



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**YÜKSEK LİSANS
TEZİ**

**NULLİPAR GEBELERDE TRİMESTERLERE GÖRE
CİNSEL İŞLEVİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ESRA KENDER ŞEN

**DANIŞMAN
PROF. DR. ERGÜL ASLAN**

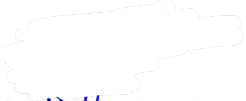
**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI**

İSTANBUL-2021

TEZ ONAYI

Bu çalışma 15.01.2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ


Prof. Dr. Ergül Aslan
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Melike Dişsiz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Hemşirelik Fakültesi




Doç. Dr. İlkay Güngör Satılmış
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale
Hemşirelik Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

İMZA**ESRA KENGER ŞEN**

TEŞEKKÜR

Araştırma sürecim boyunca mesleki bilgi ve tecrübeleri ile yoluma ışık tutan, her daim yanımda olan, harcadığı zaman ve emek için kıymetli tez danışmanım sayın Prof. Dr. Ergül Aslan’a,

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi tüm yetkilileri ve görevli hemşire ve hekim arkadaşlarıma,

Değerli zamanlarını ayırarak sabır ve içtenlikle sorularımı yanıtlayan tüm gebelere,

Araştırma sürecim boyunca beni daima motive eden eşim İlker Şen’e teşekkürlerimi sunarım.

ESRA KENGER ŞEN

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	ii
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Cinselliğin Tanımı.....	3
2.2. Kadında Cinsel İşlev Fizyolojisi	4
2.2.1. Cinsel İstek Fazı.....	4
2.2.2. Uyarılma Fazı.....	5
2.2.3. Orgazm Fazı.....	5
2.2.4. Çözülme Fazı	6
2.3. Gebelikte Cinsel İşlev Fizyolojisinde Oluşan Değişiklikler	6
2.3.1. Gebelikte Cinsel İstek Fazı	7
2.3.2. Gebelikte Uyarılma Fazı	8
2.3.3. Gebelikte Orgazm Fazı	8
2.3.4. Gebelikte Çözülme Fazı.....	8
2.4. Gebelik.....	9
2.5. Gebelikteki Değişiklikler	9
2.6. Trimesterlere Göre Gebelikte Cinsel İşlevdeki Değişiklikler	13
2.7. Gebelerde Cinsel İşlevi Etkileyen Ruhsal Değişiklikler	15
2.8. Gebelikte Cinselliği Etkileyen Sosyokültürel Faktörler.....	17
2.9. Gebelikte Cinsel İşlev ve Hemşirelik Yaklaşımı	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	21
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	21
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	21
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	21

3.3.3. Örneklem Seçimi	22
3.3.4. Örnekleme Alınma ve Dışlanma Ölçütleri.....	22
3.4. Araştırmanın Soruları.....	23
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.5.1. Bağımlı Değişkenler	23
3.5.2. Bağımsız Değişkenler	23
3.6. Veri Toplama Araçları	23
3.6.1. Gebe Bilgi Formu	23
3.6.2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index)	23
3.6.3. Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (Sexual Satisfaction Scale for Women)	24
3.7. Verilerin Toplanması	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
3.10. Araştırma Etik Yönü	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	28
4.2. Gebelerin Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ) Puanlarına İlişkin Bulgular.....	35
4.3. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ) Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	37
5. TARTIŞMA	46
5.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışılması	47
5.2. Gebelerin KCFİ ve KCMÖ Puanlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	56
5.3. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile KCFİ ve KCMÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgularının Tartışılması	59
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
KAYNAKLAR	66
FORMLAR	78
ETİK KURUL KARARI	89
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	95
ÖZGEÇMİŞ	96

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi'nin Üç Trimesterdeki Güvenirlik Katsayıları	24
Tablo 3-2: Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği'nin Üç Trimesterdeki Güvenirlik Katsayıları.....	25
Tablo 4-1: Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=256).....	28
Tablo 4-2: Gebelerin Evlilik Özellikleri.....	30
Tablo 4-3: Gebelerin Obstetrik Özellikleri.....	31
Tablo 4-4: Kadınların Gebelik Öncesi Cinsel Yaşam Özellikleri	32
Tablo 4-5: Gebelik Dönemindeki Cinsel Yaşama İlişkin Özellikler.....	33
Tablo 4-6: Gebelerde KCFİ Puanlarının Trimesterlere Göre Dağılımı	35
Tablo 4-7: Gebelerde KCMÖ Puanlarının Trimesterlere Göre Dağılımı	36
Tablo 4-8: KCFİ ve KCMÖ'nin Toplam Puan Korelasyonları	37
Tablo 4-9: Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile KCFİ Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4-10: Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile KCMÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4-11: Gebelerin Cinsel Yaşam Özellikleri ile KCFİ Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 4-12: Gebelerin Cinsel Yaşam Özellikleri ile KCMÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	44

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
AFUD	Amerikan Ürolojik Hastalıklar Vakfı
FSH	Folikül Stimulan Hormon
LH	Luteinizan Hormon
T4	Total Serum Troksin
TSH	Troid Stimulan Hormon
ACTH	Adrenokortikotropik Hormon
hCG	Human Koryonik Gonadotrop Hormonu
BKİ	Beden Kitle İndeksi
ANA	Amerikan Hemşireler Birliği
NANDA	Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği
KCMÖ	Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği
KCFİ	Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi
NST	Nonstres Test

ÖZET

Kenger Şen, E. (2021). Nullipar Gebelerde Trimesterlere Göre Cinsel İşlevin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma nullipar gebelerde her üç trimesterde cinsel işlevi değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı ve prospektif olarak yapılmıştır. Araştırma İstanbul ilindeki bir hastanenin Gebe Polikliniği'nde Temmuz 2019-Temmuz 2020 tarihleri arasında başvuran 256 nullipar gebe ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında “Gebe Bilgi Formu”, “Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ)” ve “Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ)” kullanılmıştır. Nullipar gebelerle birinci, ikinci ve üçüncü trimesterde toplam 3 kez yüz yüze görüşme ile veriler toplanmıştır. Veri toplama formu gebeler tarafından doldurulmuş ve bir istatistik paket programında analizi yapılmıştır.

Gebelerin ortalama yaşı $26,82 \pm 5,36$ olup, %62,9'u ev hanımı ve %59,8'inde aile geliri giderine denktir. Kadınların gebelik döneminde cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiği belirlendi. Her üç trimesterde KCFİ puanı sırası ile $20,36 \pm 10,19$, $22,04 \pm 11,32$ ve $9,94 \pm 10,41$ idi. KCMÖ puanı sırası ile $56,30 \pm 8,51$, $59,86 \pm 8,0$ ve $45,15 \pm 8,2$ idi. KCFİ ve KCMÖ puanlarında ikinci trimesterde hafif bir artış görülse de üçüncü trimesterde belirgin bir azalma yaşandığı belirlendi. Gebelik döneminde her üç trimesterde de cinsel işlevlerde azalma yaşandığı tespit edildi. KCFİ toplam puan kesme noktası 26,55'in altında olup, cinsel işlevlerde azalma yaşayanların oranı trimesterlere göre sırası ile %60,28, %64,74 ve %90,88 olarak saptandı.

KCFİ ve KCMÖ arasında yapılan korelasyon analizinde her üç trimesterde de pozitif yönde, yüksek derecede ve anlamlı ilişki saptandı. Gebelerin yaş, öğrenim düzeyi, ekonomik durumu, eşinin yaşı ve öğrenim düzeyi ile KCFİ ve KCMÖ arasında ilişki olduğu görüldü. Sonuç olarak, üçüncü trimesterde çok daha belirgin olmak üzere, gebeliğin her üç trimesterinde de kadın cinsel işlevlerinin ve cinsel memnuniyetinin olumsuz yönde etkilendiği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, trimester, cinsel işlev, cinsel memnuniyet

ABSTRACT

Kenger Şen, E. (2021). Assessment of Sexual Function in Nulliparous Pregnants by Trimester. İstanbul University-Cerrahpaşa, Institute of Graduate Studies, Department of Women Health and Gynecologic Nursing. Master's Thesis. İstanbul.

This study was conducted descriptively and prospectively in order to evaluate sexual function and satisfaction in all three trimesters of nulliparous pregnant women. The study was conducted with 256 pregnant who applied between July 2019-July 2020 in the Pregnancy Outpatient Clinic of a hospital in Istanbul. Pregnant Information Form, Female Sexual Function Index (FSFI) and Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W) were used for data collection. The data were collected with face-to-face interviews with pregnant in 1st, 2nd and 3rd trimesters for 3 times in total.

The average age of pregnant is $26,82 \pm 5,36$, 62,9% of them are housewives and in 59,8% of them family income is equal to family expenses. It was determined that the sexual life of women during pregnancy was negatively affected. The FSFI scores in all three trimesters were $20,36 \pm 10,19$, $22,04 \pm 11,32$ and $9,94 \pm 10,41$, respectively. The SSS-W scores were $56,30 \pm 8,51$, $59,86 \pm 8,0$ and $45,15 \pm 8,2$, respectively. Although there was a slight increase in FSFI and SSS-W scores in the second trimester, it was determined that there was a significant decrease in the third trimester. It was found that sexual dysfunction was experienced in all three trimesters during pregnancy. The total score cut-off point for FSFI was below 26,55 and the rate of sexual dysfunction was 60,28%, 64,74% and 90,88%, respectively, according to trimesters. In the correlation analysis performed between FSFI and SSS-W, a positive, high degree and significant relationship was found in all three trimesters. As a result, it was observed that female sexual functions and sexual satisfaction were negatively affected in all three trimesters of pregnancy, more prominently in the third trimester.

Keywords: Pregnancy, trimester, sexual function, sexual satisfaction

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “insan olmanın merkezi ve çok boyutlu bir yönü” olarak tanımlamaktadır. Cinsellik sosyal, ekonomik, biyolojik, psikolojik, yasal, kültürel, dini ve manevi, tarihsel faktörlerin etkileşiminden etkilenmektedir (WHO 2017). Yaşam kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olan cinsellik, bireysel yaşamın sürdürülebilmesi için zorunlu olmayan fakat türün sürekliliği için gerekli olan bir aktivitedir (Koyun 2012). Toplumsal açıdan değerlendirildiğinde cinsel sağlık, genel sağlık değerlendirmelerinin en önemli bileşenlerindendir. Cinsel sorunlar insanları en fazla mutsuz eden sağlık sorunlarının başında gelmektedir (Beyazıt ve ark. 2018).

Gebelik dönemi, fertilizasyon ile başlayan ve doğuma kadar devam eden süreçtir. Gebelik döneminde pek çok fizyolojik ve psikolojik değişim yaşanmaktadır. Yaşanan değişimlerin etkisi ile birlikte gebelik süreci bir kriz dönemi olarak da tarif edilebilmektedir. Gebelik dönemi boyunca gebe kadının yaşadığı değişimlerin yanı sıra duygusal, sosyal ve kültürel etkiler gebelik sırasında cinselliği ve cinsel aktiviteyi etkileyebilir. Tüm faktörler göz önüne alındığında gebelik döneminde cinsel yaşamın değişmesi olağandır (Bartellas ve ark. 2000).

Cinsel davranış gebelik ilerledikçe değişmektedir (Ertem ve Sevil 2010). Birinci trimesterde, gebelerde cinsel istek ve uyarılmada farklılıklar olsa da genel kanaat libidonun azalmasına bağlı olarak cinsel işlevlerde ve memnuniyette azalma olduğu yönündedir. Fetüse zarar verme ve abortus korkusu libidoyu etkilemektedir. Kadının gebeliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağlandığı, aynı zamanda cinsel aktivite için de en uygun zaman ikinci trimesterdir (Liu ve ark. 2013). Üçüncü trimesterde ise fiziksel sorunlar ve ağrılar uterusun büyümesine paralel bir şekilde artar ve cinsel ilişki daha zor ve daha seyrek bir hal alır. Halsizlik, gastrointestinal sistem problemleri, solunum sıkıntısı, sık idrara çıkma, fiziksel kapasitenin azalması, memelerden süt gelmesi, cinsel ilişki ve orgazm esnasında ortaya çıkan güçlü uterus kasılmaları libidonun azalmasına ve gebenin cinselliği ikinci plana atmasına neden olabilir. Bununla birlikte gebeliğin ilerleyen döneminde cinsel ilişkinin erken doğuma neden olacağı inancı, gebenin ve eşinin gebeliğin sonuna doğru cinsel ilişkiden tamamen kaçınmasına sebep olabilmektedir (Beyazıt ve ark. 2018; Saotome ve ark. 2018).

Yapılan çalışmalarda kadınların vajinal kanama ve enfeksiyon korkusu ile de gebelikte cinsel ilişkiden kaçındığını ve cinsel ilişki sıklığının gebelik haftası ilerledikçe azaldığını göstermektedir (Fok ve ark. 2005; Ertem ve Sevil 2010; Liu ve ark. 2013; Kračun ve ark. 2018). Ayrıca gebelik ilerledikçe orgazm sıklığının azaldığı ve gebelerin vajinal lubrikasyonu sağlamada ve sürdürmede zorlandıkları, daha sık ve yoğun disparoni yaşadıkları, cinsel uyarılma ve doyum oranının azaldığı, cinselliği daha az tatmin edici buldukları ve özellikle üçüncü trimesterde cinsel ilişki korkusu yaşandığı belirlenmiştir (Gökyıldız ve Beji 2005; Kračun ve ark. 2018).

Cinsellik konusu çoğu zaman gebelikle ilgili bir sorun olduğunda gündeme gelir ve bu durumda da çoğu zaman cinselliğin kısıtlanması söz konusu olur. Cinsel yaşamın tabu özelliğini koruması sebebiyle gebelikte cinsel açıdan anne ve baba adaylarının sağlık profesyonellerine çoğu zaman soru sormadıkları, çekindikleri görülmektedir (Onah 2002; Ulubaşoğlu 2016).

Mevcut literatür doğrultusunda gebelik döneminde cinsel işlev bozukluklarının arttığı, gebeliğin cinsel işlevi etkilediği söylenebilir. Ancak literatürde gebenin yaşadığı bu değişim sürecinde cinsel yaşamı yeterince tanımlanmamaktadır. Gebelik döneminde cinsel işlev ve memnuniyet konusu çalışmaların sınırlı olduğu bir alandır. Kesitsel olarak cinsel işlev ve memnuniyet değerlendirilmiş olsa da yapılan çalışmalarda her üç trimesteri kapsayan prospektif çalışmalar yetersizdir.

Bu çalışma nullipar gebelerde her üç trimesterde cinsel işlevi değerlendirmek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinselliğin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre cinsellik; bireylerde fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin bileşiminden oluşmaktadır. Cinsel sağlık ise “Sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik hali” olarak tanımlanmıştır. Cinsel sağlık; cinsellik ve cinsel ilişkilerde, zorlama, ayrımcılık ve şiddet olmadan hem güvenli hem de keyifli cinsel deneyimlere sahip olmayı, saygılı ve olumlu bir yaklaşım gerektirmektedir. Cinsel sağlığın elde edilmesi için cinsel hakların korunması, yerine getirilmesi ve saygı gösterilmesi önemlidir. Buna göre cinsel sağlık, sadece hastalık olmaması değil, genel bir iyilik halidir. Ayrıca sadece üreme çağını değil, adölesan ve yaşlılıkta dahil bireyin tüm yaşamını kapsamaktadır. Cinsel yaşam, karşılıklı güven, doğruluk, bağlılık ve saygı üzerine temellendirilmelidir (WHO 2010).

Cinsellik doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eden, insanların değerleri ve inanışları, duyguları, kişilikleri, sevdikleri ve sevmedikleri şeyler, tutumları, davranışları, fiziksel görünüşleri ve içinde yaşadıkları toplumlara göre şekillenen bir kavramdır. Yalnızca cinsel organları değil, tüm bedeni ve zihni içermektedir. Cinsellik insanın sadece bedensel değil aynı zamanda duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren bir sağlıklılık halidir. Cinsellik biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, hukuki, tarihi ve dini faktörlerden etkilenmektedir. Her bireyin cinselliği kendine özgüdür (Albaugh ve Kellogg-Spadt 2003; İncesu 2004; Taylor 2007).

Kadınların cinsellik ve cinsel sağlık deneyim ve ifadesi, beden imgesi, refah, kişisel koşullar ve kadının içinde yaşadığı sosyal ortamla yakından ilişkilidir. Yaşam kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olan cinsellik, yaşamın sürdürülebilmesi için zorunlu olmayan fakat türün sürekliliği için gerekli olan bir aktivitedir. Kadınlar için cinsellik arzu edilebilir olma, beden imajı ve üreme yeteneğini kapsamasının yanı sıra emosyonel, entelektüel ve sosyokültürel bileşenleri de içine alan bir kavramdır. Cinsel sorunlar, insanlarda mutsuzluğa neden olan sağlık sorunlarının başında gelmektedir (Kütmeç 2009; Uncu 2014).

2.2. Kadında Cinsel İşlev Fizyolojisi

Cinsel işlevler, başta merkezi sinir sistemi, beş duyu ve genital organlar olmak üzere tüm bedenin katıldığı ve 30'dan fazla hormon ve kimyasal maddenin karmaşık bir etkileşimi ile yürütülen bir süreçtir. Bu nedenle kullanılan ilaç ve maddeler, hastalıklar, bedeni etkileyen her etken ve adölesan, gebelik ve menopoz gibi dönemler cinselliği de etkilemektedir. Cinsel işlevler, esas olarak periferik ve merkezi sinir sistemi tarafından yönetilmektedir. İnsan psikolojisini oluşturan temel tutumlar, bilişsel işlevler, kişilik özellikleri, geçmiş yaşantılar, duygular, öğrenilmiş davranış modelleri, travmalar vb. cinselliğe yaklaşımı ve seçimi de belirlemektedir (WHO 2010).

Cinsellik ile ilgili Kinsey'in yaptığı araştırma kapsamında cinsel davranış biçimleri ile ilgili istatistikler yer almaktadır. Kinsey'in yaptığı araştırmaları takiben Masters ve Johnson'ın 10 yılı aşkın araştırmalarının sonucunda, 1966 yılında yayınlanan “İnsanda Cinsel Davranış” adlı kitap ile insan cinsel fizyolojisinin temelini oluşturmaktadır (Levin ve Riley 2007).

Kadında cinsel işlev fizyolojisi Masters ve Johnson tarafından tanımlanmıştır. Cinsel yanıtın temel fazlarının nörobiyolojik ve fizyolojik yönlerinin anlaşılması amacı ile cinsel yanıt döngüsü tanımlanmıştır. Masters ve Johnson'a göre kadında cinsel yanıt döngüsü uyarılma, plato, orgazm ve çözülme fazı olarak tanımlanmıştır. Cinsel yanıt döngüsü erkekte birbirine benzer iken, kadında tepkinin yoğunluğu ve süresiyle ilişkili olup, sayısız çeşitlilikte olabilmektedir. Cinsel terapinin kurucularından olan Helen Singer Kaplan tarafından “istek” fazı eklenerek döngü yeniden tanımlanmıştır (Masters ve Johnson 1994).

Cinsel yanıt döngüsü 1998 yılında AFUD (American Foundation for Urologic Disease/Amerikan Ürolojik Hastalıklar Birliği) tarafından “cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme” fazı olarak yeniden sınıflandırılmıştır (Berman 2005).

2.2.1. Cinsel İstek Fazı

İlk aşama olan cinsel istek fazı, cinsel yanıtın motivasyonel yönlerinden oluşmaktadır. Cinsel aktivite için cinsel arzunun olması anlamına gelmektedir. Cinsel dürtüler, geçmiş cinsel deneyimler, fanteziler ve dilekler bu aşamaya dahil edilmektedir. Belirgin bir fizyolojik değişim söz konusu değildir. Serotonin cinsel isteği inhibe ederken, Dopamin aktive etmektedir. Cinsel isteğin uyarılması ve cinsel isteğin

devamlılığında androjenler önemli yer tutmaktadır. Cinsel istek fazı birkaç dakikadan birkaç saate kadar sürebilmektedir (Berman 2005; Rao ve Nagaraj 2015).

2.2.2. Uyarılma Fazı

Uyarılma fazı cinsel heyecan, subjektif bir cinsel zevk duygusu ve buna eşlik eden fizyolojik değişiklikler anlamına gelmektedir. Sürekli stimülasyonla elde edilen yüksek bir heyecan durumudur. Cinsel istekte artış devam etmektedir (Rao ve Nagaraj 2015). Cinsel uyarılma vasküler, nörojenik, endokrin ve müsküler mekanizmalar sonucunda oluşur. Aynı zamanda, klitoral düz kas gevşemesi ile koordine edilen, artan arteriyel giriş akışını içeren hemodinamik bir süreçtir. Cinsel uyarılma parasempatik sistem ile aktive sempatik sistem ile inhibe olmaktadır (Salonia ve ark. 2004; Graziottin ve Gambini 2015).

Fizyolojik değişikliklerin en belirgin olduğu fazdır. Fiziksel ya da psikolojik uyarı ile başlayan bu evre dakikalar ya da saatlerce sürebilir. Uyarılma olmadığı anlarda vajina ön-arka duvarları birbirine dokunmaktadır. Aralarında birbirinden kolaylıkla ayrılmasını sağlayan lubrikasyon sıvısı mevcuttur. Cinsel uyarılma sırasında vajinal epitelin kan dolaşımı hızla artmaktadır (Graziottin ve Gambini 2015).

Uyarılma ile vajinanın üçte ikisinin genişlemesi, vajina duvarlarının renginin koyulaşması, labia majör ve labia minörlerin arasının açılıp, kalınlaşması, klitorisin genişlemesi, serviks ve uterusun batın içinde yükselmesi, meme uçlarında ereksiyon ve memelerde genişleme olması, vital bulgularda artış görülmesi ve kas gerginliğinin artması söz konusudur (Levin ve Riley 2007; Rao ve Nagaraj 2015).

2.2.3. Orgazm Fazı

Orgazm, Yunanca “orgazmus” sözcüğünden türetilmiştir (Meston ve ark. 2004). Masters ve Johnson orgazmı “cinsel uyarılara cevap olarak gelişen vazokonjesyon ve miyotonik artışın kısa süreli fiziksel salınımı” şeklinde tanımlamıştır. Yapılan tanımlarda ortak nokta, orgazmın cinsel uyarılmaya yoğun ve zevkli bir cevap olduğudur. Hem genital hem de sistemik değişikliklerle cinsel zevk zirvesinin duygusal ve zihinsel bileşenlerini içerir (Salonia ve ark. 2004; Komisaruk ve ark. 2006; Levin ve Riley 2007).

Orgazm fazı cinsel yanıt döngüsü içerisinde cinsel haz bakımından en yoğun olanıdır. Klitoris, vajina ve uterusu sempatik sinir sistemi baskındır. Vajina etrafındaki,

uterin, alt abdominal ve anal kaslarda senkronize kontraksiyonlar mevcuttur (Meston ve ark. 2004; Graziottin ve Gambini 2015). Kan basıncı, kalp hızı cinsel aktivite öncesine göre iki kat artmaktadır. Artan kan akımı metabolik aktiviteleri destekleyerek kaslara ve diğer organlara oksijen ve gerekli kaynağı sağlamaktadır. Ayrıca orgazmda ağrı duyarlılığında, cinsel aktivite öncesine göre yarı oranında bir azalma vardır (Komisaruk ve ark. 2006). Orgazm esnasında Prolaktin, Oksitosin ve Adrenalin seviyeleri artmaktadır. Özellikle Prolaktin orgazm ile birlikte artar ve orgazm sonrası 60 dakika yüksek kalabilmektedir (Rao ve Nagaraj 2015).

2.2.4. Çözülme Fazı

Genellikle orgazmı izleyen bir rahatlama ve kendini iyi hissetme hali ortaya çıkmaktadır. Kadın ya da erkekte, orgazmın gerçekleşip gerçekleşmemesinden bağımsız olarak, genital bölge ve tüm bedende önceki fazlarda oluşan fizyolojik değişiklikler geri dönmektedir. Bu fazın süresi cinsiyet, orgazmın yaşanıp yaşanmaması, orgazmın hangi yoğunlukta yaşandığı ve cinsel uyarının sürüp sürmediğine göre değişiklik göstermektedir. Kadınlar, çözülme fazında cinsel uyarının yeniden başlamasıyla, uyarılıp orgazm olabilme potansiyeline sahiptir. Erkekler ise süresi kişiye ve yaşa göre değişen bir latent döneme girmektedir. Cinsel uyarana verilen somatik tepkiler azalmaktadır (Masters ve Johnson 1994).

Meme uçları ve memeler küçülmekte, vajina, klitoris ve uterus normal boyutuna dönmektedir. Cinsel heyecan kaybolur, kan basıncı, kalp ve solunum hızı normale döner. Düzensiz nöromüsküler gerginlik bir süre devam edebilir. Gevşeme ve rahatlama nedeni ile mutluluk oluşur (Graziottin ve Gambini 2015; Rao ve Nagaraj 2015).

2.3. Gebelikte Cinsel İşlev Fizyolojisinde Oluşan Değişiklikler

Gebelikteki cinsel davranış ve duygularda fizyolojik değişikliklerin önemli etkisi mevcuttur. Gebede meydana gelen değişimler, gebeyi cinselliğe daha hassas ve duyarlı hale getirmektedir (Ertem ve Sevil 2010; Kračun ve ark. 2018).

Konsepsiyon sonrası vaskülarizasyondaki artışa bağlı olarak meme dokusu büyümekte ve hassaslaşmaktadır. Gebelerde cinsel uyarıda memelerde görülen vazokonjesyon gebelik öncesi döneme göre daha fazladır. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde meme dokusundaki artış devam ederken, meme hassasiyetinde azalma söz konusudur. Erken gebelik dönemi itibari ile genital bölgede meydana gelen

değişimler ve artan vajinal sekresyon ile birlikte cinsel istekte hafif bir artış görülmekte, ancak bu artış devamlılık göstermemektedir (Oruç ve ark 1999; Sydow 1999).

Gebeliğin birinci trimesterinde, özellikle ilk bebeğini bekleyen çiftler cinsellik konusunda çoğunlukla karmaşık düşünceler içindedir. Çiftler yeni durumu alışmaya çalışırken bir yandan da gebeliğin getirdiği yorgunluk, bulantı, kusma gibi problemler ile karşılaşmaktadırlar. İlk trimesterde gebeliği ve rol değişimini kabullenme sürecindedirler. İkinci trimesterde bu kabullenme süreci tamamlanmış ve fiziksel rahatsızlıklar gerilemiştir. Bununla birlikte cinsel yaşamda da bir iyileşme ve normalleşme söz konusudur. Üçüncü trimesterde ise artan gebelik yükü ve fiziksel kısıtlamanın etkisi ile cinsel işlevde gerileme yaşanmaktadır (Sydow 1999).

Cinsel işlevin bir alt bileşeni olan cinsel memnuniyet de gebelik sürecinde etkilenmektedir. Gebelik sürecinde gebenin yaşadığı en yaygın cinsel problemler memnuniyet ve cinsel istek ile ilgilidir. Cinsel memnuniyet, cinsel ilişki ile ilgili olumlu-olumsuz bütün boyutların değerlendirilmesinden kaynaklanan duygusal bir boyut olarak tanımlanmaktadır. Cinsel memnuniyet sonuçların beklentileri karşılayıp karşılamadığı duygusal bir durum olarak tanımlansa da cinsel ilişkide arzuların karşılanma durumuna bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur. Cinsel memnuniyet orgazm ile karıştırılmamalıdır. Cinsel doyum, cinsel yaşamın bir boyutu olarak düşünülmelidir. Cinsel doyum, ilişki memnuniyeti ve benlik saygısı ile ilgilidir ve ilişkinin sürdürülmesi için gereklidir. Birçok birey için cinsel doyum refahın önemli bir bileşenidir. Cinsel doyum için çeşitli faktörler söz konusudur. Bu faktörler; cinsel aktivite sıklığı, cinsel davranış çeşitliliği, cinselliğe yönelik olumlu tutum, yaş, medeni durum, gelir düzeyi, empati, cinsel aktivite ve performanstır. Ayrıca cinsel memnuniyet bireysel faktörlerin yanı sıra sosyal ve kültürel ortamdan da etkilenmektedir (Çetin ve Aslan 2018).

2.3.1. Gebelikte Cinsel İstek Fazı

Gebeliğin her döneminde cinsel istekte dalgalanmalar meydana gelmektedir. Her gebelik sürecin farklı ilerlemesi ile birlikte yaşanan fiziksel rahatsızlıklar ile birlikte cinsel istekte azalma görülmektedir. Birinci trimesterde yaşanan bulantı, kusma gibi problemler dışlandığında cinsel istek önemli ölçüde değişmemektedir. Gebelik haftasının ilerlemesi ile birlikte artan fiziksel rahatsızlıklar ve kısıtlamalarda cinsel

istekte azalma yaşanmasına neden olduğu görülmektedir (Sydow 1999; Liu ve ark. 2013; Beyazıt ve ark. 2018).

Fiziksel problemlerin yanı sıra toplumda gebe ve annenin kutsallaştırılması ile gelen gebelikte cinselliğe olumsuz bakış da cinsel isteği olumsuz etkilemektedir. Çiftin cinsel ilişkinin erken doğum ve düşüğe neden olabileceği, enfeksiyon, kanama, ağrı, bebeğin zarar göreceği gibi korkular yaşaması da bütün gebelik süreci boyunca cinsel istekte azalma yaşanmasına neden olmaktadır (Sydow 1999; Serati ve ark. 2010).

2.3.2. Gebelikte Uyarılma Fazı

Gebelik döneminde artan vazokonjesyon nedeni ile cinsel uyarılma sırasında vajinal sekresyonda artış görülmektedir. Gebelik boyunca devam eden bu sekresyon artışı cinsel yaşamı olumlu etkilemektedir. Nulliparlarda uyarılma esnasında labia majörler gebelik öncesindeki gibiyken, multipar gebelerde daha büyük ve ödemli olabilir. Labia minörler hem nullipar hem de multiparlarda uyarılma sırasında büyüebilmektedir. Gebeliğin ilerlemesi ile birlikte, özellikle üçüncü trimesterde labia minörlerin daha da büyüdüğü görülmektedir (Gökyıldız ve Beji 2005).

2.3.3. Gebelikte Orgazm Fazı

Gebelik süresince en değişken olan faz orgazm fazıdır. Gebelikte orgazm sırasında uterus ve vajinada kontraksiyonlar oluşabilmektedir. Özellikle üçüncü trimesterde düzenli ve ritmik uterin kontraksiyonlar yerine spazmlar görülebilmektedir. Gebe orgazma ulaşamasa da cinsel ilişki sırasında uterus kontraksiyonları yaşayabilmektedir. Gebe orgazm esnasında ağrı hissedebilir ve bu ağrı cinsel ilişki sonrasında da devam edebilir. Bazı kadınlar orgazmı ilk defa gebelik döneminde deneyimlediklerini belirtmektedir. Yaşanan fizyolojik değişimlerin etkisi ile gebelik döneminde orgazm daha sık ve güçlü yaşanabilmektedir. Gebelik ile birlikte artan pelvik konjesyonun etkisi ile cinsel istek ve doyumda artış görülebilmektedir (Gökyıldız ve Beji 2005; Kračun ve ark 2018).

2.3.4. Gebelikte Çözülme Fazı

Çözülme fazı ile birlikte vücutta meydana gelen bütün değişimler cinsel uyarı öncesine dönmektedir. Ancak gebeliğin ilerlemesi ile birlikte genital organlarda vazokonstrüksiyon daha uzun sürede gerçekleşmektedir. Yani gebelikte pelvik konjesyon orgazm sonrası hemen azalmamaktadır. Gebelik öncesine göre daha uzun

süren konjesyon sonucunda uyaran olmamasına rağmen, daha uzun süre uyarı duyulmasına neden olabilmektedir. Uyarılmanın uzun sürmesi nedeni ile gebe doyumsuzluk duygusu yaşayabilmektedir (Gökyıldız ve Beji 2005).

2.4. Gebelik

Gebelik, doğal bir olay olmasına rağmen, kadın vücudunda önemli anatomik, fizyolojik ve ruhsal değişikliklere neden olmaktadır. Fertilizasyondan hemen sonra başlayıp, gebelik süresince devam eden bu değişiklikler hem gebenin hem de fetüsün sağlığını sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve vücudu normal doğuma hazırlamak amacıyla oluşmaktadır (Ulubaşoğlu ve ark. 2016; Çetin ve ark. 2017). Gebelik sürecinde kadının vücudunda meydana gelen değişiklikler birçok faktörden etkilenmektedir. Bu değişiklikler hormonal etkiler, fetüsün uterusda büyümesi ve değişikliklere kadının fiziksel uyumu sonucu ortaya çıkmaktadır. Kadında değişikliklerin büyük çoğunluğu fertilizasyondan kısa bir süre sonra başlamakta ve gebelik süreci boyunca devam etmektedir (Özkan ve Beji 2016; Taşkın 2020).

Gebelik sürecinin her üç aylık dönemi trimester olarak adlandırılmaktadır. İlk 13 haftalık süreç birinci trimester, 14.- 26. haftalar arası ikinci trimester ve 27.- 40. haftalar arası üçüncü trimester olarak adlandırılmaktadır (Özkan ve Beji 2016; Taşkın 2020).

Gebelik, doğum ve sonrası dönemin anne ve bebek için sağlıklı geçmesi gebelik boyunca düzenli gerçekleştirilecek kontrol, bakım ve eğitim ile sağlanmaktadır. Annelik ve gebelik kavramları insan hayatında algılanandan daha karmaşık bir duruma neden olmaktadır. Bebeği bekleme süreci olarak nitelendirilen gebelik, anne-baba adayı için uyum sağlamayı gerektiren, strese neden olan bir dönemdir. Ayrıca gebelik dönemi sosyal ilişkilerde ve aile içi rollerde değişiklikler meydana getirmektedir (Taşkın 2020).

2.5. Gebelikteki Değişiklikler

Gebelik dönemi boyunca yaşanan en belirgin değişim artan vücut kütlesidir. Gebelikte artan besin gereksinimi nedeni ile iştah artışı olmaktadır. Tekiz gebelikte, gebe toplamda ortalama 11-16 kg almaktadır. Alınan kilonun dağılımı; artan kan hacmi, maternal yağ deposu, meme dokusu ve toplam vücut sıvısı şeklindedir. Normal seyrinde ilerleyen gebelikte çabuk yorulma, açlık hissi, bulantı, kusma, fazla kilo alma endişesi gibi belirtiler yaşanmaktadır (Taşkın 2020).

Erken gebelik döneminde östrojen ve progesteron hormonlarının etkisi ile birlikte meme dokusunda değişiklikler meydana gelmektedir. Laktasyon sürecine hazırlanan memelerde, hiperplazi ve hipertrofi sonucunda meme boyutunda artış görülür. Gebelik haftasının ilerlemesi ile birlikte yüzeysel venler görünür hale gelmektedir. Meme uçları genişler ve daha erektel bir hal almaktadır. Areolanın pigmentasyonu artmaktadır. Memede görülen değişiklikler ilk gebeliğini yaşayan kadınlarda daha fark edilebilir durumdadır. Gebeliğin 12. haftasından sonra kolostrum gelmeye başlayabilir (Serati ve ark. 2010; Özkan ve Beji 2016).

Gebelik ile birlikte pigmentasyon artışı öncelikle areola, vulva ve perineal bölgede görülmektedir. Abdomenin orta hattından geçen pubik alandan umblikusun üzerine doğru çıkan koyu alan, hiperpigmentasyonun etkisi ile kahverengi-siyah bir renk alarak “linea nigra”yı oluşturmaktadır. Bazı gebelerin yüzünde, burun ve alnında hiperpigmentasyona bağlı gebelik maskesi olarak adlandırılan “chloasma” oluşmaktadır. Gebelik dönemi boyunca abdomende, memelerde ve kalçalarda stria oluşmaktadır (Özkan ve Beji 2016; Taşkın 2020).

Gebelikte nazofarenks ve orofarenks mukozasında hiperemi ve ödeme neden olmaktadır. Göğüs kafesinin subkostal açısı ve alt göğüs duvarının çevresi artar ve diyafram yukarı hareket eder (Hegewald ve Crapo 2011).

Toplam akciğer kapasitesi yaklaşık %4-5 oranında azalmaktadır. Bu değişiklik çoğunlukla büyüyen uterus nedeni ile diyaframın yukarı doğru yer değiştirmesinden kaynaklanmaktadır. Fonksiyonel rezidüel kapasite, ekspiratuar rezerv hacmindeki ve rezidüel hacimdeki düşüş nedeniyle %20 arasında azalmaktadır (Elkus ve Popovich 1992). Fonksiyonel rezidüel kapasitede gebeliğin 6. ayından itibaren aşamalı bir düşüş yaşanmaktadır. Ventilasyon metabolik hızın artması, solunum mekaniğindeki değişiklikler ve progesteron seviyesindeki artış nedeniyle %50 artmaktadır. Bu artış, ilk trimesterin bitiminden önce başlamakta ve gebelik boyunca sabit kalmaktadır. Fizyolojik dispne, 30. gebelik haftasına kadar gebelerin %60-70'inde görülür (Crapo 1996; Hegewald ve Crapo 2011).

Uterusun büyümesi ile birlikte diyafram yükselir, bunun sonucu olarak kalp yukarıya ve sola doğru yer değiştirir. Kardiyovasküler sistemde yaşanan en önemli değişim kardiyak debi artışı ve renal, uterin kan akımında artmadır. Maternal kardiyak output yaklaşık 6 haftalık gebelikte artmaya başlamaktadır. Artan kan hacminin çoğunu

plazmanın oluşturması fizyolojik anemi oluşmasına neden olmaktadır (Naylor ve Olson 2003; Hegewald ve Crapo 2011; Taşkın 2020). Gebelik döneminde kardiyak outputta gebelik öncesi döneme kıyasla %30-50 oranında artış görülmektedir. Gebelikte miyokardın artan çalışma gcu nedeni ile kalpte hafif şekilde hipertrofi görülmektedir (Chesnutt 2004; Hegewald ve Crapo 2011). nc trimesterde kalp atım hızı ile birlikte atım hacmi %25 artmakta, kardiyak output %50 artmaktadır. Büyüyen uterus yatar pozisyonunda vena kava inferior ve inen aortu sıkıştırmaktadır. Vena kavanın sıkışması ile venöz dönüş azalır ve bu durum kalp debisi, kan basıncı ve plasental perfüzyonda azalmaya neden olmaktadır. İnen aortun sıkışması uterin kan akışında azalmaya neden olmaktadır. Genellikle 20. haftadan sonra ortaya çıkan bu durum fetal distrese neden olabilmektedir (Heidemann ve McClure 2003).

Glomerüler filtrasyon hızında ve renal plazma akışında artış en belirgin fizyolojik adaptasyonlardandır (Oduyayo ve Hladunewich 2012). Birinci trimester itibari ile büyüyen uterusun mesaneye basıncı uygulaması ile mesane kapasitesi azalmakta ve gebelik döneminde idrara çıkma sıklığında artış yaşanmaktadır (Cheung ve Lafayette 2013). İlerleyen gebelik haftası ile birlikte uterus bydke üriner kontrolün azalmasına bağlı olarak stres inkontinans yaşanabilmektedir (zkan ve Beji 2016).

Sindirim sisteminde meydana gelen değişiklikler erken gebelik döneminde başlamaktadır ve progesteron düzeyinin yükselmesine bağlı olarak yaşanmaktadır. Uterusun büyümesi ve hormonal etkiler ile gastrointestinal sistemde motilite azalır. Tükrük sekresyonu artmakta ve daha asidik olmaktadır. Bu durum diş çürüklerinde artışa neden olmaktadır. Diş etleri sistemik östrojen artışına bağlı olarak hiperemik ve hipertrofik bir hal almakta, kolayca kanayabilmektedir (zkan ve Beji 2016). Birinci trimester boyunca görülen bulantı, kusma, tat alma ve koku duyusunda hassasiyet artışı gastrointestinal rahatsızlıkları daha da kötüleştirmektedir. Özefagus motilitesinin azalmasına bağlı olarak görülen gastroözofageal reflü, çoğu gebede sık görülen bir semptomdur. Midenin boşalma zamanı ve bağırsak motilitesi gecikmekte, sıklıkla konstipasyon ve distansiyon şikayetleri yaşanmaktadır. Gebelikte karaciğer metabolizmasında da artış görülmektedir. Gebelikte fizyolojik olarak kolestatik sarılık, spider anjioma, kaşıntı, palmar eritem görülebilmektedir (Chesnutt 2004; zkan ve Beji 2016).

Uterus büyümesi östrojen ve progesteronun endometrial ve miyometrial hücrelerin hipertrofi ve hiperplazisi sonucunda oluşmaktadır. Bu büyüme simetrik değildir, en çok genişleme ve kalınlaşma fundusta meydana gelmektedir. Gebeliğin ilerleyen aylarında fetüs, plasenta ve amniyon sıvısının oluşturduğu basınç ile uterusun büyümesi devam etmektedir. Bu basıncın etkisi ile terme kadar uterusun kalınlığı 1,5 cm'ye kadar incelmektedir. Birinci trimesterden itibaren uterusu ağrısız ve düzensiz kontraksiyonlar meydana gelmektedir. Bu kontraksiyonlar, gerçek doğum kontraksiyonları ile karıştırılabilmekte ve gebeyi huzursuz edebilmektedir (Özkan ve Beji 2016).

Servikal glandlardan mukus salgılanmaktadır. Salgılanan bu mukus, kalın ve kuvvetli bir mukus plaktır ve uterusu bakterilerin geçişini önlemek amacı ile endoservikal kanalı kapatmaktadır (Özkan ve Beji 2016). Servikte olduğu gibi östrojen ve progesteron etkisi ile vajinaya olan kan akışı artmaktadır ve vajina mavi-mor renk (Chadwick işareti) almaktadır. Östrojenin etkisi ile birlikte vajinal mukoza kalınlaşır ve kalın yapıda beyaz renkte bir akıntı artışı görülmektedir. Vajina epitelinde laktik asit üretimine bağlı olarak vajen pH'sı düşmekte ve asidik bir ortam oluşmaktadır. Bu asidik ortam, enfeksiyon gelişimini önlemede önemli bir rol oynamakta ancak, fungal enfeksiyon riski artmaktadır. Vajinada gelişen hipertrofi, düz kas hücreleri ve bağ dokusunun gevşemesine neden olmaktadır. Bu gevşeme ile fetüsün geçişine izin vermek amacı ile gelişmektedir. Gebelikte artan vaskülarizasyon ile vulva ve perine daha koyu bir renk almaktadır. Kaslar daha esnek ve yumuşak, labiumlar büyük ve esnek bir hal almaktadır (Özkan ve Beji 2016; Taşkın 2020).

Gebelikte simfizis pubis ve sakro-iliak ekleme tutunan ligamentlerde esneme başlar ve eklemler arasındaki boşluk genişler. Eklemlerin hareketliliği artar. Bu değişimler doğumu kolaylaştırmak amacı ile gerçekleşmektedir. Gebelerin %65-75'inde 6. aydan itibaren bel ve sırt ağrıları yaşamaktadır. Ağrıya postüral değişiklikler sebep olmaktadır. Büyüyen uterusun öne doğru pozisyonu ağırlık merkezini alt ekstremitelerden geriye doğru kaydırmakta ve bu durum bel ağrısına neden olmaktadır. Gebelikte kilo artışı ile birlikte abdominal kaslar gerilir ve kaslarda tonus azalır, bu durumda postür değişikliklerine neden olmaktadır (Ficella 1995; Özkan ve Beji 2016).

Gebelik ile birlikte fetüsün talebini karşılayabilmek için artan glikoz talebi ile hipoglisemiye yatkınlık söz konusudur. Ayrıca plasental laktojen hormon, fetüsün anne

dolaşımından sürekli glikoz çekmesini dengelemektedir. Gebelikte plazmadaki insülin düzeyinde artma söz konusudur. Gebeliğin erken dönemlerinden itibaren maternal dokularda gerçekleşen hipertrofi ve hiperplazi için maternal dokularda yaklaşık 900 gr protein depolanmaktadır (Özkan ve Beji 2016; Taşkın 2020).

Gebelik döneminde fiziksel değişimlerin yanı sıra ruhsal değişimler de yoğun şekilde yaşanmaktadır. Gebeliğin başlangıcından itibaren yaşanan ambivalan duygular, kendisinin, bebeğin sağlığına ve doğuma ilişkin endişeler, yeni rol ve sorumluluklar ile gelen yaşam değişimlerine yönelik endişe normal kabul edilmektedir. Birinci trimesterde yaşanan fiziksel semptomlar, gebeliğe uyum süreci ve bebeğin sağlığına ilişkin endişeler ile psikolojik değişiklikler başlamaktadır. İkinci trimesterde anne adayları gebeliği kabullenmiştir ancak beden imgesi ve cinsel ilgide oluşan değişimler ruhsal durumdaki değişimleri artırabilmektedir. Üçüncü trimesterde ise gebeliğin artan fiziksel yükü ve sorumluluğu, doğuma ilişkin kaygılar ruhsal dengeyi olumsuz etkileyebilmektedir (Özçelik ve Karaçam 2014; Özkan ve Beji 2016).

Gebeliğin ilerlemesi ile birlikte anne adayının fetal hareketleri hissetmesi, fetal kalp sesini duyması, fetüsü görmesi ve gebe bir kadın görünümünü alması ile gebeliği kabullenmeye başlamaktadır. Ancak beden imajındaki değişimler gebeden gebeye değişmektedir. Gebe kadın olarak kendini güzel hissedebilmekte ya da aldığı kilolar ve ciltteki değişimler ile kendini rahatsız hissedebilmektedir. Gebelik boyunca anne adayları duygularını anlamakta zorluk yaşayabilmektedir (Özkan ve Beji 2016). Gebelik, kadın için fiziksel ve psikolojik değişim dönemidir. Yaşanan bu değişimler ve sosyal, kültürel, dini ve duygusal etkiler ile birlikte gebelik dönemi boyunca cinsel işlev ve memnuniyet etkilenmektedir (Bartellas ve ark. 2000).

2.6. Trimesterlere Göre Gebelikte Cinsel İşlevdeki Değişiklikler

Birinci trimesterde kadında gebeliğe uyum ile ilgili değişiklikler söz konusudur. Gebeliğin başlangıcında görülen yorgunluk, mide bulantısı, kusma ve kadının kendisini iyi hissetmemesi gebelik hakkında ambivalan duygular yaşamasına neden olmaktadır. Bebeğe karşı diğer trimesterlere oranla daha az sevinç duyulan bir dönemdir. Ancak kadın bebeğinin sağlıklı olduğunu bilmek ister (Mahmoud ve ark 1995; Özkan ve Beji 2016; Çetin ve ark 2017).

İlk trimesterde, gebelerde cinsel istek ve uyarılmada farklılıklar olsa da genel kanaat libidonun azalmasına bağlı olarak cinsel işlevlerde azalma olduğu yönündedir.

Bu dönemde gastrik distres, bulantı-kusma, yorgunluk, uykuya eğilim, meme ve vajinal rahatsızlık libidonun azalmasına yol açan majör faktörlerdir. Bazı gebelerde eşinin normal vücut ve nefes kokularına bile tahammül edemeyecek kadar ileri boyutlarda tikslenme olabilmektedir. Cinsel ilginin azalması semptomların derecesiyle ilişkilidir. Meydana gelen sorunlar fiziksel aktiviteyi sınırlayabilir. Fetüse zarar verme ve abortus korkusu libidoyu etkilemektedir. Gebe kalma kaygısı olmadığı için cinsel istek artışı da olabilmektedir (Mahmoud ve ark. 1995; Liu ve ark. 2013; Beyazıt ve ark. 2018).

Gebelik ile birlikte östrojen, progesteron, prolaktin düzeylerinin artması yorgunluk, bulantı, kusma, kilo artışı ve memelerde hassasiyet gibi problemlere neden olmaktadır. Bu durum da cinsel isteği ve uyarılmayı azaltabilmektedir. Gebelik döneminde testosteron ve seks hormonlarını bağlayan globülin (SHBG) ve plazma proteini düzeyleri artış göstermektedir. Birinci trimester itibari ile artan serbest androjen seviyesi de gebelik öncesine göre artış göstermekte ve ikinci trimesterde gebelik öncesindeki seviyeye dönmektedir. Bu durum birinci trimesterde cinsel istekte azalmaya neden olmaktadır (Özkan ve Beji 2016).

İkinci trimesterde, fiziksel semptomlar azalmaktadır. Gebe kendini daha güçlü hissetmeye başlar. Gebeliğe uyum artar. Fetal hareketlerin başlaması ile gebenin ilgisi kendisine yönelmektedir. Gebe içinde ayrı bir varlık olduğunu kabul etmektedir. Gebelerin çoğu doğmamış çocuğu ile konuşur, bu durum erken anne-bebek bağlanmasını başlatmaktadır (Mahmoud ve ark. 1995; Özkan ve Beji 2016).

Kadının gebeliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağladığı, aynı zamanda cinsel aktivite için de en uygun zaman ikinci trimesterdir. Gebe olmanın hayatına getireceği değişiklikleri benimser ve cinsel ilişkiye ikinci trimesterde daha sıcak bakmaya başlar. Ancak bazı anne-baba adaylarında bebeğe zarar verme korkusu ve fetüsün onları algılaması gibi düşünceler görülebilmektedir. Bu durum çiftin cinsellik ile ilgili kafa karışıklığı yaşamasına neden olabilmektedir (Liu ve ark. 2013; Çetin ve ark. 2017; Beyazıt ve ark. 2018).

Üçüncü trimesterde gebenin fiziksel olarak görünümü büyümüş, hareketleri yavaşlamıştır. Çabuk yorulur ve kendini rahatsız hisseder, günlük yaşamı zorlaşmıştır. Fiziksel rahatsızlıklar, gebeliğin artan yükü ve sorumluluğu gebe kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanmasını başlatmaktadır (Özkan ve Beji 2016; Erbil 2018). Bu dönemde yaşanan fiziksel sorunlar ve ağrılar uterusun büyümesine paralel bir şekilde

artmaktadır. Bu değişimler nedeni ile cinsel ilişki eskisine göre daha zor ve daha nadir bir hal alabilir (Saotome ve ark. 2018). Halsizlik, gastrointestinal problemler, solunum sıkıntısı, sık idrara çıkma, fiziksel kapasitenin azalması, memelerden süt gelmesi, cinsel ilişki ve orgazm esnasında ortaya çıkan güçlü uterus kasılmaları libidonun azalmasına ve gebenin cinselliği ikinci plana atmasına neden olabilir (Mahmoud ve ark. 1995; Liu ve ark. 2013; Beyazıt ve ark. 2018). Bununla birlikte gebeliğin ilerleyen döneminde yapılacak cinsel ilişkinin erken doğuma neden olacağı inancı gebenin ve eşinin gebeliğin sonuna doğru cinsel ilişkiden tamamen kaçınmasına sebep olabilmektedir (Ertem ve Sevil 2010; Beyazıt ve ark. 2018). Bu yaygın inanışın aksine literatür erken doğum ile cinsellik arasında herhangi bir ilişkiyi desteklememektedir (Fok ve ark. 2005; Ertem ve Sevil 2010; Liu ve ark. 2013; Kračun ve ark. 2018). Ayrıca gebelik haftası ilerledikçe cinsel isteğin, cinsel ilişki sıklığının, cinsel uyarılmanın, orgazmın ve doyumun azaldığı, koitusta ağrının arttığı ve özellikle üçüncü trimesterde cinsel ilişki korkusu yaşandığı belirlenmiştir (Fok ve ark. 2005; Gökyıldız ve Beji 2005; Kračun ve ark. 2018).

2.7. Gebelerde Cinsel İşlevi Etkileyen Ruhsal Değişiklikler

Gebelik psikolojik değişikliklerin de yoğun bir biçimde yaşandığı gelişimsel bir kriz dönemidir. Gebe kadın üç trimester boyunca kimliğinin yeni yönlerini keşfetmektedir. Bu dönemde fiziksel değişimler kadar ruhsal değişimler de cinsel işlevi etkilemektedir (Shojaa ve ark 2009).

Gebelik çift için birçok anlam içermektedir. Gebe bu dönemde mutluluk, kaygı, öfke, heyecan ve korku gibi birçok duyguyu bir arada yaşamaktadır. Her kadının gebeliğe yanıtı farklı olsa da içinde bulunduğu duruma bağlı olarak kadının cinsel işlevi gebelik sürecinde etkilenmektedir (Gökyıldız ve Beji 2005).

Gebelik ve cinsellik ile ilgili cinsel ilişki sırasında fetüsün anne-babayı algılıyor olduğu düşüncesi, bebeğe zarar vereceği, cinsel ilişkinin erken doğum, abortus, enfeksiyon ve kanamaya neden olabileceği, amniyon zarının yırtılabileceği ve doğumu başlatacağına yönelik inanışlar mevcuttur. Toplumsal normlar nedeni ile gebe kadının çekici görünmediği ve gebelik süresince cinsel istek ve aktivitenin olmaması gerektiğine yönelik inanışlar da mevcuttur. Ancak cinsellik hakkında toplumun ne düşündüğü ve gebenin kendini nasıl hissettiği arasında pek çok farklılıklar vardır. Bazı gebeler kendilerini kilolu, yorgun, yetersiz hissetse de kendisini daha çekici hisseden gebeler de

vardır. Bütün bu inanışlar cinsel sorunlara, kafa karışıklığına ve anne-baba adayının cinselliğe ilgisinde azalmaya neden olmaktadır (Eryılmaz 2004; Kračun ve ark. 2018).

Gebelikte alınan kiloların etkisi ile kadın kendisini daha iri hissedebilir, eski haline dönme ve güzelliğini kaybetme konusunda endişe yaşayabilir ve eşinin kendisini çekici bulmadığını düşünebilir. Kilo ve fiziksel kısıtlılıklar nedeni ile gebe kendisini hantal, beceriksiz ve çirkin hissedebilmektedir. Anneliğin gençliğini götürebileceğine inanabilmekte ve yaşlılık belirtisi olduğunu düşünebilmektedir. Ciltte meydana gelen pigmentasyon değişimleri de gebenin kendisini daha az çekici hissetmesine neden olmaktadır. Dış görünüşünde meydana gelen bu değişimler sonucunda gebenin beden imajı olumsuz etkilenebilir ve benlik saygısı azalabilir. Gebenin kendisi için taşıdığı bütün bu olumsuz hisler cinsel istek ve aktivitede azalmaya neden olabilmektedir (Gökyıldız ve Beji 2005; Taşkın 2020).

Bazı çiftler gebeliğin eşlerine daha fazla yakınlık ve dostluk duymalarına neden olduğunu ve mutluluklarını arttırdığını düşünmektedir. Bu dönemde erkeğin ruhsal durumu da cinsel aktivite üzerinde etkiye sahiptir. Gebelerde olduğu gibi eşlerinde de çeşitli duygu karmaşası yaşanabilmektedir. Baba adayı genellikle gururlu ve mutludur ancak, gebenin bütün ilgi ve düşüncesinin fetüs üzerinde olmasını kıskanabilmektedir. Eş, baba olma konusunda anksiyete yaşayabilmektedir. Baba adayının gebelikte cinsellik ile ilgili mitleri ve yanlış bilgileri çift arasındaki ilişkiyi olumsuz etkileyebilmektedir. Baba adayının normal doğumun cinsel ilişkilerini olumsuz etkileyeceği ve emzirmenin eşinin memelerini bozacağı yönünde düşünceleri olabilmektedir. Gebelik sırasında baba adayının eşindeki değişimleri kabul ederek eşini desteklemesi ile cinsel yaşam olumlu etkilenebilmektedir (Gökyıldız ve Beji 2005; Kračun ve ark. 2018).

Baba adayının bütün ilgisi eşine, eşin kaygılarına ve fetüse odaklanmıştır. Gebelik döneminde birçok baba adayı cinsel aktivite konusunda çekincelere sahiptir. Bazı baba adayları bebeğinin annesi olacak kadın ile cinsel ilişkiye girme konusunda karmaşık duygulara sahip olabilmektedir. Baba adayı gebe bir kadına dokunmanın kutsal olan bir şeyi kirletmek gibi olacağı ve gebe bir kadınla cinsel ilişkiye girmenin ahlaksızca olduğu yönünde düşüncelere sahip olabilmektedir. Gebelik sürecinde baba adayı eşinin sevgi ve ilgisinde azalma hissedebilmekte ve doğum sonrası eşin sevgi ve ilgisini tamamen kaybetme konusunda endişelere sahip olabilmektedir (Eryılmaz ve ark.

2002). Baba adayı cinsel isteğini kaybedebilmekte ve ereksiyon sağlamakta zorlanabilmekte, prematür ejakülasyon yaşayabilmektedir. Baba adayı eşi kendisine çekici görüldüğünde endişeleri nedeni ile cinselliği ve hislerini reddedebilmektedir. Cinsel ilişkinin tıbbi nedenler ile yasaklandığı durumlarda isteyen baba adayı masturbasyon yapabilir ve eşin masturbasyona katılmasıyla kendisini daha rahat hissedebilir (Orji ve ark. 2002).

Gebelerin doğum eylemi, bebeğin sağlığı ve bakımı ile ilgili endişeleri mevcuttur. Gebelerin yaklaşık %20'si doğum korkusu yaşamaktadır. Geçmişte yaşanan olumsuz doğum deneyimi, doğuma hazır hissetmeme, doğum esnasında bebeğe zarar gelmesinden korkma, doğum ağrısından korkma ve ölüm korkusu etkili olabilmektedir. Anne adayının bütün ilgisi kendi vücuduna ve bebeğine yönelmiş durumdadır. Anne adayının yaşadığı bu kaygılar cinsel aktiviteye olan bakışı olumsuz etkileyebilmektedir (Uncu 2014).

2.8. Gebelikte Cinselliği Etkileyen Sosyokültürel Faktörler

Gebelerin yaşadığı fiziksel ve ruhsal değişimler benzerlik gösterirken, sosyokültürel normlar çeşitlilik göstermektedir. Tarih boyunca gebelikte cinsellik hakkındaki tutumlar değişiklik göstermektedir. Toplumumuzda hala cinselliğin tabu olarak algılanması, cinsel eğitimin yeterli olmaması, bekaretin önemsenmesi gibi etkenler cinsel problemlerin daha fazla yaşanmasına yol açmaktadır. Kültür, toplumun inancı ve gelenekleri kadın ve erkeğin cinsel rollerinin, cinsel sağlığının oluşmasında önemli rol oynamaktadır. Toplumun gelenekleri kadının yaşam döngüsü içerisinde cinselliğini nasıl yaşaması gerektiğini belirlemektedir. Birçok toplumda gebelik, cinsel yeterliliğin bir göstergesi olarak düşünülmektedir. Bazı toplumlarda bebeğin gelişimi için cinsel ilişki desteklenirken bazı toplumlarda ise yasaklanmıştır (İncesu 2004; Gökyıldız ve Beji 2005, Beyazıt ve ark. 2018). Birçok toplumda gebeliğin evliliği sağlamlaştıracığı inancı yaygındır. Bununla birlikte bazı kültürlerde, gebelik utanılan ve az konuşulan bir konu olmakla birlikte cinsel ilişkiyi bildiren ve utanma hissine neden olan bir dönemdir (Liu ve ark. 2013).

Cinselliğe bakış, kültürden kültüre değişim gösterdiği gibi aynı kültür içinde de farklılıklar gösterebilmektedir. Cinsel davranışlar açısından ülkemiz karmaşık bir yapı sergilemektedir. Bireysel farklılıklar ile birlikte gebelik sırasında cinsel ilişki kontrolsüzlük olarak değerlendirilmekte ve fetüse zarar verebileceği gibi korkular

sebebi ile cinsel ilişkinin zararlı olabileceğine dair düşünceler mevcuttur (Eryılmaz ve ark. 2004).

Gebelik dönemi anne ve baba adayı için yeni rolleri ve sorumlulukları da beraberinde getirmektedir. Uyum süreci kadının geçmiş deneyimlerinden de etkilenmektedir. Kadın ve erkeğe yüklenen cinsel roller farklılıklar içermekte ve kadının cinsel rolü benimsenememektedir. Kız çocukları yetiştirilirken cinsellikle ilgilenmemeleri öğretilmekte, masturbasyon yapmaları hoş karşılanmamaktadır. Kadının cinselliği sadece eşe yanıt vermekle sınırlanmıştır (İncesu 2004).

Toplumda cinsel kavramların oluşmasında ve kişinin kendi kurallarını oluşturmada din oldukça etkilidir. Dini kuralların doğrultusunda toplum ve birey cinselliğe bir bakış ve yaklaşım geliştirmiştir. Cinsellik birçok toplumda konuşulması ayıp olarak görülmektedir. Gebelik döneminde çiftlerin cinsel yaşamının da mevcut inanışlardan etkilendiği söylenebilir. İslami geleneğe göre gebelikte kadın ve eş arasındaki cinsel ilişkinin sağlıklı olduğu söylenmekte ve desteklenmektedir (Mahmoud ve ark. 1995).

Gebelikte birçok çift ekonomik problemler nedeni ile endişe yaşayabilmektedir. Özellikle gebelik planlı değilse ve ekonomik kaynaklar az ise kaygı düzeyi daha da artmakta, eşler birbirini suçlama eğiliminde olabilmektedir. Çalışan gebeler, iş yaşamının getirdiği strese ek olarak bebeğin doğumu ile iş yaşamının nasıl etkileneceği konusunda kaygılanabilmektedir (Gökıldız ve Beji 2005).

2.9. Gebelikte Cinsel İşlev ve Hemşirelik Yaklaşımı

Cinselliğin bireyin ve sağlık bakımının önemli ve ayrılmaz bir parçası olduğu tüm sağlık profesyonelleri tarafından benimsenmesi gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin zaman kısıtlılığı, bilgi eksikliği ve cinselliğin mahrem bir konu olarak görülmesi nedeni ile hastalar ile cinsel sorunları görüşmede zorluk yaşadıkları bilinmektedir. Bu sebeplerle cinselliğin bakımda yeteri kadar ele alınamadığı görülmektedir. Ancak kadın sağlığının gelişmesi ve kadının yaşam kalitesinin yükseltilmesi için cinsel problemlerin erken safhada saptanıp çözüme ulaştırılması gerekmektedir (Gökıldız ve Beji 2005; Liu ve ark. 2013).

Yaşam boyu devam edecek cinsel sağlık eğitimi ile doğru bilgi aktarımı ve mitlerin önüne geçilmesi sağlanabilir. Yeni evli çiftler için gebelik ve cinsellik

eğitiminin sağlanması, gebelik sırasında cinsellik ile ilgili konuşulması teşvik edilmelidir. Gebelerin ve eşlerinin gebelik döneminde cinselliğe yönelik kaygılarını azaltmak için cinsel bilgiyi arttırmak ve duygusal desteğe odaklanmak için stratejiler geliştirilmeli ve etkili eğitimler planlanmalıdır. Eğitimlerde gebeliğe bağlı yaşanan fiziksel, duygusal, sosyal ve kültürel değişikliklerin bir bütün olarak algılanması, cinselliğe bütüncül bir bakış açısı ile yaklaşılmasının gebelerin cinsel fonksiyonlarını olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Çiftlere gebelik sırasında karşılaşılabilecekleri cinsel sorunlar ve cinsel yaşamdaki dalgalanmalar hakkında bilgi verilmelidir (Liu ve ark. 2013; Kul ve ark. 2017).

Antenatal kontrollere gelen gebelere belirli bir program doğrultusunda eğitim verilmelidir. Gebelikte cinselliği etkileyen nedenler gebeler ile tartışılmalı ve gerekli açıklamalar yapılmalı, gebelikte cinselliğin sürdürülmesine destek olunmalıdır. Böylece hem aile içi sorunlar önlenabilir hem de gebenin kaygıları azaltılabilir. Gebelik ve doğum sonrası cinsel seçeneklerin çeşitliliği, partner uyarımı, mastürbasyon gibi koital olmayan cinsel aktiviteler, alternatif koital pozisyonlar hakkında bilgi verilebilir. Eşler birbirlerinin beklentilerini bilmeli ve cinsellik ile ilgili istek ve düşüncelerine saygı duymalıdır. Her gebenin olası korkuları, kaygıları ve suçluluk duygularının olabileceğinin kabul edilerek çiftin iç sınırlarına saygı gösterilmesi gerekir. Amaç eşlerin memnun olduğu bir cinsel yaşamın sürdürülebilmesidir (Eryılmaz ve ark. 2002).

Hemşireler ve sağlık profesyonelleri hasta gündeme getirmedikçe cinsel sorunlar hakkında soru sormaktan kaçınabilmektedir. Ayrıca gebeyi incitme, olumsuz tepki alma endişesi, cinsel sorunlar ile ilgili soru sormaya gerek olmadığı algısı, sağlık profesyonelleri ile hasta arasındaki cinsiyet ve yaş farkı, malpraktis korkusu cinsel işlevin değerlendirilmesini kısıtlamaktadır. Hemşirenin kişilik yapısı, dünya görüşü, konu ile ilgili bilgi ve beceri eksikliği, bir sonraki aşamada ne yapması gerektiğini bilmemesi de kısıtlamalar arasında ele alınabilir. Çözüm için yeterli bilgi birikimine sahip olmamaları nedeni ile hastaların cinselliğe yönelik sorunlarını belirlemede kendilerini rahat hissetmedikleri bilinmektedir. Hemşire cinsel problemler ile ilgili iletişimi başlatmada öncü rol almalıdır. Cinsel sorunları araştırırken kendisinden emin olmalı, yargılayıcı olmamalı ve hastanın ve eşinin duygularını kabul etmelidir. Kapsamlı bir hemşirelik bakımı ile çoğu çift cinsel sorunları ile başa çıkabilir ve

gebelikte cinselliği devam ettirebilir (Albaugh ve ark. 2003; Akan ve Doğan 2011; Arıca ve ark. 2011).

Cinsellik, gelişmiş toplumlarda rahatça konuşulurken, gelişmekte olan toplumlarda hala tabudur. Bu nedenle cinsel yaşamla ilgili gebe ve eşi soru soramaz ve bilgi eksikliği oluşur. Gebelik döneminde cinsellik çoğu zaman bir problem yaşandığı zaman gündeme gelmektedir. Hemşireler cinselliğe yönelik kaygıları azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için zaman ayırmalıdır (Albaugh ve ark. 2003).

Hemşire, cinsellik ile ilgili sorunları biyopsikososyal yaklaşımla ele almalıdır. Hemşire cinsel sağlık, cinsel işlev, gebelikte cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmalıdır (Akan ve Doğan 2011; Bozdemir ve Özcan 2011). Hemşirelerin cinsel danışmanlık vermek için cinsellik ile ilgili konuları tartışırken rahat olması, iyi bir dinleyici olması, yargılayıcı bir tutum içinde olmaması, danışmanlık yapabilme becerilerinin gelişmiş olması, hastalar ile cinsel cinsel konularla ilgili tartışmalarda iletişim becerilerini geliştirmesi, cinsellik konusunda kendisinin ve diğer insanların inanç, değer ve tutumların farkında olması ve cinselliğin gelişimsel durumunu iyi bilmesi gerekmektedir. Cinsel işlevi ele alan hemşirelik bakımı çiftin bilinç seviyesini arttıracak, konuya ilişkin endişelerin giderilmesine yardımcı olacak gerekli bilgiyi sağlamasına katkıda bulunacaktır. Cinsellik; ANA (Amerikan Hemşireler Birliği) tarafından hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası olarak tanımlanmış ve NANDA (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği), 1980 yılında cinsel işlev bozukluklarını hemşirelik tanıları listesine dahil etmiştir. “Cinsel Örüntülerde Değişim”, “Cinsel Disfonksiyon” primer hemşirelik tanıları içerisindedir (Carpenito-Moyet 2013).

Genel sağlığın bir parçası olan cinsel yaşam gebelik ile birlikte meydana gelen değişimlerden olumsuz etkilenebilmektedir. Bu nedenle bütüncül hemşirelik yaklaşımı ile gebelikte cinsel problemleri rahatlıkla ifade edilmesi için uygun ortamın oluşturulması, cinsel işlevin değerlendirilmesi, oluşturulan eğitim planında cinsel sağlığın korunmasına yönelik eğitimlere yer verilmesi gerekmektedir. Etkin planlanan ve toplumun her kesimini içine alan cinsel sağlık eğitimi ile cinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesi sağlanabilir (Fışkın ve Beji 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Çalışma nullipar gebelerde her üç trimesterde cinsel işlevi değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı ve prospektif olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ek hizmet binası olan Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Polikliniği'nde Temmuz 2019-Temmuz 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Gebe polikliniğinde; gebe izlemi, ultrason ve Non-stres Test (NST) hizmetlerinin yanı sıra tanı-tarama, aile planlaması, yüksek riskli gebelik hizmetleri verilmekte olup, hafta içi her gün gebe muayenesi yapılmaktadır.

Hastanenin araştırma kapsamına dahil edilmesinde farklı sosyodemografik özelliklere sahip gebelerin yoğun şekilde başvurduğu bir kurum olması etkili olmuştur.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Sarıyer ilçesinde bulunan Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ek Hizmet Binası olan Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Polikliniği'ne Temmuz 2019-Temmuz 2020 tarihleri arasında başvuran, nullipar gebeler oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmanın örneklemine; çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan nullipar gebeler alınmıştır. Hastane verilerine göre son bir yıl içerisinde gebe polikliniğine başvuran hasta sayısı 5148, gebelerin yaklaşık %25'i (1287) nullipardır. Nullipar gebe sayısı üzerinden örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'nın (1994) evreni bilinen örneklem hesaplama formülü ile hesaplanmıştır.

$$N t^2 p q$$

n:

$$d^2 (N-1) + t^2 p q$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı (1287)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,5)

q: İncelenen olayın görülmeme sıklığı (0,5)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0,5) (Salant ve Dillman 1994).

Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için %95 güven aralığında, $\pm$ %5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = 1287 (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,5)^2 (1287-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5) = 297$ olarak hesaplanmıştır.

3.3.3. Örneklem Seçimi

Veri toplama süresi boyunca Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Polikliniği'ne başvuran ve örneklem seçim kriterlerine uygun olan gebeler amaçlı örnekleme doğrultusunda seçilmiştir.

Örnekleme dahil edilen 297 gebenin 12'si abortus, 4'ü preeklampsi, 4'ü erken membran rüptürü olması, 3'ü hekim tarafından cinsel ilişkinin kısıtlanması, 6'sı kontrollerine başka hastanede devam etmesi ve 12'si COVID-19 pandemisi nedeni ile görüşmelere gelmek istememesi nedeni ile örneklem dışında bırakılmıştır. Araştırma 256 nullipar gebe ile tamamlanmıştır.

3.3.4. Örnekleme Alınma ve Dışlanma Ölçütleri

Örnekleme Alınma Ölçütleri:

- 18 yaş üstü olmak
- Türkçe konuşuyor olmak
- 2. ve 3. trimesterde görüşmeye gelmeyi kabul etmek
- Kronik hastalığı (Diyabet, hipertansiyon vb.) olmamak
- Çoğul gebelik, preeklampsi, plasenta previa, erken doğum tehdidi ve erken membran rüptürü gibi riskli durumu bulunmamak
- Birinci trimesterde olmak (İlk 13 hafta)
- Nullipar gebe olmak

Örneklemden Dışlanma Ölçütleri:

- Veri toplama formlarını eksik doldurmak

- Araştırmaya katılmaktan vazgeçmek
- Tıbbi nedenlerle cinsel aktivitesi kısıtlanmak

3.4. Araştırmanın Soruları

1. Gebelikte trimesterlere göre kadın cinsel işlevleri farklı mıdır?
2. Gebelikte trimesterlere göre kadın cinsel memnuniyeti farklı mıdır?

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişken

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index-FSFI) puan ortalaması ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (Sexual Satisfaction Scale for Women-SSS-W) puan ortalaması oluşturmaktadır.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında gebeye ve eşine ait sosyodemografik, obstetrik ve cinsel işlev özellikleri yer almaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması aşamasında Gebe Bilgi Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ) kullanılmıştır.

3.6.1. Gebe Bilgi Formu (Ek 1)

Gebe Bilgi Formu, araştırmacılar tarafından ilgili literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır. Gebe ve eşinin sosyodemografik, obstetrik özellikleri, koitus sıklığı ve cinsel işlev verilerinin yer aldığı 38 madde içermektedir.

3.6.2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi-KCFİ (Female Sexual Function Index-FSFI) (Ek 2)

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Rosen ve arkadaşları tarafından ABD’de 2000 yılında, kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacı ile 19 maddelik çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Bu ölçek son 4 haftadaki cinsel işlevi veya sorunları değerlendirmektedir (Rosen ve ark. 2000).

Ölçek yapısında; cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, cinsel doyum ve cinsel ilişkide ağrı olmak üzere 6 alt boyut bulunmaktadır. Her bir madde 0’dan 5’e kadar puanlanmaktadır. Cinsel istek veya ilgi sıklığı ve seviyesi 1. ve 2. sorularda (puan

aralığı, 1-5); uyarılma sıklığı, seviyesi, emin olma durumu ve doyumunu 3-6. sorularda (puan aralığı, 0-5); lubrikasyon (kayganlaşma) sıklığı, zorluğu, cinsel ilişkide koruyabilme sıklığı ve zorluğu 7-10. sorularda (puan aralığı, 0-5); orgazm sıklığı, zorluğu ve doyumunu 11-13. sorularda (puan aralığı, 0-5); doyum eşiyle yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamda soyum seviyesi 14-16. sorularda (puan aralığı, 0-1 ile 5); ağrı veya rahatsızlık vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı, vajinaya girişi takiben, girişte veya takiben ağrı seviyesi 17-19. sorularda (puan aralığı, 0-5) ele alınıp değerlendirilmektedir (Aygin ve Aslan 2005). Puanın artması cinsel işlevdeki iyiliği gösterir. “0” değeri gebenin son bir ay içerisinde cinsel ilişkide bulunmadığını ifade eder. Ölçekte yer alan 6 boyutunun her birine ait puanı elde etmek için, o boyuta ait sorulara verilen yanıtların puanları toplanır ve o boyuta ait faktör puanı kullanılarak hesaplanır. Cinsel istek için faktör puanı 0,6, uyarılma için faktör puanı 0,3, lubrikasyon için faktör puanı 0,3, orgazm için faktör puanı 0,4, cinsel doyum için faktör puanı 0,4, ağrı için faktör puanı 0,4’tür. Her bir boyutun puanı toplanarak, toplam ölçek puanı elde edilir. Buna göre ölçekten alınabilecek en yüksek ham puan 36,0 en düşük ham puan ise 2,0’dır. Wiegel ve arkadaşları kadının cinsel disfonksiyonunu belirleyebilmek için FSFI kesim puanının 26,55’in altında olduğunu bildirmektedir (Wiegel ve ark. 2005). Orijinal ölçeğin Cronbach Alfa katsayısının 0,97; Türkçe versionunda Cronbach Alfa katsayısının 0,98 olduğu ve güvenilirliğinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Rosen ve ark. 2000; Aygin ve Aslan 2005).

Ölçeğin her üç trimestere ait güvenilirlik katsayıları Tablo 3-1’de verilmiştir.

Tablo 3-1: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi’nin Üç Trimesterdeki Güvenirlik Katsayıları

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
KCFİ Birinci Trimester	,982	19
KCFİ İkinci Trimester	,985	19
KCFİ Üçüncü Trimester	,990	19

3.6.3. Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği-KCMÖ (Sexual Satisfaction Scale for Women-SSS-W) (Ek 3)

Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği, Meston ve Trapnell tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir. Ölçek memnuniyet, iletişim, uyumluluk, kişisel endişe ve ilişkisel endişe

alt boyutlarına sahiptir ve 30 maddeden oluşmaktadır. Yirmi dokuz maddede, “kesinlikle katılmıyorum” ile “kesinlikle katılıyorum” arasında değişen 5 puanlık Likert ölçeği kullanılmaktadır. Bir madde için ise “tamamen tatmin edici” ile “hiç tatmin edici değil” arasında değişen 5 puanlık Likert ölçeği kullanılmaktadır. Her alt ölçek için ortalama puanlar hesaplanmaktadır. Daha yüksek puanlar daha fazla cinsel memnuniyet olarak yorumlanmaktadır. Ölçekte yer alan her alt boyut için en düşük puan 6,0, en yüksek puan 30,0’dır. Ölçek toplam puanının hesaplanmasında Toplam Puan=Memnuniyet + İletişim + Uyumluluk + (İlişkisel Endişe + Kişisel Endişe) /2 formülü kullanılmaktadır. Buna göre ölçekten alınabilecek en düşük puan 24,0, en yüksek puan ise 120,0’dır. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının 0,96’dır (Meston ve Trapnell 2005; Çetin ve Aslan 2018).

Ölçeğin her üç trimestere aittir güvenilirlik katsayıları Tablo 3-2’de verilmiştir

Tablo 3-2: Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği’nin Üç Trimesterdeki Güvenirlik Katsayıları

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
KCMÖ Birinci Trimester	,960	30
KCMÖ İkinci Trimester	,960	30
KCMÖ Üçüncü Trimester	,917	30

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler gebelerin hastanedeki işlemlerini etkilemeyecek şekilde Gebe Polikliniğinde, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Örneklem alınma ölçütlerine uyan katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 4) okutulurak onamları alındıktan sonra Gebe Bilgi Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği verilerek doldurmaları istenmiştir. Katılımcılar ile her üç trimesterde, iki görüşme arasında en az 6 hafta olacak şekilde toplam üç görüşme yapılmıştır. Katılımcılar ile yapılan ikinci ve üçüncü görüşmelerde Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği’ni doldurmaları istenmiştir. Gebelerin veri toplama formlarını doldurması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan veriler bilgisayar ortamında bir istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Analize başlamadan önce güvenilirlik ve normal dağılım testleri yapılmıştır.

Verilerin normallik testinde (Kolmogorov-Smirnov) normal dağılmadığı görülmüş ve bu nedenle parametrik olmayan testler uygulanmıştır. Tanımlayıcı özelliklerin sayı ve yüzde dağılımları, ölçeklerin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerlerine bakılmıştır. Ölçekler ile tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılmasında ikili gruplar için Mann-Whitney U, ikiden fazla gruplar için Kruskal-Wallis analizleri yapılmış, anlamlı farkların hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Post-Hoc testi (Mann-Whitney U) testi yapılmış. Ölçekler arasındaki ilişkiyi tanımlayabilmek amacıyla Spearman's Korelasyon Analizi yapılmıştır. Testlerden elde edilen sonuçların anlamlılıkları için $p < 0,05$ değeri esas alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri örnekleme yer alan nullipar gebeler ile sınırlı olup, tüm gebelere genellenemez. Araştırma kapsamında sadece gebeler ile görüşülmüş, eşleri araştırma kapsamına dahil edilememiştir. Katılımcıların gebelik öncesi ve doğum sonrası cinsel işlev ve memnuniyetine ilişkin veriler bulunmamaktadır.

3.10. Araştırma Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.07.2019 tarihli ve 100656 sayılı kararıyla etik kurul izni alınmıştır (Ek 5). Araştırmanın ilgili kurumda yürütülmesi için Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 12.07.2019 tarihli 34945 sayılı kararıyla kurum izni alınmıştır (Ek 6). Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmuştur. Katılımcılara görüşme öncesi araştırma ile ilgili açıklama yapılarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ)'nin araştırmada kullanımı için Dilek Aygün ve Serpil Abalı Çetin'den yazılı izin alınmıştır (Ek 7).

4. BULGULAR

Nullipar gebelerde her üç trimesterde cinsel işlevi değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı ve prospektif olarak yapılan çalışmada elde edilen bulgular 3 bölümde ele alınmıştır.

4.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Gebelerin Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Bulgular

4.3. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin verilere yer verilmiştir.

Tablo 4-1: Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=256)

Sosyodemografik Özellikler		Ort±SS	Min-Max
Yaş		26,82±5,36	18-43
		n	%
Yaş	24 yaş ve altı	93	36,3
	25-34 yaş	137	53,5
	35 yaş ve üstü	26	10,2
Öğrenim Düzeyi	İlköğretim	100	39,1
	Lise	84	32,8
	Üniversite ve üstü	72	28,1
Meslek	Ev hanımı	161	62,9
	İşçi	47	18,4
	Memur	35	13,6
	Esnaf	13	5,1
Halen Çalışma Durumu	Evet	82	32,0
	Hayır	174	68,0
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	73	28,5
	Gelir gidere denk	153	59,8
	Gelir giderden fazla	30	11,7
Aile Yapısı	Çekirdek aile	209	81,6
	Eşinin ailesiyle birlikte	44	17,2
	Kendi ailesiyle birlikte	3	1,2
Sigara Kullanımı	Hayır	193	75,4
	1-5 adet	52	20,3
	6-10 adet	11	4,3
Alkol Kullanımı	Hayır	219	85,5
	Ara ara	30	11,7
	Nadiren	7	2,7
Boy (cm)		Ort. ± SS	
		162,68±5,0	
Kilo (kg)	13 hafta ve altı	61,78±10,67	
	14-26 hafta	66,77±11,11	
	27 hafta ve üzeri	74,50±11,90	
Gebelik BKİ (kg/boym ²)	1. Trimester	23,35±3,94	
	2. Trimester	25,23±4,09	
	3. Trimester	28,16±4,38	

Gebelerin sosyodemografik özellikleri ilişkin bulgular Tablo 4-1’de verilmiştir. Gebelerin yaş ortalamasının 26,82±5,36, %53,5’inin 25-34 yaş arasında, %39,1’inin

ilköğretim mezunu, %62,9'unun ev hanımı, %68'inin halen çalışmadığı, %59,8'inin gelirinin giderine denk, %81,6'sının çekirdek tipi aile olduğu, %75,4'ünün sigara kullanmadığı, %85,5'inin alkol kullanmadığı saptandı. Gebelerin boy ortalamasının $162,68 \pm 5,0$ cm olduğu, %62,5'inin boy aralığının 161 cm ve üstü olduğu, birinci trimesterde kilo ortalamasının $61,78 \pm 10,67$ kg, ikinci trimesterde $66,77 \pm 11,11$ kg ve üçüncü trimesterde $74,5 \pm 11,9$ kg olduğu, BKİ ortalamalarının ise her üç trimesterde sırası ile $23,35 \pm 3,94$ kg/boym², $25,23 \pm 4,09$ kg/boym² ve $28,16 \pm 4,38$ kg/boym² olduğu saptandı.



Tablo 4-2: Gebelerin Evlilik Özellikleri

Evlilik Özellikleri		Ort±SS	Min-Max
Eşin Yaşı		30,26±6,21	18-55
		n (256)	% (100)
Eşin Yaşı	24 yaş ve altı	37	14,5
	25-34 yaş	166	64,8
	35 yaş ve üstü	53	20,7
Eşin Öğrenim Düzeyi	İlköğretim	103	40,3
	Lise	93	36,3
	Üniversite ve üstü	60	23,4
Eşin Mesleği	İşçi	141	55,1
	Memur	38	14,8
	Esnaf	64	25,0
	İşsiz	7	2,7
	Emekli	6	2,4
Evlilik Süresi	1-12 ay	102	39,9
	13-24 ay	63	24,6
	25-36 ay	49	19,1
	37 ay ve üstü	42	16,4
	Ort. ± SS	24,34 ± 16,80	
Evlilik Sayısı	1	231	90,2
	2	25	9,8
Evlenme Şekli	Görücü Usulü	80	31,3
	Kendisi Tanışarak	176	68,7
Tanışma Sonrası Evliliğe Kadar Geçen Süre	1-12 ay	141	55,1
	13-24 ay	60	23,4
	25-36 ay	23	9,0
	37 ay ve üstü	32	12,5

Gebelerin evlilik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4-2’de verilmiştir. Gebelerin eşlerinin yaş ortalamasının 30,26±6,21, %64,8’inin eşinin yaş aralığının 25-34 yaş arası, %40,3’ünün eşinin öğrenim durumunun ilköğretim, %55,1’inin eşinin mesleğinin işçi, %39,9’unun evlilik süresinin 1-12 ay, %90,2’sinin ilk evliliği olduğu, %68,7’sinin anlaşarak evlendiği ve %55,1’inin eşiyle tanıştıktan sonra 1-12 ay arasında evlendiği saptandı.

Tablo 4-3: Gebelerin Obstetrik Özellikleri

Obstetrik Özellikler		n (256)	% (100)
Gebelik Haftası	6-10 hafta	111	43,4
	11-13 hafta	145	56,6
Planlı Gebelik mi?	Evet	204	79,7
	Hayır	52	20,3
Gebelik Sayısı	1	168	65,6
	2	75	29,3
	3	10	3,9
	4	3	1,2
Düşük Sayısı	1	58	22,7
	2	8	3,1
	3	1	,4
Küretaj Sayısı	1	26	10,2
	2	1	,4

Obstetrik özelliklere ilişkin bulgular Tablo 4-3'te verilmiştir. Gebelerin %56,6'sının yapılan ilk görüşmede gebelik haftasının 11-13 hafta arasında, gebeliklerin %79,7'sinin planlı gebelik, %65,6'sının ilk gebeliği olduğu, %73,8'inin hiç düşük yapmadığı ve %89,4'ünün hiç küretaj olmadığı saptandı.

Tablo 4-4: Kadınların Gebelik Öncesi Cinsel Yaşam Özellikleri

Cinsel Yaşam Özellikleri		Ort±SS	Min-Max
İlk Cinsel İlişki Yaşı		23,08±4,61	16-41
		n (256)	% (100)
İlk Cinsel İlişki Yaşı	16-20 yaş	80	31,3
	21-25 yaş	129	50,3
	26-30 yaş	26	10,2
	31 yaş ve üstü	21	8,2
Evlenmeden Önce Eşle Cinsel Yakınlaşma	Evet	78	30,5
	Hayır	178	69,5
İlk Cinsel İlişkide Sorun Yaşama	Evet	115	44,9
	Hayır	141	55,1
Eş ile Cinsel İstek Uyum	İkimiz de istekliyiz	129	50,3
	Eşim istekli, ben isteksizim	111	43,4
	Eşim isteksiz, ben istekliyim	2	,8
	İkimiz de isteksiziz	14	5,5
Cinsel İlişkiyi Başlatan Taraf	Ben	11	4,3
	Eşim	190	74,2
	Her ikimiz	55	21,5
Toplam Cinsel İlişki Süresi	3-10 dakika	134	52,3
	11-15 dakika	72	28,1
	16 dakika ve üstü	50	19,5
	Ort±SS	12,60±6,48 dakika	

Gebelik öncesi cinsel yaşam özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4-4'te verilmiştir. Gebelerin %50,3'ünün ilk cinsel ilişkisinin 21-25 yaş arasında olduğu, ortalama ilk cinsel ilişki yaşının 23,08±4,61 olduğu saptandı. Gebelerin %69,5'inin eşiyle evlenmeden önce cinsel yakınlaşmasının olmadığı, %55,1'inin ilk cinsel ilişkisinde sorun olmadığı, %50,3'ünün eşi ve kendisinin cinsel açıdan istekli oldukları, %74,2'sinde cinsel ilişkiyi eşinin başlattığı, %52,3'ün cinsel ilişki süresinin 3-10 dakika olduğu saptandı.

Tablo 4-5: Gebelik Dönemindeki Cinsel Yaşama İlişkin Özellikler**

Özellikler		n (256)	% (100)
Gebeliğin Cinsel Yaşamı Etkileme Şekli	Olumlu etkiledi	24	9,4
	Etkilemedi	92	35,9
	Olumsuz etkiledi	140	54,7
Cinsel İlişki Sıklığı	Haftada bir veya daha az	208	81,2
	Haftada iki ve daha çok	48	18,8
Cinsel İlişkide Ağrı	Evet	107	41,8
	Hayır	149	58,2
Cinsel İlişkide Kanama	Evet	26	10,2
	Hayır	230	89,8
Gebelikteki Cinsel Sorunun Kaynağı*	Bulantı-kusma	116	45,6
	Cinsel isteksizlik	112	44,9
	Duygusal değişiklik	92	38,1
	Fiziksel rahatsızlık	65	25,6
	Meme hassasiyeti	58	22,8
	Eşin verdiği olumsuz tepkiler	39	15,5
	Ağrı/kanama yaşama korkusu	36	14,2
	Fiziksel değişiklik	17	6,7
	Kültürel ve dini nedenler	8	3,2
Gebelikte Cinsel Sorunlarla Baş Etme Şekli	Pozisyon değişikliği	89	34,8
	Mastürbasyon	15	5,9
	Oral seks	14	5,5
	Masaj uygulaması	5	2,0
	Hiçbir şey	133	52,0
Gebelikte Cinsel İlişki Kısıtlaması Olmalı mı?	Evet	125	48,8
	Hayır	87	34,0
	Fikrim yok	44	17,2
Gebelikte Cinselliği Kısıtlama Neden Olabilir?*	Düşük yapma riski	68	54,4
	Erken doğum riski	34	27,2
	Ağrı olma riski	15	12,0
	Dinen sakıncalı	15	12,0
	Enfeksiyon riski	15	12,0
	Bebeğin yaralanma riski	14	11,2
	Kanama riski	4	3,2
Gebelikte Cinsel Yaşam ile İlgili Bilgi Alma	Evet	133	52,0
	Hayır	123	48,0
Bilgi Alındıysa Kaynağı*	İnternet/Sosyal medya	73	55,0
	Hekim	31	23,4
	Akraba/Arkadaş	20	15,1
	Hemşire/Ebe	17	12,8

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

** Birinci trimester gebelikte soruldu.

Gebelik dönemindeki cinsel yaşama ilişkin özellikler Tablo 4-5'te verilmiştir. Gebelerin %54,7'sinin gebelik ile birlikte cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiği, %81,2'sinin haftada bir veya daha az cinsel ilişki yaşadığı, %41,8'inin cinsel ilişki sırasında ağrısının olduğu, %10,2'sinin cinsel ilişki sırasında ya da sonrasında kanama şikayetine olduğu tespit edildi. Gebelerin %45,6'sının bulantı-kusma, %44,9'unun cinsel isteksizlik, %38,1'inin duygusal değişim nedeni ile gebelikte cinsel yaşamlarının etkilendiği, %34,8'inin gebelikte yaşanan cinsel sorunlarla baş etmek için pozisyon değişikliği yaptığı, %99,6'sının gebelikte yaşanan cinsel ilişki sorunu nedeniyle destek almadığı saptandı. Gebelerin %48,8'inin gebelikte cinsel ilişki kısıtlaması olması gerektiği, gebelerin %54,4'ü düşük yapma riski, %27,2'si erken doğum riski nedeni ile cinsel ilişki kısıtlaması olması gerektiğini düşündüğü belirlendi. Gebelerin %52'sinin gebelikte cinsel yaşamla ilgili eğitim aldığı, %55,0'inin bu eğitimi internet/sosyal medya aracılığıyla aldığı saptandı.

4.2. Gebelerin Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ) Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ)'ne ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-6: Gebelerde KCFİ Puanlarının Trimesterlere Göre Dağılımı (n=256)

	Birinci Trimester		İkinci Trimester		Üçüncü Trimester		Kruskal Wallis Testi	
Alt Boyut	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	X ²	*p
Cinsel İstek	2,98±0,92	1,2-4,8	3,81±0,91	1,2-5,4	1,95±0,73	1,2-3,6	444,726	0,000
Uyarılma	3,23±1,66	0-6	3,68±2,02	0-6	1,38±1,68	0-4,2	336,352	0,000
Lubrikasyon	3,69±1,84	0-6	3,80±2,07	0-6	2,19±2,62	0-6	42,686	0,000
Orgazm	3,0±1,69	0-6	3,43±1,96	0-6	1,26±1,56	0-4,8	316,384	0,000
Doyum	3,44±1,94	0-6	3,66±2,28	0-6	1,53±1,85	0-4,8	304,322	0,000
Ağrı	4,02±2,14	0-6	3,66±2,08	0-6	1,63±1,97	0-6	290,717	0,000
Toplam	20,36±10,19	2-33,6	22,04±11,32	2-34,7	9,94±10,41	2-26	417,803	0,000

*p<0,05

Her üç trimesterde KCFİ'ye ilişkin bulgular Tablo 4-6'da verilmiştir. Yapılan analizde KCFİ puanlarının birinci trimesterde 20,36±10,19, ikinci trimesterde 22,04±11,32, üçüncü trimesterde 9,94±10,41 olduğu saptandı. Çalışma ölçek kesme değeri 26,55 ve altı puan dikkate alınarak incelendiğinde, cinsel işlevlerde azalma olan gebelerin oranının her üç trimesterde sırası ile %60,28, %64,74 ve %90,88 olduğu saptandı.

Analiz sonucuna göre birinci trimesterde lubrikasyon haricinde tüm alt boyutlarda ve genel cinsel işlevlerde bozukluk olduğu; ikinci trimesterde orgazm ve ağrı alt boyutları ile genel cinsel işlevlerde bozukluk olduğu, üçüncü trimesterde ise tüm alt boyut ve genel cinsel işlevlerde bozukluk olduğu saptandı. KCFİ ve tüm alt

boyutlarında tüm trimesterlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için yapılan Post-Hoc (Mann-Whitney U) testine göre Cinsel istek-üçüncü trimester ile diğer gruplar arasında; Uyarılma-üçüncü trimester ile diğer gruplar arasında; Lubrikasyon-üçüncü trimester ile Lubrikasyon-ikinci trimester arasında; Doyum-üçüncü trimester ile diğer gruplar arasında; Ağrı-üçüncü trimester ile diğer gruplar arasında ve Toplam puan-üçüncü trimester ile diğer gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı.

Tablo 4-7: Gebelerde KCMÖ Puanlarının Trimesterlere Göre Dağılımı (n=256)

	Birinci Trimester		İkinci Trimester		Üçüncü Trimester		Kruskal Wallis Testi	
	Ort+SS	Min-Max	Ort+SS	Min-Max	Ort+SS	Min-Max	X ²	*p
Memnuniyet	21,65±4,11	10-30	23,99±3,87	14-30	16,03±2,67	9-24	438,085	0,000
İletişim	19,07±5,14	6-30	19,52±5,04	7-30	17,17±6,11	6-30	253,126	0,000
Uyumluluk	23,35±3,33	14-30	24,84±2,94	17-30	18,59±3,14	11-30	425,042	0,000
Endişe (İ)	24,26±3,66	12-30	25,69±3,45	16-30	20,15±4,53	10-30	394,416	0,000
Endişe (K)	24,25±3,56	15-30	25,67±3,22	17-30	18,35±3,17	11-30	425,921	0,000
Toplam	56,30±8,51	67-120	59,86±8,0	78-120	45,15±8,20	56-120	454,075	0,000

KCMÖ'nin trimesterlere göre dağılımına ilişkin bulgular Tablo 4-7'de verilmiştir. Yapılan analizde KCMÖ toplam puanlarının birinci trimesterde 56,30±8,51, ikinci trimesterde 59,86±8,0 ve üçüncü trimesterde 45,15±8,20 olduğu saptandı. En düşük memnuniyetin üçüncü trimesterde olduğu görüldü. KCMÖ toplam puan ve alt boyutlarında tüm trimesterlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için yapılan Post-Hoc (Mann-Whitney U) testine göre Memnuniyet-üçüncü trimester ile diğer gruplar

arasında; İletişim-üçüncü trimester ile diğer gruplar arasında; Uyumluluk-üçüncü trimester ile diğer gruplar arasında; İlişkisel Endişe-üçüncü trimester ile diğer gruplar arasında; Kişisel Endişe-üçüncü trimester ile diğer gruplar arasında ve Toplam puan-üçüncü trimester ile diğer gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı.

Tablo 4-8: KCFİ ve KCMÖ'nin Toplam Puan Korelasyonları

		KCMÖ1	KCMÖ2	KCMÖ3
KCFİ1	r	,700**		
	p	,000		
KCFİ2	r		,798**	
	p		,000	
KCFİ3	r			,638**
	p			,000

r= Spearman's korelasyon analizi p<0,05

KCFİ ve KCMÖ'nin korelasyon analizine ilişkin bulgular Tablo 4-8'de verilmiştir. KCFİ ve KCMÖ arasındaki ilişkiyi tanımlayabilmek amacı ile yapılan korelasyon analizinde her üç trimesterde de pozitif yönde, yüksek ve anlamlı ilişki saptandı (p<0,001).

4.3. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ) Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin tanımlayıcı özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ) puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-9: Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile KCFİ Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		Birinci Trimester	İkinci Trimester	Üçüncü Trimester	Kruskal Wallis Testi	
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	X ²	p
Yaş	24 yaş ve altı	58,73±21,51	61,90±26,98	27,12±28,02	228,191	0,001
	25-34 yaş	54,76±26,75	60,57±28,34	28,44±29,20	248,062	0,001
	35 yaş ve üzeri	37,42±28,80	32,15±33,22	11,92±20,58	148,766	0,002
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	52,71±25,83	55,61±31,02	21,75±26,65	4,084	0,364
	Lise	56,86±24,55	62,07±26,74	29,94±28,94	5,313	0,316
	Üniversite	53,96±27,41	57,28±30,70	28,31±29,45	44,302	0,036
Eşin yaşı	24 yaş ve altı	59,57±18,74	60,73±29,34	19,11±25,79	76,405	0,013
	25-34 yaş	56,29±25,59	60,74±28,32	29,93±29,11	56,175	0,024
	35 yaş ve üzeri	45,02±28,83	48,47±32,17	19,85±25,87	39,062	0,044
Eşin öğrenim düzeyi	İlköğretim	54,08±25,92	59,85±28,77	22,95±27,52	0,49	0,705
	Lise	53,15±26,26	56,60±30,12	26,23±28,44	0,46	0,711
	Üniversite	57,03±25,24	57,83±30,55	32,08±29,12	12,85	0,167
Ekonomik durum	Gelir giderden az	48,58±26,71	49,48±33,07	20,62±26,53	104,734	0,006
	Gelir gidere denk	56,97±24,65	62,57±26,26	27,93±28,59	126,157	0,004
	Gelir giderden fazla	55,43±28,15	57,13±32,93	31,63±30,09	82,101	0,011
Evlilik Süresi	24 ay ve altı	52,80±26,10	57,45±29,64	26,05±28,20	10,751	0,194
	25-36 ay arası	59,78±23,94	61,10±28,83	28,45±29,08	1,547	0,537
	36 ay ve üstü	54,52±26,65	57,74±30,86	24,64±28,58	1,638	0,527
Gebelik sayısı	1	56,67±23,43	61,27±27,04	27,04±28,34	115,906	0,005
	2	54,32±27,32	55,33±32,33	25,96±28,98	39,790	0,043
	3 ve üstü	26,15±31,47	35,08±35,25	18,38±25,29	1,368	0,557
Evlenme Şekli	Görücü usulü	49,61±24,61	49,43±30,69	15,64±24,09	17,956	0,001
	Kendisi tanışarak	56,59±26,14	62,19±28,3	31,12±28,87	16,871	0,001

Gebelerin sosyodemografik özellikleri ile KCFİ puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4-9'da verilmiştir. Yapılan analizlerde yaş ile KCFİ arasında tüm trimesterlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Farkın hangi

gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan Post-Hoc (Mann-Whitney U) testine göre 35 yaş ve üzeri grup ile diğer yaş grupları arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Öğrenim durumu ile KCFİ arasında tüm trimesterlerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan Post-Hoc testi göre ilköğretim grubu ile diğer eğitim grupları arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Eşin yaşı ile KCFİ arasında tüm trimesterlerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan Post-Hoc testine göre 35 yaş ve üzeri grup ile diğer yaş grupları arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Eşin öğrenim durumu ile KCFİ arasında yapılan analizde her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Ekonomik durum ile KCFİ arasında tüm trimesterlerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan Post-Hoc testine göre geliri giderden az olan grup ile diğer gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Evlilik süresi ile KCFİ arasında yapılan analizde her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Gebelik sayısı ile KCFİ arasında yapılan analizde 1. ve 2. trimesterde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için yapılan Post-Hoc testine göre 3 ve üzeri gebelik sayısı olan grup ile diğer gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Evlenme şekli ile KCFİ arasında yapılan analizde her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Ortalama puanlara bakıldığında her üç grupta da anlaşarak evlenenlerin daha yüksek puana sahip oldukları saptandı.

Tablo 4-10: Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile KCMÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		Birinci Trimester	İkinci Trimester	Üçüncü Trimester	Kruskal Wallis Testi	
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	X ²	*p
Yaş	24 yaş ve altı	112,77±16,49	119,04±16,81	87,95±16,60	261,177	0,001
	25-34 yaş	114,81±17,33	122,33±15,09	93,53±16,20	271,491	0,001
	35 yaş ve üzeri	100,42±11,92	108,46±12,87	81,81±12,20	193,265	0,001
Öğrenim durumu	İlköğretim	111,12±16,07	117,18±15,73	88,06±16,09	12,208	0,174
	Lise	115,40±15,01	122,70±13,95	91,89±15,09	28,922	0,068
	Üniversite	111,42±20,11	119,79±18,14	91,58±18,08	10,510	0,198
Eşin yaşı	24 yaş ve altı	108,92±15,90	115,03±16,84	80,86±13,41	65,61	0,017
	25-34 yaş	114,79±17,39	121,93±16,12	93,06±16,79	98,763	0,007
	35 yaş ve üzeri	108,36±15,63	116,11±13,84	88,28±14,41	277,822	0,001
Eşin öğrenim durumu	İlköğretim	112,10±15,50	119,30±14,54	89,08±15,24	0,071	0,875
	Lise	113,57±16,34	119,90±15,80	91,47±16,59	0,034	0,911
	Üniversite	112,00±20,48	120,18±18,77	90,62±18,09	0,828	0,634
Ekonomik durum	Gelir giderden az	105,64±14,86	112,97±15,14	83,81±13,85	311,451	0,001
	Gelir gidere denk	115,02±16,64	122,31±14,92	92,33±15,71	335,329	0,001
	Gelir giderden fazla	117,27±19,34	122,97±18,93	95,80±20,88	236,605	0,001
Evlilik Süresi	24 ay ve altı	111,32±17,37	118,42±16,66	88,53±15,96	11,840	0,179
	25-36 ay arası	112,94±16,65	121,08±15,31	92,20±18,14	7,991	0,243
	36 ay ve üstü	117,31±15,59	123,29±13,70	95,07±15,11	22,391	0,094
Gebelik sayısı	1	112,72±16,65	119,67±15,77	89,73±15,88	0,822	0,636
	2	113,24±18,24	120,95±16,51	91,88±17,92	5,631	0,305
	3	107,54±14,83	113,46±15,93	88,77±14,27	0,171	0,813
Evlenme Şekli	Görücü Usulü	104,55±15,53	111,86±15,06	81,70±14,35	24,383	0,001
	Kendisi tanışarak	116,27±16,44	123,30±15,17	94,22±15,80	21,362	0,001

Gebelerin sosyodemografik özellikleri ile KCMÖ puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4-10'da verilmiştir. Yapılan analizlerde yaş ile KCMÖ arasında tüm trimesterlerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Farkın hangi

gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan Post-Hoc (Mann-Whitney U) testine göre 35 yaş ve üzeri grup ile diğer yaş grupları arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Öğrenim durumu ile KCMÖ arasında yapılan analizde üçüncü trimesterde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Eşin yaşı ile KCMÖ arasında tüm trimesterlerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan Post-Hoc testine göre birinci trimesterde 25-34 yaş arası ile diğer yaş grupları arasında; ikinci trimesterde 25-34 yaş arası ile diğer yaş grupları arasında; üçüncü trimesterde 24 yaş ve altı grup ile diğer gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Eşin öğrenim durumu ile KCMÖ arasında yapılan analizde her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Ekonomik durum ile KCMÖ arasında tüm trimesterlerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan Post-Hoc testine göre geliri giderden az olan grup ile diğer gruplar arasında olduğu saptandı. Evlilik süresi ile ve KCMÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Gebelik sayısı ile KCMÖ arasında yapılan analizde her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Evlenme şekli ile ve KCMÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Ortalama puanlara bakıldığında her üç grupta da anlaşılarak evlenenlerin daha yüksek puana sahip oldukları saptandı.

Tablo 4-11: Gebelerin Cinsel Yaşam Özellikleri ve KCFİ Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsel Yaşam Özellikleri		Birinci Trimester	İkinci Trimester	Üçüncü Trimester	Kruskal Wallis Testi	
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	X ²	*p
İlk cinsel ilişki yaşı	16-20	53,10±25,03	55,29±31,08	19,76±26,71	363,550	0,001
	21-25	57,70±24,48	62,73±26,71	30,44±28,86	447,111	0,001
	26-30	56,88±28,16	64,19±27,18	37,42±28,45	339,185	0,001
	31 ve üzeri	36,43±27,93	34,05±32,36	11,76±20,44	373,301	0,001
İlk cinsel ilişkide sorun yaşama	Evet	52,22±24,17	51,85±32,24	17,83±25,12	38,007	0,001
	Hayır	56,21±27,06	63,38±26,27	33,18±29,03	37,724	0,001
Toplam ilişki süresi	3-10 dk	50,26±25,18	47,97±31,92	19,86±25,24	636,048	0,001
	11-15 dk	57,38±25,44	68,01±22,59	27,81±29,30	2102,497	0,001
	16 dk ve üzeri	61,24±26,57	71,48±21,19	41,30±29,35	878,766	0,001
Cinsel ilişki sıklığı	Haftada 1 ve altı	50,04±26,16	54,03±30,46	19,38±25,83	19,796	0,001
	Haftada 2 ve üzeri	73,33±12,55	76,25±16,09	56,21±17,16	34,373	0,001
Gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi alma	Evet	59,41±25,18	68,08±21,68	34,32±29,04	24,280	0,001
	Hayır	48,98±25,53	47,51±33,19	17,59±24,90	24,586	0,001
Gebelikte cinsel ilişki kısıtlaması olmalı mı?	Evet	47,18±27,07	45,19±33,02	17,28±24,73	1451,076	0,001
	Hayır	64,44±20,93	73,31±14,89	39,46±28,50	2463,931	0,001
	Fikrim yok	55,05±24,78	65,27±24,61	25,80±28,09	1546,691	0,001

*p<0,05

Gebelerin cinsel yaşam özellikleri ve KCFİ puanlarına yönelik bulgular Tablo 4-11'de verilmiştir. Yapılan analizlerde ilk cinsel ilişki yaşı ile KCFİ arasında yapılan analizde her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için yapılan post-hoc testine göre 31 yaş ve üzeri grup ile diğer yaş grupları arasında anlamlı fark olduğu saptandı. İlk cinsel ilişkide sorun yaşama ile KCFİ arasında yapılan analizde her üç

trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Her üç grupta da sorun yaşamayan grubun ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Toplam ilişki süresi ile KCFİ arasında yapılan analizde her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için yapılan post-hoc testine göre her üç grupta da 3-10 dakika arası olan grup ile diğer gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Cinsel ilişki sıklığı ile KCFİ arasında yapılan analizde her üç trimesterde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Her üç grupta da cinsel ilişki sıklığı haftada 2 ve üzeri olan grubun ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi alma ile KCFİ arasında yapılan analizde her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Her üç grupta da bilgi alan gebelerin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. “Gebelikte cinsel ilişki kısıtlaması olmalı mı?” sorusuna verilen cevaplar ile KCFİ arasında yapılan analizde her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için yapılan post-hoc testine göre her üç grupta da gebelikte cinsel ilişki kısıtlaması olması gerektiğini düşünen gebeler ile diğer gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı.

Tablo 4-12: Gebelerin Cinsel Yaşam Özellikleri ve KCMÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsel Yaşam Özellikleri		Birinci Trimester	İkinci Trimester	Üçüncü Trimester	Kruskal Wallis Testi	
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	X ²	*p
İlk cinsel ilişki yaşı	16-20	109,50±17,82	115,88±17,25	84,56±15,98	308,072	0,001
	21-25	115,09±16,14	122,90±14,44	93,96±15,85	462,895	0,001
	26-30	118,73±16,18	124,50±15,50	96,73±15,49	693,584	0,001
	31 ve üzeri	101,62±13,96	109,00±13,53	81,81±12,88	791,015	0,001
İlk cinsel ilişkide sorun yaşama	Evet	106,04±15,15	113,46±15,60	82,67±14,27	23,338	0,001
	Hayır	117,96±16,64	124,84±14,50	96,54±15,40	22,977	0,001
Toplam ilişki süresi	3-10 dk	106,72±15,98	113,07±15,70	84,08±14,70	1506,604	0,001
	11-15 dk	116,65±15,66	124,99±13,33	93,57±14,30	2746,074	0,001
	16 dk ve üzeri	122,58±15,48	129,98±11,79	102,30±15,77	2356,422	0,001
Cinsel ilişki sıklığı	Haftada 1 ve altı	109,17±15,93	116,73±15,16	87,16±15,03	374,616	0,001
	Haftada 2 ve üzeri	127,52±13,27	132,73±12,91	103,96±15,19	404,412	0,001
Gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi alma	Evet	117,58±17,03	125,62±14,32	96,53±16,28	27,672	0,001
	Hayır	107,24±15,36	113,35±15,33	83,59±13,70	20,729	0,001
Gebelikte cinsel ilişki kısıtlaması olmalı mı?	Evet	106,90±15,12	113,77±15,28	85,07±14,53	1354,534	0,001
	Hayır	121,29±15,33	128,38±13,14	98,82±15,61	1834,837	0,001
	Fikrim yok	111,68±18,50	119,55±15,73	88,36±16,39	1253,584	0,001

*p<0,05

Gebelerin cinsel yaşam özellikleri ve KCMÖ puanlarına yönelik bulgular Tablo 4-12’de verilmiştir. Yapılan analizlerde ilk cinsel ilişki yaşı ile KCMÖ arasında her üç trimesterde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için yapılan Post-Hoc (Mann-Whitney U) testine göre 31 yaş ve üzeri grup ile diğer yaş grupları arasında anlamlı fark olduğu saptandı. İlk cinsel ilişkide sorun yaşama ile KCMÖ arasında yapılan analizde her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Her üç grupta da sorun yaşamayan grubun ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Toplam ilişki süresi ile

KCMÖ arasında yapılan analizde her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için yapılan Post-Hoc testine göre her üç grupta da 3-10 dakika arası olan grup ile diğer gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Cinsel ilişki sıklığı ile KCMÖ arasında yapılan analizde her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Her üç grupta da cinsel ilişki sıklığı haftada 2 ve üzeri olan grubun ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi alma ile KCMÖ arasında yapılan analizde her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Her üç grupta da bilgi alan gebelerin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. “Gebelikte cinsel ilişki kısıtlaması olmalı mı?” sorusuna verilen cevaplar ile KCMÖ arasında yapılan analizde her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için yapılan Post-Hoc testine göre her üç grupta da gebelikte cinsel ilişki kısıtlaması olması gerektiğini düşünen gebeler ile diğer gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı.

5. TARTIŞMA

Gebelik sırasında kadının vücudunda pek çok fizyolojik ve psikolojik değişim yaşanmaktadır. Sosyal, kültürel, duygusal ve dini etkenler ile birlikte bu dönemde cinsellik ve cinsel işlev her trimesterde farklı şekilde etkilenmektedir. Cinsel istek yaşanan değişimler ile birlikte dönem dönem azalabilir, normale dönebilir ya da artış gösterebilir. Esas olarak gebelikte cinsel işlevi cinsellik ile ilgili inanışlar, fiziksel kısıtlamalar ve tıbbi sorunların varlığı etkilemektedir (Sydow 1999; Bartellas ve ark. 2000). Yıllar boyunca yapılan pek çok çalışma ile gebelik döneminde cinsel işlev keşfedilmeye çalışılmıştır (Liu ve ark. 2013). Bununla birlikte gebelikte cinsel işlevi değerlendiren prospektif çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma nullipar gebelerde her üç trimesterde cinsel işlevi değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı ve prospektif olarak tasarlanmış ve gebelik döneminde cinsel işlev ve memnuniyette önemli değişiklikler yaşandığını bulgulanmıştır. Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda 3 bölümde tartışılmıştır.

5.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

5.2. Gebelerin Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

5.3. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgularının Tartışılması

5.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Çalışma kapsamında her üç trimesterde görüşme yapılan 256 nullipar gebenin tamamı evli olup, yaş ortalamaları $26,82 \pm 5,36$ yıldır. Gebeliğin cinsel fonksiyon, beden imajı ve pelvik taban fonksiyonları üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile Dinç (2013) tarafından yapılan çalışmada gebelerin yaş ortalaması $26,21 \pm 5,68$ yıldır. Gebeliğin cinsel işlevler üzerine etkisini değerlendiren Efe'nin (2006) çalışmasında da gebelerin yaş ortalaması $26,0 \pm 5,28$ yıl, Özkan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında $25,71 \pm 5,1$ yıl, Eryılmaz ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında $26,5 \pm 5,7$ yıl olarak bulunmuştur. TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'de doğurganlık çağındaki kadınlar için ilk evlenme yaşı 21,4'tür. Yaşa özel doğurganlık hızı en yüksek 25-29 yaş grubundadır. İlk doğum yaşı 23,3'tür. Çalışmamızın bulguları literatürdeki benzer çalışmalar ve TNSA 2018 verileri ile uyumludur.

Çalışmamızda gebelerin eğitim durumunun ilköğretim olanların oranı %39,1, lise olanların oranı %32,8, üniversite ve üstü olanların oranı %28,1 olduğu tespit edilmiştir. TNSA 2018 verilerine göre doğurganlık çağındaki kadınların %49'u ilköğretim, %41'i lise ve üzeri eğitimi tamamlamıştır. Gebelikte cinsel işlevi etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan Gümüşyay'ın (2016) çalışmasında benzer şekilde gebelerin %47,7'si ilköğretim, %33,6'si lise, %15,7'si üniversite ve üzeri eğitim aldığı görülmüştür. Çalışmamızın sonuçları ile TNSA verileri tam olarak uyuşmamaktadır. Bu farkın çalışmamızın tek merkezden yürütülmesi ve TNSA verilerinin ulusal duruma ilişkin sonuçları içermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda eşin eğitim durumu incelendiğinde ilköğretim mezunu %40,2, lise mezunu %36,3, üniversite ve üstü %23,4 olduğu tespit edilmiştir. TNSA 2018 verilerine göre ülkemizde erkeklerin %54'ü ilköğretim, %33'ü lise ve üzeri eğitimi tamamlamıştır. Çalışmamızın sonuçları ile TNSA 2018 verileri farklılıklar gösterse de erkekler arasındaki eğitim seviyesinin kadınlara göre daha yüksek olduğu hem çalışmamızda hem de TNSA 2018 verilerinde gözlenmiştir.

Çalışma durumu değerlendirildiğinde çalışmamızda ev hanımı %62,9, işçi %18,4, memur %13,7 ve esnaf %5,1 olarak bulunmuştur. Gebelerin %68'i halen herhangi bir işte çalışmamaktadır. TNSA 2018 verilerine göre kadınların %64'ü son 12 ayda veya hiç çalışmamıştır. Gebeliğin cinsel işlev üzerine etkisini değerlendiren

Dinç'in (2013) çalışmasında gebelerin %65,6'sının, Gümüşyay'ın (2016) çalışmasında %76,4'ünün, Özkan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında %68,3'ünün, Demiryay'ın (2006) çalışmasında %67,8'inin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın verileri TNSA 2018 verileri ve literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda eşlerin mesleğine bakıldığında işçi %55,1, memur %14,8, esnaf %25,0, işsiz %2,7 ve emekli %2,4 olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte cinsel yaşam kalitesini inceleyen Kodaz'ın (2013) çalışmasında eşlerin %48,7'sinin işçi, %10,9'unun memur olduğu, gebeliğin cinsel işlev üzerine etkisini değerlendiren Özkan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında eşlerin %54,2'sinin işçi, %10,8'inin memur olduğu belirlenmiştir. Eşin mesleğine ilişkin elde edilen bulgular literatür ile uyumaktadır.

Çalışmamızda aile biçimi %81,6 ile çekirdek aile, %17,2 ile eşin ailesi ile birlikte, %1,2 ile kendi ailesi ile birlikte şeklinde bulunmuştur. Gebelikte cinsel işlevi değerlendirmek amacı ile yapılan Kodaz'ın (2013) çalışmasında çiftlerin %76,9'unun, Gümüşyay'ın (2016) çalışmasında çiftlerin %78,3'ünün, Eryılmaz ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında çiftlerin %66,8'inin, Demiryay'ın (2006) çalışmasında çiftlerin %85,0'inin çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir. Çalışmamızda aile biçimine ilişkin elde edilen bulgular literatür ile paralellik göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda çekirdek aile yapısına sahip çiftlerin oranının yüksek olması cinsellikte mahremiyet açısından olumlu değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda çiftlerin ekonomik durumu incelendiğinde gelir giderden az %28,5, gelir gidere denk %59,8 ve gelir giderden fazla %11,7 olarak tespit edilmiştir. Bu durumun çalışma kapsamındaki gebelerin %68'inin çalışmamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Gebelikte cinsel işlevi değerlendiren Gümüşyay'ın (2016) çalışmasında çiftlerin %70,9'unun, Özkan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında %48,8'inin, Demiryay'ın (2006) çalışmasında %71,1'inin ve obezitenin cinselliğe etkisini inceleyen Küçük ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında çiftlerin %62,5'inin ekonomik durumunun "gelir gidere denk" olduğu görülmüştür. Ekonomik durum ile ilgili elde edilen bulgular yapılan benzer çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Çalışma kapsamına alınan gebelerin boy ortalaması $162,68 \pm 5,0$ cm olarak tespit edilmiştir. Gebelerin birinci trimesterdeki kilo ortalaması $61,78 \pm 10,67$ kg, ikinci trimesterdeki kilo ortalaması $66,77 \pm 11,11$ kg ve üçüncü trimesterdeki kilo ortalaması $74,50 \pm 11,90$ kg olarak tespit edilmiştir. Gebelerin aldığı kilo $12,72 \pm 0,79$ ile normal

sınırlardadır. TÜİK 2010 Sağlık Araştırması sonuçlarına göre Türkiye’de kadınların boy ortalamaları 161,4cm, kilo ortalamaları 66,9 kg olarak bulunmuştur. Gebeliğin cinsel işlev üzerine etkisini inceleyen Dinç’in (2013) çalışmasında gebelerin boy ortalaması 161,0±0,06 cm, birinci trimesterde gebelerin kilo ortalaması 64,31±10,62 kg olduğu görülmüştür. Boy ve kiloya ilişkin bulgular karşılaştırıldığında çalışma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir. Ancak trimesterlere göre kilo ortalaması benzer değerlendirmeler olmadığı için karşılaştırılamamıştır.

Çalışmamızda gebeliklerin %79,7’si planlıdır. TNSA 2018 verilerine göre gebeliklerin %75’i istenilen gebeliklerdir. Gebelikte cinsel işlevi değerlendiren Şentürk ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında gebeliklerin %68,2’sinin, Koyun’un (2012) çalışmasında gebeliklerin %83’ünün, Kodaz’ın (2013) çalışmasında gebeliklerin %78,8’inin, Özkan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında gebeliklerin %76,3’ünün, Eryılmaz ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında gebeliklerin %69,3’ünün planlı olduğu görülmüş olup, literatür ile çalışmamızın bulguları paralellik göstermektedir.

Çalışma kapsamında görüşülen 256 gebenin tamamı nullipar olup %65,6’sının birinci gebeliğidir. Gebelerin %26,2’sinin abortus ve %10,5’inin küretaj öyküsü olduğu tespit edilmiştir. TNSA 2018 verilerine bakıldığında kadınların %22’sinin en az bir kez abortus ve %15’inin en az bir kez küretaj geçirdiği görülmektedir. Kodaz’ın (2013) çalışmasında gebelerin %24,4’ünün abortus, %8,3’ünün küretaj öyküsü olduğu görülmüştür. Gümüşyay’ın (2016) çalışmasında gebelerin %20,9’unun abortus ve %6,3’ünün küretaj öyküsü olduğu görülmüştür. Demiryay’ın (2006) çalışmasında gebelerin %21,2’sinin abortus öyküsü olduğu belirtilmiştir. Eryılmaz ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında gebelerin %28,2’sinin abortus öyküsü olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda ortaya çıkan obstetrik özelliklere ilişkin bulgular ile literatür ve TNSA 2018 verileri paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda çiftlerin evlilik süresi ortalama 24,34±16,80 ay olup, %83,5’inin 3 yıldan az evlilik süresine sahip olduğu görülmektedir. Çalışmamız nullipar gebeler ile yürütüldüğü için çoğunluğu yeni evli grubunda yer almaktadır. TNSA 2018 verilerine göre kadınlarda ortalama ilk evlenme yaşı 21,4 ve ortalama ilk doğum yaşı 23,3’tür, yani ortalama olarak evlilik sonrası 21 ayda doğum gerçekleşmiştir. Çalışma verilerimiz TNSA 2018 ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda ilk cinsel ilişki yaşı ortalama 23,08±4,61’dir ve ilk cinsel ilişki yaşı %50,4 oranında 21-25 yaş arasındadır.

Türkiye’de yapılan çalışmalara bakıldığında ilk cinsel ilişki yaşı 17-21 yaş arasında değiştiği görülmektedir. Cinsel deneyim ve cinsel sağlık üzerine yapılan çalışmalarda ilk cinsel ilişki yaşı; Evcili ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) 18-20 yaş, Duman ve arkadaşlarının çalışmasında (2015) 17-20 yaş, Doğan ve Saraçoğlu’nun (2009) çalışmasında $21,96 \pm 2,80$ yaş olduğu belirtilmiştir. Çoğunlukla ilk cinsellik evlilik ile gerçekleştiği bilinmektedir ve çalışmamızın bulguları ile benzer niteliktedir.

Çalışmamızda çiftlerin %44,9’u ilk cinsel ilişkilerinde sorun yaşadığı belirlenmiştir. Demirezen’in (2006) cinsel yaşamı ele aldığı çalışmasında kadınların %67,5’nin, Öksüz ve Malhan’ın (2006) cinsel işlev bozukluğunu incelediği çalışmasında kadınların %48,3’ünün, Özçelik ve Karaçam’ın (2014) gebelikte cinsel sağlık sorunları ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında ise kadınların %36,3’ünün cinsel ilişkilerinde sorun yaşadığı görülmüş olup, çalışmamız ile literatür paralellik göstermektedir.

Çiftlerin cinsel istek uyumuna bakıldığında eşiyle birlikte “Evet ikimiz de istekliyiz” diyenlerin oranı %50,3, “Hayır eşim istekli, ben isteksizim” diyenlerin oranı %43,4, “Evet ikimiz de isteksiziz” diyenlerin oranı %5,5 olduğu belirlenmiştir. Gebelerde cinsel işlevi değerlendirmek amacı ile Fok ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada gebelerin %60’ının, eşlerin %40’ının cinsel isteklerinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Gebeliğin cinsel işlev üzerindeki etkisini inceleyen Gökyıldız ve Beji (2005), Aslan ve arkadaşları (2005), Erbil (2018), Bartellas ve arkadaşları (2000), Oruç ve arkadaşlarının (1999) çalışması gibi pek çok çalışmada da gebelikte cinsel aktivitenin devam etmesine rağmen çiftlerin %40 ile %60 özellikle üçüncü trimesterde cinsel istekte azalma yaşandığı rapor edilmiştir. Gebelik ve postpartum dönemde cinsel işlevi inceleyen Beyazıt ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında gebelerin %58’inin cinsel istekte ve cinsel memnuniyette azalma yaşadığı belirtilmiştir. Çalışmamızın bulguları ile literatür cinsel istek düzeyi bakımından paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda cinsel ilişkiyi başlatanın %74,2 oranında erkek, %4,3 kadın ve %21,5 oranında her iki eş tarafından başlatıldığı belirlenmiştir. Adınma’nın (1995) çalışmasında gebelik döneminde cinsel ilişkinin nadiren kadınlar tarafından (%2,7) başlatıldığı rapor edilmiştir. Gebelik döneminde cinsel işlevi ele alan Efe’nin (2006) çalışmasında gebelikte cinsel ilişkiyi başlatanın %88,4 oranında, Arıca ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında %95 oranında erkek partner olduğu görülmüştür. Çalışmamızda ve

literatürde cinsel ilişkiyi başlatan partnerin belirgin olarak erkek olduğu görülmektedir. Bu duruma neden olan etmen toplumun kültürel yapısı, mitler ve yetiştirilme tarzı olabilmektedir.

Çalışmamızda ortalama cinsel ilişki süresinin $12,60 \pm 6,48$ dakika olduğu, %52,3 oranında 3-10 dakika olduğu belirlenmiştir. Kadınların orgazm yaşama durumunun incelendiği Brody ve Weiss'in (2010) çalışmasında cinsel ilişki süresi ortalaması $12,97 \pm 11,05$ dakika ve Brody'nin (2007) çalışmasında $12,40 \pm 6,40$ dakika olarak rapor edilmiştir. Çalışmamızın bulguları ile literatür paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelik ile birlikte cinsel yaşamın etkilenme şekline bakıldığında; olumsuz etkilenme %54,7, olumlu etkilenme %9,4 ve değişmeyen oranı %35,9'dur. Gebelikte cinsel işlevi etkileyen faktörlerin incelendiği Koyun'un (2012) çalışmasında gebelikte cinsel ilişkinin %65 oranında olumsuz, %7,5 oranında olumlu etkilendiği görülmüştür. Gebelikte cinsel işlevi inceleyen Shojaa ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında gebelerin %68'inin, Gümüşyay'ın (2016) çalışmasında gebelerin %76,4'ünün cinsel ilişkiden uzaklaştığı ayrıca Eryılmaz ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında gebelerin %81,5'inin, Özçelik ve Karaçam'ın (2014) çalışmasında gebelerin %80,1'inin cinsel yaşamın olumsuz etkilendiği görülmüştür. Badri ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında cinsel ilişkinin %71 oranında olumsuz ve %8 oranında olumlu etkilendiği bildirilmiştir. Bartellas ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında da gebelerin %71'inin cinsel aktivitesinin olumsuz etkilendiği, %23'ünün değişmediği ve %6'sının olumlu etkilendiği rapor edilmiştir. Trimesterler arasında farklılıklar olsa da literatüre bakıldığında genel olarak gebelik ile birlikte yaşanan değişimlerin de etkisi ile cinsel yaşamın olumsuz etkilendiği görülmektedir. Çalışmamızın bulguları ile literatür bu açıdan paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelikte cinsel ilişki sıklığına bakıldığında haftada bir veya daha az cinsel ilişkiye girenlerin oranı %81,2, haftada iki ve daha çok cinsel ilişkiye girenlerin oranı %18,8 olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte cinsel işlevi değerlendiren Özkan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında gebelerin %61,7'sinin, Eryılmaz ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında gebelerin %57,6'sının cinsel ilişki sıklığının "haftada 1-2 kez" olduğu belirtilmiştir. Karaçam ve Çalışır'ın (2012) çalışmasında gebelerin %21,1'inin, Kırıkkaleli'nin (2015) çalışmasında gebelerin %14,04'ünün, Liu ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında gebelerin %13,92'unun, Koyun'un (2012)

çalışmasında gebelerin %18'inin gebelik süreci boyunca hiç cinsel ilişkide bulunmadığı tespit edilmiştir. Sydow'un (1999) çalışmasında da gebelerin %10'unun, Oruç ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin %73,6'sının cinsel ilişkiden kaçındığı, Orji ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında çiftlerin %64'ünde koital sıklığının azaldığı görülmüştür. Liu ve arkadaşlarının (2013), Aslan ve arkadaşlarının (2005), Oruç ve arkadaşlarının (1999) çalışmalarında özellikle üçüncü trimesterde koitus sıklığında önemli azalma olduğu rapor edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları ile literatür cinsel ilişki sıklığı bakımından paralellik göstermektedir. Bununla beraber Sydow (1999) koital aktivite sıklığının kadının cinsel işlevi için iyi bir gösterge olmadığını belirtmektedir.

Çalışmamızın bulgularında gebelerin %41,8'inin cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrı yaşadığı, %10,2'sinin cinsel ilişki sırasında veya sonrasında kanama yaşadığı belirlenmiştir. Adinma (1995) çalışmasında gebelerin %22,7'sini, Oruç ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında gebelerin %61,9'unun, Eryılmaz ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında gebelerin %49,2'sinin, Şentürk ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında gebelerin %38,8'inin, Efe'nin (2006) çalışmasında gebelerin %46,8, Arıca ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında gebelerin %67,1'inin, Sydow'un (1999) çalışmasında da gebelerin %22-50'sinin dispareni yaşadığı görülmüştür. Serati ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında gebelerin %13'ünün, Kırıkkaleli'nin (2015) çalışmasında gebelerin %5,36'sının kanama yaşadığı görülmüştür. Gebelikte cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrı ya da kanama sorunu yaşama açısından çalışmamızın sonuçları ile literatür paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda cinsel yaşamda karşılaşılan sorunların kaynağı olarak; %45,6 oranında bulantı-kusma, %44,9 oranında cinsel isteksizlik, %38,1 oranında duygusal değişiklik, %25,6 oranında fiziksel rahatsızlık, %22,8 oranında meme hassasiyeti, %15,5 oranında eşin verdiği olumsuz tepkiler, %14,2 oranında ağrı ya da kanama yaşama korkusu, %6,7 oranında fiziksel değişiklik ve %3,2 oranında kültürel ya da dini nedenler tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında da bulantı-kusma oranı Eryılmaz'ın (2002) çalışmasında %39,5, Ege ve Eryılmaz'ın (2000) çalışmasında %57,9; cinsel isteksizlik oranı Oruç'un (1999) çalışmasında %39,2, Bogren'in (1991) çalışmasında %40, Özçelik ve Karaçam'ın (2014) çalışmasında %47,3, Bartellas ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında %58, Gümüşyay'ın (2016) çalışmasında %43,8; fiziksel rahatsızlık oranı Oruç'un (1999) çalışmasında %22; kanama yaşama korkusu Serati ve

arkadaşlarının (2010) çalışmasında %57, Fok ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında %74,8; ağrı yaşama korkusu Oruç'un (1999) çalışmasında %37,3, meme hassasiyeti Bartellas ve arkadaşlarının çalışmasında (2000) %40; kültürel ve dini nedenlerin oranı Özçelik ve Karaçam'ın (2014) çalışmasında %1,0 olarak rapor edilmiştir. Çalışmamızın bulguları ile literatür cinsel yaşamda karşılaşılan sorunların kaynağı bakımından karşılaştırıldığında bulantı-kusma, cinsel isteksizlik, fiziksel rahatsızlık ve kültürel ve dini nedenler açısından paralellik göstermektedir.

Gebelikte cinsel yaşama yönelik sorunlarla baş etme şekillerine bakıldığında çalışmamızda pozisyon değişikliği %34,8, mastürbasyon yapma %5,9, oral seks %5,5, masaj uygulaması %2 ve hiçbir girişimde bulunmama ise %52 olduğu tespit edilmiştir. Koyun'un (2012) çalışmasında pozisyon değişikliği oranı %45,5, Gümüşyay'ın (2016) çalışmasında %44,5, Bartellas ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında %29, Bouzouita ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında %46,5 olduğu görülmüştür. Efe'nin (2006) çalışmasında gebelik döneminde mastürbasyon yapma oranı %3,8'dir. Sydow'un (1999) çalışmasında gebelik döneminde mastürbasyona ilişkin sonuçların çelişkili olduğu ve %8-31 oranında değiştiği belirtilmiştir. Çalışmamızda ve literatürde en sık kullanılan baş etme şeklinin pozisyon değişikliği olduğu görülmektedir. Diğer taraftan gebelerin yarısından fazlasının herhangi bir başetme yöntemi uygulamamasının nedeni ise cinsel isteksizliğin yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda gebelikte cinsel ilişki kısıtlaması olması gerektiğini düşünen gebelerin oranı %48,8, gebelikte cinsel ilişki kısıtlaması olmaması gerektiğini düşünenlerin oranı %34 ve gebelikte cinsel ilişki kısıtlamasına dair fikri olmayanların oranı %17,2 olduğu tespit edilmiştir. Bartellas ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında gebelerin %49'unun, Eryılmaz ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında gebelerin %61,4'ünün, Koyun'un (2012) çalışmasında gebelerin %59'unun, Sadi'nin (2014) çalışmasında gebelerin %42,9'unun, Erbil'in (2018) çalışmasında gebelerin %58,4'ü gebelikte cinsel ilişkinin kısıtlanması gerektiğini düşündüğü görülmüştür. Gebelerin kayda değer bir kısmının cinsel ilişkiyi tehlikeli bulması ya da gebelikte cinsel yaşam ile ilgili fikirlerinin olmaması bilgi kaynağından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda ve literatürde görüldüğü gibi gebelerin yaklaşık %30'u sağlık çalışanından bilgi almaktadır. Bilgi kaynağı olarak tespit edilen aile, arkadaş, internet gibi kaynakların mitleri destekleyici bilgiler vermesi çiftte kafa karışıklığına ve cinsellikten kaçınmaya

neden olabilmektedir. Çalışmamız ile literatür gebelikte cinsel ilişkiye bakış konusunda paralellik göstermektedir.

Gebelikte cinsel ilişki kısıtlaması olması gerektiğini düşünen gebeler kısıtlama nedeni olarak; %54,4 oranında düşük yapma riski, %27,2 oranında erken doğum riski, %12 oranında ağrı olma riski, %12 oranında dinen sakıncalı, %12 oranında enfeksiyon riski, %11,2 oranında bebeğin yaralanma riski ve %3,2 oranında kanama riski olacağına yönelik düşünceleri olduğu tespit edilmiştir. Eryılmaz'ın (2002) çalışmasında gebelerin %45'i düşük yapma riski ve %34'ü erken doğum riski; Gümüşyay'ın (2016) çalışmasında da gebelerin %43,8'i düşük yapma riski ve %39,6'sını erken doğum riski nedeni ile cinsel ilişki kısıtlaması olması gerektiğini düşündüğü görülmüştür. Orji ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında gebelerin %8'i enfeksiyon riski; Eryılmaz ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında gebelerin %49,2'si, Oruç'un (1999) çalışmasında %25,2'si ağrı olma riski; Özçelik ve Karaçam'ın (2014) çalışmasında gebelerin %1,0'i dinen sakıncalı olduğunu düşünme; Oruç'un (1999) çalışmasında gebelerin %49,1'i, Bhutto'nun (2000) çalışmasında %45,4'ü, Eryılmaz'ın (2002) çalışmasında %46,2'si, Fok ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında gebelerin %82,9'u bebeğin yaralanma riski ve %74,8'i kanama riski nedeni ile cinsel ilişki kısıtlaması olması gerektiğini düşündüğü görülmüştür. Çalışmamızın bulguları ile literatür cinsel ilişkinin kısıtlanma nedeni bakımından karşılaştırıldığında düşük yapma riski, erken doğum riski ve enfeksiyon riski açısından benzerlik göstermektedir.

Doğum öncesi bakım kapsamında çiftlere cinsel danışmanlık sağlanması cinsel sorunların hafifletilmesinde öneme sahiptir. Çalışmamızda gebelerin %52'sinin gebelikte cinsel yaşam ile ilgili bilgi aldığı belirlenmiştir. Oruç ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında gebelerin %64,5'inin, Işık'ın çalışmasında (2010) gebelerin %53,9'unun, Sadi'nin (2014) çalışmasında gebelerin 37,1'inin, Gümüşyay'ın (2016) çalışmasında gebelerin %58,7'sinin, gebelikte cinsel yaşam ile ilgili bilgi aldığı görülmüştür. Çalışmamız gebelerin cinsel yaşam hakkında bilgi alma durumu bakımından birçok çalışma ile paralellik göstermektedir. Ancak bilgi almak kadar bilginin kaynağı da doğru bilgiye erişmek ve sağlıklı bir gebelik süreci geçirmek için oldukça önemlidir.

Çalışmamızda cinsel konularda bilgi kaynaklarına bakıldığında ise gebelerin %55,0'inin internet/sosyal medyadan, %23,4'ünün hekimden, %15,1'inin akraba/arkadaştan ve %12,8'inin hemşire/ebeden bilgi aldığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızın sonucunda gebelerin %70,1'inin sağlık profesyonellerinden bilgi almadığı görülmektedir. Sadi'nin (2014) çalışmasında gebelerin %50'si hekimden, %35'i ebeden, %2,5'i internetten bilgi aldığı görülmüştür. Literatürde gebelikte cinsel yaşama ilişkin bilgi kaynaklarına bakıldığında gebelerin; Gökyıldız ve Beji'nin (2005) çalışmasında %15,8'inin sağlık profesyonellerinden, Çorbacıoğlu ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında %23,8'inin sağlık profesyonellerinden, Bartellas ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında %29'unun hekimden, Uwapusitanon ve Choobun'un (2004) çalışmasında %22'sinin hekimden, Liu ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında %38,7'sinin internetten, Gümüsyay'ın (2016) çalışmasında %37,5'inin internetten ve %23,5'inin hekimden, Staruch ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında %63,5'inin internetten ve %30'unun sağlık profesyonellerinden bilgi aldığı görülmüştür. Malarewicz ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında gebelerin %68'inin hekim ya da hemşireden gebelikte cinsel sorunlar hakkında bilgi almadığı rapor edilmiştir. Gebelikte cinsellik ile ilgili bilgi kaynakları literatürde çeşitlilik göstermektedir. Ancak birçok çalışmada hekim ya da hemşireden bilgi alma oranlarının düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun sebebi cinselliğin ülkemizde hala mahrem bir konu olması ve sağlık profesyonelleri tarafından cinsel sorunların değerlendirilmemesi olabilir. Çiftin sahip olduğu yanlış bilgi ve inanışları düzeltmek için gebelikte cinsel aktivite ile ilgili bilgi kaynaklarını anlamak ve çiftin doğru kaynaklardan bilgi edinmesini sağlamak önemlidir. Polikliniklere başvuran çiftlerin cinsel sorunları sağlık çalışanları tarafından her zaman ele alınmayabilir ya da çiftler cinsellik ile ilgili konuşurken her zaman rahat hissetmeyebilir ancak sağlık profesyonellerinin cinsel sağlığı değerlendirmesi bütüncül yaklaşım açısından önemlidir (Albaugh ve ark. 2003). Shojaa ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında İranlı gebelerin bir sağlık çalışanı ile konuşmak istemelerine rağmen hiçbirinin gebelikte cinsellik hakkında bir uzmandan danışmanlık almadığı belirtilmektedir. Bartellas ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında gebelikte cinsel ilişkiyi hekim ile görüşmeyen gebelerin %76'sı konunun görüşülmesi gerektiğini düşündüğü ve cinsellik ile ilgili bilgi almak isteyen gebelerin %34'ünün konuyu açmaktan rahatsız olduğu görülmüştür. Kadınlara gebelikte cinsel aktivite ile ilgili sağlık profesyonelleri tarafından verilen bilginin yetersiz olduğu literatürde ve çalışmamızda görülmektedir. Çalışmamızda saptanan gebelikte cinsel yaşam ile ilgili bilgi kaynağına ilişkin bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir.

Gebelerin cinsel yaşamlarına ilişkin destek alma durumlarına ilişkin bulgulara bakıldığında ise, gebelerin %99,6'sının destek almadığı tespit edilmiştir. Literatürde incelenen çalışmalarda gebelerin sağlık çalışanından düşük oranlarda da olsa cinsel yaşam ile ilgili bilgi aldığı ancak problemin çözümü için destek almadığı görülmüştür. Bu bakımdan literatür ile çalışmamız benzerlik göstermektedir.

5.2. Gebelerin KCFİ ve KCMÖ Puanlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda trimesterlere göre KCFİ puanlarına bakıldığında birinci trimesterde $20,36 \pm 10,19$, ikinci trimesterde $22,04 \pm 11,32$ ve üçüncü trimesterde $9,94 \pm 10,41$ olduğu saptanmıştır. Gebelik boyunca her üç trimesterde cinsel işlevlerde azalma olmakla birlikte ikinci trimesterde hafif bir iyileşme olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda gebelikte KCFİ'nin cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum alt boyutlarında birinci trimesterde düşüş, ikinci trimesterde artış ve üçüncü trimesterde tekrar düşüş yaşandığı görülmektedir. Trimesterler kendi aralarında karşılaştırıldığında birinci trimestere göre ikinci trimesterde; cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve doyum alt boyutlarında iyileşme olduğu görülmektedir. İkinci trimestere göre üçüncü trimesterde ve birinci trimestere göre üçüncü trimesterde tüm alt boyut puanlarında düşüş yaşandığı görülmektedir. KCFİ'nin alt boyutu olan cinsel isteğe bakıldığında da birinci trimesterde $2,98 \pm 0,92$, ikinci trimesterde $3,81 \pm 0,91$ ve üçüncü trimesterde $1,95 \pm 0,73$ olduğu saptanmıştır. Ağrı alt boyutunda ise trimesterler ilerledikçe düşüş yaşandığı görülmektedir. Aslan ve arkadaşlarının (2005) 40 sağlıklı gebe ile yaptığı prospektif çalışmada KCFİ'nin tüm alt boyut puanlarında özellikle üçüncü trimesterde belirgin azalma yaşandığı görülmüştür. Khalesi ve arkadaşlarının (2008) 123 çift ile gerçekleştirdikleri kohort çalışmasında ikinci trimesterde cinsel istek, uyarılma ve lubrikasyon alt boyut puanlarında iyileşme görülmüştür. İkinci trimesterde cinsel işlevde çalışmamızda ve literatürde görülen iyileşme mide bulantısı, kusma gibi fiziksel semptomların azalması, gebeliğin kabul edilmesi ve abortus korkusunun azalması ile ilişkilendirilmiştir. Gebeliğin cinsel işlev üzerine etkisini inceleyen Reamy ve arkadaşları prospektif (1982), Perkins (1982), Bartellas ve arkadaşları (2000), Leite ve arkadaşları (2009), Barclay ve arkadaşlarının (1994), Al Bustan ve arkadaşları (1995), Serati ve arkadaşlarının (2010), Ahmed ve arkadaşları (2014), Aslan ve arkadaşları (2005) çalışmalarında ve Sydow (1999)'un gebelik ve postpartum dönemde cinselliği inceleyen 59 araştırmanın meta-analizinde birinci trimesterde cinsel işlevin

değişmediğini ya da hafif bir düşüş yaşandığını, ikinci trimesterde iyileşme yaşandığını, üçüncü trimesterde ise belirgin bir azalma yaşandığını bildirmişlerdir. Yeniel ve Petri (2014) tarafından yapılan gebelikte cinsel işlevin değerlendirildiği 20 çalışmanın sistematik incelemesinde, cinsel işlevin gebelik haftası ilerledikçe olumsuz etkilendiği, özellikle üçüncü trimesterde cinsel istek, orgazm, lubrikasyon ve memnuniyette azalma yaşandığı rapor edilmiştir. Gebelikte cinsel davranışın incelendiği Solberg ve arkadaşlarının retrospektif çalışmasında (1973) ve Pizarro ve arkadaşlarının fenomenolojik (2019) çalışmasında gebelik döneminde cinsel ilgi ve koital aktivitede özellikle üçüncü trimesterde belirgin bir azalma yaşandığını rapor etmiştir. Nullipar gebelerde her üç trimesterde cinsel işlevdeki değişimleri inceleyen Ninivaggio ve arkadaşlarının (2017) prospektif çalışmasında ve Huang ve arkadaşlarının (2020) prospektif kohort çalışmasında KFCİ puanlarının ve cinsel aktivite oranının gebelik haftası ilerledikçe azaldığı belirtilmiştir. Gebelikte cinsel işlevi inceleyen Sossah (2014), Saotome ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında gebelik haftası ilerledikçe cinsel isteğin azaldığını belirtmiştir. Gebeliğin cinsel işleve etkilerini değerlendiren Gökyıldız ve Beji'nin (2005) çalışmasında gebelik ilerledikçe koital ağrının arttığı ve özellikle son trimesterde yaygınlaştığı görülmüştür. Fok ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında gebelik ilerledikçe cinsel istek ve orgazm sıklığında azalma yaşandığı raporlanmıştır. Özkan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında özellikle üçüncü trimesterde KCFİ'nin tüm alt boyutlarında azalma olduğu belirtilmiştir. Gebelikte cinsel işlevde meydana gelen değişimleri inceleyen Elliott ve Watson (1985), Bogren (1991), Oruç ve arkadaşları (1999), Gökyıldız ve Beji (2005), Fok ve arkadaşları (2005), Aslan ve arkadaşları (2005) çalışmalarında cinselliğe olan ilgi ve memnuniyette, cinsel ilişki sıklığında azalma rapor etmiştir. Saotome ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında cinsel isteğin gebelik süresince düşük olduğu belirtilmiştir. Fuchs ve arkadaşlarının (2019) prospektif çalışmasında ikinci ve üçüncü trimester KCFİ puanları $25,9 \pm 8.7$ ve 22.7 ± 8.7 olduğu ve gebelerin en çok ikinci trimesterde cinsel olarak aktif olduğu ve cinsel memnuniyet düzeylerinin ikinci trimesterde daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Masters ve Johnson'ın (1994) çalışmalarında tanımladıkları gebelik sırasındaki cinsel yanıt ile çalışmamızın bulguları paralellik göstermektedir. Bu cinsel yanıt döngüsünde cinsel istek, memnuniyet ve koital sıklıkta birinci trimesterde düşüş, ikinci trimesterde artış ve üçüncü trimesterde tekrar düşüş şeklinde tanımlanmıştır. Bazı çalışmalarda gebelik haftası ilerledikçe koitus sıklığının azalmasına bağlı olarak dispareni de

azaldığı belirlenmiştir (Leite ve ark. 2009). Çalışmamızın bulguları literatürdeki KCFİ puanları, alt boyut puanları ve trimesterlerdeki değişim açısından paralellik göstermektedir.

Çalışmamızın bulguları KCFİ kesme değeri 26,55 dikkate alınarak incelendiğinde cinsel işlevlerde azalma olan gebelerin oranı her üç trimesterde sırası ile %60,28, %64,74 ve %90,88 olduğu saptandı. Literatüre bakıldığında gebelerde cinsel işlevlerin azalma oranı gebeliğin üçüncü trimesterinde cinsel işlevi ele alan Erbil'in (2018) çalışmasında %92, Ahmed'in çalışmasında %68, Bartellas'ın (2000) çalışmasında %49 ve Bouzouita ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında %70 olduğu belirtilmiştir. Khalesi'nin (2018) çalışmasında gebelerde cinsel işlevlerde azalma oranı birinci trimesterde %64,22, ikinci trimesterde %70,73 ve üçüncü trimesterde %87,8 olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızın sonuçları ile literatür benzerlik göstermektedir.

Trimesterlere göre KCMÖ puanlarına bakıldığında birinci trimesterde $56,30 \pm 8,51$, ikinci trimesterde $59,86 \pm 8,0$ ve üçüncü trimesterde $45,15 \pm 8,20$ olduğu saptanmıştır. KCMÖ puanları trimestere göre değerlendirildiğinde birinci trimestere göre ikinci trimesterde memnuniyette artış görülse de üçüncü trimesterde düşüş yaşanmaktadır. En yüksek KCMÖ puanı ikinci trimesterde, en düşük KCMÖ puan üçüncü trimesterde görülmüştür.

KCMÖ ve tüm alt boyutlarında tüm trimesterlerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Çalışmamızda KCMÖ'nün alt boyutları trimesterlere göre değerlendirildiğinde birinci trimestere göre ikinci trimesterde tüm alt boyut puanlarında iyileşme olduğu görülmüştür. İkinci trimestere göre üçüncü trimesterde ve birinci trimestere göre üçüncü trimesterde ölçeğin tüm alt boyut puanlarında düşüş yaşandığı görülmektedir. Gebeliğin cinsel işlev ve memnuniyet üzerine etkisini değerlendiren Perkins (1982), Bartellas ve arkadaşları (2000), Leite ve arkadaşları (2009), Barclay ve arkadaşlarının (1994), Al Bustan ve arkadaşları (1995), Serati ve arkadaşlarının (2010), Ahmed ve arkadaşlarının (2014) çalışmalarında ve Sydow (1999)'un gebelik ve postpartum dönemde cinselliği inceleyen 59 araştırmanın meta-analizinde birinci trimesterde cinsel memnuniyetin değişmediğini, ikinci trimesterde iyileşme yaşandığını, üçüncü trimesterde ise belirgin bir azalma yaşandığını bildirmişlerdir. Yeniell ve Petri (2014) tarafından yapılan gebelikte cinsel işlevin değerlendirildiği 20 çalışmanın sistematik incelemesinde, Fok ve arkadaşlarının (2005) ve Huang ve arkadaşlarının

(2020) çalışmasında gebelik haftası ilerledikçe cinsel memnuniyette azalma yaşandığı raporlanmıştır. Fuchs ve arkadaşlarının (2019) prospektif çalışmasında cinsel memnuniyet düzeyinin ikinci trimesterde daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda ve literatürde ikinci trimesterde cinsel memnuniyette görülen iyileşme, bu dönemde fiziksel rahatsızlıkların azalması ile ilişkilendirilmiştir. KCMÖ ile ilgili elde edilen bulguları değerlendirmek için literatürde aynı ölçek kullanılarak benzer metodolojide yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Ancak farklı araçlar ile cinsel memnuniyeti değerlendiren çalışmalar ile benzerlikler tespit edilmiştir. Gebelikte cinsel memnuniyeti, Jawed-Wessel ve arkadaşları (2019) Seksüel Fonksiyon Anketi (Sexual Function Questionnaire–SFQ), Oruç ve arkadaşları (1999), Gökyıldız ve Beji (2005) yapılandırılmış görüşme formu ile değerlendirmişlerdir. Arslan ve arkadaşları (2005), Özkan ve Arkadaşları (2009), Çorbacıoğlu ve arkadaşları (2012), Koyun (2012), Aydın ve arkadaşları (2015), Badri ve arkadaşları (2017), Bouzouita ve arkadaşları (2018), Khalesi ve arkadaşları (2018), Saotome ve arkadaşları (2018), Huang ve arkadaşları (2020) gebelik döneminde cinsel memnuniyeti KCFİ'nin memnuniyet alt boyutu aracılığı ile değerlendirmişlerdir. Gebelik ile birlikte yaşanan fizyolojik değişimler ve kaygıların etkisi ile cinsel istekte azalma yaşanması cinsel ilişki sıklığını ve cinsel memnuniyeti etkilemektedir.

5.3. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile KCFİ ve KCMÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Çalışmada yaş ile ölçek puanları arasındaki karşılaştırmalarda 35 yaş ve üstü grupta KCFİ puanlarının her üç trimesterde düşük olduğu belirlenmiştir. KCMÖ puanının ise 35 yaş üzerinde her üç trimesterde düşük olduğu belirlenmiştir. Oruç ve arkadaşlarının (1999), Eryılmaz ve arkadaşlarının (2004), Koyun'un (2012) ve Fuchs ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında yaş ile cinsel işlev ve memnuniyet arasında ilişki saptanmamıştır. Öksüz ve Malhan'ın (2006) çalışmasında cinsel işlev ve memnuniyet üzerinde en önemli etkenin gebenin yaşı olduğu belirtilmiştir. Gökyıldız ve Beji'nin (2005) çalışmasında 29 yaş altı grupta cinsel istek puanlarının, Bogren'in (1991) çalışmasında 25 yaş altı grupta cinsel memnuniyetin daha yüksek olduğu görülmüştür. Al Bustan ve arkadaşlarının (1995), Ahmed ve arkadaşlarının (2014), Sossah (2014), Saotome ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında da genç yaş grubundaki gebelerde cinsel işlev ve memnuniyetin daha fazla olduğu görülmüştür. Özkan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında 30 yaş üzeri grupta KCFİ puanlarının daha düşük olduğu rapor

edilmiştir. Staruch ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında yaş arttıkça cinsel aktivitede azalma görüldüğü belirtilmiştir. Yaş ile cinsel işlev ve memnuniyet arasındaki ilişki bakımından çalışmamızın bulguları bazı çalışmalar ile uyumsuz olmasına rağmen Öksüz ve Malhan (2006) Gökyıldız ve Beji (2005), Bogren (1991), Al Bustan ve arkadaşları (1995), Ahmed ve arkadaşları (2014), Galazka ve arkadaşları (2015), Sossah (2014), Saotome ve arkadaşlarının (2018) çalışmaları ile paralellik göstermektedir. Bulgularımızın bazı çalışmalar ile uyumsuz olması, çalışmamızın nullipar gebeler ile yürütülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. 35 yaş ve üzeri nullipar gebeliklerde cinsellik abortus korkusu ile ikinci plana atılabilmektedir. Bu durum cinsel işlev ve memnuniyeti olumsuz etkilemektedir.

Çalışmamızda öğrenim düzeyi ile ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde KCFİ puanında her üç trimesterde ilköğretim mezunları grubunda düşük olduğu belirlenmiştir. Öğrenim durumu ile KCMÖ arasında yapılan analizde her üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça KCFİ puanlarının arttığı belirlenmiştir. Fuchs ve arkadaşlarının (2019), Bogren'in (1991), Eryılmaz ve arkadaşlarının (2004), Saotome ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında yüksek eğitim seviyesine sahip gebelerin cinsel işlev ve memnuniyetlerinin daha iyi olduğu belirtilmiştir. Koyun (2012) ve Özkan'ın (2009) çalışmasında ise eğitim seviyesinin cinsel işlevi etkilemediği belirtilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatürdeki birçok çalışma ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda eşin yaşı ile ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde KCFİ puanının her üç trimesterde 35 yaş ve üzeri grupta düşük olduğu belirlenmiştir. Eşin yaşı ile KCMÖ puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda eşin yaşı arttıkça KCFİ puanının düştüğü tespit edilmiştir. Gümüşyay'ın (2016), Özkan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında eşinin yaşı genç olan gebelerde KCFİ puanının ve cinsel memnuniyetin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızın sonuçları ile literatür eşinin yaşı ile KCFİ arasındaki ilişki bakımından paralellik gösterirken cinsel memnuniyet açısından paralellik göstermemektedir.

Çalışmamızda eşin eğitimi ile KCFİ ve KCMÖ puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Özkan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise eşleri üniversite mezunu olan gebelerin daha düşük doyum puanına sahip olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızın sonuçları ile literatür bu açıdan farklılıklar içermektedir. Bu farkın

örneklem gruplarının sosyodemografik özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda KCFİ ve KCMÖ puanlarının her üç trimesterde de en düşük olan “geliri giderden az” grubu olduğu tespit edilmiştir. Koyun (2012) ve Özkan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında gelir düzeyinin gebelerde cinsel işlevi etkilemediği belirtilmiştir. Aydın ve arkadaşlarının (2015) ve Gümüşyay’ın (2016) çalışmasında düşük gelire sahip çiftlerin cinsel işlevinin olumsuz etkilendiği görülmüştür. Çalışmamız Aydın ve arkadaşları (2015) ve Gümüşyay’ın (2016) çalışması ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda evlilik süresi ile KCFİ ve KCMÖ puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Ancak KCFİ ve KCMÖ puanlarının her üç trimesterde de görücü usulü evlenen grupta daha düşük olduğu saptanmıştır. Küçük ve arkadaşlarının (2018) ve çalışmasında 11 yıldan kısa evlilik süresine sahip kadınların cinsel memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Oruç ve arkadaşları (1999), Bogren (1991), Özkan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında evlilik süresi ile cinsel işlev ve memnuniyet arasında ilişki olmadığı raporlanmıştır. Çorbacıoğlu ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında KCFİ puanının kendisi tanışarak yapılan evliliklerden olumlu etkilendiği belirtilmiştir. Çalışmamız ile literatür paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda ilk cinsel ilişki yaşı ile KCFİ ve KCMÖ puanları arasında ilişki olduğu ve 31 yaş ve üzeri grupta ölçek puanlarının her üç trimesterde daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda ilk cinsel ilişki yaşı yükseldikçe; Woo ve Brotto (2008) cinsel sorunlar ve cinsel iletişimsizlik varlığının arttığını, Reissing ve arkadaşları (2012) daha düşük cinsel uyum, Else ve arkadaşları (2005) cinsel anksiyetenin arttığını belirtmiştir. Çalışmamız ile literatür benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda ilk cinsel ilişkide sorun yaşama ile KCFİ ve KCMÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ölçek puanlarının sorun yaşamayan grupta daha fazla olduğu belirlenmiştir. Reissing ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ilk cinsel deneyimini olumsuz olarak bildiren katılımcıların pişmanlık duyduğu ve bu durumun cinselliğe bakışlarını olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Çalışmamız ile literatür benzerlik göstermektedir.

Cinsel ilişki süresi ile KCFİ ve KCMÖ arasındaki ilişki incelendiğinde cinsel ilişki süresi 3-10 dakika olan grupta ölçek puanlarının her üç trimesterde diğer gruplara kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır. Weiss ve Brody'nin (2009) çalışmasında cinsel ilişki süresi ile ilişki memnuniyeti arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirtilmiştir. Brody ve Weiss'in (2010) çalışmasında da cinsel ilişki süresi ile orgazm sıklığı arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Çalışmamız ile literatür benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelikte cinsel yaşam ile ilgili bilgi alma durumu ile KCFİ ve KCMÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, bilgi alan grubun ölçek puanlarının her üç trimesterde de bilgi almayan gruba göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Moghadam ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında cinsel eğitim alan kadınların KCFİ puanlarının almayanlara göre daha yüksek olduğu ve cinsel eğitimin cinsel işlevi olumlu etkilediği rapor edilmiştir. Mofarah ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da cinsel sağlık eğitiminin cinsel doyum ve evlilik uyumunu artırdığı belirtilmiştir. Çalışmamız ile literatür benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda KCFİ ve KCMÖ arasında yapılan korelasyon analizinde her üç trimesterde de pozitif yönde, yüksek ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Witting ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında cinsel işlevin her boyutu ve cinsel memnuniyet arasında ilişki olduğu raporlanmıştır. Pujols ve arkadaşlarının (2010) cinsel işlev ile cinsel memnuniyet arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile KCFİ ve KCMÖ kullanarak yaptıkları çalışmada cinsel işlevlerde iyilik ile cinsel memnuniyet arasında korelasyon olduğu, her iki ölçeğin tüm alt parametrelerinin birbiri ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Haavio-Mannila ve Kontula'nın (1997), Sprecher'in (2002), Byers'in (2005), Kaya ve arkadaşlarının (2019) çalışmalarında da görüldüğü gibi daha yüksek cinsel memnuniyet daha yüksek cinsel tatmin ve daha az cinsel işlev problemi ile ilişkilidir. Çalışmamız ile literatür paralellik göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelik döneminde kadını yaşamında pek çok değişim yaşanmaktadır. Gebelerde meydana gelen bu fizyolojik ve psikolojik değişimlerin cinsel işlev ve memnuniyeti olumsuz etkilemektedir. Her üç trimesterde nullipar gebelerde cinsel işlevi değerlendirmek, her trimesteri karşılaştırarak, gebelikte cinsel aktiviteye ilişkin durumu incelemek amacı ile yapılan bu çalışmada;

- Gebelerin yaş ortalaması $26,82 \pm 5,36$,
- Gebelerin öğrenim durumunun %39,1 oranında ilköğretim mezunu,
- Gebelerin %68,0'inin halen çalışmadığı, %59,8'inin gelirinin gidere denk,
- Gebelerin %81,6'sının çekirdek aile yapısına sahip,
- Gebelerin %75,4'ünün sigara, %85,5'inin alkol kullanmadığı,
- Gebelerin üç trimesterde BKİ ortalamalarının sırası ile $23,35 \pm 3,94$, $25,23 \pm 4,09$ ve $28,16 \pm 4,38$ olduğu,
- Eşlerin yaş ortalaması $30,26 \pm 6,21$, öğrenim durumu %40,2'sinde ilköğretim ve %55,1'i işçi olarak çalıştığı,
- Ortalama evlilik süresi $24,34 \pm 16,80$ ay, %68,8'inin anlaşarak evlendiği,
- Gebelerin %90,2'sinin birinci evliliği,
- Gebeliklerin %79,7'sinin planlı,
- Gebelerin %73,8'inin abortus ve %89,5'inin küretaj olmadığı,
- İlk cinsel ilişki yaşı $23,08 \pm 4,61$,
- Evlilik öncesi %69,5'inin eşi ile cinsel yakınlaşmasının olmadığı,
- Gebelerin %44,9'unun ilk cinsel ilişkisinde sorun olduğu,
- Gebelerin %50,4'ünün eşi ile cinsel istek açısından uyumu olduğu,
- Cinsel ilişkiyi %74,2 erkeğin başlattığı,
- Cinsel ilişki süresinin $12,60 \pm 6,48$ dakika olduğu,

- Gebeliğin %54,7'sinde cinsel yaşamı olumsuz etkilediği,
- Cinsel ilişki sıklığının %81,2 haftada bir veya daha az olduğu,
- Gebelerin %41,8'inin cinsel ilişkide ağrı, %10,2'sinin kanama yaşadığı,
- Cinsel yaşamı %45,6 bulantı-kusma ve %44,9 cinsel isteksizliğin olumsuz etkilediği,
- Cinsel yaşama yönelik sorunla baş etmede %34,8 pozisyon değişikliği yapıldığı,
- Gebelerin %48,8'i gebelikte cinsel ilişki kısıtlaması olması gerektiğini düşündüğü ve kısıtlama nedeni %54,4 düşük yapma riski olabileceği,
- Gebelerin %52,0'sinin gebelikte cinsel yaşam ile ilgili bilgi aldığı, bilgi kaynağının ise %55,0 oranında internet ya da sosyal medya olduğu,
- Her üç trimesterde KCFİ puanının sırası ile $20,36 \pm 10,19$, $22,04 \pm 11,32$ ve $9,94 \pm 10,41$ olduğu, KCFİ toplam puan ve tüm alt boyutlarında üç trimesterde de istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,
- Her üç trimesterde KCFİ puanları dikkate alınarak cinsel işlevlerde azalma oranının %60,28, %64,74 ve %90,88 olduğu,
- Her üç trimesterde KCMÖ puanının sırası ile $56,30 \pm 8,51$, $59,86 \pm 80$ ve $45,15 \pm 8,20$ olduğu, KCMÖ toplam puan ve alt boyutlarında tüm trimesterlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,
- Gebenin yaşı, öğrenim düzeyi, eşinin yaşı, ekonomik durumu, gebelik sayısı, evlenme şekli ile KCFİ puanları arasında tüm trimesterlerde anlamlı farklılık olduğu, eşinin öğrenim düzeyi ve evlilik süresi ile KCFİ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı,
- Gebenin yaşı, eşinin yaşı, ekonomik durumu ve evlenme şekli ile KCMÖ puanları arasında tüm trimesterlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, gebenin ve eşinin öğrenim düzeyi, evlilik süresi ve gebelik sayısı ile KCMÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı,
- İlk cinsel ilişki yaşı, ilk cinsel ilişkide sorun yaşama, cinsel ilişki sıklığı, bir ilişkinin toplam süresi, gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi alma, cinsel ilişki kısıtlamasının

gerekliliği dūřüncesi ile KCFİ ve KCMÖ puanları arasında tüm trimesterlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,

- KCFİ ve KCMÖ puanları arasında yapılan korelasyon analizinde her üç trimesterde de pozitif yönde, yüksek ve anlamlı ilişki ($p<0,001$) olduğu saptandı.

Elde edilen bu sonuçlar doğrutusunda;

- Gebelerin ilk değlendirilmesinde detaylı fiziksel muayenenin yanı sıra cinsel işlevlerin değlendirilmesi ve bütüncül bir yaklaşım ile bakım verilmesi,
- Gebeye cinsel işlevler ve memnuniyet açısından trimesterlere göre yaşayacağı değışimler ve sorunlar açıklanarak yaşam kalitesinin artırılması,
- Trimesterler dikkate alınarak bakım ve eğitimlerin planlanması,
- Cinsel işlevin değlendirilebilmesi için hemşirelerin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması,
- Antenatal kontrollerde belirli bir program doğrutusunda cinsel sağlık eğitimi planlanması ve mümkünse çift olarak eğitimlerin yapılması,
- Çiftlerin kültürel özelliklerinin dikkate alınması ve bireysel yaklaşım geliştirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Adinma, J.I. (1995). Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35, 290-293. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.1995.tb01984.x>

Ahmed, M.R., Madny, E.H. & Sayed-Ahmed, W.A. (2014). Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *Journal of Obstetrics and Gynecology Research*, 40, 1023-1029. doi: 10.1111/jog.12313

Akan, H. & Doğan, S. (2011). Birinci basamak sağlık hizmetinde cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 15(2), 69-76. doi:10.2399/tahd.11.069

Al Bustan, M.A., El Tomi, N.F., Faiwalla, M.F. & Manav, V. (1995). Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti women. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 207–215. <https://doi.org/10.1007/BF01541581>

Albaugh, A.J. & Kellogg-Spadt, S. (2003). Sexuality and sexual health: the nurse's role and initial approach to patients. *Urologic Nursing*, 23, 227-228.

Arıca, S.G., Alkan, S., Bali, S., Mansuroğlu, Y.E. & Özer, C. (2011). The effect of pregnancy over sexual life. *Turkish Family Physican*, 2 (3), 19-24.

Aslan, G., Aslan, D., Kızılyar, A., İspahi, Ç. & Esen A. (2005). A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research*, 17, 154–157.

Aydın, M., Çayönü, N., Kadihasanoğlu, M., Irkilata, L., Atilla, M.K. & Kendirci, M. (2015). Comparison of sexual functions in pregnant and non-pregnant women. *Urology Journal*, 12(5), 2339-2344.

Aygin, D. & Aslan, F.E. (2005). Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 25, 393-399.

Badri, T., Maamri, A. & Kissi, Y.E. (2017). Impact of pregnancy on sexuality: A cross-sectionaol study of 100 Tunisian women. *La Tunisie Medicale*, 95, 482-487.

Barclay, L.M., McDonald, P. & O'Loughlin, J.A. (1994). Sexuality and pregnancy: an interview study. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 34, 1-7.

Bartellas, E., Crane, J.M.G., Daley, M., Bennett, K.A. & Hutchens, D. (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 964-968. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb10397.x>

Berman, J.R. (2005). Physiology of female sexual function and dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 17, 44-51.

Beyazıt, F., Pek, E. & Şahin, B. (2018). Gebelik ve doğum sonrasında cinsel işlevlerde gözlenen değişiklikler: önyargı mı? yoksa gerçek mi?. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21, 397-406. doi:10.5505/kpd.2018.73644

Bogren, L.Y. (1991). Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 20(1), 35-45.

Bouzouita, I., Ellouze, F., El Kefi, H., Chaari, I., Ben Cheikh, C., Krir, M.W. & ark. (2018). Sexuality of the Tunisian pregnant women: facts between myth and reality. *Sexologies*, 27, 103-109.

Bozdemir, N. & Özcan, S. (2011). Cinsellik ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(4), 37-46.

Brody, S. (2007). Intercourse orgasm consistency, concordance of women's genital and subjective sexual arousal, and erotic stimulus presentation sequence. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 33, 31-39.

Byers, E.S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships, *The Journal of Sex Research*, 42(2), 113-118. Doi: 10.1080/00224490509552264

Carpenito-Moyet, L.J. (2013). Hemşirelik tanıları el kitabı. Erdemir, F. (Çev. ed), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Chesnutt, A.N. (2004). Physiology of normal pregnancy. *Critical Care Clinics*, 20, 609-615. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2004.06.001>

Cheung, K.L. & Lafayette, R.A. (2013). Renal physiology of pregnancy. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 20, 209-214. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2013.01.012>

Crapo, R.O. (1996). Normal cardiopulmonary physiology during pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 39, 3-16. Doi:10.1097/00003081-199603000-00004.

Çetin, F.C., Demirci, N., Çakıl, K.Y. & Akıncı, A.Ç. (2017). Gebelikte olağan fiziksel yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(4), 135-141.

Çetin, S.A. & Aslan, E. (2018). Validity and reliability of the Turkish version of the Sexual Satisfaction Scale for Women. *Sexuality and Culture*, 22, 881-893. doi: 10.1007/s12119-018-9499-1

Çorbacıoğlu, A., Bakır, V.L., Akbayır, O., Göksedef, B.P.Ç. & Akca, A. (2012). The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. *The Journal of Sexual Medicine*, 9, 1914–1920.

Demirezen, E. (2006). Hipertansif kadınlarda cinsel yaşam. *Androloji Bülteni*, 26, 261-263.

Demiryay, A. (2006). Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Afyon.

Dinç, H. (2013). Gebeliğin cinsel fonksiyon, beden imajı ve pelvik taban fonksiyonları üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İstanbul.

Doğan, S. & Saraçoğlu, G.V. (2009). Yaşam boyu vajinismus olan kadınlarda cinsel bilgi, evlilik özellikleri, cinsel işlev ve doyumun değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), 151-158.

Duman, B.N., Yılmazel, G., Topuz, Ş., Başcı, A.B., Koçak, Y.D. & Büyükgönenç, L. (2015). Üniversiteli gençlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlığa ilişkin bilgi, tutum ve davranışları. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 19-32.

Efe, H. (2006). Gebeliğin kadın cinselliği üzerindeki etkileri. T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Ege, E. & Eryılmaz, G. (2000). Erken gebelik dönemi bulantı ve kusması olan gebelerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1), 1-8.

Elkus, R. & Popovich, J. (1992). Respiratory physiology in pregnancy. Clinics in Chest Medicine, 13(4), 555-565.

Elliott, S.A. & Watson, J.P. (1985). Sex during pregnancy and the first postnatal year. Psychosomatic Research, 29, 541-548.

Else, N.M., Hyde, J.S. & DeLamater, J.D. (2005). Context counts: Long-term sequelae of premarital intercourse or abstinence. Journal of Sex Research, 42, 102-112.

Erbil, N. (2018). Sexual function of pregnant women in the third trimester. Alexandria Journal of Medicine, 54, 139-142.

Ertem, G. & Sevil, Ü. (2010). Gebeliğin cinselliğe etkisi. Dirim Tıp Gazetesi, 85(1), 40-47.

Eryılmaz, G., Ege, E. & Zincir, H. (2002). Gebelikte cinsel yaşamı etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(1), 11-18.

Eryılmaz, G., Ege, E. & Zincir, H. (2004). Factors affecting sexual life during pregnancy in Eastern Turkey. Gynecologic and Obstetric Investigation, 57, 103-108. <https://doi.org/10.1159/000075582>

Esmer, A.Ç., Akca, A., Akbakır, Ö., Göksedef, B.P. & Bakır, V.L. (2013). Female sexual function and associated factors during pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 39, 1165-1172.

Evcili, F., Cesur, B., Altun, A., Güçtaş, Z. & Sümer, H. (2013). Evlilik öncesi cinsel deneyim: ebelik bölümü öğrencilerinin görüş ve tutumları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(4), 486-498.

Fışkın, G. & Beji, N.K. (2014). Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü. Androloji Bülteni, 56, 73-76.

Ficella, K. (1995). Identification low back pain. *Obstetrics and Gynecology*, 85, 468-479.

Fok, W.Y., Chan, L.Y. & Yuen, P.M. (2005). Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84, 934-38.

Fuchs, A., Czech, I., Sikora, J., Fuchs, P., Lorek, M., Skrzypulec-Plinta, V. & ark. (2019). Sexual functioning in pregnant women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 42-51. doi: 10.3390/ijerph16214216

Galazka, I., Drosdzol - Cop, A., Naworska, B., Czajkowska, M. & Skrzypulec-Plinta, V. (2015). Changes in the sexual function during pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*, 12, 445–454.

Gökayıldız, Ş. & Beji, N.K. (2005). The effects of pregnancy on sexual life. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(3), 201-215.

Graziottin, A. & Gambini, D. (2015). Chapter 4- Anatomy and physiology of genital organs – women. *Handbook of Clinical Neurology*, 130, 39-60.

Gümüşyay, M. (2016). Gebelikte kadının beden algısının ve eşlerin cinsel fonksiyonunun incelenmesi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ordu.

Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 399-419. <https://doi.org/10.1023/A:1024591318836>

Hegewald, M.J. & Crapo, R.O. (2011). Respiratory physiology in pregnancy. *Clinics in Chest Medicine*, 32, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2010.11.001>

Heidemann, B.H. & McClure, J.H. (2003). Changes in maternal physiology during pregnancy. *British Journal of Anaesthesia*, 3, 65-68.

Huang, C.Y., Liou, C.F., Lu, Y.C., Tsai, L.Y., Ying, T.H., Kuo, C.P. & ark. (2020). Differences in the sexual function and sexual healthcare needs of pregnant women who underwent in vitro fertilization and women who conceived naturally at each trimester: a prospective cohort study. *Sexual Medicine*, 8(4), 709-717. doi:10.1016/j.esxm.2020.08.009

Işık, M.T. (2010). Gebelik sürecinde tıbbi aydınlatma. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, Adana.

İncesu, C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri, 3, 3-13.

Jawed-Wessel, S., Santo, J. & Irwin, J. (2019). Sexual activity and attitudes as predictors of sexual satisfaction during pregnancy: a multi-level model describing the sexuality of couples in the first 12 weeks. Archives of Sexual Behavior, 48, 843–854.

Karaçam, Z. & Çalışır, H. (2012). Factors associated with parenting behavior of mothers in the early postpartum period in Turkey. Nursing and Health Sciences, 13(4), 488-494.

Karakoyunlu, F.B. & Öncel, S. (2009). Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(3), 82-92.

Kaya, C., Kaya, Y. & Ceyhan, S. (2019). Obstruktif uyku apne sendromunun kadın cinsel fonksiyonu ve memnuniyete olan etkisi. Androloji Bülteni, 21, 56-61. <https://doi.org/10.24898/tandro.2019.50455>

Khalesi, Z.B., Bokaie, M. & Attari, S.M. (2018). Effect of pregnancy on sexual function of couples. African Health Sciences, 18(2), 227-234. doi: 10.4314/ahs.v18i2.5

Kırıkkaleli, Z. (2015). Gebelerin cinsel yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa.

Kodaz, N.D. (2013). Gebelikte cinsel yaşam kalitesi ve ilişkili faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Komisaruk, B.R., Beyer-Flores, C. & Whipple, B. (2006). The science of orgasm. The Johns Hopkins University Press. Erişim 24.11.2019, https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=2As5NR2_JygC&oi=fnd&pg=PR9&dq=orgasm&ots=0eGTLZUTFm&sig=ZlVhWJtzKS0AFYmoc9WDteAy5_w&redir_esc=y#v=onepage&q=orgasm&f=false.

Koyun, A. (2012). Gebelikte cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3, 170-175.

Kračun, I., Tul, N., Blickstein, I. & Velikonja, V.G. (2018). Quantitative and qualitative assessment of maternal sexuality during pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine*, 47(3), 335-340. doi:10.1515/jpm-2018-0206

Kul, A.U., Bekmezci, H. & Özerdoğan, N. (2017). Gebelikte cinsellik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(3), 171-175.

Kutlugil, Y. (1997). *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.

Küçük, N., Kaydırak, M.M., Bilge, Ç.A. & Şahin, N.H. (2018). Kadınlarda obezitenin benlik saygısı ve cinselliğe etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 126-134.

Kütmeç, C. (2009). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 111-136.

Leite, A.P., Campos, A.A., Dias, A.R., Amed, P.M., De Souza, E. & Camano, L. (2009). Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(5), 563-568.

Levin, R. & Riley, A. (2007). The physiology of human sexual function. *Psychiatry*, 6(3), 90-94.

Liu, H., Hsu, P. & Chen, K. (2013). Sexual activity during pregnancy in Taiwan: a qualitative study. *Sexual Medicine*, 1, 54-61.

Mahmoud, A., Al Bustan, H.S.D., El Tomi, N.F., Faiwalla, M.F. & Manav, V. (1995). Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in muslim Kuwaiti women. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 207-215.

Malarewicz, A., Szymkiewicz, J. & Rogala, J. (2006). Sexuality of pregnant women. *Ginekologia Polska*, 77(9), 733-739.

Masters, W.B. & Johnson, V.E. (1994). *İnsan cinsel davranışı*. Sayın, Ü. (Çev. ed), İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı.

Meston, C. & Trapnell, P. (2005). Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). *The Journal of Sexual Medicine*, 2(1), 66-81.

Meston, C.M., Levin, R.J., Sipski, M., Hull, E. & Heiman, J.R. (2004). Woman's orgasm. *Annual Review of Sex Research*, 15(1), 173-257.

Mofarah, Z.S., Siah, M.S., Mohebbi, S. & Tabaraei, Y. (2010). The effects of marital counseling on sexual satisfaction of couples in Shiraz city. *Journal of Health System Research*, 6(3), 15-19.

Moghadam, Z.B., Rezaei, E., Yalegonbadi, F.K., Montazeri, A., Arzaqi, S.M. Tavakol, Z. & ark. (2015). The effect of sexual health education program on women sexual function in Iran. *Journal of Research in Health Sciences*, 15(2), 124-128.

Naylor, D.F. & Olson, M.M. (2003). Critical care obstetrics and gynecology. *Critical Care Clinics*, 19, 127-149.

Ninivaggio, C., Rogers, R.G., Leeman, L., Migliaccio, L., Teaf, D. & Qualls, C. (2017). Sexual function changes during pregnancy. *International Urogynecology Journal*, 28, 923-939. doi: 10.1007/s00192-016-3200-8

Odutayo, A. & Hladunewich, M. (2012). Obstetric nephrology: renal hemodynamic and metabolic physiology in normal pregnancy. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 7, 2073–2080. doi: 10.2215/CJN.00470112

Onah, H.E., Iloabachie, G.C., Obi, S.N., Ezugwu, F.O. & Eze, J.N. (2002). Nigerian male sexual activity during pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 76, 219-223.

Orji, E.O., Ogunlola, I.O. & Fasubaa, O.B. (2002). Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(2), 166-168. doi:10.1080/01443610120113319

Oruç, S., Esen, A., Laçin, S., Adıgüzel, H., Uyar, Y. & Koyuncu, F. (1999). Sexual behavior during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetric Gynaecology*, 39 (1), 48-50.

Öksüz, E. & Malhan, S. (2006). Türk kadınlarında kadın cinsel işlev bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *Üroloji Dergisi*, 175(2), 654-658. doi:10.1016/S0022-5347 (05) 00149-7

Özçelik, G. & Karaçam, Z. (2014). Gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkileri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 3, 1-18.

Özkan, S., Demirhan, H. & Çınar, İ.Ö. (2009). Gebelik ve bazı sosyodemografik özelliklerin cinsel fonksiyon üzerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(3), 28-37.

Özkan, S.A. & Beji, N.K. (2016). Gebelikte görülen fizyolojik/psikolojik değişiklikler. Beji, N.K. (Ed.), Hemşirelere ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Perkins, R.P. (1982). Sexuality in pregnancy: what determines behaviour? Obstetrics and Gynecology, (59), 189–198.

Pizarro, I.P., Martin, A.T.D., Prieto, V.B., Sánchez, A.M. & Espuela, F.L. (2019). Behavior and attitude towards sexuality of the pregnant woman during the last trimester. Atención Primaria, 51(3), 127-134. Doi:10.1016/j.aprim.2018.02.003

Pujols, Y., Meston, C.M. & Seal, B.N. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. The Journal of Sexual Medicine, 7(6), 905-916. Doi:10.1111 / j.1743-6109.2009.01604.x

Rao, T.S. & Nagaraj, A.K. (2015). Female sexuality. Indian Journal of Psychiatry, 57, 296-302. doi: 10.4103/0019-5545.161496

Reamy, K., White, S.E., Daneli, W.C. & Levine, E.S. (1982). Sexuality and pregnancy: a prospective study. Journal of Reproductive Medicine, 27, 321-327.

Reissing, E.D., Andruff, H.L. & Wentland, J.J. (2012). Looking back: the experience of first sexual intercourse and current sexual adjustment in young heterosexual adults. The Journal of Sex Research, 49(1), 27-35. Doi:10.1080/00224499.2010.538951

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C. & Shabsigh, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional selfreport instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex and Marital Therapy, 26, 191-208.

Sadi, Z.B. (2014). Gebelikte eşlerin cinsel yaşamı ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

Salant, P. & Dillman, D.A. (1994). How to conduct your own survey. Newyork: John Wiley and Sons, Inc.

Salonia, A., Munarriz, R.M., Naspro, R., Nappi, R.E., Briganti, A., Chionna, R. & ark. (2004). Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review. BJU International, 93, 1156–1164. Doi:10.1111/J.1464-410x.2004.04796.X

Saotome, T.T., Yonezawa, K. & Suganuma, N. (2018) Sexual dysfunction and satisfaction in Japanese couples during pregnancy and postpartum. Sexual Medicine, 6, 348-355.

Serati, M., Salvatore, S., Siesto, G., Cattoni, E., Zanirato, M., Khullar, V. & ark. (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth. The Journal of Sexual Medicine, 7(8), 2782-290. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x>

Shojaa, M., Jouybari, L. & Sanagoo, A. (2009). The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. Archives of Gynecology Obstetrics, 279, 353-356.

Solberg, D.A., Butler, J. & Wagner, N.N. (1973). Sexual behavior in pregnancy. New England Journal of Medicine, 288(21), 1098-1103.

Sossah, L. (2014). Sexual behavior during pregnancy: a descriptive correlational study among pregnant women. European Journal of Research in Medical Sciences, 2(1), 16-27.

Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: associations with satisfaction, love, commitment, and stability. The Journal of Sex Research, 39(3), 190-196. Doi:10.1080/00224490209552141

Staruch, M., Kucharczyk, A., Zawadzka, K., Wielgos, M. & Szymusik, I. (2016). Sexual activity during pregnancy. Neuroendocrinology Letters, 37(1), 101–106.

Sydow, K.V. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbrith: a metacontent analysis of 59 studies. Journal Psychosomatic Research, 47, 27-49.

Şentürk, A.E., Eroğlu, K., Vural, G. & Dilbaz, B. (2011). A pilot study: in what ways do women in Turkey experience a change in their sexuality during pregnancy?. *Sexuality and Disability Journal*, 29(3), 207-216.

Taşkın, L. (2020). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. (16. Baskı). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Taylor, T.F. (2007). The origins of human sexual culture. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 18(2), 69-105.

TNSA, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. Erişim 05.06.2020, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf

Ulubaşoğlu, H., Ersanlı, K. & Kumcağız, H. (2016). *Cinsel Sağlık Eğitimi*. İstanbul: Pegem Akademi.

Uncu, Y. (2014). Gebelik ve cinsel yaşam. *Türkiye Klinikleri Family Medicine*, 5(5), 134-137.

Uwapusitanon, W. & Choobun, T. (2004). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 87, 45-49.

Yeniel, A.O. & Petri E. (2014). Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International Urogynecology Journal*, 25, 5-14. doi:10.1007/s00192-013-2118-7

Weiss, P. & Brody, S. (2009). Women's partnered orgasm consistency is associated with greater duration of penile–vaginal intercourse but not of foreplay. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(1), 135-141.

WHO (1975). Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Erişim 10.04.2020, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38247>

WHO (2010). Developing sexual health programmes. Erişim 24.05.2020, https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/

WHO (2017). Defining Sexual Health. Erişim 29.04.2020, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Wiegel, M., Meston, C. & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): cross validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(1), 1-20.

Witting, K., Santtila, P., Alanko, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A. & ark. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34(2), 89-106. doi:10.1080/00926230701636163

Woo, J.S.T. & Brotto, L.A. (2008). Age of first sexual intercourse and acculturation: effects on adult sexual responding. *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 571–582.

FORMLAR

EK 1: Gebe Bilgi Formu

Sayın Katılımcı; aşağıdaki soruları yanıtlarken size en uygun cevabı işaretleyiniz.

Adı-Soyadı:

Şu anki gebelik haftası:

1. Yaşınız:

2. Boyunuz:

3. Kilonuz 1. trimester: 2. trimester: 3. trimester:

4. Öğrenim durumunuz:

1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite ve üzeri

5. Mesleğiniz:

1. Ev Hanımı 2. İşçi 3. Memur 4. Esnaf 5. İşsiz 6. Çiftçi 7. Ticaret 8. Emekli
9. Diğer

6. Halen çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

7. Eşinizin yaşı:

8. Eşinizin öğrenim durumu:

1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Yüksekokul ve üzeri

9. Eşinizin mesleği:

1. İşçi 2. Memur 3. Esnaf 4. İşsiz 5. Çiftçi 6. Ticaret 7. Emekli 8. Diğer

10. Aile biçimi:

1. Çekirdek 2. Eşinin ailesi ile birlikte yaşıyor 3. Kendi ailesi ile birlikte yaşıyor

11. Evlilik süreniz:/ay

12. Kaçınıcı evliliğiniz:

13. Evlenme şekliniz:

1. Görücü usulü 2. Kendisi tanışarak

14. Ekonomik durumunuzu nasıl yorumlarsınız?

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

15. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet günde.....adet 2. Hayır

16. Alkol kullanma alışkanlığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

Yanıtınız “Evet” ise ne kadar sıklıkta alkol kullanırsınız?

1. Ara sıra 2. Bazen 3. Sık sık 4. Her gün

17. Gebeliğinizin şekli:

1. Planlı gebelik 2. Planlanmamış gebelik

18. Kaçınıcı gebeliğiniz?

19. Düşük: (Evet ise sayısı) 1. Evet 2. Hayır

20. Küretaj: (Evet ise sayısı) 1. Evet 2. Hayır

21. Eşinizle tanıştıktan ne kadar sonra evlendiniz?/ ay

22. İlk cinsel ilişkinize kaç yaşında girdiniz?:

23. Evlenmeden önce eşinizle cinsel yönden yakınlaşmanız oldu mu?

1. Evet oldu 2. Hayır olmadı

24. İlk cinsel ilişkinizde sorun yaşadınız mı?

1. Evet sorunluydu 2. Hayır sorunlu değildi

EK 2: KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ (KCFİ)

Sayın Katılımcı; aşağıdaki soruları yanıtlarken size en uygun cevabı işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel istek veya ilgi duydunuz?

- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde cinsel istek veya ilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkla uyarıldığınızı hissettiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılacağınızdan ne kadar emindiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok emindim
- Emindim
- Oldukça emindim
- Az emindim
- Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma sizin için ne kadar tatminkârdı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında vajinanız ne sıklıkta ıslandı (kayganlaştı)?

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 Hemen hemen her zaman
 Çoğu zaman (15 günden fazla)
 Bazen (15 günde)
 Birkaç kez (15 günden az)
 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında vajinanızın ıslanmasında (kayganlaşması) ne kadar zorlandınız?

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 Çok zor veya imkansızdı
 Çok zordu
 Zordu
 Biraz zordu
 Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını (kayganlığını) ne sıklıkta koruyabildiniz?

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 Hemen hemen her zaman
 Çoğu zaman (15 günden fazla)
 Bazen (15 günde)
 Birkaç kez (15 günden az)
 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar vajinanızın ıslaklığını (kayganlığını) korumada ne kadar zorlandınız?

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
 Hemen hemen her zaman
 Çoğu zaman (15 günden fazla)
 Bazen (15 günde)
 Birkaç kez (15 günden az)
 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişkide ne sıklıkta orgazm oldunuz?

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 Hemen hemen her zaman
 Çoğu zaman (15 günden fazla)
 Bazen (15 günde)
 Birkaç kez (15 günden az)
 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmak sizin için ne kadar zordu?

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 Çok zordu / imkansızdı
 Çok zordu
 Zordu
 Biraz zordu
 Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşma ne kadar tatminkârdı?

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 Çok tatminkardı

- Genellikle tatminkardı
 Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
 Genellikle tatminkar değildi
 Hiç tatminkar değildi
- 14. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında siz veya eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkârdı?**
 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 Çok tatminkardı
 Genellikle tatminkardı
 Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
 Genellikle tatminkar değildi
 Hiç tatminkar değildi
- 15. Son 4 hafta içinde eşinizle (partnerinizle) cinsel ilişkiniz ne kadar tatminkardı?**
 Çok tatminkardı
 Genellikle tatminkardı
 Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
 Genellikle tatminkar değildi
 Hiç tatminkar değildi
- 16. Son 4 hafta içinde genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?**
 Çok tatminkardı
 Genellikle tatminkardı
 Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
 Genellikle tatminkar değildi
 Hiç tatminkar değildi
- 17. Son 4 hafta içinde vajinaya giriş (duhul) sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?**
 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 Hemen hemen her zaman
 Çoğu zaman (15 günden fazla)
 Bazen (15 günde)
 Birkaç kez (15 günden az)
 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman
- 18. Son 4 hafta içinde vajinaya girişi (duhulu) takiben ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?**
 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 Hemen hemen her zaman
 Çoğu zaman (15 günden fazla)
 Bazen (15 günde)
 Birkaç kez (15 günden az)
 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman
- 19. Son 4 hafta içinde vajinaya giriş (duhul) sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı veya rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?**
 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 Çok yüksek
 Yüksek
 Orta
 Düşük
 Çok düşük veya hiç

EK 3: KADIN CİNSEL MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ (KCMÖ)

Sayın Katılımcı; aşağıdaki soruları yanıtlarken size en uygun cevabı işaretleyiniz.

1) Şu anki cinsel yaşamımdan genel olarak memnunum.

1. Kesinlikle katılmıyorum
2. Katılmıyorum
3. Kararsızım
4. Katılıyorum
5. Kesinlikle katılıyorum

2) Cinsel yaşamımda bir şeylerin eksik olduğunu hissediyorum.

5. Kesinlikle katılmıyorum
4. Katılmıyorum
3. Kararsızım
2. Katılıyorum
1. Kesinlikle katılıyorum

3) Cinsel yaşamımda duygusal olarak eşimle yeterince yaklaşamadığımı hissediyorum.

5. Kesinlikle katılmıyorum
4. Katılmıyorum
3. Kararsızım
2. Katılıyorum
1. Kesinlikle katılıyorum

4) Öpüşme, cinsel ilişkide bulunma gibi yaşadığım cinsel yakınlaşmaların sıklığından memnunum.

1. Kesinlikle katılmıyorum
2. Katılmıyorum
3. Kararsızım
4. Katılıyorum
5. Kesinlikle katılıyorum

5) Uyarılma, orgazm, ilişki sıklığı, eşimle uyum ve iletişim gibi konularda önemli bir sorun ya da endişe yaşamıyorum.

1. Kesinlikle katılmıyorum
2. Katılmıyorum
3. Kararsızım
4. Katılıyorum
5. Kesinlikle katılıyorum

6) Şu anki cinsel yaşamınız sizin için ne kadar tatmin edici?

5. Tamamen tatminkar
4. Oldukça tatminkar
3. Tatminkar
2. Çok tatminkar değil
1. Hiç tatminkar değil

7) Cinsel yaşamımız hakkında konuşmak istediğimde eşim çoğu kez kendini savunucu bir tutum içine girer.

5. Kesinlikle katılmıyorum
4. Katılmıyorum
3. Kararsızım
2. Katılıyorum
1. Kesinlikle katılıyorum

- 8) Eşim ve ben cinsel yaşamımızı yeterince konuşmuyor ve paylaşmıyoruz.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
 4. Katılmıyorum
 3. Kararsızım
 2. Katılıyorum
 1. Kesinlikle katılıyorum
- 9) Eşim cinsel yaşamımız hakkında konuşmak istediğinde rahatlıkla konuşurum.**
1. Kesinlikle katılmıyorum
 2. Katılmıyorum
 3. Kararsızım
 4. Katılıyorum
 5. Kesinlikle katılıyorum
- 10) Cinsel yaşamımız hakkında konuşmak istediğimde eşim benimle rahatlıkla konuşur.**
1. Kesinlikle katılmıyorum
 2. Katılmıyorum
 3. Kararsızım
 4. Katılıyorum
 5. Kesinlikle katılıyorum
- 11) Eşim istediğinde ona olan en derin duygu ve hislerimi rahatlıkla açıklarım.**
1. Kesinlikle katılmıyorum
 2. Katılmıyorum
 3. Kararsızım
 4. Katılıyorum
 5. Kesinlikle katılıyorum
- 12) Ben istediğimde eşim bana olan en derin duygu ve hislerini rahatlıkla açıklar.**
1. Kesinlikle katılmıyorum
 2. Katılmıyorum
 3. Kararsızım
 4. Katılıyorum
 5. Kesinlikle katılıyorum
- 13) Eşimin benim cinsel istek ve arzularımın yeterince farkında olmadığını ya da önemsemediğini düşünüyorum.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
 4. Katılmıyorum
 3. Kararsızım
 2. Katılıyorum
 1. Kesinlikle katılıyorum
- 14) Eşimle cinsel açıdan genel olarak uyumlu olmadığımızı düşünüyorum.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
 4. Katılmıyorum
 3. Kararsızım
 2. Katılıyorum
 1. Kesinlikle katılıyorum
- 15) Eşimin cinsellik ile ilgili inanç ve tutumlarının benimkilerden çok farklı olduğunu düşünüyorum.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
 4. Katılmıyorum
 3. Kararsızım

2. Katılıyorum
1. Kesinlikle katılıyorum
- 16) Cinsel yakınlaşma ile ilgili ihtiyaç ve arzular açısından ben ve eşimin farklı olduğumuzu düşünüyorum.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
4. Katılmıyorum
3. Kararsızım
2. Katılıyorum
1. Kesinlikle katılıyorum
- 17) Birbirimizi fiziksel olarak yeterince çekici bulmadığımızı düşünüyorum.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
4. Katılmıyorum
3. Kararsızım
2. Katılıyorum
1. Kesinlikle katılıyorum
- 18) Eşimle cinsel tarz ve tercihlerimizin uyumlu olmadığını düşünüyorum.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
4. Katılmıyorum
3. Kararsızım
2. Katılıyorum
1. Kesinlikle katılıyorum
- 19) Cinsel sorunlarımın eşimi sınırlendireceğinden endişeleniyorum.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
4. Katılmıyorum
3. Kararsızım
2. Katılıyorum
1. Kesinlikle katılıyorum
- 20) Cinsel sorunlarımın ilişkimizi olumsuz etkileyeceğinden endişeleniyorum.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
4. Katılmıyorum
3. Kararsızım
2. Katılıyorum
1. Kesinlikle katılıyorum
- 21) Cinsel sorunlarım yüzünden eşimin başka biri ile ilişki yaşamasından endişeleniyorum.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
4. Katılmıyorum
3. Kararsızım
2. Katılıyorum
1. Kesinlikle katılıyorum
- 22) Eşimin cinsel olarak tatmin olmadığından endişeleniyorum.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
4. Katılmıyorum
3. Kararsızım
2. Katılıyorum
1. Kesinlikle katılıyorum
- 23) Cinsel sorunlarım yüzünden eşimin beni eksik bir kadın olarak görmesinden endişe duyuyorum.**
5. Kesinlikle katılmıyorum

4. Katılmıyorum
 3. Kararsızım
 2. Katılıyorum
 1. Kesinlikle katılıyorum
- 24) Cinsel sorunlarım yüzünden eşimi hayal kırıklığına uğrattığımı düşünüyorum.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
 4. Katılmıyorum
 3. Kararsızım
 2. Katılıyorum
 1. Kesinlikle katılıyorum
- 25) Cinsel sorunlarım canımı sıkıyor.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
 4. Katılmıyorum
 3. Kararsızım
 2. Katılıyorum
 1. Kesinlikle katılıyorum
- 26) Cinsel sorunlarım cinsel tatminsizlik yaşamama neden oluyor.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
 4. Katılmıyorum
 3. Kararsızım
 2. Katılıyorum
 1. Kesinlikle katılıyorum
- 27) Cinsel sorunlarım yüzünden eşim dışında bir başkasıyla ilişki yaşamaktan endişeleniyorum.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
 4. Katılmıyorum
 3. Kararsızım
 2. Katılıyorum
 1. Kesinlikle katılıyorum
- 28) Cinsel sorunlarıma bağlı endişelerim yüzünden kendimi algılayışım etkileniyor.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
 4. Katılmıyorum
 3. Kararsızım
 2. Katılıyorum
 1. Kesinlikle katılıyorum
- 29) Cinsel sorunlarıma bağlı endişelerim yüzünden kendimi kötü hissediyorum.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
 4. Katılmıyorum
 3. Kararsızım
 2. Katılıyorum
 1. Kesinlikle katılıyorum
- 30) Cinsel sorunlarımdan rahatsız oluyor ve öfke duyuyorum.**
5. Kesinlikle katılmıyorum
 4. Katılmıyorum
 3. Kararsızım
 2. Katılıyorum
 1. Kesinlikle katılıyorum

EK 4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Esra Kenger Şen tarafından yürütülen “Nullipar Gebelerde Trimesterlere Göre Cinsel İşlevin Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı gebelik süresi boyunca her üç aylık dönemlerde daha önce hiç doğum yapmamış gebelerde cinsel işlevi değerlendirmek, her dönemi karşılaştırarak gebelikte cinsel aktiviteye ilişkin memnuniyeti incelemektir. Gebelik döneminiz boyunca sizinle 6 hafta aralar ile toplam üç görüşme yapılacaktır. Araştırmada sizden tahminen 20 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 296 kişi katılacaktır. Görüşmeler Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniğinde gerçekleştirilecektir. Görüşmeler sırasında size kişisel özellikleriniz ve cinsel yaşamınız ile ilgili sorular sorulacaktır. Araştırmanın doğru sonuçları yansıtması için soruları içtenlikle cevaplamanız önemlidir. Size en yakın gelen cevabı işaretlemeniz yeterlidir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Araştırma için yapılacak harcamalar ile ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ve size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz bilimsel yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya kengeresra@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz. Araştırma esnasında gebelik ve cinsellik konusunda herhangi bir tanı ya da tedavi gereksinimi olduğu düşünülürse katılımcı Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum polikliniğine yönlendirilecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı- Soyadı:.....

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Tarih:

İmzası:

Araştırmacının:

Adı-Soyadı:.....

Tarih:

İmzası:

Şahidin:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

EK 5. ETİK KURUL KARARI

İÜC Tarih ve Sayı: 03/07/2019-100656



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :59491012-604.01.02-
Konu :Yüksek Lisans Öğrencisi Esra
KENDER'in etik kurul kararı A-
32

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :13.05.2019 tarih, 13022260-300-86909 sayılı yazı

Enstitünüz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi **Prof.Dr.Ergül ASLAN**'ın danışmanlığında **Yüksek Lisans Öğrencisi Esra KENDER**'in yürüttüğü "Nullipar Gebelerde Trimesterlere Göre Cinsel İşlevin Değerlendirilmesi" başlıklı Yüksek Lisans Tezi (ANKET) hakkında ilgi yazınız ve ekleri **02 Temmuz 2019** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup;etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Muhlis Cem AR
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

Yönetmelik gereği Sonuç Raporunun Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir.

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak için:<http://dogrulama.istanbul.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEACEC70D>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL

Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 33

e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: A-32	Tarih: 02 TEMMUZ 2019
	Prof.Dr.Ergül ASLAN'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Esra KENDER'in yürütücülüğünde yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI:	Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR

ETİK KURUL ÜYELERİ									
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK (Başkan Yard.)	Genel Cerrahi	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Muhlis Cem AR (Raportör)	İç Hastalıkları Hematoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Zeki ÖNGEN	Kardiyoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Yıllık İzinli
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Öner SÜZER	Tıbbi Farmakoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Yıllık İzinli
Prof. Dr. Nurten Uzun ADATEPE	Nöroloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Kongrede
Prof. Dr. Hakkı Oktay SEYMEN	Fizyoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Mazeretli
Prof. Dr. Oktay DEMİRKIRAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr.Gülten DİNÇ	Tıp Tarihi ve Etik	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Suphi VEHİD	Halk Sağlığı	T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Zeynep Hande TURNA	İç Hastalıkları Medikal Onkoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Mutlu NİYAZOĞLU	İç Hastalıkları End./Metb./Diabet	Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hast.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Avukat Ayfer DİKMEN	Ticaret ve Sağlık Hukuku	Serbest Hukuk Bürosu	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

EK 6: KURUM İZNİ

İÜC Tarih ve Sayı: 16/07/2019-108622



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı :97248701-604.01.02-
 Konu :Tez Çalışma İzni-Esra KENGER

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :29.04.2019 tarihli ve 65799 sayılı yazınız.

Enstitünüz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Ergül ASLAN'ın danışmanlığında Tezli Yüksek Lisans eğitimine devam eden Esra KENGER'in "Nullipar Gebelerde Trimesterlere Göre Cinsel İşlevin Değerlendirilmesi" başlıklı tezin saha çalışması kapsamında 03.06.2019-01.06.2020 tarihleri arasında Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde veri toplamak için gerekli iznin verildiği; çalışmanın sonrasında bir nüshasını elektronik ortamda ve doküman halinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne verilmesi gerektiği hakkında; adı geçen Müdürlüğün 05.07.2019 tarihli, E.2381 sayılı yazısı ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalı
 Prof. Dr. Mehmet BİLGİN
 Rektör a.
 Rektör Yardımcısı

EK :
 Yazı (1 sayfa)

Doğrulamak için: <http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEL5EE0FZ>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Nuray ÖZYER ATLI Dahili : 19051

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü, 34320 Avcılar-İstanbul
 Tel : 0212 404 03 00 Faks : 0212 404 07 01
 Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Tarih ve Sayı: 12/07/2019-34945
İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRDİJ
05/07/2019 16:42 - 16867222 - 604.01.01 - E.2381



00096800109

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Esra KENGER'in Tez Çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
(İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü 34320 Avcılar/İstanbul)

İlgi : a) 02/05/2019 tarihli ve 71211201-97248701-300.07.01/31449 sayılı yazı.
b) 01/07/2019 tarihli ve 79341859-799-16134 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Ergül ASLAN'ın danışmanlığında Tezli Yüksek Lisans eğitimi devam eden Esra KENGER'in, "Nullipar Gebelerde Trimesterlere Göre Cinsel İşlevin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını, Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (Sarıyer) yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma hastanenin ilgi b) sayılı yazısı ile uygun görülmüş olup, Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır. Çalışmanın sonrasında bir nüshasını elektronik ortamda ve döküman halinde Müdürlüğümüze verilmesi ve konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNI DİR
31.7.2019

Permin GÖRECEK

İ.Ü. CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜ
Ö.İ.D.B
12.07.2019
Yazı İşleri ve
Genel Evrak Md.
Gelen Evrak
Sayı:

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34015 Zeytinburnu/İstanbul

Bilgi için: Selmin NAZLIĞÖL

Telefon: Faks No:

TIBBİ SEKRETER

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 46b90ebb-8dad-49b4-babf-35b60ecc23bb kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 7: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ



Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

2 ileti

esra kenger

16 Nisan 2019 11:20

Alıcı:

Sayın Dilek Hanım;

Ben İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tez dönemi öğrencisi Esra Kenger Şen. Tez danışmanım Prof. Dr. Ergül Aslan'dır. İstanbul'da uygulayacağım 'Nullipar Gebelerde Trimesterlere Göre Cinsel İşlevin Değerlendirilmesi' konulu tez çalışmam için Türkçeye uyarlamasını yapmış olduğunuz 'Kadın Cinsel İşlev Ölçeği' formunu çalışmamda izninizle kullanmak istiyorum.

Saygılarımla,
Esra Kenger Şen

Dilek Aygün

16 Nisan 2019 16:17

Alıcı: esra kenger

Merhabalar,
KCIÖ'ni kullanmanızda hiçbir sakınca yoktur. Sadece makalelerimden değil tezimden ve orjinal makaleden de yararlanmanızı öneririm. Çünkü ters çevrilen maddeler ve kesme noktaları ile ilgili bilgiler tezimde ve orjinal makalede var.
Kolaylıklar diliyorum

Doç. Dr. Dilek AYGÜN

Sakarya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölüm Başkanı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD

Assoc. Prof. Dr. Dilek AYGÜN

Sakarya University
Faculty of Health Sciences
Nursing Department Head



Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği

2 ileti

esra kenger

16 Nisan 2019 11:31

Alıcı:

Sayın Serpil Hanım;

Ben İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tez dönemi öğrencisi Esra Kenger Şen. Tez danışmanım Prof. Dr. Ergül Aslan'dır. İstanbul'da uygulayacağım 'Nullipar Gebelerde Trimesterlere Göre Cinsel İşlevin Değerlendirilmesi' konulu tez çalışmam için geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz 'Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği' formunu izninizle kullanmak istiyorum.

Saygılarımla.
Esra Kenger Şen

serpil

16 Nisan 2019 21:01

Alıcı: esra kenger

Sevgili Esra,
Ölçeği kullanmandan memnuniyet duyarım. Bir sonraki mailde ölçeği, skorlamasını ve ölçek makalesini göndereceğim.

Sevgiler, başarılar

iPhone'umdan gönderildi

esra kenger şunları yazdı (16 Nis 2019 11:31):

[Alınılan meil gizlendi]

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI**NULLİPAR GEBELERDE TRİMESTERLERE GÖRE CİNSEL
İŞLEVİN DEĞERLENDİRİLMESİ****ORIJINALLIK RAPORU****%20**

BENZERLİK ENDEKSİ

%13İNTERNET
KAYNAKLARI**%5**

YAYINLAR

%14

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

TÜM KAYNAKLARI EŞLEŞTİR (SADECE SEÇİLİ OLAN KAYNAĞI YAZDIR)

%10

**★ Submitted to The Scientific & Technological
Research Council of Turkey (TUBITAK)**

Öğrenci Ödevi

Alıntıları çıkart

Üzerinde

Eşleşmeleri çıkar

< 5 words

Bibliyografyayı Çıkart

Üzerinde

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Esra	Soyadı	Kenger Şen
Doğ.Yeri		Doğ.Tar.	
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	TC Kim No	
Email		Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora	-	
Yüksek Lisans	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2021
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2016
Lise	Kağıthane Gültepe Lisesi	2012

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	T.C. Sağlık Bakanlığı Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği	2 yıl (2018-Halen)
2.	Hemşire	T.C. Sağlık Bakanlığı Sarıyer İsmail Akgün Devlet Hastanesi Acil Servis	1 yıl (2017-2018)
3.	Hemşire	Acıbadem Maslak Hastanesi Doğumhane/Kadın Doğum Kliniği	1 yıl (2016-2017)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Orta	Orta	Orta	-	YÖKDİL 68,75

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	72,12649	70,63378	62,34781

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Word	Çok iyi
Microsoft Office Excel	İyi
Microsoft Office PowerPoint	Çok iyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi Katılım Sertifikası-2015

Türk İşaret Dili -2019

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Fotoğrafçılık, resim yapmak, kitap okumak, sinema.