaş grubunda olduğu, %40’ının lise mezunu, %37’sinin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Kadınların eşlerinin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; %35’inin 35 yaş ve üzerinde, %31’inin 30-34 yaş grubunda, %31’inin 25-29 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin %43’ünün lise mezunu, %26’sının ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Kadınların % 89’u ev hanımıdır. Eşlerinin %65’inin serbest çalışmakta, %19’unun memur olduğu görülmektedir. Kadınların %73’ü çekirdek aileye sahiptir. Katılımcıların %47’sinin 0-5 yıldır, %38’inin ise 6-11 yıldır evli olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1.2. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Genel Sağlık Durumları ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri

n: 100

Sigara İçme Durumu	n	%
İçiyor	32	32.0
İçmiyor	68	68.0
Son Dört Hafta İçinde Üreme Sistemine İlişkin Şikayet		
Olan	18	18.0
Olmayan	82	82.0
Son Dört Hafta İçinde Üreme Sistemine İlişkin Şikayet Türü		
n : 18*		
Anormal Vajinal Akıntı	13	72.2
Anormal Vajinal Akıntı+ Ağrı	1	5.6
Anormal Vajinal Akıntı+ Kaşıntı	4	22.2
Sistemik/Kronik Hastalık		
Olan**	11	11.0
Olmayan	89	89.0
Sürekli Kullanılan Bir İlaç		
Var***	4	4.0
Yok	96	96.0
Son 4 Haftada Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu		
Geri Çekme	44	44.0
Kondom	29	29.0
RIA	7	7.0
3 Aylık Enjeksiyon	5	5.0
Tüp Ligasyonu	4	4.0
Oral Kontraseptifler	3	3.0
Yöntem Kullanmayan	5	5.0
Cinsel İlişkiye Girmeyen	3	3.0

* İlgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler cevap veren kişi sayısı üzerinden alınmıştır.

**Belirlenen hastalıklar: Guatr(5), anemi(4), hipertansiyon ve hepatit C

***Kullanılan ilaçlar: Tiroid ilaçları(4)

Tablo 4.1.2.'de kadınların bazı alışkanlıklarına ve genel sağlık durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Kadınların %32'sinin sigara içtiği belirlenmiştir. Son dört hafta içinde üreme sistemine ilişkin şikayet durumları incelendiğinde; kadınların %18'inin üreme sistemine ilişkin şikayetinin bulunduğu belirlenmiş, %12'si sarı renkli bol, kokulu bir akıntı tarif ederken, %6'sı beyaz, peynirimsi bir akıntı tarif etmiştir. Vajinal akıntıda değişim olan kadınların %22.2'sinde ise anormal akıntı ile birlikte kaşıntının da bulunduğu saptanmıştır. Kadınların %11'inin sistemik/kronik

hastalığının bulunduğu belirlenmiştir. Kadınların %4'ünün sürekli kullandığı bir ilaç olduğu ve bu ilaçların hepsinin guatr ilacı olduğu belirlenmiştir.

Kadınların son dört haftadır kullandıkları aile planlaması yöntemleri incelendiğinde; %44'ünün geri çekme yöntemi ile, %29'unun kondomla korunduğu, %5'inin hiçbir yöntem kullanmadığı, %3'ünün ise cinsel ilişkiye girmediği saptanmıştır.

Tablo 4.1.3. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Gebelik Öyküleri ve Bebeğini Emzirme Durumları

n: 100

Yapılan Doğum Sayısı	n	%
1	31	31.0
2	48	48.0
3 ve üzeri	21	21.0
Son Doğum Şekli		
Dikişsiz Normal Doğum	10	10.0
Dikişli Normal Doğum	49	49.0
Sezaryen	41	41.0
Bebeğini Emzirme Durumu		
Emziriyor	87	87.0
Emzirmiyor	13	13.0

Tablo 4.1.3.'te doğum sonrası dönemdeki kadınların doğum özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Yaptıkları doğum sayısı incelendiğinde %31'inin bir doğum, %48'inin iki doğum, %21'inin ise üç ve üzeri sayıda doğum yaptığı belirlenmiştir. Kadınlara son doğum şekli sorulduğunda %49'u dikişli normal doğum, %41'i sezaryen doğum, %10'u ise dikişsiz normal doğum yaptığını belirtmiştir. Kadınların bebeklerini emzirme durumları incelendiğinde %87'sinin bebeklerini halen emzirmekte olduğu, %13'ünün ise emzirmediği saptanmıştır.

4.2.KADINLARIN CİNSEL YAŞAM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo. 4.2.1. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların İfadelerine Göre Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özellikleri

n: 100

Evde Cinsel Yaşamı Olumsuz Etkileyen Durum Varlığı	n	%
Var	20	20.0
Yok	80	80.0
Evde Cinsel Yaşamı Olumsuz Etkileyen Durum	n : 20*	
Eş ve Çocuklar Dışında Kişi/Kişilerle Kalma	11	55.0
Bebek/Çocukların Olması	12	60.0
Diğer**	2	10.0
Eş ile İlişkilerinde Sorun Yaşama Durumu		
Özel sorunlar/anlaşmazlık yaşama	3	3.0
Eşinin erken boşalma problemi yaşaması	2	2.0
Uzun süre birlikte olmamaya bağlı geçici soğukluk yaşama	1	1.0
Eşin cinselliği sadece ilişkiye girmek olarak görmesi	1	1.0
Sorun Yaşamayan	93	93.0
Gebelikten Önce Cinsel İlişkiye Girme Sıklığı		
Ayda 10'dan Fazla	12	12.0
Ayda 7-10	44	44.0
Ayda 5-6	20	20.0
Ayda 3-4	21	21.0
Ayda 1-2	3	3.0
Gebelikte Cinsel İlişkiye Girme Sıklığı		
Ayda 10'dan Fazla	2	2.0
Ayda 7-10	3	3.0
Ayda 5-6	3	3.0
Ayda 3-4	26	26.0
Ayda 1-2	38	38.0
Daha Az	16	16.0
Gebelikte Cinsel İlişkiye Girmeyen***	12	14.0
Şuanda Cinsel İlişkiye Girme Sıklığı		
Ayda 10'dan Fazla	6	6.0
Ayda 7-10	24	24.0
Ayda 5-6	23	23.0
Ayda 3-4	30	30.0
Ayda 1-2	12	12.0
Daha Az	2	2.0
Doğumdan Sonra Cinsel İlişkiye Girmeyen****	3	3.0

Tablo 4.2.1.'in Devamı

Dönemlere Göre En Fazla Cinsel Arzu	n	%
Gebelikten Önce En Fazla	75	75.0
Gebelikte En Fazla	9	9.0
Doğumdan Sonra En Fazla	16	16.0
Dönemlere Göre En Az Cinsel Arzu		
Gebelikten Önce En Az	10	10.0
Gebelikte En Az	57	57.0
Doğumdan Sonra En Az	33	33.0
Dönemlere Göre En Fazla Cinsel Uyarılma / Orgazm Olma***** n: 85		
Gebelikten Önce En Fazla	50	58.8
Gebelikte En Fazla	9	10.6
Doğumdan Sonra En Fazla	13	15.3
Hiç Orgazm Yaşamayan/Bilmeyen	13	15.3
Dönemlere Göre En Az Cinsel Uyarılma / Orgazm Olma***** n: 85		
Gebelikten Önce En Az	10	11.7
Gebelikte En Az	40	47.0
Gebelikten Sonra En Az	22	25.9
Hiç Orgazm Yaşamayan/Bilmeyen	13	15.3
Dönemlere Göre En Fazla Cinsel İlişki Memnuniyeti***** n: 85		
Gebelikten Önce En Fazla	60	70.6
Gebelikte En Fazla	6	7.1
Doğumdan Sonra En Fazla	19	22.3
Dönemlere Göre En Az Cinsel İlişki Memnuniyeti***** n: 85		
Gebelikten Önce En Az	12	14.1
Gebelikte En Az	51	60.0
Doğumdan Sonra En Az	22	25.9
Dönemlere Göre En Fazla Cinsel Yaşam Memnuniyeti***** n: 85		
Gebelikten Önce En Fazla	59	69.4
Gebelikte En Fazla	6	7.1
Doğumdan Sonra En Fazla	20	23.5
Dönemlere Göre En Az Cinsel Yaşam Memnuniyeti***** n: 85		
Gebelikten Önce En Az	9	10.6
Gebelikte En Az	54	63.5
Doğumdan Sonra En Az	22	25.9

* Soruya birden fazla cevap verilmiştir. İlgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler cevap veren kişi sayısı üzerinden alınmıştır.

** Diğer: Eşin çalışma şartları, bebeğin bronşit olması.

*** Gebelikte cinsel ilişkiye girmeme nedenleri: düşük tehditi/önceki gebelikte düşük öyküsü olması(5), tedavi ile hamile kalmaları(3), bebeğe zararı olacağını düşünmeleri(2), plasenta previa olması, bulantılarının fazla olması.

**** Doğumdan sonra cinsel ilişkiye girmeme nedenleri: istememe, anormal vajinal akıntının olması, eşi ile anlaşmazlık yaşama(özel problemleri olma).

***** Gebelikte ve doğumdan sonra cinsel ilişkiye girmeyenler değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4.2.1’de doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel yaşam özelliklerine yönelik bulgular yer almaktadır. ‘Evde cinsel yaşamınızı olumsuz etkileyen durum olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusuna kadınların %20’si evet cevabını vermiştir. Bu kadınların da %60’ı bebek ve çocukların bulunmasını, %55’i eş ve çocukları dışında kişilerle kalmalarını cinsel yaşamlarını olumsuz etkileyen durumlar olarak göstermiştir.

‘Eşi ile ilişkinizde cinsel yaşamınızı olumsuz etkileyen bir sorun var mı?’ sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde kadınların %7’sinin evet cevabını verdiği belirlenmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi kadınların %44’ü gebelikten önce cinsel ilişkiye girme sıklığının ayda 7-10 kez, %21’i ayda 3-4 kez olduğunu belirtmiştir. Gebelikte ise kadınların %38’inin ayda 1-2 kez, %26’sının ayda 3-4 kez cinsel ilişkiye girdiği belirlenmiştir. Kadınların %12’si ise gebelikte cinsel ilişkiye girmediklerini belirtmişlerdir.

Kadınların doğumdan sonra cinsel ilişkiye girme sıklığı incelendiğinde %30’unun ayda 3-4 kez, %24’ünün 7-10 kez, %23’ünün ise 5-6 kez cinsel ilişkiye girdiği saptanmıştır. Kadınların %3’ü ise doğumdan sonra henüz cinsel ilişkiye girmediklerini belirtmiştir.

Tabloda ayrıca kadınların gebelik öncesi, gebelik dönemi ve doğumdan sonraki dönemlerdeki cinsel arzu, cinsel uyarılma/orgazm, cinsel ilişki memnuniyeti, cinsel yaşam memnuniyeti yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; kadınların %75’i cinsel arzularının en fazla olduğu dönemin gebelikten önceki dönem olduğunu belirtirken, cinsel arzusunun en az olduğu dönemi ise %57’si gebelik dönemi olarak belirtmiştir. Kadınların %58.8’i en fazla cinsel uyarılma/orgazm olmanın gebelikten önceki dönemde olduğunu belirtirken, %47’si en az cinsel uyarılma/orgazm olmanın gebelik döneminde olduğunu belirtmiştir. Kadınların %15.3’ü ise orgazmı bilmediklerini ya da hiç yaşamadıklarını belirtmiştir. Kadınların %70.6’sı en fazla cinsel ilişki memnuniyetini gebelikten önceki dönemde yaşadığını, en az cinsel ilişki memnuniyetini % 60’ı gebelik döneminde yaşadığını ifade etmiştir. Kadınların %69.4’ü cinsel yaşamlarından en fazla memnun oldukları dönem olarak gebelikten önceki dönemi gösterirken, %23.5’i doğumdan sonraki dönemi göstermiştir. Cinsel

yaşamlarından en az memnun oldukları dönem sorulduğunda ise % 63.5'i gebelik dönemi, %25.9'u doğumdan sonraki dönem olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.2.2. Kadınların Gebelik Öncesi, Gebelikte ve Doğum Sonrası Cinsel İlişkiye Girme ve Ağrı Duyma Durumlarına Göre Dağılımları

n : 100

Gebelik Öncesi Cinsel İlişki Sırasında Ağrı	n	%
Var	31	31.0
Yok	69	69.0
Gebelikte Cinsel İlişkiye Girme		
Giren	88	88.0
Girmeyen	12	12.0
Gebelikte Cinsel İlişki Sırasında Ağrı		
	n : 88*	
Var	44	50.0
Yok	44	50.0
Doğumdan Sonra Cinsel İlişkiye Girme		
Giren	97	97.0
Girmeyen	3	3.0
Doğumdan Sonra Cinsel İlişki Sırasında Ağrı		
	n : 97*	
2 ay	9	9.3
3 ay	5	5.2
4.ayda halen	24	24.7
Hissetmeyen	59	60.8

* İlgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler cevap veren kişi sayısı üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2.2’de kadınların gebelik öncesi dönem, gebelik dönemi ve doğum sonrası dönemde cinsel ilişki sırasında ağrı duyma durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde kadınların %31’inin gebelik öncesi dönemde cinsel ilişki sırasında ağrı duyduğu belirlenmiştir. Gebelikte cinsel ilişkide bulunan kadınların ise %50’sinin cinsel ilişki sırasında ağrı duyduğu saptanmıştır. Doğumdan sonra cinsel ilişkide bulunan kadınların %39.2’sinin cinsel ilişki sırasında ağrı hissettiği, %60.8’inin ise hissetmediği belirlenmiştir. Kadınların %9.3’ü 2 ay, %5.2’si 3 ay, %24.7’si ise 4. ayda halen cinsel ilişki sırasında ağrı hissettiğini ifade etmiştir.

Tablo 4.2.3. Kadınların Doğumdan Sonraki İlk Cinsel İlişkilerindeki Bazı Özelliklere Göre Dağılımları

n : 100

Doğumdan Sonra İlk Cinsel İlişkiye Girme Zamanı	n	%
0-39 Gün Sonra	9	9.0
40-49	51	51.0
50-59	15	15.0
60-69	13	13.0
70- 79	6	6.0
80 ve üzeri	3	3.0
Henüz Cinsel İlişkiye Girmeyen	3	3.0
İlk Cinsel İlişkinin Kimin İsteği İle Gerçekleştiği	n : 97*	
Eşinin İsteği ile	66	68.0
İkisinin de İsteği ile	31	32.0
İlk Cinsel İlişkide Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumu	n : 97*	
Geri Çekme	51	52.6
Kondom	30	31.0
RIA	4	4.1
Tüp Ligasyonu	4	4.1
Yöntem Kullanmayan	8	8.2
Doğumdan Sonra İlk Cinsel İlişkiye Girmede Tedirginlik Yaşama	n : 97*	
Yaşayan	75	77.3
Yaşamayan	22	22.7
Tedirginlik Yaşanan Konular	n : 75**	
Hamile Kalmaktan	39	52.0
Ağrı Duymaktan	33	44.0
Epizyotomi/İnsizyon Bölgesinin Zarar Görmesinden	18	24.0
Kanama Olmasından	2	2.7
Doğumdan Sonra İlk Cinsel İlişki İçin En Uygun Zaman Hakkındaki Düşünceler		
0-39	8	8.0
40 ve üzeri	92	92.0
Doğumdan Sonra ilk Cinsel İlişki İçin Bekleme Nedenine İlişkin Düşünceler**		
Kadının Üreme Organlarının Eski Haline Gelmesi İçin	50	50.0
Dini Olarak Günah Olduğu İçin	22	22.0
Kanaması Devam Ettiği İçin	14	14.0
Enfeksiyon Gelişmemesi İçin	5	5.0
Diğer***	9	9.0

* İlgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler cevap veren kişi sayısı üzerinden alınmıştır.

** Soruya birden fazla cevap verilmiştir, ilgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

*** Belirtilen diğer nedenler: kadının kendini psikolojik olarak hazır hissetmemesi (4), kadının cinselliğinin doğumdan etkilenmesi, ağrı olabileceği, hamile kalabileceği, bebeğinin bakım ihtiyacının fazla olması, kadının kendini fiziksel olarak beğenmemesi.

Tablo 4.2.3'te kadınların doğumdan sonraki ilk cinsel ilişkilerine ilişkin çeşitli özelliklere göre dağılımları yer almaktadır. Kadınların cinsel ilişkiye girme zamanları 20 gün ile 120 gün arasında değişmektedir. Kadınların %3'ü ise 4. ayda henüz cinsel ilişkiye girmediklerini ifade etmiştir. Kadınların %85'inin 40-79 gün içinde, %9'unun ise doğumdan sonra 0-39 gün içinde cinsel ilişkiye girdikleri saptanmıştır.

Doğumdan sonra cinsel ilişkiye girmiş olan kadınların %68'i ilk ilişkilerinin eşinin isteği ile, %38'i ise hem eşinin hem kendinin isteği ile gerçekleştiğini belirtmiştir.

Cinsel ilişkiye giren kadınların ilk ilişkilerinde kullandıkları aile planlaması yöntemleri incelendiğinde; % 52.6'sının geri çekme yöntemi, %31'inin kondom kullandığı, %8.2'sinin ise hiçbir yöntem kullanmadığı görülmektedir.

Kadınların %77.3'ünün doğumdan sonra cinsel ilişkiye girmede tedirginlik yaşadığı belirlenmiştir. Tedirginlik yaşadığını ifade eden kadınların % 52'si hamile kalmaktan, %44'ü ağrı duymaktan, %24'ü dikişlerinin zarar görmesinden (epizyotomi/insizyon bölgesinin zarar görmesinden) tedirgin olduklarını belirtmiştir.

'Doğumdan sonra ilk cinsel ilişki için en uygun zaman sizce ne zamandır?' sorusuna kadınların %92'si, doğumdan sonra 40 gün ve üzerinde zaman geçmesi gerektiği cevabını vermiştir. İlk ilişki için geçmesi gereken sürenin nedeni olarak %50'si kadınların üreme organlarının eski haline dönmesini, %22'si dini olarak beklenmesi gerektiğini, %14'ü lohusa kanamasının devam etmesini, %5'i ise enfeksiyonun önlenmesini göstermiştir.

Tablo 4.2.4. Kadınların Doğum Sonrası Cinsellik ile İlgili Sağlık Personelinden Bilgi Alma Durumları

n: 100

Sağlık Personelinden Bilgi Alma Durumları	n	%
Evet	27*	27.0
Hayır	73	73.0

* Alınan bilgiler sadece doğumdan sonra cinsel ilişkiye ilk ne zaman girilmesi gerektiğini kapsamaktadır. %74,08'i doğumdan 40 gün sonra, %22,22'si 3 hafta sonra, %3,70'i 8 hafta sonra cinsel ilişkiye girilebileceği yönündedir.

Tablo 4.2.4'te doğum sonrası dönemdeki kadınların sağlık personelinden bilgi alma durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Kadınların sadece % 27'si herhangi bir sağlık personelinden bilgi aldığını, %73'ü ise bilgi almadığını belirtmiştir. Kadınların %17'sinin ebe veya hemşireden, %10'unun ise doktordan bilgi aldığı saptanmıştır. Kadınların sadece %5'i bu konuda bilgi talep ettiğini belirtmiştir. Bilgi alınan konular incelendiğinde ise, sadece doğumdan sonra ilk cinsel ilişki zamanı ile ilgili olduğu saptanmıştır.

4.3. KADINLARIN EPDS ve IFSF'DEN ALDIKLARI PUANLARA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.3.1. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) Puanlarına Göre Dağılımları

n: 100

EPDS Puanı	n	%
11 Puan ve Altı	59	59.0
12 Puan ve Üzeri	41	41.0

Tablo 4.3.1’de doğum sonrası dönemdeki kadınların EPDS Puanlarına göre dağılımları yer almaktadır. EPDS puanı arttıkça postpartum depresyon riski artmaktadır. Kadınların %59’unun EPDS puanı 11 puan ve altında, %41’inin 12 puan ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu sonuç doğum sonrası 4. aydaki kadınların %41’inin postpartum depresyon açısından riskli olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.3.2. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların IFSF (Index of Female Sexual Function) Puanlarına Göre Dağılımları

n: 100

IFSF Puanı	n	%
29 Puan ve Altı	60	60.0
30 Puan ve Üzeri	40	40.0

Tablo 4.3.2’de doğum sonrası dönemdeki kadınların IFSF Puanlarına göre dağılımları yer almaktadır. Kadınların %60’ının IFSF puanı 29 puan ve altında, %40’ının 30 puan ve üzerinde olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre kadınların %60’ı doğum sonrası cinsel işlev bozukluğu yönünden risklidir.

Tablo 4.3.3. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların IFSF ve EPDS Puan Ortalamaları

Ölçekler	Puan Ortalamaları	
	n	$\bar{X} \pm SS$
IFSF	100	26.93 $\pm$ 6.38
EPDS	100	10.35 $\pm$ 5.21

Tablo 4.3.3’te kadınların IFSF ve EPDS’den aldıkları puanların ortalama değerleri verilmiştir. Araştırmaya katılan tüm kadınların IFSF puan ortalamaları incelendiğinde 26.93 $\pm$ 6.38 olduğu saptanmıştır. EPDS puan ortalamaları ise 10.35 $\pm$ 5.21 olarak bulunmuştur.

4.4. KADINLARIN CİNSEL SORUN YAŞAMA DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.4.1. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı

n: 100

Özellikler	IFSF Puan Ortalamaları		
	n	$\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Analiz Sonucu
Yaş			
24 yaş ve altı	28	27.39 $\pm$ 5.95	F: 1.598 p: 0.195
25-29	32	28.31 $\pm$ 6.78	
30-34	28	26.18 $\pm$ 5.55	
35 yaş ve üzeri	12	23.92 $\pm$ 7.56	
Eğitim Düzeyi			
İlkokul ^a	37	24.68 $\pm$ 5.38	F: 5.790 p:0.004 a-c grupları arasında fark vardır
Ortaokul ^b	15	25.67 $\pm$ 6.87	
Lise ve Üniversite ^c	48	29.06 $\pm$ 6.36	
Çalışma Durumu			
İşçi + Memur	11	27.82 $\pm$ 6.49	t: 0.487 p: 0.627
Ev Hanımı	89	26.82 $\pm$ 6.40	
Eşinin Yaşı			
25-29	34	27.56 $\pm$ 5.99	F: 2.264 p: 0.109
30-34	31	28.26 $\pm$ 5.48	
35 ve üzeri	35	25.14 $\pm$ 7.22	
Eşinin Eğitim Düzeyi			
İlkokul ^a	26	25.88 $\pm$ 6.19	F: 2.778 p: 0.045 b-d grupları arasında fark vardır
Ortaokul ^b	11	23.45 $\pm$ 4.25	
Lise ^c	43	27.14 $\pm$ 6.61	
Üniversite ^d	20	29.75 $\pm$ 6.23	
Eşin Çalışma Durumu			
İşçi ^a	16	24.56 $\pm$ 6.97	F: 5.351 p: 0.006 a-b, b-c grupları arasında fark vardır
Memur ^b	19	30.84 $\pm$ 4.98	
Serbest ^c	65	26.37 $\pm$ 6.20	
Aile Tipi			
Çekirdek Aile	73	26.78 $\pm$ 6.73	t: -3.383 p: 0.703
Geniş Aile	27	27.33 $\pm$ 5.43	
Evlilik Süresi			
0-5	47	27.96 $\pm$ 6.17	F: 1.313 p: 0.274
6-11	38	25.71 $\pm$ 7.15	
12 ve üzeri	15	26.80 $\pm$ 4.51	

Tablo 4.4.1’de doğum sonrası dönemdeki kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre IFSF puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tabloda görüldüğü gibi kadınların yaşı, çalışma durumu, eşinin yaşı, aile tipi ve evlilik süresine göre aldıkları IFSF puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmada kadınların eğitim düzeylerine göre IFSF puan ortalamalarına bakıldığında; en yüksek puanı (29.06) lise ve üniversite mezunu olan grup alırken, en düşük puanı (24.68) ilkokul mezunu olan grup almıştır. Eğitim düzeyi arttıkça IFSF puan ortalamaları nın da arttığı görülmektedir. Kadınların eğitim düzeyi ile IFSF puan ortalamaları karşılaştırıldığında (anova) ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p< 0.05$). Farkın hangi guruplar arasında belirgin olduğuna bakıldığında; ilkokul mezunları ile lise ve üniversite mezunları arasında olduğu saptanmıştır ($p:0.004$) (Tukey HSD testi). Lise ve üniversite mezunlarında IFSF puan ortalamaları ilkokul mezunlarına göre daha yüksektir. Eğitim düzeyi arttıkça, cinsel işlev bozukluğu görülme oranı azalmaktadır.

Kadınların eşlerinin eğitim düzeylerine göre IFSF puanları anova ile karşılaştırılmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p< 0.05$). Bu farkın ortaokul mezunu olan grup (23.45) ile üniversite mezunu olan grup (27.14) arasında olduğu saptanmıştır ($p:0.041$) (Tukey HSD testi). En yüksek IFSF puan ortalaması üniversite mezunu olan grubundur. Bu bulguya göre eşinin eğitim düzeyi yüksek olan kadınların cinsel işlev bozukluğu görülme oranı daha düşüktür.

Kadınların eşlerinin çalışma durumlarına göre IFSF puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p< 0.05$). Eşi memur olan grup en yüksek puan ortalamasına sahipken (30.84), eşi işçi olan grup ise en düşük puan ortalamasına sahiptir (24.56). Eşi serbest çalışan kadınların puan ortalaması ise 26.37’dir. Gruplar incelendiğinde; memur-işçi ve memur-serbest meslek gurupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tukey HSD testi). Bu sonuca göre eşi memur olan grupta, diğer guruplara göre cinsel işlev bozukluğu görülme oranı daha düşüktür.

Tablo 4.4.2. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Genel Sağlık Durumlarına Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı

n: 100

Özellikler	IFSF Puan Ortalamaları		
	n	$\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Analiz Sonucu
Sistemik/Kronik Hastalık Var Yok	11 89	25.18 $\pm$ 4.90 27.15 $\pm$ 6.53	t:-0.962 p :0.338
Sürekli Kullanılan Bir İlaç Olma Durumu* Var Yok	4 96	23.00 $\pm$ 4.00 27.09 $\pm$ 6.43	-
Son Dört Hafta İçinde Üreme Sistemine İlişkin Şikayet Var Yok	18 82	22.56 $\pm$ 5.77 27.89 $\pm$ 6.14	t: -3.375 p: 0.001

* İlaç kullanan kadın sayısı çok az olduğu için istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Tablo 4.4.2’de kadınların genel sağlık durumlarına ve kullandıkları aile planlaması yöntemine göre IFSF puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tabloda görüldüğü gibi kadınların sistemik/kronik hastalığı bulunma durumlarına göre aldıkları IFSF puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sürekli kullanılan bir ilaç olma durumlarına göre aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; ilaç kullanan grubun IFSF puan ortalamasının ilaç kullanmayanlara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak ilaç kullanan kadın sayısı çok az olduğu için bu fark istatistiksel olarak değerlendirilememiştir.

Kadınların son 4 hafta içinde üreme sistemine ilişkin şikayetlerinin bulunma durumlarına göre IFSF puan ortalamalarına bakıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p< 0.05$). Üreme sistemine ilişkin şikayeti olan grupta IFSF puan ortalaması 22.56 iken şikayeti olmayan grupta 27.89 olarak saptanmıştır. Bu sonuç, üreme sistemi şikayetlerinin kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme riskini arttırdığını göstermektedir.

Tablo 4.4.3. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Üreme Sistemine İlişkin Şikayeti Olma Durumlarına Göre IFSF Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı

n: 100

IFSF Alt Başlıkları	IFSF Alt Puan Ortalamaları		İstatistiksel Analiz Sonucu
	Üreme Sistemine İlişkin Şikayeti Olan n: 18 $X \pm SS$	Üreme Sistemine İlişkin Şikayeti Olmayan n: 82 $X \pm SS$	
Cinsel İlişkide Rahatsızlık	3.61 $\pm$ 1.42	3.98 $\pm$ 1.21	t: -1.124 p :0.264
Lubrikasyon	3.67 $\pm$ 1.33	4.13 $\pm$ 1.25	t: -1.417 p :0.160
Cinsel İlişki Sıklığı	2.61 $\pm$ 1.38	2.61 $\pm$ 1.21	t: 0.004 p :0.997
Cinsel İstek	3.94 $\pm$ 1.59	5.02 $\pm$ 1.54	t: -2.680 p :0.009
Cinsel İlişki Tatmini	4.72 $\pm$ 1.78	6.65 $\pm$ 1.87	t: -3.978 p :0.000
Orgazmik Fonksiyon	1.83 $\pm$ 1.34	2.40 $\pm$ 1.28	t: -1.689 p :0.094
Klitoral Duyarlılık	2.17 $\pm$ 0.92	2.90 $\pm$ 0.95	t: -2.988 p :0.004

Tablo 4.4.3'te kadınların üreme sistemine ilişkin şikayeti olma durumlarına göre IFSF alt puanlarının dağılımı yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi üreme sistemine ilişkin şikayeti olanlar ile olmayan kadınların cinsel işlev puanları karşılaştırıldığında tüm puan ortalamalarının şikayeti olanlarda daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak cinsel ilişkide rahatsızlık, lubrikasyon, cinsel ilişki sıklığı, ve orgazmik fonksiyon puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Cinsel istek, cinsel ilişki tatmini ve klitoral duyarlılık puanlarının ise üreme sistemi şikayeti olanlarda daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p< 0.05$). Buna göre üreme sistemine ait şikayetler; cinsel arzusu, cinsel ilişki tatmini ve klitoral duyarlılığı azaltmaktadır.

Tablo 4.4.4. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumlarına Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı
n: 100

Özellikler	IFSF Puanı			İstatistiksel Analiz Sonucu
	n	Median	Min-Max	
Son 4 Haftada Aile Planlaması Yöntemi Kullanma				p:0.280*
Geri Çekme	44	26.00	15.00-37.00	
Kondom	29	30.00	17.00-38.00	
Diğer Yöntemler (ria, 3 aylık enjeksiyon, tüp ligasyonu, oral kontraseptif)	19	27.00	17.00-38.00	
Yöntem Kullanmayan	5	29.00	20.00-35.00	
Toplam	97	28.00	15.00-38.00	

* Kruskal-Wallis Testi yapılmıştır.

Tablo 4.4.4. doğum sonrası dönemdeki kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumlarına göre IFSF puan ortalamalarının dağılımını göstermektedir. Tabloda görüldüğü gibi çeşitli aile planlaması yöntemi kullananlar ve kullanmayan kadınların IFSF puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4.5. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Obstetrik Öykülerine Göre Aldıkları IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı
n: 100

Özellikler	IFSF Puan Ortalamaları		
	n	$\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Analiz Sonucu
Doğum Sayısı			F: 1.317 p :0.273
1	31	27.23 $\pm$ 7.43	
2	48	27.60 $\pm$ 5.99	
3 ve üzeri	21	24.95 $\pm$ 5.41	
Son Doğum Şekli			F: 2.992 p: 0.055
Dikişsiz Normal Doğum	10	22.60 $\pm$ 6.31	
Dikişli Normal Doğum	49	26.92 $\pm$ 6.33	
Sezaryen	41	28.00 $\pm$ 6.16	

Tablo 4.4.5. kadınların obsterik öykülerine göre aldıkları IFSF puan ortalamalarının dağılımını göstermektedir. Kadınların doğum sayılarına ve son doğum şekillerine göre aldıkları IFSF puan ortalamaları karşılaştırılmış, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4.6. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Doğum Sayılarına Göre IFSF Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı

n: 100

IFSF Alt Başlıkları	IFSF Alt Puan Ortalamaları			İstatistiksel Analiz Sonucu
	Doğum Sayısı			
	1 Doğum n: 31 <i>X±SS</i>	2 Doğum n: 48 <i>X±SS</i>	3 ve Üzeri n: 21 <i>X±SS</i>	
Cinsel İlişkide Rahatsızlık	3.42 ±1.46	4,17 ±1.19	4.05 ±0.81	F: 3.734 p :0.027
Lubrikasyon	4.13 ±1.23	4.10 ±1.31	3.81 ±1.29	F: 0.472 p :0.625
Cinsel İlişki Sıklığı	2.87 ±1.41	2.40 ±1.16	2.71 ±1.10	F: 1.496 p :0.229
Cinsel İstek	5.45 ±1.71	4.79 ±1.38	4 ±1.55	F: 5.701 p :0.005
Cinsel İlişki Tatmini	6.29 ±1.95	6.58 ±1.98	5.67 ±2.03	F: 1.564 p :0.214
Orgazmik Fonksiyon	2.16 ±1.34	2.38 ±1.30	2.33 ±1.32	F: 0.257 p :0.774
Klitoral Duyarlılık	2.74 ±1.00	3 ±0.90	2.29 ±1.01	F: 4.117 p :0.019

Tablo 4.4.6’da doğum sonrası dönemdeki kadınların doğum sayılarına göre IFSF alt puanlarının dağılımı yer almaktadır. Tabloya göre cinsel ilişkide rahatsızlık ve orgazmik fonksiyon puanı en düşük grup bir doğum yapan kadınlardır. Cinsel istek ve lubrikasyon doğum sayısı arttıkça azalmaktadır. Cinsel ilişki tatmini ve klitoral duyarlılık puanları en düşük grup ise 3 ve üzeri doğum yapan kadınlardır. Yapılan istatistiksel analizlerde ise doğum şekillerine göre alınan lubrikasyon, cinsel ilişki sıklığı, cinsel ilişki tatmini, orgazmik fonksiyon puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Cinsel ilişkide rahatsızlık, cinsel istek ve klitoral duyarlılık puanları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlıdır ($p< 0.05$). Bu farkların hangi gruplardan kaynaklandığını araştırmak için ikili karşılaştırmalar

yapılmıştır (Tukey HSD). Cinsel ilişkide rahatsızlık puanları arasındaki farkın 1 doğum yapanlarla 2 doğum yapanlar arasındaki farktan (1 doğum yapanlarda daha düşük); cinsel istek puanları arasındaki farkın 1 doğum yapanlarla 3 ve üzeri doğum yapanlar arasındaki farktan (3 ve üzeri doğum yapanlarda daha düşük); klitoral duyarlılık puanları arasındaki farkın 2 doğum yapanlarla üç doğum ve üzeri yapanlar arasındaki farktan (üç doğum ve üzeri yapanlarda daha düşük) kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 4.4.7. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Son Doğum Şekillerine Göre IFSF Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı

n: 100

IFSF Alt Başlıkları	IFSF Alt Puan Ortalamaları			İstatistiksel Analiz Sonucu
	Son Doğum Şekli			
	Dikişsiz Normal n: 10 $X \pm SS$	Dikişli Normal n: 49 $X \pm SS$	Sezaryen n: 41 $X \pm SS$	
Cinsel İlişkide Rahatsızlık	3.60 ± 0.84	3.88 ± 1.38	4.02 ± 1.18	F: 0.492 p :0.613
Lubrikasyon	4.30 ± 0.95	3.88 ± 1.45	4.20 ± 1.10	F: 0.905 p :0.408
Cinsel İlişki Sıklığı	2.40 ± 1.07	2.57 ± 1.30	2.71 ± 1.23	F: 0.290 p: 0.749
Cinsel İstek	3.60 ± 1.65	4.80 ± 1.44	5.17 ± 1.64	F: 4.167 p :0.018
Cinsel İlişki Tatmini	4.70 ± 2.11	6.47 ± 1.93	6.49 ± 1.90	F: 3.785 p :0.026
Orgazmik Fonksiyon	1.80 ± 1.31	2.35 ± 1.43	2.37 ± 1.13	F: 0.813 p :0.447
Klitoral Duyarlılık	2.00 ± 0.94	2.90 ± 0.98	2.80 ± 0.93	F: 3.698 p :0.028

Tablo 4.4.7’de kadınların son doğum şekillerine göre IFSF alt puanlarının dağılımı yer almaktadır. Cinsel ilişkide rahatsızlık, cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek, cinsel ilişki tatmini ve orgazmik fonksiyon puanları dikişsiz normal doğum yapanlarda en düşük, sezaryen doğum yapanlarda ise en yüksektir. Lubrikasyon puanı en düşük grup dikişli normal doğum yapanlar, en yüksek grup ise dikişsiz

normal doğum yapanlardır. Klitoral duyarlılık puanı ise en düşük dikişsiz normal doğum yapanlarda, en yüksek grup ise dikişli normal doğum yapanlardır. İstatistiksel açıdan ise cinsel ilişkide rahatsızlık, lubrikasyon, cinsel ilişki sıklığı, ve orgazmik fonksiyon puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Cinsel istek, cinsel ilişki tatmini ve klitoral duyarlılık puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p< 0.05$). Bu farkların hangi gruplardan kaynaklandığını araştırmak için ikili karşılaştırmalar yapılmıştır (Tukey HSD). Cinsel istek puanları arasındaki farkın dikişsiz normal doğum ile sezaryen arasındaki farktan (dikişsiz normal doğum yapanlarda cinsel istek daha az); ilişki tatmini puanları arasındaki farkın dikişsiz-dikişli normal doğum ve dikişsiz- sezaryen doğum (dikişsiz normal doğum yapanların cinsel ilişki tatmini daha az); klitoral duyarlılık puanları arasındaki farkın dikişsiz-dikişli normal doğumlar arasındaki farklılıktan (dikişsiz normal doğum yapanların klitoral duyarlılığı daha az) kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 4.4.8. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Bebeklerini Emzirme Durumuna Göre Aldıkları IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı

n: 100

Özellikler	IFSF Puan Ortalamaları		
	n	$\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Analiz Sonucu
Bebekini Emzirme Durumu			
Emziriyor	87	26.48 $\pm$ 6.49	t: -1.834
Emzirmiyor	13	29.92 $\pm$ 4.84	p:0.070

Tablo 4.4.8. kadınların bebeklerini emzirme durumlarına göre aldıkları IFSF puan ortalamalarının dağılımını göstermektedir. Emziren kadınların IFSF puan ortalamaları emzirmeyen kadınlardan daha düşüktür. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4.9. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Bebeklerini Emzirme Durumlarına Göre IFSF Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı

IFSF Alt Başlıkları	IFSF Alt Puan Ortalamaları		İstatistiksel Analiz Sonucu
	Emziren n: 87 $X \pm SS$	Emzirmeyen n: 13 $X \pm SS$	
Cinsel İlişkide Rahatsızlık	3.93 $\pm$ 1.28	3.77 $\pm$ 1.01	t: 0.434 p :0.665
Lubrikasyon	4.01 $\pm$ 1.32	4.31 $\pm$ 0.85	t: -0.780 p :0.437
Cinsel İlişki Sıklığı	2.59 $\pm$ 1.28	2.77 $\pm$ 0.93	t: -0.495 p :0.537
Cinsel İstek	4.63 $\pm$ 1.53	6.15 $\pm$ 1.41	t: -3.370 p : 0.01
Cinsel İlişki Tatmini	6.16 $\pm$ 2.04	7.23 $\pm$ 1.36	t: -1.827 p :0.071
Orgazmik Fonksiyon	2.28 $\pm$ 1.34	2.46 $\pm$ 1.05	t: -0.476 p :0.635
Klitoral Duyarlılık	2.76 $\pm$ 1.01	2.85 $\pm$ 0.80	t: -0.298 p :0.766

Tablo 4.4.9’da doğum sonrası dönemdeki kadınların bebeklerini emzirme ve emzirmeme durumlarına göre IFSF alt puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, yalnızca cinsel ilişkide rahatsızlık puanının emzirmeyen grupta daha düşük olduğu, diğer tüm puanlarda emziren grupta daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizlerde bebeğini emziren ve emzirmeyen kadınların cinsel ilişkide rahatsızlık, lubrikasyon, cinsel ilişki sıklığı, orgazmik fonksiyon, cinsel ilişki tatmini ve klitoral duyarlılık puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Cinsel istek puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu sonuç emzirmenin cinsel isteği azalttığını göstermektedir.

Tablo 4.4.10. Doğumdan Sonraki İlk Cinsel İlişkiyi İsteme Durumuna Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı

n: 97

Özellikler	IFSF Puan Ortalamaları		
	n	$\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Analiz Sonucu
İlk Cinsel İlişkinin Kimin İsteği İle Gerçekleştiği			t: 2.488 p:0.003
Eşinin İsteği ile	66	26.39 $\pm$ 5.27	
İkisinin de İsteği ile	31	29.90 $\pm$ 5.33	

Tablo 4.4.10 doğumdan sonraki ilk cinsel ilişkiyi isteme durumuna göre IFSF puan ortalamalarının dağılımını göstermektedir. Doğumdan sonraki ilk cinsel ilişkisinin sadece eşinin isteği ile gerçekleştiğini belirten kadınların IFSF puan ortalaması 26.39 iken, hem eşinin hem kendisinin isteği ile gerçekleştiğini belirten kadınların ise 29.90'dır. Yapılan istatistiksel analizde bu fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu bulgu, ilk cinsel ilişkisini eşinin isteği ile gerçekleştiren kadınların cinsel işlev bozukluğu görülme oranının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.4.11. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Evde Eşi ve Çocuklar Dışındaki Kişilerle Kalma Durumlarına Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı

n:100

Özellikler	IFSF Puan Ortalamaları		
	n	$\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Analiz Sonucu
Evde Eşi ve Çocukları Dışında Kişilerle Kalma			t: -1.216 p: 0.227
Kalan	11	24.73 $\pm$ 5.33	
Kalmayan	89	27.20 $\pm$ 6.48	

Tablo 4.4.11'de kadınların evde eşi ve çocukları dışındaki kişilerle kalma durumlarına göre IFSF puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde eş ve çocuklar dışında kişilerle kalan kadınların IFSF puan

ortalamalarının daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4.12. Kadınların EPDS Puanlarına Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı

n: 100

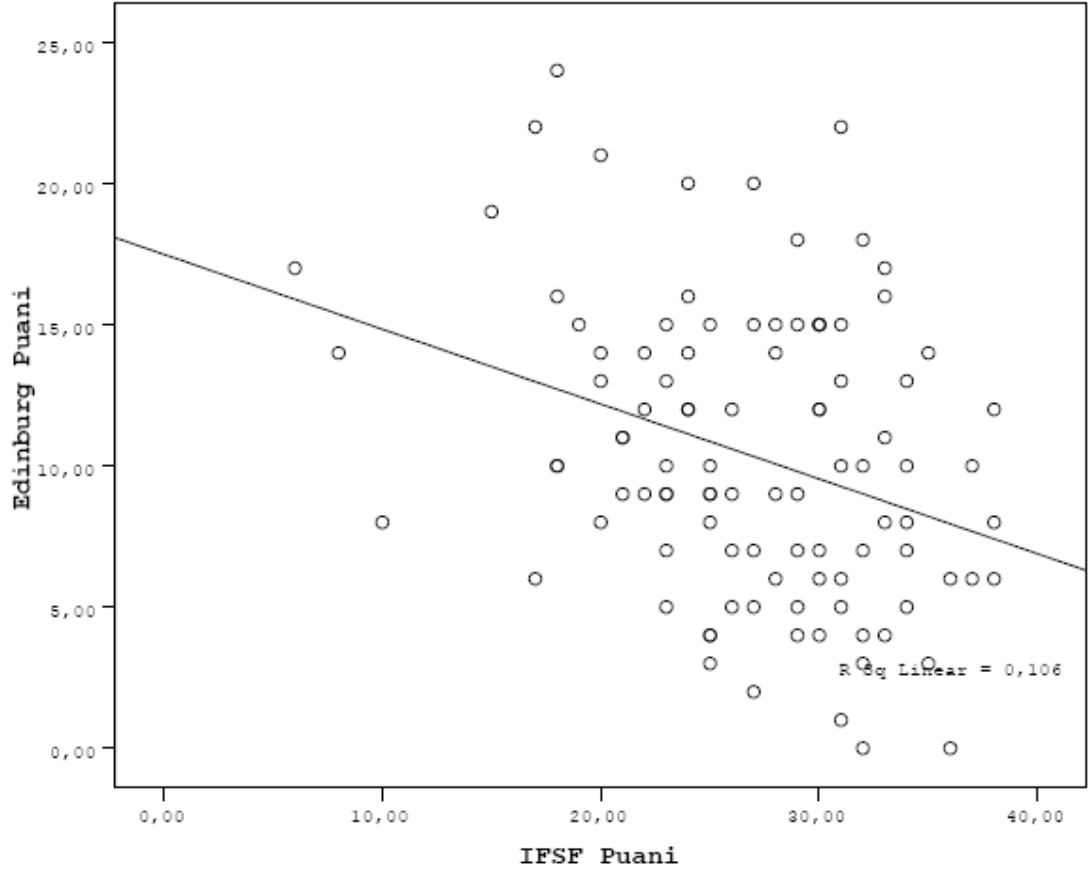
Özellikler	IFSF Puan Ortalamaları		
	n	$\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Analiz Sonucu
EPDS Puanı			
11 Puan ve Altı	59	28.05 $\pm$ 5.85	t: 2.144 p: 0.034
12 Puan ve Üzeri	41	25.32 $\pm$ 6.84	

Tablo 4.4.12’de kadınların EPDS puanlarına göre IFSF puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. EPDS puanı 11 ve altında olan kadınların IFSF puan ortalaması 28.05 iken, 12 ve üzerinde puan alan kadınların IFSF puan ortalaması 25.32’dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p< 0.05$). Bu bulgu, postpartum depresyonun cinsel işlev bozukluğu riskini arttırdığını göstermektedir.

Tablo 4.4.13. EPDS Puanı ile IFSF Puanı Arasındaki İlişki

		IFSF Puanı	Edinburgh Puanı
IFSF Puanı	Pearson Correlation	1	-0,325
	Sig. (2-tailed)		0,001
	n	100	100
Edinburgh Puanı	Pearson Correlation	-0,325	1
	Sig. (2-tailed)	0,001	
	n	100	100

Grafik 1. EPDS Puanları ile IFSF Puanlarına İlişkin Dağılım Grafiği



Pearson Korelasyonu = -0.325 ve $p = 0.001$ değerleri bize IFSF puanı ile EPDS puanı arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon olduğunu göstermektedir (Tablo 4.4.13). Bu ilişki istatistiksel açıdan anlamlıdır. EPDS puanı arttıkça IFSF puanı düşmektedir. Bu sonuç, depresyon riski arttıkça cinsel fonksiyon bozukluğu görülme riskinin arttığını göstermektedir.

**Tablo 4.4.14. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların EPDS Puanlarına Göre
IFSF Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı**

n: 100

IFSF Alt Puan Ortalamaları	IFSF Alt Puan Ortalamaları		İstatistiksel Analiz Sonucu t-test
	EPDS 11 puan ve altı n: 49 $X \pm SS$	EPDS 12 puan ve üzeri n: 51 $X \pm SS$	
Cinsel İlişkide Rahatsızlık	4.05 $\pm$ 1.01	3.71 $\pm$ 1.52	t: 1.360 p :0.177
Lubrikasyon	4.22 $\pm$ 1.16	3.80 $\pm$ 1.40	t: 1.617 p :0.122
Cinsel İlişki Sıklığı	2.49 $\pm$ 1.24	2.78 $\pm$ 1.24	t: -1.150 p :0.253
Cinsel İstek	5.17 $\pm$ 1.58	4.34 $\pm$ 1.51	t: 2.627 p :0.010
Cinsel İlişki Tatmini	6.59 $\pm$ 1.86	5.88 $\pm$ 2.12	t: 1.785 p :0.077
Orgazmik Fonksiyon	2.46 $\pm$ 1.29	2.07 $\pm$ 1.31	t:1.455 p :0.149
Klitoral Duyarlılık	2.83 $\pm$ 0.89	2.68 $\pm$ 1.11	t:0.737 p :0.463

Tablo 4.4.14. doğum sonrası dönemdeki kadınların EPDS puanlarına göre IFSF alt puanlarının dağılımını göstermektedir. Tabloda görüldüğü gibi cinsel ilişki sıklığı dışındaki tüm puanlar postpartum depresyon açısından riskli olan grupta daha düşüktür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede cinsel ilişkide rahatsızlık, lubrikasyon, cinsel ilişki sıklığı, orgazmik fonksiyon, cinsel ilişki tatmini ve klitoral duyarlılık puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Cinsel istek puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p< 0.05$). Buna göre postpartum depresyon cinsel istekte azalmaya neden olmaktadır.

5.TARTIŞMA

Cinsellik; duygularımız, düşüncelerimiz, davranışlarımız ve birbirimizle olan etkileşimlerimiz üzerinde büyük etkiye sahiptir. Böylece mental, fiziksel sağlığını ve yaşam kalitemizi etkilemektedir. Bu nedenle hayatın vazgeçilmez bir parçası, temel insan gereksinimidir (1,3). Bireyin cinsel işlevlerinde rolü olan doku ve organlarının yapısı, fonksiyonları, ruhsal durumu, içinde bulunduğu toplumun örf ve adetleri, inanışları, hatta mevcut yasalar cinselliğini ve cinsel davranış biçimlerini etkiler (2). Kadının cinsel işlevi, yaşam kalitesi için önemli bir bileşendir ve çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenir (50,84). Kadınlarda cinsel problemler; kadının ruhsal durumu, özgüveni, yaşam kalitesi ve diğer kişilerle arasındaki ilişkilerde derin etkilere sahip olan ve sık rastlanılan bir durumdur. Doğum, kadının üreme çağı boyunca yaşadığı fiziksel ve psikososyal dönemler içinde, kadın cinsel işlevlerine etkisi ile önem kazanan temel bir yaşantıdır. Doğumdan sonra kadında meydana gelen fizyolojik, hormonal ve psikososyal değişimler nedeni ile kadın cinsel işlevleri çeşitli derecelerde etkilenebilir ve etkisi günler, aylar hatta yıllarca sürebilir. Kadınların bu dönemde karşılaştıkları cinsel işlev sorunları daha çok cinsel istek, uyarılma, orgazm alanlarında bozukluklar ve cinsel ilişkide ağrı (disparoni) olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca cinsel ilişki sıklığı ve ilişki tatmini de etkilenebilmektedir (11,14,15).

5.1. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Genel Sağlık Durumlarının ve Cinsel Yaşam Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmamıza katılan kadınların %18'i üreme sistemine ait en az bir şikayetin olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.1.2). Özellikle vajinal akıntıda tariflenen değişimler enfeksiyonu işaret etmektedir. Doğumdan sonra endometrium eski halini alana kadar açık bir yara görünümündedir. İnvolüsyon ve endometriumun rejenerasyonu sonucu oluşan loşia lohusalık boyunca devam eder. Ayrıca doğum kanalında travma ve epizyotomi bulunabilir. Bu nedenlerle, yeni doğum yapan anne enfeksiyonlara yatkındır ve puerperium dönemindeki bakım enfeksiyonlardan koruma yönünden çok önemlidir. Genital enfeksiyonlar özellikle kadınların yaşam kalitesini düşürmekte, kadının bedensel, psikososyal ve cinsel sağlığını olumsuz yönde

etkilemektedir. Pelvik inflamatuvar hastalık, infertilite, ektopik gebelik, kronik pelvik ağrı, servikal kanserler gibi komplikasyonların yanında, beden imajının değişmesi, benlik saygısının azalması, eşle olan ilişkilerin bozulması ve sosyal çevreden soyutlanma gibi psikososyal ve cinsel sağlığa yönelik sorunlar da meydana getirebilmektedir (98). Çalışmamızda da doğumdan 4 ay sonra halen cinsel ilişkiye girmeyen 3 kadından 1'inin anormal vajinal akıntı nedeni ile cinsel ilişkiye girmediği belirlenmiştir. (Tablo 4.2.1). Bu nedenle enfeksiyon riskinin daha da arttığı doğumdan sonraki dönemde, bu tür enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınması, kadınların bu konuda bilinçlendirilmesi açısından oldukça önemlidir.

Ülkemizde aile planlaması yöntemi kullanma durumuna bakıldığında; TNSA-2003 sonuçlarına göre 15-49 yaşlarındaki kadınların %42.5'inin modern yöntemleri, %28.5'inin ise geleneksel yöntemleri kullanmakta olduğu görülmektedir. Modern yöntemlerden en fazla %20.2 ile RİA (rahim içi araç) kullanılırken, kondom kullanma oranı %10.8'dir. Tüm yöntemler arasında en fazla kullanılan (%26.4) ise geleneksel bir yöntem olan geri çekme yöntemidir (58). Çalışmamızda ise kadınların geri çekme yöntemi kullanma oranı TNSA-2003 verilerine göre daha yüksek (%44) bulunmuştur. %48'inin ise modern yöntemleri (%29'u kondom) kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.1.2). Buna göre doğumdan sonra 4. ayda etkin olmayan yöntem kullanma oranı oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların %5'i ise hiçbir yöntemi kullanmamaktadır. Yurt dışına yapılan çalışmalarda ise postpartum dönemdeki kadınların %90'ının kontraseptif kullandığı, kullanılan yöntemlerin de büyük oranda oral kontraseptif ve kondom olduğu belirtilmektedir (12,134). Doğumdan sonraki ilk ovulatuvar siklus değişkendir. Ovulatuvar siklus emzirmeyen kadınlarda doğumdan 25-35 gün sonra olabilirken, emziren kadınlarda daha uzun zaman alabilir. Ovulasyonun menstruasyondan önce olma olasılığı oldukça yüksektir (24). Bu da etkin bir aile planlaması yönteminin kullanılmasını gerektirir. Kadınların doğum sonrası dönemde etkin yöntem kullanımının yetersiz olmasının; doğumdan sonra kullanabilecekleri yöntemleri bilmemelerinden/ önemsememelerinden, bu dönemde gebe kalabileceklerini düşünmemelerinden ve aile planlaması hakkında etkin danışmanlık hizmeti almamalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda kadınların %69'unun 2 ve üzeri sayıda doğum yaptığı, %87'sinin bebeklerini emzirdiği saptanmıştır. Kadınların %49'unun epizyotomili

normal doğum, %41'inin sezaryen doğum, %10'unun epizyotomisiz normal doğum yaptığı saptanmıştır (Tablo 4.1.3). Doğum sırasında oluşabilecek perineal travma, annenin sağlık durumu ve yaşam kalitesi açısından ciddi risk oluşturabilir. Perineal travma, doğum anında ve doğumdan sonra kısa veya uzun süreli morbiditeye eşlik eden ve kadınların cinselliğini ve beden imgesini etkileyen bir durumdur. Epizyotominin yaygın kullanımı ise kadınların perineal travmaya maruz kalma oranını arttırmıştır. Görüldüğü gibi çalışmamızda normal doğumların %83.05'inde epizyotomi uygulandığı belirlenmiştir. Epizyotomi, son yıllarda özellikle primiparlarda rutin bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. Oysaki epizyotomi yalnızca gerekli durumlarda ve sağlık profesyonellerince kadın ve doğum eylemi çok iyi değerlendirilerek yapılması gereken bir uygulamadır. Sezaryen doğum ise son yıllarda doktorların ve anne adaylarının önemli ölçüde tercih ettikleri ve kullandıkları bir doğum yöntemi haline gelmiştir. Türkiye'de sezaryen hızı 1965-70'li yıllarda %3.4 iken 1998'de %14 ve 2003'te %24 olarak belirlenmiştir. Son yıllardaki bazı çalışmalar ise bu oranın %30-50 arasında değiştiğini göstermektedir (27,36,114). Bu çalışmada da sezaryen doğum oranı bu sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Her beş kadından biri evde cinsel yaşamlarını olumsuz etkileyen bir durum olduğunu ifade etmiştir. Kadınların %11'i eş ve çocuklar dışındaki kişilerle kalmalarının cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini ifade ederken, %12'si yeni doğan bebeğin/çocukların olmasını neden olarak göstermiştir (Tablo 4.2.1). Doğumdan sonra sosyal yaşamda meydana gelen değişiklikler aile yaşantısını etkilediği gibi, eşlerin cinsel yaşamlarını da etkileyebilmektedir. Yeni doğan bebeğin bakımı için özellikle aile büyükleri ile belli bir süre aynı ev paylaşılabilir. Aileye katılan yeni bebeğin gereksinimleri, geceleri uyanması, beslemenin sık olması, bebek ile aynı odada kalma gibi nedenler ve ailenin başka çocuklarının olması da bu dönemde eşlerin birbirine ayırdıkları zamanı azaltabilmekte, cinsel yaşamlarını olumsuz etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda kadınların %7'si eşi ile ilgili problemlerin cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Kadınlar tarafından ifade edilen bu sorunlar: eşi ile anlaşmazlık yaşama, eşin erken boşalma problemi yaşaması, uzun süre birlikte olmamaya bağlı geçici soğukluk yaşama ve eşin cinselliği sadece ilişkiye girmek olarak görmesidir. Çalışmamızda da görüldüğü gibi cinsel eşin özellikleri, cinsel

problemleri, cinselliğe bakış açısı çiftin cinselliğini etkilemektedir. Evliliğin kalitesinin cinsel aktivite, cinsel uyarılma ve doyum ile yakından ilişkili olduğu da vurgulanmaktadır (12,58). Bu da cinsellikle ilgili sorun yaşayan çiftlerde mutlaka iki eşin birlikte ele alınmasının önemini göstermektedir.

Çalışmamızda gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemde cinsel ilişki sıklığı incelendiğinde; gebelikten önce ayda en az 3 kez cinsel ilişkiye girenlerin oranı %93 iken, gebelikte bu oran %34'e düşmüş, doğumdan sonra ise %84 olmuştur. Sonuç olarak en fazla cinsel ilişkiye gebelik öncesinde, en az ise gebelik döneminde girildiği saptanmıştır. Doğumdan 4 ay sonra ise cinsel ilişki sıklığında bir artış olmuş, ancak gebelik öncesi sıklığına ulaşmamıştır (Tablo 4.2.1). Literatürde de benzer sonuçlar yer almaktadır (12,134). Gebelikte cinsel ilişkiden kaçınmada bebeğe zarar vereceğini düşünme, düşük riski, doktor tavsiyesi gibi nedenler gösterilmektedir. Bazı çiftler ise gebelik boyunca hiç cinsel ilişkide bulunmayabilir. Literatürde kadınların %8-10'unun gebelik boyunca hiç cinsel ilişkiye girmedikleri belirtilmektedir (12,135). Çalışmamızda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Kadınların %12'si düşük tehdidi/önceki gebelikte düşük öyküsü olması, tedavi ile hamile kalma, bebeğe zararı olacağını düşünme, plasenta previa olması, bulantılarının fazla olması gibi nedenlerle cinsel ilişkiye girmediklerini ifade etmiştir. Gebelikte cinsel ilişkiye devam eden kadınlarda postpartum dönemde cinsel ilişki sıklığında ani bir azalma olduğu belirtilmiştir (132). Postpartum dönemdeki fizyolojik, hormonal ve psikososyal değişikliklerin cinsel ilişki sıklığı üzerine etkileri olduğu bilinmektedir. Özellikle emzirmenin hormonal ve psikososyal etkisinin de cinsel ilişki sıklığı üzerine etkili olduğu vurgulanmaktadır (12,17,19,68).

Çalışmalarda postpartum 3. ve 4. ayda gebelik öncesi dönemle karşılaştırıldığında cinsel arzunun azaldığı, ancak sonraki dönemlerde oldukça değişken olduğu bulunmuştur (12,117). Barrett ve arkadaşları yaptıkları çalışmada postpartum 3. ayda cinsel arzunun azaldığını 6. ayda ise gebelik öncesi döneme tümüyle dönmese de yükseldiğini ortaya koymuşlardır (18). Glazener, doğum sonrası dönemdeki 1116 kadın üzerinde yaptığı çalışmada; emzirme, postpartum depresyon ve yorgunluğun cinsel arzunun azalmasında önemli rol oynadığını saptamıştır (57). Çalışmamızda da buna paralel sonuçlar elde edilmiştir. Kadınların gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemi; cinsel arzu, uyarılma/orgazm, cinsel ilişki

memnuniyeti, cinsel yaşam memnuniyeti açısından karşılaştırmaları istendiğinde; genel olarak tümünü en fazla gebelikten önce, en az gebelikte yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Pelvik alandaki artmış vaskülarizasyona bağlı olarak gebelikte ve doğumdan sonra kadınların orgazm yaşama olasılığının artabileceği belirtilmiştir (12). Çalışmamızda kadınların %58.8'i en fazla cinsel uyarılma ve orgazmı gebelik öncesi yaşadığını belirtirken, %10.6'sı gebelik döneminde, %15.3'ü ise doğumdan sonra yaşadığını ifade etmiştir. Görüldüğü gibi cinsel uyarılma ve orgazmı en fazla gebelik öncesi dönemde yaşadıklarını ifade eden kadınlar olduğu gibi gebelik ve doğum sonrası dönem olarak da ifade edenler vardır. Kadınların %25'inin doğumdan sonra cinsel yaşamlarından daha yüksek doyum aldığı rapor eden çalışmalar bulunmaktadır (12,132). Bu çalışmada da kadınların %23.5'i literatüre benzer olarak cinsel yaşam memnuniyetinin en fazla doğumdan sonraki dönemde olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2.1).

Literatürde gebelik öncesi orgazm insidansının %51-87 arasında değiştiği, ancak kadınların %10-26'sının hayatları boyunca orgazm yaşamadıkları belirtilmektedir. ABD'de yapılan bir çalışmada da kadınların %25'inin hiç orgazm yaşamadığı tespit edilmiştir (8,12). Bu çalışmada da yukarıdaki sonuçlara benzer şekilde kadınların %16'sı orgazmı yaşamadığını/bilmediğini ifade etmiştir. Bu sonuçta; toplumsal cinsiyet rollerinin (kadının görevinin erkeğini mutlu etmek olduğuna inanılması), cinselliğin iki kişinin ortak yaşantısı olduğunun ve zevk almanın iki tarafın da hakkı olduğunun bilinmemesi/önemsenmemesinin, kadınların da cinselliği yalnızca erkeğin haz alması olarak görmesinin rolü olduğu düşünülmektedir. Bunun dışında cinsel işlevlerdeki bir sorundan da kaynaklanabilmekte, fizyolojik temelli olabilmektedir. Ancak bu konuda sağlık profesyonellerinden yardım almaya çekinme, utanma gibi nedenlerle kadınlar yıllarca bu problemle yaşayabilmektedir (18,129).

Kadınların %12'sinin gebelik öncesi disparoni yaşadığı, gebelikteki disparoni sıklığının ise %22-50 olduğu belirtilmektedir (12). Çalışmamızda ise gebelik öncesi disparoni sıklığı %31 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda gebelikteki disparoni oranı ise literatürle uyumlu olarak %50 bulunmuştur. Çalışmamızda doğumdan sonra disparoni görülme oranı %39.2'dir. 4. ayda ise bu oran %24.7'ye düşmüştür (Tablo 4.2.2). Signorello ve arkadaşları doğum sonrası 3. ayda % 41 ve 6. ayda ise % 22

oranında disparoni rapor etmiştir (85). Borders yaptığı çalışma sonucunda doğum sonrası 3-6 ayda disparoni oranının %26 olduğunu saptamıştır (101). Bu sonuçlar, çalışma sonuçlarımız ile benzerdir. Doğum sonrası dönemde fiziksel ve psikolojik faktörlere bağlı disparoni oluşabilmektedir. Hormonal değişimler (östrojenin azalması), laktasyon, perineal travma, cinsel arzuda azalma ve ağrı korkusuna bağlı lubrikasyonda azalma doğumdan sonraki disparoninin önemli nedenleridir (17,85,126).

Çalışmalarda kadınların doğumdan sonra cinsel ilişkiye başlama zamanları incelendiğinde; %9-17'sinin 6 haftadan önce, %50-62'sinin 6. hafta sonunda, %66-94'ünün 2. ay, %88-95'inin 3. ay, %95-100'ünün 7.ay cinsel ilişkiye başladığı görülmektedir (12,125). Çalışmamızdaki sonuçlar da literatürdekine benzerdir: Kadınların %9'unun 6 haftadan önce, %45'inin 6. hafta sonunda, %75'inin 2. ayda, %96'sının 3. ayda, cinsel ilişkiye başlamış oldukları saptanmıştır. %3'ünün ise 4. aylarını doldurmuş olmalarına rağmen halen cinsel ilişkiye girmedikleri belirlenmiştir (Tablo 4.2.3). Cinsel ilişkiye başlama zamanının annenin yaşına, eşi ile birlikte olma durumuna (eşi ile kalma/kalmama), büyük perineal yırtıkların bulunmasına, doğum sayısına, doğum şekline göre değiştiği belirtilmektedir (19,116,125). Ayrıca doğumdan sonra cinsel ilişkiye başlama zamanında sosyokültürel faktörler de belirleyici rol oynamaktadır. TNSA-2003 raporunda; toplumumuzda doğumdan sonra geleneksel olarak cinsel perhiz döneminin 40 gün olduğu ve bu süre içinde cinsel ilişkiye girilmekten kaçınıldığı belirtilmiştir (27). Çalışmamızdaki sonuçlar da bu bilgileri doğrular niteliktedir. 40 günden sonra ise cinsel ilişkiye başlama hızında bir artış olmaktadır. Çeşitli toplumlarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (Avrupa ve Amerika'da ortalama 6-8 hafta, bazı Afrika ülkelerinde ise yaklaşık 11 ay). Bu farklılıkların özellikle sosyokültürel faktörlerin ve dini inançların doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanına etkisinden kaynaklandığı belirtilmektedir (12,40,57). Çalışmamızda 'Cinsel ilişkiye başlamak için niye bu süre beklenmeli?' sorusuna % 22'sinin dini olarak cevabını vermesi de bunu doğrulamaktadır. Kadınların ifade ettiği diğer nedenler: üreme organlarının eski haline gelmesi (%50), kanaması olması (%14), enfeksiyon gelişmemesi (%5), kadının kendini psikolojik olarak hazır hissetmesi (%4), kadının cinselliğinin doğumdan etkilenmesi, ağrı olabileceği, hamile kalabileceği, bebeğinin bakım

ihtiyacının fazla olması ve kadın kendini fiziksel olarak beğenmemesidir (Tablo 4.2.3).

Çalışmamızda literatürden farklı olarak doğumdan sonraki ilk cinsel ilişkinin kimin isteği ile gerçekleştiği sorulmuştur. Kadınların %68'i eşinin isteği ile, %32'si ise ikisinin de isteği ile gerçekleştiğini belirtmiştir. İlginç olarak hiçbir kadın kendi isteği ile gerçekleştiğini ifade etmemiştir (Tablo 4.2.3). Gebelik ve doğum sonrası dönemde erkeklerin kadınlara göre cinsel ilişki için daha fazla girişimde bulunduğu belirtilmektedir. Kadınlar ise cinsel ilişkiye daha çok eşleri istediği için girdiklerini belirtmişlerdir (12). Kadınların sadece eşi istediği için cinsel ilişkiye girmeleri ile her dönemde karşılaşılabileceği gibi özellikle doğumdan sonra ilk ilişkide belirgin olduğu görülmektedir. Doğum sonrası dönemde yaşanan tüm fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin kadın cinselliği üzerindeki olumsuz etkisine rağmen kadının eşi istediği için cinsel ilişkiye girmesi önemli bir sonuçtur. Kadının fizyolojik olarak hazır olması durumunda dahi psikolojik açıdan hazır olmasının mutlaka beklenmesi gerektiği doğum sonrası dönemdeki bu tablo, özellikle evlilikte erkek üstünlüğünün ve baskısının göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda kadınların doğumdan sonraki ilk cinsel ilişkilerinde kontraseptif kullanma durumları değerlendirildiğinde; %52.6'sının geri çekme yöntemini kullandıkları saptanmıştır. Kondom kullanma oranı ise %31'dir. Ayrıca kadınların %4.1'inin rüya ile korunduğu, %4.1'inin tüp ligasyonu yaptırdığı, %8.2'sinin ise hiçbir yöntem kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2.3). TNSA-2003 verilerine göre geri çekme yönteminin (coitus interruptus) tüm yöntemler içinde %26.4 ile ülkemizde en fazla kullanılan yöntem olduğu saptanmıştır (27). Etkin olmayan bir yöntem olmakla birlikte; aile planlaması yöntemleri arasında erkeğin sorumluluk aldığı sayılı yöntemlerden biri olması açısından önemlidir. Çalışmamızda ilk cinsel ilişkide %83.6 oranında erkeğin hamilelikten korunmada sorumluluk üstlendiği görülmektedir (%52.6'sı geri çekme, %31 kondom). Erkeklerin genellikle bu konuyu sadece kadının göreviymiş gibi görüp, ona bıraktıkları düşünüldüğünde bu önemli bir oran olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda kadınların doğumdan sonraki ilk ilişkilerinde tedirginlik yaşama durumları sorgulanmış, %75'inin en az bir konuda tedirginlik yaşadığı belirlenmiştir. Tedirginlik yaşayan kadınların %52'si hamile kalmaktan, %33'ü ise

ağrı duymaktan tedirgin olduğunu belirtmiştir. Doğum sonrası dönemde ilk cinsel ilişkide yaşanan tedirginliğin büyük oranda hamile kalma konusunda olmasına rağmen etkisiz yöntem kullananlar ile yöntem kullanmayanların toplam oranının oldukça yüksek (%60.8) olması; hangi yöntemleri kullanabileceklerini bilmemelerine, birçoğunun emzirmesi nedeni ile kullanabilecekleri yöntemlerin kısıtlı olmasına, hamile kalma ihtimallerinin olduğunu düşünmelerine rağmen önemsememelerine ve en önemlisi bu konuda etkin bir eğitim ve danışmanlık hizmeti almamalarına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Elde edilen veriler, doğum sonu dönemde kadınların sağlıklarını koruma ve sürdürme konusunda yalnız bırakıldıklarını, sağlık hizmetinde sürekliliğin sağlanamadığını göstermektedir. Çalışmamızda da görüldüğü gibi kadınların oldukça büyük bir kısmı çeşitli konularda cinsel ilişkilerinde tedirginlik yaşamaktadır (%75). Yaşanan tedirginlik ve korkuların cinsel ilişki kalitesini ve eşlerin ilişki doyumunu olumsuz etkileyeceği düşünüldüğünde etkin önlemlerin alınmasının gerekliliği ve önemi ortaya çıkmaktadır. Etkin hizmet anlayışı çerçevesinde, sağlık kurumları tarafından doğum sonrası evde bakım ya da telefonla danışmanlık hizmetlerinin başlatılıp yaygınlaştırılmasının bu sorunun çözümünde alternatif bir yol olabileceği düşünülmektedir. Özellikle kadınların hamile kalma konusundaki tedirginliklerine rağmen etkin yöntem kullanma oranındaki düşüklük, bu konunun bu hizmetlerin içinde önemli bir yerde olmasının gerekliliğini göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların doğumdan sonra cinsellik ile ilgili sağlık personelinin bilgi alma durumları değerlendirildiğinde, %17'si ebe/hemşireden, %10'u ise doktordan olmak üzere sadece %27'sinin bilgi aldığı belirlenmiştir. Verilen bilgilerin ise sadece ilk cinsel ilişkiye girme zamanı hakkında olduğu saptanmıştır. Bilgilerin %74.08'inin doğumdan 40 gün sonra, %22.22'sinin 3 hafta sonra, %3.70'inin 8 hafta sonra cinsel ilişkiye girilebileceği yönünde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.4). Literatürde eşlerin doğum sonrası cinsel yaşamla ilgili gerekli eğitim ve danışmanlık hizmeti alma durumlarını inceleyen çalışmalarda sağlık çalışanları tarafından bu hizmetlerin yeterince verilmediği, çiftlerin de bu konuda soru sormada rahat olmadıkları saptanmıştır. Ayrıca postpartum dönemde verilen cinsellikle ilgili tavsiyelerin genellikle cinsel ilişki üzerine olduğu belirtilmiştir (12,18,134,135). Kadınların %27'si genellikle kısıtlayıcı öğütler

(doğumdan önce ve sonra kesinlikle cinsel ilişkiden kaçınılması gereken zamanlar konusunda) aldığını belirtmiştir. Jinekologların loşia kesildikten ve menstruasyon başladıktan sonra (emzirmeyenlerde ortalama 6-9 hafta sonra) cinsel ilişkiye girilebileceğini belirttiği vurgulanmaktadır (12). Barrett ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da doğum yapan kadınların sadece %59'u doğumdan sonra bir sağlık görevlisinin kendisi ile cinselliğe başlama ile ilgili görüşüğünü belirtmiştir. Ancak bu kişilerden %93'ü kontrasepsiyon ile ilgili görüşüldüğünü, yalnızca %35'i cinsel ilişkiye girmede doğru zaman ile ilgili görüşüldüğünü ve yalnızca %11'i olası değişimler ve yaşayabilecekleri problemler hakkında görüşüldüğünü belirtmişlerdir. Doğumdan önce ise sadece %30'u bu konuda birinin onlarla konuştuğunu ifade etmişlerdir (18). Çalışmamızdaki sonuçlar yukarıdaki sonuçlarla karşılaştırıldığında her iki çalışmanın benzerlik gösterdiği hatta çalışmamızdaki verilen bilgilerin daha sınırlı olduğu saptanmıştır. Oysaki doğum sonrası dönemde kadın cinsel işlevleri fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik nedenlerle yüksek oranda etkilenmektedir. Bu nedenle çiftlere kapsamlı bir eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi gerekmektedir. Bu dönemde kadında görülen fizyolojik ve psikolojik değişimler ve nedenleri, cinsel işlevlerde meydana gelebilecek problemler ve etkileyen faktörler, çiftin bu problemlerle nasıl baş edebileceği, koital ve non-koital cinsel ilişkinin ne zaman başlayabileceği, alternatif öneriler, kadının fizyolojik ve psikolojik hazır oluşunun önemi, etkin bir aile planlaması yöntemi kullanmanın önemi ve seçimi, etkin bir hizmetin ana başlıkları olmalıdır.

Çalışmamıza katılan doğum sonrası 4. aydaki kadınların aldığı EPDS puanlarının genel ortalaması (10.35 ± 5.21) normal sınırdan olmasına rağmen, %41'inin EPDS puanının 12 puan ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1). Bu sonuç postpartum 4. aydaki kadınların %41'inin postpartum depresyon açısından riskli olduğunu göstermektedir. EPDS puanı arttıkça postpartum depresyon riski artmaktadır. Kadınlarda postpartum depresyon sıklığı çeşitli araştırmalarda %5-15 olarak bulunmuştur (81-83,127). Borders ise yaptığı çalışma sonucunda postpartum depresyonun doğumdan sonraki 0-3 aylık dönemde %7-30, 3-6 aylık dönemde %19 ve 6 aydan sonra ise %4-20 olduğunu vurgulamıştır (101). Çalışmamızda postpartum depresyon açısından daha yüksek bir risk bulunmasının, EPDS'nin sadece bir ölçek olması ancak tanı koymak için yeterli olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tanı koymak ise bir uzman tarafından daha kapsamlı bir değerlendirme yapılmasını gerektirmektedir. Postpartum dönemde anne duygusal sorunlara yatkın bir durumdadır. Hamilelik dönemi boyunca yüksek düzeylerde seyreden östrojen ve progesteron seviyelerinde doğum sonrası gözlenen ani düşüşün, postpartum depresyon etyolojisinde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Anne bu dönemde normalde kolaylıkla baş edebileceği faktörlere karşı duyarlı hale gelir. Postpartum depresyon doğum sonrası en sık karşılaşılan önemli bir psikiyatrik bozukluktur. (70,71). Genellikle doğumdan sonraki 2-8 haftalar içinde başlar ve en az iki hafta en çok bir yıl kadar sürer. Hafif olgularda tedavi görmeden 3 ay-1 yıl arasında kendiliğinden düzelebilir (80). Postpartum depresyon kadının yaşam kalitesini, eşi ve diğer bireylerle ilişkisini, bebeğine verdiği bakımı etkilemektedir. Bu nedenle önlenmesi, destek faktörlerinin güçlendirilmesi, erken tanı ve tedavisi çok önemlidir.

Çalışmamıza katılan kadınların %60'ının IFSF puanı 29 puan ve altında, %40'ının 30 puan ve üzerinde olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Bu sonuç, kadınların %60'ının postpartum cinsel işlev bozukluğu yönünden riskte olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Literatürde kadın cinsel işlev bozukluğu prevalansının %30-50 arasında olduğu belirtilmektedir (10,36,85,93). Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda da sonuçlar bu oranlar arasında bulunmuş, ancak gebelik, doğum sonrası ve menapoz dönemlerinde bu oranın daha da artabileceği vurgulanmıştır (10,36,43,48,58,102,).

Kadınların doğum sonrası dönemdeki cinsel işlevleri ve buna etki eden çeşitli değişkenlerin incelendiği bu çalışmada cinsel işlev bozukluğu için belirli bir eşik değer belirlenmemiş, cinsel işlev bozukluklarına ilişkin değerlendirme IFSF toplam ve alt puan ortalamaları ile yapılmıştır.

5.2. Kadınların Aldıkları IFSF Puan Ortalamalarının Kendilerinin ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre İncelenmesi

Çalışmamızda kadınların yaşlarına göre IFSF puan ortalaması karşılaştırıldığında, yaşı küçük olanların IFSF puan ortalamasının daha yüksek olduğu, en düşük ortalamanın ise 35 yaş ve üzeri grupta olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.1). Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan bazı çalışmalarda kadının yaşı arttıkça cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığının

arttığı belirtilirken (20,36), bazı çalışmalarda ise yaşıns cinsel işlevler üzerine etkisi etkisi anlamlı bulunmamıştır (38,58). Brummen ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada anne yaşı ve cinsel eş yaşının doğum sonrası dönemde kadının cinsel ilişkiden aldığı doyumunu etkilediği saptanmıştır (20). Yaşın özellikle cinsel duyarlılık ile negatif yönde, dispareni ile pozitif yönde ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (12). Kainın yaşının ilerlemesi ile birlikte kadında bazı anatomik ve fizyolojik değişiklikler oluşmakta, cinsel uyarılma ve orgazm için sürenin uzamasına, orgazm şiddetinin azalmasına ve orgazm için uyarı ihtiyacının artmasına neden olmaktadır. Ayrıca vajinal kayganlıkta azalmaya ve bunun sonucunda dispareniye neden olabilmektedir (21,30). Diğer taraftan kadının yaşının artması demek, kronik hastalıkların görülme sıklığının, ilaç kullanma oranının, doğum sayısının da artması anlamına gelmekte ve bu faktörler de cinsel işlevleri etkileyebilmektedir. Çalışmamızda yaşın cinsel işlevler üzerine etkisinin anlamlı bulunmaması; araştırmaya doğum sonu dönemdeki kadınların alınmasının yaş aralığını daraltmasından (18-40 yaş), bu durumun da daha ileri yaşlardaki farkın görülmesini engellemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Eşlerinin yaşlarına göre kadınların IFSF puanları karşılaştırıldığında, kadınlarınkine benzer sonuçlar bulunmuş, eşi 35 yaş ve üzeri olan kadınların IFSF puan ortalamasının diğer gruplara göre en düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.1). Ancak bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmamızda kadınların eğitim durumlarına göre IFSF puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p< 0.05$). Kadınlarda en yüksek puanı lise ve üniversite mezunu olan grup alırken, en düşük puanı ilkokul mezunu olan grup almıştır (Tablo 4.4.1). Kadının eğitim düzeyi arttıkça IFSF puan ortalamalarının da arttığı dolayısıyla cinsel işlev bozukluğu görülme riskinin azaldığı saptanmıştır. Eğitim düzeyinin artmasının kadının cinsellik konusundaki bilgi düzeyinin artmasına, eşi ile daha rahat konuşabilmesine ve cinsel isteklerini açıkça ifade edebilmesine neden olduğu düşünülmektedir. Kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre IFSF puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p< 0.05$). Eşi ortaokul mezunu olanların IFSF puan ortalaması en düşük iken, en yüksek puanın üniversite mezunu olan gruba ait olduğu saptanmıştır (Tablo

4.4.1). Bu bulguya göre eşinin eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme oranı daha düşüktür. Eşinin eğitim düzeyinin artması, cinselliğe bakış açısının değişmesine, kadının ihtiyaçlarını daha fazla önemsemesine neden olduğu için bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda bu sonucu destekleyen sonuçların yanında (10,36), eğitimin cinsel işlevlere etkisinin anlamlı olmadığını gösteren sonuçlar da mevcuttur (38,58). Çalışmamızda kadının çalışma durumunun cinsel işlevleri üzerine etkisi incelenmiş; çalışan kadınların (işçi-memur), ev hanımı olanlara göre IFSF puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadının eşinin çalışma durumunun cinsel işlev bozukluğu üzerine etkisi ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eşi memur olan grubun IFSF puan ortalaması, işçi ve serbest meslek olan gruba göre istatistiksel olarak yüksektir (Tablo 4.4.1). Bu farkın, memur olan grubun diğer gruplara oranla eğitim düzeyinin, sosyoekonomik ve kültürel düzeyinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Geniş ailede birlikte yaşanan birey sayısının fazla olması, duygusal ifadede ve iletişimde sınırlılıkların olması, evde eşlerin kendilerine ait odalarının bulunmaması gibi durumların daha fazla yaşanması, cinsel işlevleri etkileyebilmektedir. Çalışmamızda ise çekirdek aile tipine sahip kadınların IFSF puan ortalaması, geniş aile tipine sahip olanlardan daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4.1). Yücel ve Karakoyunlu'nun yaptığı çalışmalarda da çalışmamıza benzer olarak aile tipinin cinsel işlevler üzerine etkisi anlamlı bulunmamıştır (36,58).

Literatürde evlilik süresinin artmasının cinsel işlevler üzerine olumsuz etkisi olduğu yönünde bulgular mevcuttur (10,12,36). Evlilik süresinin artmasının çiftlerin yaşlarının, doğum sayılarının, çocuk sayılarının ve buna paralel olarak evde yaşayan kişi sayısının artması anlamına gelmesinin bu sonuçta rolü olduğu düşünülmektedir. Güvel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise evlilik süresi ile IFSF puanları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur (38). Çalışmamızda da gruplar arasında en yüksek IFSF puan ortalamasına sahip grup 0-5 yıllık evli olan gruptur (Tablo 4.4.1). Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Kadınların genel sağlık durumlarının, bazı hastalıkların ve kullanılan ilaçların cinsel işlevleri üzerine etkili olduğu vurgulanmaktadır (12,58). Çalışmamızda

herhangi bir sađlık problemi olduđunu ifade eden kadınların (5 kiři guatr, 4 kiři anemi, bir kiři hipertansiyon ve bir kiři hepatit C) IFSF puanlarının daha dűřűk olduđu saptanmıř (Tablo 4.4.2), ancak fark istatistiksel aıdan anlamlı bulunmamıřtır ($p>0.05$). Hastalıkların etkisinin daha iyi anlařılabilmesi iıin daha bűyűk űrneklem gruplarında, her bir hastalıđa sahip kadınların ayrı ayrı deđerlendirilmesi gerekmektedir. ıalıřmamıza katılan kadınların %4'űnűn tiroid ilacı kullandıđı belirlenmiřtir (Tablo 4.4.2). İlaı kullanan kadınların IFSF puan ortalamaları, kullanmayanlara oranla belirgin olarak dűřűktűr. Ancak sayının az olması nedeni ile istatistiksel deđerlendirmeye alınmamıřtır.

Literatűrde aile planlaması yűntemlerinin kadın cinsel iřlevlerine etkisi ile ilgili farklı bulgular mevcuttur (36,99,101,102,104,105). Geleneksel bir yűntem olan geri ıekme yűnteminin cinsel cevabın plato fazında kesintiye uđramasına neden olarak ıiftlerin cinsel doyumlarını olumsuz etkilediđi bildirilmektedir (102,104,105). Kondomun cinsel iřlevler űzerine etkisi ile ilgili olumlu yűnde sonuılar mevcuttur. Gabalcı'nın yaptıđı ıalıřmada kondom kullanan kadınların űnemli bir kısmı kondomun cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel iliřki sıklıđına bir etkisinin olmadıđını ifade etmiřtir (102). ıalıřmamızda da kadınların aile planlaması yűntemi kullanma durumuna gűre IFSF puanları karřılařtırıldıđında gruplar arasındaki en dűřűk median puanının geri ıekme yűntemini kullananlara ait olduđu, en yűksek puanın ise kondom kullanan gruba ait olduđu belirlenmiřtir (Tablo 4.4.4). ıalıřmamızda kondom kullanma oranı diđer etkin aile planlaması yűntemlerine oranla daha yűksek olduđu iıin diđer etkin yűntemlerden ayrı bir grup olarak deđerlendirilmiřtir. Ancak geri ıekme yűntemini, kondomu, diđer etkin yűntemleri(ria, tűp ligasyonu, oral kontraseptifler) kullanan kadınlar ve yűntem kullanmayan kadınların IFSF puanları istatistiksel aıdan karřılařtırıldıđında aradaki fark anlamlı bulunmamıřtır ($p>0.05$). Karakoyunlu'nun (23), Aydos ve arkadařlarının (99) yaptıđı ıalıřmalarda da ıalıřmamıza benzer olarak aile planlaması yűntemlerinin kadın cinsel iřlevlerini etkilemediđine dair sonuılar bulunmuřtur. Yılmaz'ın (105) ve Gabalcı'nın (102) yaptıđı ıalıřmalarda da, kadınların kullandıkları AP yűntemlerine (geri ıekme, RİA, kondom, OKS) gűre, cinsel fonksiyonları deđerlendirilmiř ve istatistiksel aıdan aralarındaki fark űnemsiz bulunmuřtur.

Çalışmamızda kadınların son 4 hafta içinde üreme sistemine ilişkin şikayetlerinin bulunma durumlarına göre IFSF puan ortalamalarına bakıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Üreme sistemine ilişkin şikayeti olan grupta IFSF puan ortalamasının şikayeti olmayan gruba göre düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.2). Bu sonuç, üreme sistemi şikayetlerinin kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme riskini arttırdığını göstermektedir. Kadınların özellikle vajinal akıntıda tariflediği değişimler enfeksiyonu işaret etmektedir. Arellano ve arkadaşlarının Meksika’da 304 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada da epizyotomisinde enfeksiyon gelişen kadınların ve vajinit semptomları olan kadınların olmayanlara göre doğumdan sonraki 2-6 ay arasında daha fazla cinsel problem yaşadığı (özellikle dispareni sıklığının daha yüksek olduğu) saptanmıştır (100). Doğumdan sonra meydana gelen fizyolojik değişimler nedeni ile kadın genital enfeksiyonlara yatkındır. Genital enfeksiyonlar özellikle kadınların yaşam kalitesini düşürmekte, kadının bedensel, psikososyal ve cinsel sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (98). Kadının beden imajının değişmesi, benlik saygısının azalması, genital bölgede ağrısının olması; cinsel arzusunun azalmasına, cinsel uyarılmasının azalmasına, cinsel ilişkiden kaçınmasına/cinsel ilişki sıklığının azalmasına, dispareniye ve cinsel ilişki tatmininde azalmaya neden olabilir. Çalışmamızda IFSF alt puanları incelenmiş ve cinsel istek, cinsel ilişki tatmini ve klitoral duyarlılık puanlarının üreme sistemi şikayeti olanlarda daha düşük olduğu (Tablo 4.4.3) ve bu farkın istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bulgularda da görüldüğü gibi üreme sistemine ait şikayetler; cinsel arzu, cinsel ilişki tatmini ve klitoral duyarlılığı azaltmaktadır.

5.3. Kadınların Aldıkları IFSF Puan Ortalamalarının Obstetrik Özelliklerine Göre İncelenmesi

Çalışmamızda kadınların doğum sayılarına göre aldıkları IFSF puan ortalamaları incelendiğinde tüm grupların puan ortalamalarının 30’un altında olduğu; gruplar arasındaki en düşük puanın 3 ve üzeri doğum yapanların olduğu; 1 ve 2 doğum yapanların ise birbirine yakın puanda oldukları saptanmıştır (Tablo 4.4.5). Ancak bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir. IFSF alt puanlarının karşılaştırılmasında ise cinsel ilişkide rahatsızlık, cinsel istek ve klitoral duyarlılık

puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 4.4.6). Yapılan ikili karşılaştırmalarda (Tukey HSD); 1 doğum yapanların cinsel ilişkide rahatsızlık duyma oranının, 2 doğum yapanlardan anlamlı derecede fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonucun 1 doğum yapanlarda rutin epizyotomi, müdehaleli doğum ve perineal yırtıklara daha fazla maruz kalmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kaynaklarda perineal travma ve müdahalelerin doğum sonrası lubrikasyonda azalma, cinsel ilişkide rahatsızlık ve disparoni riskini arttırdığı vurgulanmıştır (57,85,137). Çalışmamıza göre 1 doğum yapanların cinsel isteği 3 ve üzeri doğum yapanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Bu farkın doğum sayısı fazla olan kadınların yaşlarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Botros ve arkadaşlarının çeşitli yaşlardaki kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada; azalmış cinsel istek ve heyecan durumunun önceden gerçekleştirilen doğumlardan en çok etkilenen cinsel işlev bileşenleri olduğu belirtilmiştir. Doğum sayısı ve yaşın artmasının cinsel ilişki sırasında duyulan azalmış istek ve heyecan ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (30). Ayrıca doğum sayısı arttıkça eşe ayrılan zamanın azalması, cinselliğe daha az önem verilmesi, ilginin çocuklara yoğunlaşması, yaşanan çeşitli stresli yaşam olayları cinsellikten uzaklaşmaya yol açmaktadır. Çalışmamızda ayrıca 2 doğum yapanların klitoral duyarlılığı 3 ve üzeri doğum yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun da doğum sayısının yaş ile paralel olarak artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yaş arttıkça klitoral duyarlılık azalmaktadır.

Çalışmamızda doğum şekillerine göre IFSF puan ortalamaları incelendiğinde, tüm grupların puan ortalamalarının 30'un altında olduğu, dikişsiz normal doğum yapanların gruplar arasındaki en düşük puana sahip, sezaryen doğum yapanların ise en yüksek puana sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 4.4.5). Ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Yapılan IFSF alt puan analizlerinde ise doğum şeklinin cinsel istek, cinsel ilişki tatmini ve klitoral duyarlılığa etkisi istatistiksel açıdan anlamlı ($p < 0,05$) bulunmuştur (Tablo 4.4.7). Gruplar incelendiğinde; sezaryen doğum yapan kadınların cinsel istek puanı, dikişsiz normal doğum yapanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sezaryen doğum ve dikişli normal doğum yapanların ilişki tatmini dikişsiz normal doğum yapanlara göre anlamlı olarak yüksektir. Dikişli normal doğum yapanların klitoral duyarlılığı dikişsiz normal doğum yapanlara göre anlamlı derecede yüksektir.

Literatürde müdahaleli doğumların (forseps, vakum, epizyotomi) cinsel işlevleri olumsuz etkilediğine dair çalışmalar mevcuttur (57,85). Spontan vajinal doğum yapan kadınların; müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınlarla karşılaştırıldığı iki çalışmada ise, spontan vajinal doğum yapanların daha az cinsel problem yaşadığı belirlenmiştir (85,94). Ryding ve arkadaşlarının epizyotominin doğumdan 12-18 ay sonra, kadın cinsel işlevleri üzerindeki etkilerini araştırdığı çalışmada; epizyotomi yapılan kadınlarda yapılmayanlara göre dispareni ve lubrikasyonda azalma görülme oranının daha fazla olduğunu saptanmıştır. Epizyotominin cinsel uyarılma, cinsel doyum ve orgazm üzerine ise etkisi olmadığını saptamışlardır (137). Arellano ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da özellikle epizyotomi komplikasyonu gelişen kadınlarda dispareni görülme sıklığının arttığı vurgulanmıştır (100). Görüldüğü gibi epizyotomisi olan kadınların cinsel işlevlerde daha fazla sorun yaşadığı vurgulanmıştır. Güngör ve arkadaşlarının primipar kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada ise; epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarla sezaryen doğum yapan kadınları karşılaştırılmış ve cinsel ilişkisindeki memnuniyet derecesi sezaryen doğum yapanlarda belirgin düzeyde yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (112). Bu sonuç çalışmamızla benzerdir. Sezaryen olan grubun cinsel istek ve ilişki tatmininin anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda literatürden farklı olarak epizyotomi yapılmayan kadınların, diğer gruplara göre cinsel işlevlerde bozulma açısından daha fazla riskte olduğu saptanmıştır. Bu sonuçların, dikişsiz normal doğum yapan kadınların yaşının, doğum sayısının, çocuk sayısının daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde emzirmenin doğum sonrası cinsel işlevler üzerine etkili olduğu, emziren kadınlarda özellikle cinsel isteğin daha düşük olduğu (13,19,56,57), lubrikasyonda azalma, dispareni şikayetlerinin daha fazla görüldüğü (12,85), cinsel ilişki sıklığının daha düşük olduğu (17) ve cinsel ilişki tatmininin daha az olduğunu gösteren bulgular mevcuttur (56). Tüm bu etkilerin özellikle emzirmenin hormonal etkisinden kaynaklandığı vurgulanmıştır. Emziren kadınlarda görülen östrojen düzeylerindeki düşüklük; genital vazokonjesyondaki/vajinal lubrikasyondaki azalma ve vajinal epiteldeki atrofi ile ilişkilendirilir. Ayrıca bu değişiklikler dispareniye neden olabilir ve cinsel uyarılma dönemini olumsuz yönde etkileyebilir (121). Diğer taraftan hiperprolaktinemi/prolaktinin kronik yüksekliği ile cinsel işlevlerin ve

gonadal fonksiyonların belirgin düzeyde baskılanması arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Kadınlarda bu durum özellikle amenore, infertilite ve cinsel aktivitede azalma ile ilişkilendirilir (122). Ayrıca özellikle ilk aylarda anne ve babanın bebeğin bakımına bağlı olarak uzaklaşmasına neden olabileceği (psikososyal etkisi); emzirme sıklığının fazla olmasının, gece uykularının bölünmesine ve yorgunluğa yol açmasının da etkisi olduğu belirtilmektedir (19,15) Çalışmamızda emziren kadınların toplam IFSF puan ortalaması, emzirmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.4.8). Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. IFSF alt puanlarının analizinde ise emzirmenin cinsel istek üzerine etkisi, literatürdeki sonuçlarla paralel bulunmuştur (Tablo 4.4.9). Emzirenlerin emzirmeyenlere göre cinsel isteğinin anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Emzirme ile yükselen prolaktin düzeylerinin ovarian fonksiyonları baskılanması, ovarian androjen sekresyonunu da azaltır (119). Ayrıca emziren kadınlarda stresli durumlarda ve/veya emzirme ile adrenal androjen sekresyonu da azalabilir (19,124). Bu iki androjen kaynağının baskılanması cinsel istekte azalma ile sonuçlanır. Çünkü kadının yaşadığı cinsel istek androjen miktarına temellidir (122). Çalışmamızdaki sonuçlar bu etkiyi desteklemektedir.

Çalışmamızda literatürden farklı olarak ilk cinsel ilişkiyi isteme durumu ile IFSF puan ortalaması karşılaştırılmıştır (Tablo 4.4.10). Doğumdan sonra ilk cinsel ilişkiyi eşinin isteği ile gerçekleştiğini belirten kadınlarda IFSF puanının, ikisinin de isteği ile gerçekleştiğini belirten kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Buna göre ilk cinsel ilişkisi yalnız eşinin isteği ile gerçekleşen kadınlarda, cinsel işlev bozukluğu riski daha fazladır. Cinsel ilişki erkek ve kadının birlikte yaşadığı ortak bir yaşantıdır. Bu yaşantıyı iki tarafın da istemesi, fizyolojik ve psikolojik olarak hazır olması, alınan doyumunu arttırır. Ancak toplumumuzda da sıkça karşılaşılan bir durum olan cinsel ilişkiyi erkeğin istemesi ve kadının hayır diyememesi nedeni ile kadın istemeden cinsel ilişkiye girmektedir (58). Bunun sonucunda cinsel ilişkiye hazır olmayışı, cinsel isteğinin düşük olması/istememesi; cinsel uyarılmayı güçleştirecek, lubrikasyonu azaltacak, dispareniye neden olacak, orgazma ulaşmasını engelleyecek, sonuçta cinsel ilişki tatmini ve cinsel yaşam tatminini olumsuz etkileyecektir. Doğum sonrası dönemde cinsel işlevlerde belirgin bir azalma zaten mevcuttur. Bir de isteksiz cinsel birliktelik

yaşaması kadını fizyolojik ve psikolojik olarak olumsuz etkileyecektir. Kadının fizyolojik olarak hazır olsa dahi psikolojik hazır oluşunun da çok önemli olduğu doğum sonrası dönemde, hemşire/ebenin bu konuda duyarlı davranarak, uygun eğitim ve danışmanlık hizmetini vermesinin ve özellikle çiftleri birlikte ele almasının önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Doğumdan sonra özellikle ilk aylarda bebeğin bakımı için anneye yardımcı olmak üzere, özellikle aile büyükleri veya akrabaların aile ile kalmaya başlamaları sık karşılaşılan bir durumdur. Geniş aile yapısındakilerde ise sürekli birliktelik söz konusudur. Bazı kadınlar bu durumların cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Eş ve çocuklar dışındaki kişilerle kalmanın cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini düşünen kadınların IFSF puan ortalamalarının, böyle bir sorun belirtmeyenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.11). Ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$).

Çalışmamızda postpartum depresyonla cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki incelenmiştir. Postpartum depresyon riski yüksek ve düşük olan iki grubun da IFSF puan ortalamaları 30'un altında bulunmuştur. Ancak postpartum depresyon riski yüksek olan grubun IFSF puanının, depresyon riski düşük olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4.12). Ayrıca IFSF puanı ile EPDS puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde zayıf bir korelasyon olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.13). EPDS puanı arttıkça IFSF puanı düşmektedir. Bu bulgulara göre postpartum depresyon riski arttıkça cinsel işlev bozukluğu görülme oranı artmaktadır. Brown ve Lumley'in yaptığı çalışmada da doğum sonrası 6. ve 7. aylarda yaşanan depresyonun cinsel fonksiyonlarla ilişkili olduğu saptanmıştır (77). Cinsel arzu kaybının postpartum depresyona eşlik ettiği, postpartum depresyonda olan kadınların doğum sonrasında cinsel ilişkiye yeniden başlama veya bunu deneme oranının diğerlerinden az olduğu, dolayısıyla cinsel ilişki sıklığında azalma ile de ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (6,9). Depresyon, libido kaybına, cinsel ilişkiye ilginin azalmasına, yorgunluk hissine, fiziksel problemlere ve kendini çekici görmeme gibi nedenlere yol açarak cinsel işlevleri ve cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir (16). Byrd ve arkadaşları postpartum depresyonun doğumdan sonra 4. ayda, kadınlardaki cinsel arzu kaybının önemli bir nedeni olduğunu vurgulamıştır (125). Çalışmamızda da IFSF alt puan

ortalamları incelenmiş; postpartum depresyon riski yüksek grubun cinsel istek puanının, düşük olan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu bulgu postpartum depresyonun cinsel istekte azalmaya neden olarak cinsel işlev bozukluğu riskini arttırmakta olduğunu kanıtlamaktadır.

Sonuç olarak doğum sonrası dönemde kadının cinsel işlevlerinde meydana gelen değişimlerin ve cinsel işlevlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi; yaşadıkları problemlere ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi son derece önemlidir. Özellikle ebe ve hemşireler tarafından verilecek cinsel sağlık danışmanlığı hizmeti ile çiftlerin cinsel yaşamlarındaki memnuniyeti arttırılarak, evlilik ve yaşam kalitelerinin de artması sağlanacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

6.1.1. TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE İLİŞKİN SONUÇLAR

1. Araştırmaya katılan kadınların yaşları 18 ile 40 arasında değişmektedir. Daha büyük çoğunluğunun 25-29 yaş grubunda (% 32'si) ve %28'inin 30-34 yaş grubunda olduğu; %48'inin lise ve üzerinde eğitime sahip olduğu saptanmıştır. Kadınların % 89'u ev hanımıdır. Kadınların eşlerinin %66'sının 30 yaş ve üzerinde, %63'ünün lise ve üzerinde eğitime sahip olduğu saptanmıştır. Eşlerinin %65'inin serbest çalışmakta olduğu belirlenmiştir. Kadınların %73'ü çekirdek aileye sahiptir. Katılımcıların %85'i 12 yıldan daha kısa süredir evlidir (Tablo 4.1.1).
2. Çalışmaya katılan kadınların %32'si sigara içmektedir. %18'inin üreme sistemine ilişkin şikayetinin bulunduğu, %11'inin sistemik/kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların %4'ü guatr ilacı kullanmaktadır. %44'ünün geri çekme yöntemi kullandığı, %3'ü ise doğumdan sonra cinsel ilişkiye girmediği saptanmıştır (Tablo 4.1.2).
3. Kadınların %69'unun 2 ve üzeri sayıda doğum yaptığı belirlenmiştir. Kadınların %49'unun dikişli normal doğum, %41'inin sezaryen doğum yaptığı, %87'sinin bebeklerini emzirdiği saptanmıştır (Tablo 4.1.3).

6.1.2. KADINLARIN CİNSEL YAŞAM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

1. Kadınların %20'si evde cinsel yaşamlarını etkileyen en az bir sorun olduğunu belirtirken, %7'si eşi ile ilişkilerinde cinsel yaşamlarını olumsuz etkileyen bir sorun olduğunu belirtmiştir. Kadınların büyük çoğunluğunun (%44'ünün) gebelikten önce cinsel ilişkiye girme sıklığının ayda 7-10 kez, gebelikte ise büyük çoğunluğunun (%38'inin) ayda 1-2 kez girdiğini belirtmiştir. Kadınların %12'sinin ise gebelikte cinsel ilişkiye girmedikleri saptanmıştır.

Doğumdan sonra büyük bölümünün (%30'unun) ayda 3-4 kez cinsel ilişkiye girdiği, %3'ünün ise doğumdan sonra 4. Ayda henüz cinsel ilişkiye girmedikleri belirlenmiştir. Kadınların %75'i cinsel arzularının en fazla olduğu dönemin gebelikten önceki dönem olduğunu belirtirken, %57'si en az olduğu dönemi gebelik dönemi olarak belirtmiştir. Kadınların %58.8'i en fazla cinsel uyarılma/orgazmın gebelikten önceki dönemde olduğunu belirtirken, %47'si en az gebelik döneminde olduğunu belirtmiştir. Kadınların %15.3'ü ise orgazmı bilmediklerini ya da hiç yaşamadıklarını belirtmiştir. %70.6'sı En fazla cinsel ilişki memnuniyetini gebelikten önceki dönemde yaşadığını, % 60'ı en az gebelik döneminde yaşadığını ifade etmiştir. Kadınların %69.4'ü cinsel yaşamlarından en fazla memnun oldukları dönem olarak gebelikten önceki dönemi gösterirken, en az memnun oldukları dönemi % 63.5'i gebelik dönemi olarak belirtmiştir (Tablo 4.2.1).

2. Çalışmaya katılan kadınların %31'nin gebelik öncesi dönemde, %50'sinin gebelikte , %39.2'sinin doğumdan sonra cinsel ilişki sırasında ağrı duyduğu belirlenmiştir. Kadınların %24,7'si cinsel ilişki sırasındaki ağrının doğum sonrası 4. ayda halen devam ettiğini ifade etmiştir (Tablo 4.2.2).
3. Kadınların %75'inin doğumdan sonra 60 günden önce cinsel ilişkiye girdikleri saptanmıştır. Doğumdan sonra cinsel ilişkiye girmiş olan kadınların %68'i ilk ilişkilerinin eşinin isteği ile gerçekleştiğini, % 52,6'sı ilk ilişkilerinde geri çekme yöntemini kullandıklarını belirtmiştir. Kadınların %77.3'ünün doğumdan sonra cinsel ilişkiye girilmede tedirginlik yaşadığı belirlenmiştir. Bu kadınların % 52'si hamile kalmaktan, %44'ü ağrı duymaktan tedirgin olduklarını ifade etmişlerdir. Kadınların %92'si, doğumdan sonra 40 gün ve üzerinde zaman geçmesi gerektiğini , %50'si kadınların üreme organlarının eski haline dönmesi için, %22'si dini olarak beklenmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4.2.3).
4. Doğum sonrası dönemdeki kadınların, %17'si ebe/hemşireden olmak üzere sadece % 27'sinin herhangi bir sağlık personelinden bilgi aldığı, verilen bilgilerin ise sadece ilk ne zaman cinsel ilişkiye girilmesi gerektiği üzerine olduğu saptanmıştır. Bu bilgilerin %74.08'i doğumdan 40 gün sonra girilmesi gerektiği yönündedir (Tablo 4.2.4).

6.1.3. KULLANILAN ÖLÇEKLERDE ALDIKLARI PUANLARA İLİŞKİN SONUÇLAR

1. Doğum sonrası dönemdeki kadınların %41'inin EPDS puanı 12 ve üzeri, %59'unun 11 puan ve altıdır. Buna göre doğumdan 4 ay sonra kadınların %41'inin PPD açısından riskli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1).
2. Kadınların %60'ının IFSF puanı 29 puan ve altındadır. Bu sonuca göre doğumdan 4 ay sonra kadınların %60'ı cinsel işlev bozukluğu açısından risk altındadır (Tablo 4.3.2).
3. Araştırmaya katılan kadınların IFSF puan ortalaması 26.93; EPDS puan ortalaması 10.35 olarak saptanmıştır (Tablo 4.3.3).

6.1.4. KADINLARIN CİNSEL SORUN YAŞAMA DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERLERE İLİŞKİN SONUÇLAR

1. Doğum sonrası dönemdeki kadınların yaşı, çalışma durumu, eşinin yaşı, aile tipi ve evlilik süresine göre aldıkları IFSF puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 4.4.1).
2. Çalışmada kadınların eğitim düzeylerine göre IFSF puanları incelendiğinde; en yüksek puanı (29.06) lise ve üniversite mezunu olan grup alırken, en düşük puanı (24.68) ilkokul mezunu olan grup almıştır. Kadınların eğitim düzeylerine göre IFSF puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.1).
3. Kadınların eşlerinin eğitim düzeylerine göre IFSF puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. En yüksek IFSF puanı (27.14) üniversite mezunu grubun, en düşük (23.45) ise ortaokul mezunu olan grubundur (Tablo 4.4.1).
4. Kadınların eşlerinin çalışma durumuna göre IFSF puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Eşi memur olan grup en yüksek puan ortalamasına (30.84) sahipken, eşi işçi olan grup en düşük puan ortalamasına (24.56) sahiptir (Tablo 4.4.1).

5. Kadınların sistemik/kronik hastalığının bulunma durumuna ve son dört haftada kullandığı aile planlaması yöntemine göre aldıkları IFSF puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (Tablo 4.4.2) (Tablo 4.4.4).
6. Kadınların son 4 hafta içinde üreme sistemine ilişkin şikayetlerinin bulunma durumlarına göre IFSF puan ortalamaları incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Üreme sistemine ilişkin şikayeti olmayan grupta IFSF puan ortalamaları daha yüksekken (27.89), şikayeti olan grupta anlamlı derecede düşük (22.56) bulunmuştur (Tablo 4.4.2).
7. Üreme sistemine ilişkin şikayeti olan kadınların cinsel istek, cinsel ilişki tatmini ve klitoral duyarlılık puanları, olmayan kadınlara göre daha düşük bulunmuştur. Bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.3).
8. Kadınların doğum sayılarına ve son doğum şekillerine göre IFSF puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4.5).
9. Kadınların doğum sayılarına göre IFSF alt puanları incelendiğinde, cinsel ilişkide rahatsızlık, cinsel istek ve klitoral duyarlılık puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bir doğum yapan kadınların cinsel ilişkide rahatsızlık puanı en düşüktür. Cinsel istek puanı, 3 ve üzeri doğum yapan kadınlarda en düşük düzeydedir ve doğum sayısı arttıkça cinsel istekte belirgin bir azalma görülmektedir. Klitoral duyarlılık puanı ise en düşük 3 ve üzeri doğum yapanlarda bulunmuştur (Tablo 4.4.6).
10. Kadınların son doğum şekillerine göre IFSF alt puanları incelendiğinde cinsel istek, cinsel ilişki tatmini ve klitoral duyarlılık puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Cinsel istek puanı, cinsel ilişki tatmini puanı ve klitoral duyarlılık puanı en düşük grubun dikişsiz normal doğum yapan kadınlar olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.7).
11. Emziren ve emzirmeyen kadınların toplam IFSF puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.8). Yapılan alt analizlerde ise emzirme durumuna göre IFSF alt puanları incelendiğinde, cinsel istek puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu

belirlenmiştir. Emziren kadınlarda cinsel istek puanı emzirmeyenlere göre belirgin şekilde düşüktür (Tablo 4.4.9).

- 12.** Doğumdan sonraki ilk cinsel ilişkiyi isteme durumuna göre IFSF puan ortalamaları incelendiğinde; doğumdan sonraki ilk cinsel ilişkisinin hem eşinin hem kendisinin isteği ile gerçekleştiğini belirten kadınların IFSF puan ortalaması daha yüksek iken (29.90) sadece eşinin isteği ile gerçekleştiğini belirten kadınların belirgin şekilde düşüktür (26.39). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.10).
- 13.** Eş ve çocuklar dışındaki kişilerle birlikte kalan kadınlar ile, sadece eşi ve çocukları ile kalanların IFSF puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4.11).
- 14.** EPDS puanı 12 ve üzerinde olan kadınların IFSF puan ortalaması (25.32), 11 ve altında olan kadınların IFSF puan ortalamasından belirgin düzeyde düşüktür (28.05). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.12).
- 15.** IFSF puanı ile EPDS puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde zayıf bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. EPDS puanı arttıkça IFSF puanı düşmektedir (Tablo 4.4.13). Depresyon açısından riskli olan grupta, cinsel işlev bozukluğu riski de artmaktadır.
- 16.** Çalışmaya katılan kadınların EPDS puanı 11 ve altında olanlar ile 12 puan ve üzerinde olan kadınların cinsel istek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. EPDS puanı 12 ve üzerinde olan kadınların cinsel istek puanları belirgin düzeyde düşüktür (Tablo 4.4.14).

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

1. Ebe ve hemşirelerin çiftlere aşağıdaki özelliklerde etkin bir eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeleri önerilmiştir;
 - Çalışmamızda kadınların %73'üne doğum sonrası cinsellik üzerine hiçbir bilgi verilmediği, % 27'sine ise sadece cinsel ilişkiden kaçınmaları gereken sürenin söylenmiş olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların %77.3'ünün doğumdan sonra cinsel ilişkiye girmede tedirginlik yaşadığı; bu kadınların %52'sinin hamile kalmaktan, %44'ünün ağrı duymaktan tedirgin oldukları belirlenmiştir. Bu nedenlerle cinsel işlevleri olumsuz etkileyen doğuma ilişkin faktörlerin bilinmesi ve önlenmesinde gerekli duyarlılığın gösterilmesi gerekmektedir. Doğum sonrası dönemde kadında görülen fizyolojik ve psikolojik değişimler ve nedenleri, cinsel işlevlerde meydana gelebilecek problemler ve etkileyen faktörler, çiftin bu problemlerle nasıl baş edebileceği, koital ve non-koital cinsel ilişkinin ne zaman başlayabileceği, alternatif öneriler, kadının fizyolojik ve psikolojik hazır oluşunun önemi, etkin bir aile planlaması yöntemi kullanmanın önemi ve yöntem seçimi konularını kapsayan;
 - Çalışmamızda doğumdan sonra ilk cinsel ilişkilerinin eşinin isteği ile gerçekleştiğini belirten kadınlarda, cinsel işlev bozukluğu riskinin arttığı saptanmıştır. Bu nedenlerle kadının fizyolojik olarak hazır olsa dahi psikolojik hazır oluşunun da çok önemli olduğu doğum sonrası dönemde, çiftleri birlikte ele alan, özellikle eşlere bu konuda duyarlı davranmalarının önemi vurgulayan;
 - Doğum sonrası 4. ayda postpartum depresyon riskinin oldukça yüksek olduğu ve bu grupta cinsel işlev bozukluğu riskinin arttığı saptanmıştır. Bu nedenle kadınların bu dönemde yaşayabileceği psikolojik değişiklikler, baş etme yöntemleri ve destek sistemlerinin önemi

konularını kapsayan ve gerektiğinde uzman desteği için yönlendiren bir danışmanlık hizmeti verilmesi,

2. Üreme sistemine ilişkin şikayeti bulunan kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme riskinin arttığı saptanmıştır. Bu nedenle, özellikle enfeksiyona yatkınlığın arttığı doğum sonrası dönemde genital enfeksiyonların önlenmesi, tanı ve tedavisine yönelik gerekli girişimlerin planlanması,
3. Eşleri de kapsayan daha geniş, nitel ve nicel araştırmalar yapılarak doğum sonrası dönemdeki değişimlerden nasıl etkilendiklerinin, düşünce ve davranışlarının incelenmesi ve bu sonuçlar ışığında doğum sonrasında verilen danışmanlık hizmetlerinin şekillendirilmesi,
4. Daha geniş bir örneklem grubunda, doğum sonrası cinsel işlevleri geliştirmede kullanılabilecek yöntemler ve etkinliklerini araştıran deneysel randomize çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Yadav, J., Genaralli, L., Ratakonda, U. (2001). Female Sexuality and Common Sexual Dysfunctions: Evaluation and Management in A Primary Care Setting. Prim Care Update Ob/Gyns, 8(1), 5-11.
2. Arslan, H., Potur, D., Bilgin, N. (Haziran 2004). Postpartum Disparoni Gelişimini Etkileyen Faktörler ve Koruyucu Önlemler. Androloji Bülteni, 18, 266-268.
3. Edwards, W.M., Coleman, E. (Jun 2004). Defining Sexual Health: A Descriptive Overview Archives of Sexual Behavior, 33(3), 189-196.
4. Aydın, H. (2002) Cinsel İşlev ve Bozuklukları. Erişim: 15.10.2007, <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ruhsagligi/dersnot%205.3.doc>
5. Ayşeçkin Yılmaz, C., Yıldız Eryılmaz, H. (Haziran 2004). Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksinin (IFSFI) Geçerlilik - Güvenilirlik Çalışması. Androloji Bülteni, 18, 275-276.
6. Yıldız, H., Pinar, R. (2004). Miyokard İnfarktüsli Hastalarda Cinsel Disfonksiyon. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 4, 309-317.
7. Berman, JR., Goldstein, I. (2001). Female Sexual Dysfunction. Urol Clin North Am, 28(2), 404-416.
8. Lauman, ED., Paik, A., Rosen, RC. (1999). Sexual Dysfunction in the United States, Prevalance and Predictors, JAMA, 281 (6), 5537 – 5544.
9. Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D., Ulusoy, E. (2004). The Prevalence of Female Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Turkish Women. Urologia Internationalis, 72, 52-57.
10. Demirezen, E., Erdoğan, S., Önem, K. (2006). Birinci Basamak Sağlık Merkezine Başvuran Kırk Yaşın Altındaki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi. Androloji Bülteni, 25, 177-180.
11. Connolly, A., Thorp, J., Pahl, L. (2005 Jul-Aug). Effects of Pregnancy and Childbirth on Postpartum Sexual Function: a Longitudinal Prospective Study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction, 16(4), 263-267.

12. Sydow, V.K. (1999). Sexuality During Prepregnancy And After Childbirth: A Meta Content Analysis Of 59 Studies. *Journal Of Psychosomatic Research*, 47, 27-49.
13. Avery, M.D., Duckett, L., Frantzich, C.,R. (May/June 2000). The Experience of Sexuality During Breastfeeding Among Primiparous Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45, 3.
14. Thompson, J. (Jul 2004). Health Problems of Women Following Childbirth: Part One . *Community Practitioner*, 77(7), 267-268.
15. Blenning, C. E., Paladine, H. (Dec 15, 2005). An Approach to the Postpartum Office Visit. *American Family Physician*'. *Health & Medical Complete*, 72(12), 2491.
16. Morof, D., Barrett, G., Peacock, J.,Victor, C.R.,Manyonda, I.(2003). Postnatal Depression and Sexual Health After Childbirth. *Obstetrics & Gynecology*, 102, 1318-1325.
17. De Judicibus, M., McCabe, M. P. (May 2002). Psychological Factors and The Sexuality of Pregnant and Postpartum Women. *The Journal of Sex Research*, 39(2), 94-103.
18. Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., et al. (Apr 1999). Women's sexuality after childbirth: A pilot study. *Archives of Sexual Behavior*, 28(2), 179.
19. LaMarre, A. K., Paterson, L. Q., Gorzalka, B. B. (2003). Breastfeeding and Postpartum Maternal Sexual Functioning: A Review. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 12(3/4), 151-168.
20. Brummen, HJ., Bruinse, HW., Pol, G., Heintz, A.P.M., Vaart, CH. (2006). Which Factors Determine the Sexual Function 1 Year After Childbirth? *BJOG*, 113, 914–918.
21. Byer, C.O., Shainberg, L.W. (1991). *Dimensions of Human Sexuality*. Third Edition. USA: Wm. C. Brown Publishers.
22. Taşkın, L. (2005). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
23. Lowdermilk, D. L., Perry, S.E., Bobak, F. M. (1997). *Materntiy & Womens Health Care*. Sixth Edition. California: Mosby Company.

24. Perrnoll, M. L. (2002). Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı. (A. Ayhan, Çev.). Ankara: Palme Yayıncılık.
25. Hyde, J. S., Delamater, J. (1997). Understanding Human Sexuality. Sixth Edition. New York: McGraw-Hill Companies.
26. Baram, D. (1998). Cinsellik ve Cinsel Fonksiyon. J. Berek (Ed.). Novak Jinekoloji. Ankara: Nobel Kitabevi.
27. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2003). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA-2003). Ankara.
28. Ling, F., Duff, P. (2002). Sexual Counselling. Obstetrics and Gynecology Principles for Practice. McGraw-Hill Companies.
29. Güner, H., Yazıcı, G. (2000). Kadın Genital Sistemi ve Pelvik Taban Anatomisi. H. Güner (Ed.). Ürojenekoloji, s: 1- 10, Ankara: Atlas Kitapçılık.
30. Berman, J., Berman, L., Goldstein, I. (1999). Female Sexual Dysfunction Incidence, Pathophysiology, Evaluation and Treatment Options. Urol, 54, 385-39.
31. Lue, T.F., Basson, R., Rosen, R., Giuliano, F., Khoury, S., Montorsi, F. Seksüel Tıp Erkek ve Kadında Seksüel Fonksiyon Bozuklukları. (2006). A. Kadioğlu., M.F. Usta, B. Semerci, R. Aşçı, İ. Orhan, Ö. Yaman, S. Çayan, Ö. Cangüven (Çev. Ed.). Türk Androloji Derneği Yayını. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
32. Abraham, GE. (1974). Ovarian and Adrenal Contribution to Peripheral Androgens During The Menstrual Cycle. J. Clin. Endocrinol Metab., 39, 340-346.
33. Aristotelis, G., Davis, A., Ghafar, M., Bunchardt, M., Shabsigh, R. (2002). World Journal Urology, 20, 74-78.
34. Cox, JL., Holden, JM., Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry, 150, 782-786.
35. Tashbulatova, D., (2007) İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi. Adana.

36. Karakoyunlu, F.B. (2007). Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görölme Sıklığı. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Antalya.
37. Erol, B. At El. (2002). Sexual Dysfunction İn Type II Diabetic Females. A Comparative Study. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 28, 55-62.
38. Güvel, S., Yaycıoğlu, Ö., Bağış, T., Savaş, N., Bulgan, E., Özkardeş, H. (2003). Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler. *Türk Üroloji Dergisi*, 29 (1), 43–48.
39. Pporman, S. G. (1987). *Human Sexuality and The Nursing Process*. California: Appleton and Lange Publishers.
40. Desgre´ es-du-Louˆ, A., Brou, H. (2005). Resumption of Sexual Relations Following Childbirth: Norms, Practices and Reproductive Health Issues in Abidjan, Coˆ te d’Ivoire. *Reproductive Health Matters*, 13(25), 155–163.
41. Engindeniz, N. (1996). *Edinburg Dogum Sonu Depresyon Ölçeğinin Türkçe Formu İçin Geçerlilik ve Güvenlilik Çalışması’’* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi. İzmir
42. Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., Meston, C., Rosen, R., Wagner, G. (2004). Summary of The Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women. *Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 24–34.
43. Yetkin, N. (1998). Cinsel İşlevin Fizyolojisi, Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi -1. C. İncesu (Ed.). 3-11.
44. Sadock, V.A. (2005). Normal Human Sexuality and Sexual and Gender Identity Disorders, *Compherensive Textbook of Psychiatry*. B.J. Sadock (Ed.). Eight Edition. New York : Williams and Wilkins.
45. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (Yeni Adı: T.C. Türkiye İstatistik Kurumu). *Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri; 2000 Binalar Cetveli*. Ankara.
46. Aydın, N., Inandi, T., Yigit, A., Hodoglugil, NN. (Jun 2004). Validation Of The Turkish Version Of The Edinburgh Postnatal Depression Scale Among Women Within Their First Postpartum Year. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 39 (6), 483-486.

47. Yeni, E. (2005). Kadında Orgazmik Fonksiyon ve Bozuklukları. *Androloji Bülteni*, 21, 165–167.
48. Balcı, H. (2004). Gebelikte Cinsel Davranışların Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Doktora Tezi. Ankara.
49. Atasü, T., Şahmay, Ş. (2001). Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi ve Bozuklukları. *Jinekoloji*. (3.Baskı). İstanbul: Üniuersal Bilimsel Yayınları.
50. Botros, SM., Abramov, Y., Miller, JJR., Sand, PK., Gandhi, S., Nickolov, A., Goldberg, RP. (2006). Effect of Parity on Sexual Function .An Identical Twin Study. *Obstetrics and Gynecology*, 107, 765-70.
51. Corona, G., Jannini, EA, Maggi, M. (2006). Inventories for Male and Female Sexual Dysfunctions. *International Journal of Impotence Research*, 18, 236–250.
52. Olds, S. B., London, M. L., Ladewig, P. A. (2000). *Maternal Newborn Nursing. A Family and Community- Based Approach*. Sixth Ed. Prentice-Hall, Inc. Upper Saddle River, New Jersey.
53. Eryılmaz, H.Y. (2005). Orgazm Tanımı ve Tipleri, *Androloji Bülteni*, 23, 355-358.
54. Erol, B., Tefekli, A., Sanli, O., Ziylan, O., Armagan, A., Kendirci, M., Eryasar, D., Kadioglu, A. (2003). Does Sexual Dysfunction Correlate with Deterioration of Somatic Sensory System in Diabetic Women? *International Journal of Impotence Research*, 15, 198–202.
55. Ecevit, Y. (2003) Toplumsal Cinsiyetle Yoksulluk İlişkisi Nasıl Kurulabilir? Bu İlişki Nasıl Çalışılabilir? *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, Özel Ek 25 (4)*, 83–88.
56. Ahlborg, T., Dahlöf, L., Halberg, L.R. (May 2005). Quality of the Itimate and Sexual Relationship in First-Time Parents Six Months After Delivery. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 167-174.
57. Glazener, C.M. (1997), Sexual Function After Childbirth: Women's Experiences, Persistent Morbidity and Lack of Professional Recognition. *Br J. Obstet. Gynecol*, 104, 330-335.

58. Yücel, Ç. (2006). Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Sorunlarının ve Başetme Durumlarının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
59. Karakaplan, S. (2007). Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
60. Coşkun, G. (2003). Doğum Sonu Bakımın Anneler Tarafından Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Mersin.
61. Atıcı, M., Gözümlü, S. (2001). Postpartum Erken Taburculukta Lohusalara Verilen Sağlık Eğitiminin Postpartum Problemler ve Anksiyete Üzerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2), 77-90.
62. Eryılmaz, YH. (1999). Doğum Sonu Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesinde Ölçek Geliştirilmesi ve Uygulanan Bakım Yönteminin (Pathway) Etkilerinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul.
63. Pillitteri, A. (2003). Maternal Child Health Nursing: Care of Childbearing & Childbearing Family. Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott Company.
64. Mckinney, ES., Ashwill, JW., Murray, S., James, S. (2000). Maternal-Child Nursing. Second Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
65. Koç, G. (2005). Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Ankara.
66. Walker, L.O., Wilging, S. (2000). Rediscovering the “M” in “MCM”: Maternal Health Promotion After Childbirth: JOGNN, 29(3), 229-235.
67. Yüksel, İ., Akbayrak T., Tuğay, N., Çıtak Karakaya İ., Demirtürk F., Ekici G. (2007) Masaj Teknikleri. İ. Yüksel (Edi). Ankara: Alp Yayınevi.
68. Rowland, M.I., Foxcroft, L., Hopman, W.M., Patel, R. (October 2005). Breastfeeding and Sexuality Immediately Postpartum. Canadian Family Physician, 51, 1367-1373.

69. Vural, G., Akkuzu, G. (1999). Normal Vajinal Yolla Doğum Yapan Primipar Annelerin Doğum Sonu 10. Günde Depresyon Yaygınlıklarının İncelenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1), 33-38.
70. Bloch, M., Daly, R.C., Rubinow, D.R. (2003). Endocrine Factors In The Etiology Of Postpartum Depression. Compr Psychiatry, 44, 234-246.
71. Noble, R.E., (2005). Depression In Women. Metabolism Clinical and Experimental, 54, 49- 52.
72. Engindeniz, N. (1996). Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeğinin Türkçe Formu İçin Geçerlilik ve Güvenlilik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
73. Adewuya, A.O. (2005). The Maternity Blues In Western Nigerian Women: Prevalence And Risk Factors. Am J Obstet Gynecol, 193, 1522-1525.
74. Askın, R. (1999). Depresyon El Kitabı. 2. Baskı. Konya.
75. Morris-Rush, J.K., Freda, M.C., Bernstein, P.S. (2003). Screening For Postpartum Depression In An Inner-City Population. Am J Obstet Gynecol, 188, 1217-1219.
76. Gülseren, L. (1999). Doğum Sonu Depresyon Bir Gözden Geçirme, Türk Psikiyatri Dergisi, 10, 58-67.
77. Brown, S., Lumley, J. (October 2000). Physical Health Problems After Childbirth And Maternal Depression At Six To Seven Months Postpartum. British Journal of Obstetrics And Gynaecology, 107, 1194-1201.
78. Wisner, K.L., Parry, B.L., Piontek, C.M. (2002). Clinical Practice. Postpartum Depression. N Engl J Med., 18, 194-199.
79. Sadock, B.J., Sadock, V. A. (2003). Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. Ninth Edition. s: 526-527.
80. Keleş, E. (2007). Gebelikte Sigara Kullanımının Bazı Obstetrik Durumların ve Sosyodemografik Özelliklerin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Şanlıurfa.
81. Yonkers, K.A., Ramin, S.M., Rush, A.J., Navarrete, C.A., Carmody, T., March, D., Leveno, K.J. (2001). Onset And Persistence Of Postpartum Depression In An Inner-City Maternal Health Clinic System. Am J Psychiatry, 158, 1856-1863.

82. Chandran, M., Tharyan, P., Muihyil J., Abraham, S. (2002). Post-Partum Depression In A Cohort Of Women From A Rural Area Of Tamil Nadu, India. *Br J Psychiatry*, 499-504.
83. Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N. et al. (2006). Multicentre Prospective Study Of Perinatal Depression In Japan: Incidence And Correlates Of Antenatal And Postnatal Depression. *Arch Womens Ment Health*, 9, 121-130.
84. Berman, J., Berman, L. (2000). Viagra And Beyond: Where Sex Educators And Therapists Fit In From A Multidisciplinary Perspective. *J Sex Educ Ther*, 25, 17-25.
85. Signorello, L.B., Harlow, B.L., Chekos, A.K., Repke, J.T. (2001). Postpartum Sexual Functioning And Its Relationship To Perineal Trauma: A Retrospective Cohort Study Of Primiparous Women. *Am J Obstet Gynecol*, 184, 881-890.
86. Kline, C.R., Martin, D.P., Deyo, R.A. (1998). Health Consequences Of Pregnancy And Childbirth As Perceived By Women And Clinicians. *Obstet Gynecol*, 92, 842-848.
87. Şahin, D., Kayır, A. (2001). Sık Görülen İki Cinsel İşlev Bozukluğu. İstanbul: Roche Yayınları.
88. Basson, R., Brotto, L., Laan, E., Geoffrey, R., Utian, W. (2005). Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal. *J Sex Med*, 2, 291-300.
89. İncesu, C. (2005). Cinsel İşlev Bozuklukları. (1. Basım). İstanbul: Organon Yayınları.
90. Raymond, C., Rosen, D. (2002). Assesment of Female Sexual Dysfunction: Rewiew of Validated Methots. *Fertility And Sterility*, 77(4), 89-93.
91. Salonia, A., Zanni, G., Briganti, A., Fabbri, F., Rigatti, P., Montorsi, F. (2004). The Role Of The Urologist In The Management Of Female Sexual Dysfunctions. *Curr Opin Urol.*, 14, 389-393.
92. Doğaner, G. (2005). Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin ve Yenidoğanın Bakımına Yönelik

Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas.

93. Hicks, T., Goodal, S.F., Quattrone, E., Rochelle, M.T. (September/October 2004). Postpartum Sexual Functioning and Method of Delivery: Summary of the Evidence. *Journal of Midwifery and Woman's Health*, 49(5), 430-436.
94. Thompson, J.F., Roberts, C.L., Currie, M., Ellwood, D.A. (2002). Prevalence And Persistence Of Health Problems After Childbirth: Associations With Parity And Method Of Birth. *Birth*, 29, 83–94.
95. Sultan, A.H., Kamm, M.A., Hudson, C.N., Thomas, J.M., Bartram, C.I. (1993). Anal-Sphincter Disruption During Vaginal Delivery. *N Engl J Med*, 329, 1905–1911.
96. Johanson, R., Wilkinson, P., Bastible, A., Ryan, S., Murphy, H., O'Brien, S. (1993). Health After Childbirth: A Comparison Of Normal And Assisted Vaginal Delivery. *Midwifery*, 9, 161–168.
97. Hopkins, K. (2000). Are Brazilian Women Really Choosing To Deliver By Cesarean? *Soc Sci Med*, 51, 725–740.
98. Şekeroğlu, Ş. (2006). Kilis İli Ana-Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezine Başvuran 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Vulvovaginal Candidiasis Sıklığının Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep.
99. Aydos, M., Öner, S., Acar, B., Zeren, A., Aydos, S., Atahan, O. (2005). Factors That Effect Female Sexual Dysfunction Frequency. *European Urology*, 4(3), 178.
100. Solana-Arellano, E., Villegas-Arrizón, A., Legorreta-Soberanis, J., Cárdenas-Turanzas, M., Enzaldo de la Cruz, J., Andersson, N. (Jan 2008). Women's Dyspareunia After Childbirth: A Case Study in A Hospital in Acapulco, Mexico. *Rev Panam Salud Publica*, 23(1), 44-51.
101. Borders, N. After the Afterbirth. (July/August 2006). A Critical Review of Postpartum Health Relative to Method of Delivery. *J Midwifery Womens Health*, 51(4), 242–248.
102. Gabalcı E. (2008). Üreme Çağındaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşamlarına Etkisi, Hacettepe Üniversitesi

- Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi. Ankara
103. Zalar, M.K. (May/June 1976). Sexual counseling for pregnant couples. *Matern Child Nurs J*, 1(3), 176-181.
 104. Berkiten, A., Aslan, H. (2001) .Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri. III. Ulusal Jinekoloji ve Obstetri Kongresi, İstanbul, 13-16 Eylül 2001.
 105. Yılmaz, A. C. (2003). Kullanılan Kontraseptif Yöntemlerin Kadınlarda Cinsellik Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul
 106. MacDonald,C., Pinion, S.B., MacLeod, U.M. (2002). Scottish Female Obstetricians' Views On Elective Caesarean Section And Personal Choice For Delivery. *J Obstet Gynaecol*, 22, 586–589.
 107. Wright, J.B., Wright, A.L., Simpson, N.A., Bryce, F.C. (2001). A Survey of Trainee Obstetricians Preferences For Childbirth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* , 97, 23–25.
 108. Mc Gurgan, P., Coulter-Smith, S., ODonovan, PJ. (2001). A National Confidential Survey Of Obstetrician's Personal Preferences Regarding Mode Of Delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 97, 17–19.
 109. Wu, J.M., Hundley, A.F., Visco, A.G. (2005). Elective Primary Cesarean Delivery: Attitudes Of Urogynecology And Maternal-Fetal Medicine Specialists. *Obstet Gynecol*, 105, 301–306.
 110. Signorello, L.B., Harlow, B.L., Chekos, A.K., Repke, J.T. (2000). Midline Episiotomy And Anal Incontinence: Retrospective Cohort Study. *BMJ*, 320, 86–90.
 111. Lydon-Rochelle, M.T., Holt, V.L., Martin, D.P. (2001). Delivery Method and Self-Reported Postpartum General Health Status Among Primiparous Women. *Pediatr Perinat Epidemiol*, 15, 232-240.
 112. Güngör, S., Baser, I., Ceyhan, S., Karaşahin, E., Acikel, C.H. (July 2007). Mode of Delivery and Subsequent Long-Term Sexual Function Of Primiparous Women International Journal of Impotence Research, 19(4), 358-365.

113. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile planlaması Genel Müdürlüğü. (2005). Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı No: 2-b Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. Ankara: Bulus Matbaacılık.
114. Sayiner, F.D. (2005). Vaginal Doğumlarda Perine Masajının Etkinliği. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul.
115. Serati, M., Salvatore, S., Khullar, V., Uccella, S., Bertelli, E., Ghezzi, F., Bolis, P. (2008). Prospective Study To Assess Risk Factors For Pelvic Floor Dysfunction After Delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 87(3), 313-318.
116. Fischman, S.H., Rankin, E., Soeken, K.L., Lenz, E.R. (January/February 1986). Changes in Sexual Relationships in Postpartum Couples. *JOGN Nursing*, 58-63.
117. Alder, E., Bancroft, J. (1988). The Relationship Between Feeding Persistence, Sexuality And Mood in Postpartum Women. *Psychological Medicine*, 18, 389-396.
118. Alder, E., Cook, A., Davidson, D., West, C., Bancroft, J. (1986). Hormones, Mood And Sexuality in Lactating Women. *British Journal of Psychiatry*, 148, 74-79.
119. McNeilly, A.S. (2001). Lactational Control of Reproduction. *Reproduction, Fertility and Development*, 13,583-590.
120. Gard, P. (1998). *Human Endocrinology*. London, U.K.: Taylor & Francis Ltd.
121. Meston, C.M., Fröhlich, P.P. (2000). The Neurobiology of Sexual Function. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1012-1030.
122. Regan, P.C. (1999). Hormonal Correlates and Causes Of Sexual Desire: A Review. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 1, 1-16.
123. Torner, L., Toschi, N., Pohlinger, R., Landgraf, R., & Neumann, I. D. (2001). Anxiolytic And Anti-Stress Effects of Brain Prolactin: Improved Efficacy of Antisense Targeting Of The Prolactin Receptor By Molecular Modeling. *The Journal of Neuroscience*, 21, 3207-3214.
124. Amico, J., Johnston, J.M., Vagnucci, A.H. (1994). Suckling Induced Attenuation Of Plasma Cortisol Concentration in Postpartum Lactating Women. *Endocrinology Research*, 20, 79-87.

125. Hyde, I.S., De Lamater, I.D., Plant, E.A., Byrd, J.M. (1996). Sexuality During Pregnancy and The Year Postpartum. *The Journal of Sex Research*, 33, 143-151.
126. Kim, J., Alexander, C., Korst, L., & Aganval, S. (2000). Effects of Breastfeeding On Hypoestrogenic Symptoms in Postpartum Women. *Obstetrics & Gynecology*, 95, 65.
127. Russell, J.A., Douglas, A.I., & Ingram, C.D. (2001). Brain Preparations For Maternity-Adaptive Changes in Behavioral And Neuroendocrine Systems During Pregnancy And Lactation: An Overview. *Progress in Brain Research*, 133, 1-38.
128. The Women's Health Activist. (May/Jun 2006). *Health & Medical Complete*, 31(3), 9.
129. Aygin, D., Aslan, F. E. (Eylül 2005). Cinsel İşlev Bozukluklarında Ne Yapıyoruz? Ne Yapmalıyız? *Androloji Bülteni*, 22, 264–267.
130. Güvel, S. ve ark., (Mart 2005). Hemşirelerde Kadın Cinsel Fonksiyonları Konusunda Bilgi Düzeyinin Sorgulanması. *Androloji Bülteni*, 20, 82-83.
131. Moreira, E.D., Glasser, D.B., Nicolosit, A., Duarte, F., Gingell, C. (2008). Sexual Problems and Help-Seeking Behavior in Adults in The United Kindom and Continental Europe. *B.J.U. International*, 101, 1005-1011.
132. Inglis, T. (September/October 1980). Principles and Practice Postpartum Sexuality. *JOGN*, 298-300.
133. Ryding, E.L. (1984). Sexuality During and After Pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 63, 679–682.
134. Hames, C.T. (1980). Sexual Needs and Interests Of Postpartum Couples. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 9(10), 313–315.
135. Solberg, D.A., Butler, J., Wagner, N.N. (1973). Sexual Behavior in Pregnancy. *N Engl J Med*, 24, 1098–1103.
136. Elliott, S.A., Watson, J.P. (1985). Sex During Pregnancy and The First Postnatal Year. *J Psychosom Res*, 29, 541–548.
137. Ejegård H, Ryding EL, Sjogren B. (2008). Sexuality After Delivery With Episiotomy: A Long-Term Follow-Up. *Gynecol Obstet Invest*, 66(1), 1-7.

ÖZGEÇMİŞ

1983 Çanakkale doğumlu olan araştırmacı, ilk ve orta öğrenimini Çanakkale’de tamamlamıştır. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu’ndan 2004 yılında mezun olmuştur. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde servis hemşiresi ve yönetici hemşire (süpervizör), T.C. Sağlık Bakanlığı Kocaeli Devlet Hastanesi’nde acil servis hemşiresi olarak görev yapmıştır. Mart 2008’de Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu’nda araştırma görevlisi olarak çalışmaya başlayan araştırmacı, halen aynı görevini sürdürmektedir. Evlidir.

EK 1. İZİN BELGELERİ

3

08 Ocak 2007

**Sağlık Bakanlığı
Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
Genel Müdürlüğüne**

Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencisi Zeynep Ertürk'ün "Postpartum Dönemde Kadınların Cinsel İşlev Durumları ve Etkileyen Faktörler" konulu tezinin uygulamasını Şubat 2007 tarihinden itibaren 6 ay süreyle aşağıda açıklanan Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerine başvuran hastalara ev ziyaretleri şeklinde yapmayı planlamaktadır. Gerekli iznin verilebilmesi konusunda izinlerinizi ve bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

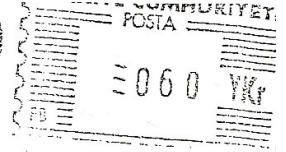
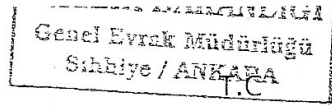


**Prof.Dr.Güümser Kubilay
Lisansüstü Eğitim Koordinatörü**



**Prof.Dr.Lale Taşkın
Doğum-Kadın Hast.Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanı**

- Prof.Dr.Yunus Müftü 1 nolu Yenimahalle Ana Çocuk Sağ.ve Aile Planlaması Merkezi
- 3 nolu Çankaya Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
- 5 nolu Akdere Ana Çocuk Sağ.ve Aile Planlaması Merkezi
- 8 nolu Aktepe Ana Çocuk Sağ.ve Aile Planlaması Merkezi
- 9 nolu İncirli Ana Çocuk Sağ.ve Aile Planlaması Merkezi
- 13 nolu Mamak Ana Çocuk Sağ. Ve Aile Planlaması Merkezi
- Sincan Nezihe Hamdi Tüten Ana Çocuk Sağ. Ve Aile Planlaması Merkezi



SAĞLIK BAKANLIĞI

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Sayı: B100AÇS0120000/20 - 350-4 - 463
Konu: Tez Çalışması Hak.

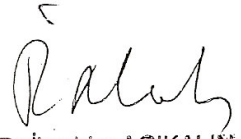
15 ŞUBAT 2007.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU

İlgi: 08.01.2007 tarih ve 3-252 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen, okulunuz Yüksek lisans öğrencisi Zeynep Ertürkün "Pospartum dönemde kadınların cinsel işlev durumları ve etkileyen faktörler" konulu tezinin uygulama çalışması Bakanlık Makamınca uygun görülmüştür. Ayrıca konuyla ilgili olarak Ankara Sağlık Müdürlüğü bilgilendirilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Dr. İbrahim AÇIKALIN
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı T.

EK 2. KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Sayın Katılımcılar;

Bu araştırmanın amacı doğum sonrası kadınların cinsel işlev durumlarının ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Sizden cevaplamanız istenen sorulara doğru cevap vermeniz araştırmanın niteliği ve sonuçlarının güvenilirliği açısından çok önemlidir. Vereceğiniz tüm bilgiler saklı tutulacaktır. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi
Zeynep Ertürk (Acar)

Açıklamayı okudum. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Ad- Soyad
İmza

EK 3. VERİ TOPLAMA FORMU

DOĞUM SONRASI DÖNEMDE KADINLARIN CİNSEL İŞLEV DURUMLARI

ve

ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN

BELİRLENMESİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

Tanıtım No:

Görüşme Tarihi:

Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaşınız ?

.....

2. Eğitim durumunuz :

.....

3. Çalışma durumunuz

() Çalışıyorum (Mesleğinizi/işinizi belirtiniz).....

() Çalışmıyorum

4. Eşinizin yaşı:

.....

5. Eşinizin eğitim durumu :

.....

6. Eşinizin çalışma durumu:

() Çalışıyor (Mesleğini/işini belirtiniz).....

() Çalışmıyor (Mesleğini belirtiniz).....

7. Aile tipiniz:

() Çekirdek aile

() Geniş aile

8. Kaç yıldır evlisiniz ?

.....

Genel Sağlık Alışkanlıkları

9. Sigara içiyor musunuz?

☐ Evet . Günde kaç adet Ne kadar süredir?

☐ Hayır

10. 4 hafta içinde üreme sistemi ile ilgili herhangi bir şikayetiniz oldu mu?

☐ Evet

☐ Hayır (12.soruya geçiniz)

11. Hangi şikayet/şikayetler ?

-Vajinal akıntıda değişim (Açıklayınız)

-Dış üreme organlarında siğil,

-Kaşıntı,

-Ağrı,

-Diğer şikayetler (Açıklayınız)

12. Son 4 hafta içinde gebeliği önleyici bir yöntem kullandınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır (14. soruya geçiniz)

13. Hangi yöntemleri ne kadar süre ile kullandınız?

Yöntem..... Süresi

14. Herhangi bir hastalığınız var mı (sistemik/kronik)?

☐ Evet (Belirtiniz.)

☐ Hayır

15.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

☐ Evet (İsmi/ismelerini belirtiniz.)

☐ Hayır

Gebelik Özgeçmişi

16. Kaç kez doğum yaptınız?

.....

17. Son doğumunuzu yaptığınız tarih:

.....

18. Son doğum şekliniz nedir?

☐ Dikişsiz normal doğum

☐ Dikişli normal doğum

☐ Sezeryan

19. Bebeğinizi emziriyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır . Emzirdiyseniz ne kadar süre emzirdiniz?.....

Cinsel Yaşam

20. Ev ortamınızda cinsel yaşamınızı olumsuz etkileyen bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet (Açıklayınız)

☐ Hayır

21. Eşinizle olan ilişkilerinizde cinsel yaşamınızı olumsuz etkilediğini düşündüğünüz bir sorunuz var mı?

☐ Evet (Açıklayınız)

☐ Hayır

22. Gebelikten önce, normal yaşantınızda yaklaşık ne sıklıkla cinsel ilişkiye girerdiniz?

- ☐ Ayda 10'dan fazla
- ☐ Ayda 7-10
- ☐ Ayda 5-6
- ☐ Ayda 3-4
- ☐ Ayda 1-2
- ☐ Daha az

23. Gebelikte ne sıklıkla cinsel ilişkiye girdiniz?

- ☐ Ayda 10'dan fazla
- ☐ Ayda 7-10
- ☐ Ayda 5-6
- ☐ Ayda 3-4
- ☐ Ayda 1-2
- ☐ Daha az
- ☐ Hiç girmedik . Neden?

24. Doğumdan sonra cinsel ilişkiye girme sıklığınız nedir?

- ☐ Ayda 10'dan fazla
- ☐ Ayda 7-10
- ☐ Ayda 5-6
- ☐ Ayda 3-4
- ☐ Ayda 1-2
- ☐ Daha az
- ☐ Hiç girmedik . Nedenini açıklayınız.

Aşağıdaki 25.-28. sorularda cinsel yaşamınızla ilgili bazı özellikler açısından gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemleri karşılaştırınız .

25. Cinsel ilişkiyi arzulama durumunuzu dönemlere göre derecelendiriniz.

Dönemler	En Az/Hiç	Orta	En Fazla
Gebelikten Önceki D.			
Gebelik D.			
Gebelikten Sonraki D.			

26. Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazm olma sıklığınızı dönemlere göre derecelendiriniz. (Eğer şuana kadar hiç orgazm olmadıysanız 27.soruya geçiniz)

Dönemler	En Az/Hiç	Orta	En Fazla
Gebelikten Önceki D.			
Gebelik D.			
Gebelikten Sonraki D.			

27. Cinsel ilişkilerinizin sizin için memnuniyet verici olma düzeylerini dönemlere göre derecelendiriniz.

Dönemler	En Az/Hiç	Orta	En Fazla
Gebelikten Önceki D.			
Gebelik D.			
Gebelikten Sonraki D.			

28. Cinsel yaşamınızı genel memnuniyetiniz açısından dönemlere göre derecelendiriniz.

Dönemler	En Az/Hiç	Orta	En Fazla
Gebelikten Önceki D.			
Gebelik D.			
Gebelikten Sonraki D.			

29. Gebelik öncesi normal yaşamınızda cinsel ilişki sırasında ağrı duyuyor muydunuz?

- () Evet
() Hayır
() Bazen

30. Gebelikte cinsel ilişki sırasında ağrı duyuyor muydunuz? (Gebelikte cinsel ilişkiye girmeyenler yanıtlamayacaktır.)

- () Evet
() Hayır
() Bazen

31. Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında ağrı duydunuz mu? (Doğumdan sonra cinsel ilişkiye girmediyseniz 35. soruya geçiniz.)

() Evet . Bu durum doğumdan sonra yaklaşık kaç hafta sürdü?

() Hayır

32. Doğumdan sonraki ilk cinsel ilişkiye ne zaman (kaçınıcı günde/haftada) girdiniz?

33. Doğumdan sonraki ilk cinsel ilişkiniz kimin isteği ile gerçekleşti?

-Ben istedim.

-Eşim istedi.

-İkimiz de istedik.

34. Doğumdan sonraki ilk cinsel ilişkiniz sırasında gebeliği önleyici bir yöntem kullandınız mı?

() Evet (Hangi yöntem ?)

() Hayır

35. Doğumdan sonra cinsel ilişkiye girme konusunda tedirginlik yaşadınız mı?

() Evet (Açıklayınız)

() Hayır

36. Sizce doğumdan sonra cinsel ilişkiye girmek için en uygun zaman nedir? (Kaçınıcı gün/hafta) ? Neden ? (Size göre en önemli nedenini belirtiniz.)

.....
.....

37. Size gebelik öncesinde, gebelikte veya doğumdan sonra, bir sağlık çalışanı tarafından doğum sonrası cinsellik ile ilgili bilgi verildi mi?

() Hayır Bu formdaki sorularımız sona ermiştir. Teşekkür ederiz.

() Evet.... Bilgiyi kim verdi?

-Doktor

-Ebe/hemşire

-Diğer (açıklayınız).....

38. Bilgiyi kim talep etti?

-Ben talep ettim.

-Eşim talep etti.

-Sormadan bilgi verildi.

39. Hangi konular hakkında bilgi verildi? Açıklayınız.

Bu formdaki sorularımız sona ermiştir.

Teşekkür ederiz.

EK.4. KADIN CİNSEL FONKSİYON SORGULAMA FORMU

INDEX OF FEMALE SEXUAL FUNCTION (IFSF) (KADIN CİNSEL FONKSİYON SORGULAMA İNDEKSİ)

1. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel ilişki sırasında hiç rahatsızlık hissettiniz mi? 1. Son 4 hafta içinde cinsel ilişkide bulunmadım 2. Hemen hemen her zaman rahatsızlık hissettim 3. Çoğu zaman (ilişkilerimin yarısından fazlasında) rahatsızlık hissettim 4. Bazı zamanlar (ilişkilerimin yaklaşık yarısında) rahatsızlık hissettim 5. Birkaç defa (ilişkilerimin yarısından azında) rahatsızlık hissettim 6. Hemen hemen hiç rahatsızlık hissetmedim
2. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel ilişki sırasında vagina (hazne)'nızda kuruluk oldu mu? 1. Son 4 hafta içinde cinsel ilişkide bulunmadım 2. Cinsel ilişkilerimin hepsinde vaginamda kuruluk oldu 3. İlişkilerimin yarısından fazlasında vaginamda kuruluk oldu 4. İlişkilerimin yaklaşık yarısında vaginamda kuruluk oldu 5. İlişkilerimin yarısından azında vaginamda kuruluk oldu 6. Vaginamda hemen hemen hiç kuruluk olmadı
3. Geçtiğimiz 4 hafta içinde kaç defa cinsel ilişkide bulundunuz? 1. Hiç girişimde bulunmadım 2. 1-2 3. 3-4 4. 5-6 5. 7-10 6. 10'dan fazla
4. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel ilişkiyi kaç defa arzuladınız? 1. Hemen hemen hiç arzulamadım 2. Birkaç defa (ilişkilerimin yarısından azında) arzuladım 3. Bazı zamanlar (İlişkilerimin yaklaşık yarısında) arzuladım 4. Çoğu zaman (ilişkilerimin yaklaşık yarısından fazlasında) arzuladım 5. Hemen hemen her zaman arzuladım

5. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel arzunuzu nasıl değerlendirirsiniz? 1. Cinsel ilişkiyi hiç arzulamadım 2. Cinsel ilişkiyi çok az arzuladım 3. Cinsel ilişkiyi orta derecede arzuladım 4. Cinsel ilişkiyi çok arzuladım 5. Cinsel ilişkiyi çok çok arzuladım
6. Geçtiğimiz 4 hafta içinde seks yaşamınız ne derece tatmin ediciydi? 1. Hiç tatmin edici değildi 2. Çoğunlukla tatmin edici değildi 3. Seks yaşamımın %50'si tatmin ediciydi 4. Genellikle tatmin ediciydi 5. Çok tatmin ediciydi
7. Geçtiğimiz 4 hafta içinde partnerinizle (eşinizle) olan cinsel ilişkiniz ne derece tatmin ediciydi? 1. Hiç tatmin edici değildi 2. Çoğunlukla tatmin edici değildi 3. Seks yaşamımın %50'si tatmin ediciydi 4. Genellikle tatmin ediciydi 5. Tatminkardı
8. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkla orgazm (doyum) hissi yaşadınız? 1. Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı 2. Hiç ya da hemen hemen hiç 3. Nadiren (yarısından çok daha azında) 4. Bazen (yaklaşık yarısında) 5. Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında) 6. Hemen hemen hepsinde (her zaman)
9. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel uyarı veya cinsel ilişki sırasında klitoris (bızır) duyarlılığınız nasıldı? 1. Hiç duyarlılık yoktu 2. Çok az duyarlılık vardı 3. Orta derecede duyarlılık vardı 4. Bir hayli derecede duyarlılık vardı 5. Çok fazla duyarlılık vardı

EK.5. EDİNBURGH DOĞUM SONU DEPRESYON ÖLÇEĞİ

EDİNBURGH DOĞUM SONU DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda 10 adet soru bulunmaktadır. Her sorunun 4 seçeneği vardır, size uygun gelen seçeneğin önündeki kareyi işaretleyiniz

Son 7 gündür

Son 7 gündür

Soru 1: Geleceğe hevesle bakıyorum

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

Son 7 gündür

Soru 2: Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum

- ☐ Evet çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır hiçbir zaman

Son 7 gündür

Soru 3: Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum

- ☐ Hayır, hiçbir zaman
- ☐ Çok seyrek
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Evet çoğu zaman

Soru 4: Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Artık pek o kadar değil
- ☐ Artık kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

Son 7 gündür

Soru 5: İyi bir nedeni olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Hayır, çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür

Soru 6: Her şey giderek sırtıma yükleniyor

- ☐ Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- ☐ Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- ☐ Hayır çoğu zaman tam olarak başa çıkamıyorum
- ☐ Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür

Soru 7: Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet bazen
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür

Soru 8: Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür

Soru 9: Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, oldukça sık
- ☐ Çok seyrek
- ☐ Hayır, asla

Son 7 gündür

Soru 10: Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- ☐ Evet, oldukça sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hemen hemen hiç
- ☐ Asla