

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**GEBE ve GEBE OLMAYAN KADINLARINDA SEKSÜEL
FONKSİYONUN DURUMU**

Dr. Neval ÇAYÖNÜ

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Mehmet KARACA

Antalya-2012

İÇİNDEKİLER

	sayfa
TEŞEKKÜR	2
ÖZET	3
ABSTRACT	5
SİMGELER VE KISALTMALAR	7
TABLO DİZİNİ	8
GRAFİK DİZİNİ	9
1. GİRİŞ VE AMAÇ	10
2. GENEL BİLGİLER	12
2.1 Kadınlarda cinsel fonksiyon	12
2.2 Gebelik ve cinsel fonksiyonlar	14
2.3 Gebelikte cinsel işlevlerdeki değişikliklerin nedenleri	16
2.4 Gebelikte koitus ve yasaklandığı durumlar	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1 Hastalar ve seçim kriterleri	31
3.2 Semptomların değerlendirilmesi	31
3.3 İstatistiksel Analiz	33
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇLAR	47
7. KAYNAKLAR	49

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde bir aile ortamında uzmanlık eğitimi almamı sağlayan değerli hocam Doç. Dr. Mehmet KARACA' ya sonsuz teşekkürü borç bilirim. Ayrıca, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde eğitimim süresince gerekli olan her türlü bilgi birikimini sunan Prof.Dr. Selahattin KUMRU' ya, Doç. Dr. Gülelgül KÖKEN 'e, Op. Dr. Onur EROL 'a ve servis uzman doktorlarımıza teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tez çalışmamın projelendirilmesi, verilerin değerlendirilmesi, yazılması ve tartışılması dahil olmak üzere tez danışmanlığı yapan, daha önemlisi hayata dair tüm tecrübelerini bizimle paylaşan ve kişisel gelişimimde önemli yer tutan Doç. Dr. Mehmet KARACA 'ya özellikle teşekkür ederim.

Tez çalışmamın yürütülmesinde katkılarından dolayı Op.Dr. Onur EROL 'a ve çalışmanın istatistiğini özveriyle yapan Prof. Dr. Mehmet Ziya ve Dr. Özgür Tosun 'a teşekkür ederim.

Mesleğe başladığım zor günlerde bana desteğini esirgemeyen ve çalışmaktan büyük zevk aldığım, birlikte çalıştığım için çok mutluluk duyduğum tüm Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği asistan doktorlarına, hemşirelerine, sekreterine, personellerine ve ameliyathane hemşireleri ve personellerine teşekkürlerimi sunarım.

Bu günlere gelmemiz için ve iyi bir insan olmamız için tüm varlığını bize adayan anneme ve babama, birbirimize sınımsız bağlarla bağlandığımız ablam Nihal'e ve eşi Mustafa'ya varlıkları ve destekleri için teşekkür ederim.

GEBE VE GEBE OLMAYAN KADINLARDA SEKSÜEL FONKSİYONUN DURUMU

ÖZET

Giriş ve Amaç: Gebelik, kadın cinsel fonksiyonunda ve kadın davranışında büyük bir rol oynar. Bugün kaliteli yaşam için seksüel sağlık büyük öneme sahiptir. Seksüel fonksiyondaki düşüş kadının kendisini ve insanlar arası ilişkilerini olumsuz etkilediğinden dolayı seksüel disfonksiyonun yaşam kalitesine etkisi çok büyüktür. Epidemiyolojik çalışmalar artmasına rağmen, gebelikte seksüel fonksiyon bozukluğu ile ilgili literatürdeki bilgiler sınırlıdır. Bu yüzden, biz gebe ve gebe olmayan kadınlarda seksüel fonksiyonu değerlendirmeyi ve yaş, gestasyonel yaş, üriner inkontinans, vücut kitle indeksi (VKİ) ve obstetrik öykü gibi parametrelerle seksüel disfonksiyon arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

Hastalar ve Yöntem: Çalışma, tek merkezli, kesitsel ve kontrol gruplu olarak yapılmıştır. Çalışmaya seksüel aktif (son dört hafta içinde ilişkiye girmiş) 200 gebe ve kontrol grubu olarak da 199 gebe olmayan kadın alındı. Tüm olguların demografik, obstetrik ve seksüel öyküleri alındı. Olguların seksüel fonksiyonları Female Sexual Function Index (FSFI) ile değerlendirildi. Elde edilen numerik, ordinal ve nominal veriler; ki-kare, Mann-Whitney U, Fisher Exact, Shapiro Wilk, Kruskal Wallis, Dunnet's test ve T test kullanılarak karşılaştırıldı. Değerler, ortanca (minimum- maksimum) değer ile ifade edildi ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Bulgular: Gebelerin yaş ortalaması 29 yıl (16-49 yıl), gebe olmayanların ise 33 yıl (18-51 yıl) olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Grupların FSFI'a göre yapılan karşılaştırılmalarında gebe olanların toplam FSFI skoru 18,9 (7,2-36,0) , gebe olmayanların ki ise 22,7 (7,2-36,0) saptanmış olup gebe olanlarda FSFI skorunun anlamlı olarak düşük olduğu bulundu ($p<0,05$). FSFI'ın alt gruplarına göre yapılan değerlendirilmede ise tüm alt gruplarda (cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet, ağrı) gebe olanlarda daha düşük skorlar elde edildi ($p<0,05$). Gebe kadınlarda cinsel disfonksiyon %92,0, gebe olmayanlarda ise %69,8 olarak saptandı. Gebe kadınlarda, trimester, gravida, parite ve abort sayısının cinsel fonksiyon üzerine etkileri incelendiğinde, her üç trimesterde de cinsel disfonksiyon olduğu saptanmış olup, trimesterler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,666$). Gravida ve parite sayısının gebelikte cinsel fonksiyonu olumsuz yönde etkilediği, fakat abort sayısının herhangi bir etkisinin olmadığı izlenmiştir. Her iki grupta da çalışmayan kadınlarda çalışan kadınlara göre daha fazla cinsel disfonksiyon olduğu tespit edildi ($p=0,018$). Diğer alt ölçekler incelendiğinde gebe olmayanlarda lubrikasyonun yaşla birlikte azaldığı saptandı ($p=0,001$). Gebelerde ise lubrikasyonun, VKİ 'ne göre zayıf olanlarda, normal ve şişman olanlara göre daha az olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuçlar: Bu kesitsel ve kontrol gruplu klinik çalışmanın verileri, gebe ve gebe olmayanlar arasında cinsel fonksiyon arasında anlamlı farklı olduğunu ve gebeliğin cinsel fonksiyonu olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir. Ayrıca, gebelerin gebelik sürecinde cinsel sorunlar yaşadığı ve bu sorunların çiftlere gebelik ve cinsel yaşam konusunda danışmanlık yapılarak ortadan kaldırılabileceği de ortaya çıkmıştır.

STATE OF SEXUAL FUNCTION OF PREGNANT AND NON-PREGNANT WOMEN

ABSTRACT

Introduction and Purpose: Pregnancy plays significant roles in sexual function and behaviors of women. Today sexual health imposes considerable significance for quality living. The impact of sexual dysfunction on quality living is great due to the fact that the decrease of sexual function has negative effects on the women and on the relations between other people. The information in the literature related to the sexual function impairment is limited even though the epidemiologic studies have increased. Therefore, we aimed to evaluate the sexual function of pregnant and non-pregnant women and tried to reveal the relation of sexual dysfunction with parameters of age, gestational age, urinary incontinency, body mass index and obstetrical history.

Patients and Method: The study was performed as single centered, sectional and with control group. Sexually active 200 pregnant women (who had sexual relation during the recent 4 weeks) and as the control group 199 non-pregnant women were included in the study. Demographical, obstetrics and sexual histories of all cases were obtained. The sexual functions of the cases were evaluated with Female Sexual Function Index (FSFI). The obtained numerical, ordinal and nominal data were compared by using chi-square, Mann-Whitney U, Fisher Exact, Shapiro Wilk, Kruskal Wallis, Dunnet's test and test. The values were expressed with the medium value (minimum- maximum) and $p < 0,05$ value was accepted as the statically meaningful value.

Findings: the average age of the pregnant women is 29 years (16-49 years); that of the non-pregnant women is 33 years (18-51 years) and no statically meaningful difference was detected between the two groups ($p>0,05$). In the comparison of the groups, which was performed as per FSFI, the total score of the pregnant women is detected to be 18,9 (7,2-36,0) and that of the non-pregnant women was detected to be 22,7 (7,2-36,0); and it was detected that the FSFI score of the pregnant women is meaningfully low ($p<0,05$). In the evaluation which was performed as per the subgroups of the FSFI in all subgroups (sexual desire, sexual arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, pain) the scores of pregnant women were detected to be lower ($p<0,05$). The sexual disfunction for the pregnant women was detected as %92,0, and for the non-pregnant women it was detected as %69,8. When the effects of the numbers of trimester, gravida, parity and abort on the sexual function of pregnant women was assessed; one of each trimester is detected to have sexual disfunction and statically no meaningful difference was detected between the trimesters ($p=0,666$). It is observed that the numbers of gravida and parity have negative impacts on the sexual function, however the number of abortions did not have any effects. In both groups it is detected that the non-working women have higher sexual disfunctions compared to that of the working women ($p=0,018$). When the other subscales were examined it is detected that the lubrication in non-pregnant women decreased along with aging ($p=0,001$). In the pregnant women, in those who are thin as per VKI, it is detected that lubrication is normal and lesser comparing to heavy weighted ones ($p<0,05$).

Results: The data of this sectional study with control group revealed that, regarding the sexual function, there is a meaningful difference between those who are pregnant and non-pregnant; and this study indicated that pregnancy has negative effects on sexual function. Additionally, it is revealed that the pregnant women encounter sexual problems during the pregnancy and these problems may be resolved by providing counseling to the couples about pregnancy and sexual life.

SİMGELER VE KISALTMALAR

FSFI: Female Sexual Function Index (Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi)

KCFB: Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

DSM-IV: Mental Bozuklukların Teşhissel ve İstatistiksel Kılavuzu-IV

TABLO DİZİNİ

sayfa

Tablo 1: Gebe ve gebe olmayanlarda demografik özellikler	34
Tablo 2: Gebe ve gebe olmayanlarda FSFI skorları	35
Tablo 3: Gebelerde trimester, gravida, parite, abort durumuna göre cinsel fonksiyonun durumu	36
Tablo 4: Gebelerde trimesterlere göre alt ölçeklerin durumu	37
Tablo 5: Gebelerde yaş, VKİ, üriner inkontinans, eğitim durumu ve çalışma durumu, eğitim durumuna göre cinsel disfonksiyonun durumu	38
Tablo 6: Gebelerde yaş gruplarına göre alt ölçeklerin durumu	39
Tablo7: Gebelerde VKİ 'ye göre alt ölçeklerin durumu	40
Tablo 8: Gebe olmayan kadınlarda KCFB' u etkileyen parametreler	41
Tablo 9: Gebe olmayanlarda yaş aralıklarına göre alt ölçeklerin durumu	42
Tablo 10: Gebe olmayanlarda VKİ gruplarına göre alt ölçeklerin durumu	43

GRAFİK DİZİNİ

sayfa

Grafik 1: Gebe olan ve olmayanlarda FSFI toplam ve alt grup skorları	35
Grafik 2: Gebelerde her 3 trimesterde FSFI toplam ve alt grup skorları	37
Grafik 3: Gebelerde yaş aralıklarına göre FSFI ve alt grup skorları	39
Grafik 4: Gebelerde VKİ'ye göre FSFI ve alt ölçek skorları	40
Grafik 5: Gebe olmayanlarda yaş aralıklarına göre FSFI skorları ve alt ölçekler	42
Grafik 6: Gebe olmayanlarda VKİ gruplarına göre FSFI skorları ve alt ölçekler	43

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik, hayati olmayan ancak türün sürekliliği için şart olan bir gereksinim ve içgüdü olarak tanımlanmaktadır. Cinsellik insan yaşamının önemli bir parçasıdır. Biyolojik, sosyal, kişilerarası ve kültürel yönleri olan, çok boyutlu, kompleks bir olaydır (1). Gebelik, kadın hayatını etkileyen son derece değişik bir süreçtir. Anatomik, fizyolojik ve ruhsal değişimlerin bir sonucu olarak gebelik cinsel yaşamı etkilemektedir (1). Çiftlerin %86-100' ü gestasyonel süreçte seksüel aktif olduğu halde birçok gebe kadın, koit sıklığında ve seksüel istekte azalma göstermektedir (2-4).

Bugün kaliteli bir yaşam için seksüel sağlığın önemi büyük bir olay haline geldiği görülmektedir. Seksüel fonksiyondaki düşüş kadının kendisini ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilediğinden dolayı seksüel disfonksiyonun yaşam kalitesine etkisi oldukça önemlidir. Sıklıkla seksüel disfonksiyon emosyonel strese neden olmaktadır. Çalışmalar seksüel disfonksiyon ile fiziksel ve duygusal bulgular arasında belirgin bir ilişki olduğunu göstermektedir (5).

Cinsellik, gelişmiş toplumlarda insanların birbirleriyle rahatlıkla paylaşabilecekleri bir konuyken gelişmekte olan toplumlarda halen bir tabudur. Cinsel yaşamın bu tabu özelliğini koruması nedeniyle gebelikte cinsel yaşam da çiftin doktorlarına çoğu zaman sormadıkları belki de sormadıkları, bu yüzden de bilgilerinin yetersiz olduğu bir konu olmaya devam eder. Hekimler de çoğu zaman gebe ve/veya çiftlerle yaptıkları görüşmelerde bu konu üzerinde fazla durmazlar. Cinsellik konusu çoğu zaman gebelik ile ilgili bir problem yaşandığında gündeme gelir ve bu durumda genellikle cinselliğin bir süre yasaklanması söz konusu olur.

Birçok çalışma, seksüel disfonksiyonun sık görülen bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Seksüel fonksiyon yaş, eğitim, kronik hastalık, gebelik ve pariteden etkilenmektedir (5,6). Epidemiyolojik çalışmaların artmasına rağmen literatürde gebelikte seksüel fonksiyon bozukluğu ile ilgili veriler yetersiz kalmaktadır. Gebeliğin cinsel yaşam

zerine etkileri konusunda yapılacak çalışmalar hem durum saptaması yapmak, hem de çiftlerin bu konudaki gereksinimlerinin belirlenmesi açısından yarar sağlayacaktır.

Çalışmamızda gebe ve gebe olmayan kadınlardaki seksüel fonksiyonu değerlendirmeyi ve sonuçları literatür bilgisi ile karşılaştırmayı amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kadınlarda Cinsel Fonksiyon

Cinsel fonksiyon, nörolojik, mental, vasküler ve endokrin sistemleri kapsayan çok sayıda farklı organ sistemleri ile yakın ilişkilidir (7). Literatürde cinselliğe ilişkin ilk bilimsel yaklaşım, Kinsey ve arkadaşlarının 1953 yılında, cinselliğin epidemiyolojisi ile ilgili yaptığı çalışmadır. Daha sonra kaynaklarda belirtildiğine göre, Master ve Johnson 1966 yılında yaptığı araştırmalarda, cinsel eylem sırasındaki cinsel fizyolojinin, tüm organizmanın tepkileriyle birlikte seyreden, psikoseksüel uyarılma ile ruhsal ve bedensel değişimlerin ortaya çıktığı, objektif olarak ölçülebilen, değerlendirilebilen bir biyopsikososyal model saptamışlardır. Bu nedenle kadınlardaki cinsel karşılık, birbirini izleyen dört aşama olarak tanımlanmıştır. Bunlar, istek, heyecan, orgazm ve çözülmedir. Bugün “Mental Bozuklukların Teşhissel ve İstatistiksel Kılavuzu-IV” (DSM-IV)’ün sınıflandırılmasında ise dört aşamalı model temel alınmış ve cinsel fonksiyon bozuklukları, cinsel istek ya da cinsel yanıt döngüsünü oluşturan psikofizyolojik değişikliklerde, kişilerarası güçlüklerle ve strese neden olacak düzeyde bozulma olarak tanımlanmıştır (8,9).

Fitzpatrick’in belirttiğine göre (2004), Master ve Johnson’un birbirini izleyen, bağlantılı dört basamaklı modelinde cinsel yanıt siklusu şu şekildedir;

Birinci Aşama: Cinsel İstek (Libido) Fazı

Libido kelimesi Latince “libd” kelimesinden türetilmiştir. Libido kelimesinin bir psikoanalitik kelime olarak kullanılması Sigmund Freud ile başlar. Freud libidoyu, “bilinçli bir aktivite boyunca genel seksüel enerjinin farkında olmak” şeklinde tanımlamıştır (7). Libido (cinsel istek); cinsel fanteziler ve cinsel aktiviteye karşı duyulan arzu ya da cinsel

olmak için gerekli motivasyon ve eğilim şeklinde de tanımlanabilir (10,11). Kadında cinsel yanıt, cinsel istek ile başlar.

İkinci Aşama: Uyanış (Heyecanlanma, Arusal) Fazı

Uyanış fazı, parasempatik sinir sistemi ile oluşturulur. Bu faz, erotik duygular ve vajinal lubrikasyonun oluşmasıyla karakterizedir. Cinsel yanıtın varlığı ilk olarak vajinal lubrikasyonun görülmesiyle başlar ve bu durum, cinsel uyarıcı algılandıktan sonraki 10 – 30 saniye içinde aktive olur (10-13). Lubrikasyon artmış olan vazokonjesyon sonucu vajinal duvardan sızan transüda karakterindeki mukoid sıvı ile oluşur.

Üçüncü Aşama: Orgazm Fazı

Orgazmik fonksiyon, tarihi süreç içinde çok uğraşılmasına karşın, en az anlaşılan, yaygın ve kabul edilebilir bir tarifi yapılamayan cinsel fonksiyon olmuştur. Pek çok tarifi bulunan orgazm, Masters ve Johnson tarafından 1966 yılında cinsel uyarı ile artmış müsküler ve vasküler gerilimin çözülmesi olarak tanımlanmıştır. Orgazmik fonksiyon cinsel siklusun en kısa süren dönemi olmasına karşın, tüm cinsel hisler içinde en güçlü ve doyurucu olanıdır (14).

Dördüncü Aşama: Çözülme (Resolüsyon) Fazı

Dördüncü ve son aşama olan çözülme, tüm genital ve ekstragenital değişikliklerin uyarı öncesi durumuna dönmesidir.

Son yıllarda ortalama yaşam süresinin artması ve erektil disfonksiyon için etkin tedavilerin geliştirilmesi, orta ve ileri yaş popülasyonunda cinsel davranışlar ve cinsel problemlere olan ilgiyi oldukça arttırmıştır. Erkek cinsel disfonksiyonu için yerleşmiş tanımlar, epidemiyolojik veriler, tanı yöntemleri ve tedaviler olmasına karşın, kadın cinsel disfonksiyonu (KCFB) konusunda çalışmalar henüz gelişme sürecindedir. Bu ilerlemeler gelişmiş ülkelerde hastaların cinsel problemleri nedeniyle doktora başvuru oranlarını arttırmıştır. Berman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsel yakınmaları bulunan kadınların % 42'si doktora başvururken, bu konuda yardım almayanların % 54'ü aslında bunu istediklerini belirtmişlerdir (8). International Consensus Development Conference

on Female Sexual Dysfunction raporuna göre KCFB, cinsel istek bozukluğu, cinsel uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, cinsel ağrı bozuklukları (daha sonra disparoni, vajinismus ve ilişki harici ağrı olarak ayrılmıştır) sınıflandırılmıştır (15). Literatürde Avrupa ülkeleri için sayılı prevalans araştırması bulunmaktadır. Barun ve arkadaşlarının 3145 cinsel olarak aktif kadında yaptıkları çalışmalarında KCFB prevalansı, % 31.1 olarak bulunmuştur (16). Ülkemizde, Çayan ve arkadaşları tarafından yaşlara göre yapılan prevalans çalışmasında KCFB görülme sıklığı 18-27 yaş arası % 21.7, 28-37 yaş arası % 25.5, 38-47 yaş arası % 53.5, 48-57 yaş arası % 65.9 ve 58-67 yaş arası % 92.9 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada risk faktörleri irdelendiğinde sigara, evlenme yaşı, geçirilmiş pelvik cerrahi ve doğum kontrol yöntemleri, KCFB için risk olarak bulunmazken, yaş, düşük eğitim düzeyi, işsizlik, kronik hastalık, multiparite ve menopoz risk açısından anlamlı bulunmuştur (52).

2.2 GEBELİK VE CİNSEL FONKSİYONLAR

Gebelikte Cinsel İşlev Siklusunda Oluşan Değişiklikler:

Gebelikte cinsel işlev siklusunda değişiklikler olur. Konsepsiyondan sonra vasküler ve glandüler yapılardaki artış nedeniyle meme guddesi büyür ve hassaslaşır. Birinci trimesterde, multipar kadın uyarıldığında, memelerde vazokonjesyon, gebelik öncesinden daha fazla belirginleşir, buna areola ve meme başı hassasiyeti eşlik eder. Gebelik devam ederken memelerde 1/3 oranında ölçü artışına rağmen hassasiyette azalma vardır. Gebe olmayan kadında uyarılma, meme ölçüsü artışına, meme başının sertleşmesine ve areolanın belirginleşmesine neden olurken; bu, gebe kadın için geçerli değildir (17). Gebelikte artan pelvik vaskulerite, cinsel tansiyonda artışa neden olur. Gebelikte cinsel yaşamda ortaya çıkan değişiklikler cinsel işlev siklusunun fazlarına göre aşağıda incelenmiştir (17,18).

İstek Fazı: Gebeliğin farklı dönemlerinde libidoda azalma ya da artış yönünde değişiklikler olur. Her kadın farklı olmasına rağmen genellikle gebe kadının cinsel isteği, I.trimesterde azalır, II. trimesterde geri döner ya da artar ve III. trimesterde tekrar azalır.

Uyarılma Fazı: Uyarılma fazında, cinsel uyarı öncesinde gebe kadında artmış vazokonjesyon nedeniyle internal ve eksternal organlarda konjesyon cevabını myotonik yanıtta daha fazladır. Nulliplarlarda labia majörler gebelik öncesindeki gibiyken, multiparlarda aşırı derecede büyük ve ödemli olabilirler. Labia minörler nulliplarlar ve multiparlarda büyük olabilirler. Bu cevap I ve II. trimesterler boyunca devam eder. Üçüncü trimesterde artmış vazokonjesiyon nedeniyle labia minörler büyümüştür. Cinsel uyarı olmaksızın gebelikte artmış venöz konjesyon mukoid akıntıyı da artırır. Bu fazla salgılanma gebelik sona erene kadar devam eder. Genel olarak cinsel uyarı sonucu vaginanın nemlenmesi gebelikte daha çok miktarda olur.

Plato Fazı: Plato fazı sırasında, labia minörlerin rengi orgazmla gebelik öncesindeki gibi pembeden kırmızıya değişir. Nulliplarlar ve multiparlarda bölgedeki artmış vazokonjesyon orgazmik platformda da artışa yol açar; gebelik ilerledikçe platformdaki artış da ilerler (19,20,21).

Orgazm Fazı: Orgazmik faz oldukça değişkendir. Gebelik boyunca vaginanın 1/3 distali ve uterus kontraksiyonları oluşur. Üçüncü trimesterde, özellikle gebeliğin son 4 haftası uterusunda düzenli ritmik kontraksiyonlar yerine tonik spazmlar olabilir. Goodlin ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada gebe kadınların %16'sı cinsel birleşimde orgazma ulaşamasa da uterusun kasıldığını hissetmektedir. Bu araştırmada gebelerin %50'si hem orgazma ulaştıklarını hem de normalin dışında uterusun kasıldığını belirtmiştir. Bu araştırmada incelenen vakaların %77'si II. ve III. trimesterlerde kas gerginliği ve venöz artış nedeniyle bazı kadınlar daha çabuk orgazm tecrübe ederler. Bazen orgazmda ağrı duyulabilir ve birleşmeden sonra da ağrı sürebilir. Vazokonstrüksiyon sırasında dinmez ve rahatsızlık verebilir. Pelvik konjesyon bazı kadınlarda cinsel deneyim ve orgazmı artırabilir; hatta orgazmı ilk kez gebelikte yaşayanlar vardır (22,23).

Çözülme Fazı: Pelvik konjesyon orgazm sırasında tamamen dinmez. Gebelik ilerledikçe genişlemiş damarlardaki kanın geri çekilmesi daha da artar. Bu uzun süren kanlanma sonucu görülen şişlik kadının çevreden bir uyarı almamasına rağmen, uzun süre uyarı duymasına neden olmaktadır. Araştırma gurubundaki gebe kadınların bazıları, belki de sürekli uyarım neticesi orgazma ulaştıkları halde, orgazmdan sonraki bu gevşeme devrindeki uyarımın uzun sürmesi nedeniyle bazen bir çeşit doyumsuzluk duygusuna kapılmaktadır (24).

2.3 GEBELİKTE CİNSEL İŞLEVDEKİ DEĞİŞİKLİKLERİN NEDENLERİ

Gebelikte cinsel ifade yüksek derecede bireyseldir. Cinsel ilişki psikolojik faktörlerden, seks hakkındaki mitlerden, cinsel disfonksiyonlardan ve kadındaki fiziksel değişikliklerden etkilenir (25-28).

Gebelik süresince kadında fiziksel ve fizyolojik değişiklikler oluşmaktadır. Gebe bir kadında üretilen progesteron hormonu gebe olmayan bir kadına oranla 10 kez daha fazladır. Gebe bir kadında üretilen östrojen miktarı gebe olmayan bir kadının üç yılda ürettiği miktara eşittir. Gebe kadında dolaşan yüksek seviyedeki progesteron ve östrojen hormonları yumuşak ve düzgün bir tene, parlak saçlara ve gebenin kendini iyi hissetmesine neden olduğu gibi memeler ve cinsel organlardaki değişikliklerle gebe cinsel ilişkiye daha hassas ve duyarlı hale gelir (29).

Birinci trimester: Yapılan araştırmalarda kadınların gebeliğin ilk trimesterinde farklı derecede cinsel istek gösterdikleri saptanmıştır. İlk trimesterde kadın gebeliğinin farkında olmadığı için cinsel aktivitede değişiklik olmaz görüşüne zıt olarak cinsel ilişki sıklığında azalma vardır. Bu dönemde gastrik distres, bulantı kusma, yorgunluk, uykuya yönelim, genel fiziksel rahatsızlık, meme ve vaginal rahatsızlık libidonun azalmasına yol açan majör faktörlerdir. Bazı gebelerde tikslenme, eşinin normal vücut ve nefes kokularına bile tahammül edemeyecek kadar ileri boyutlarda olabilir. Cinsel ilginin

azalması semptomların derecesiyle ilişkilidir. Salgı artışı, fiziksel ve estetik sorunlar fiziksel aktiviteyi sınırlayabilir. Bebeğe zarar verme ve çocuğu düşürme korkusu libidoyu etkilemektedir. Doğum kontrolü gerekmediği için istek artışı olabilir. Birçok spontan abortusu olan kadınlara genellikle I. trimesterde ilişkiden kaçınmaları önerilir (29).

İkinci trimester: Cinsel aktivite için en uygun zamandır. Gebenin, hamileliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağladığı dönemdir. Yorgunluk, bulantı-kusma azalır ve pelvik konjesyon artar. Bu trimester gebeliğe uyumun da başladığı dönemdir. Anne adayı artık gebe olduğu gerçeğini ve hayatına getireceği değişiklikleri benimser. Birinci trimesterdeki yakınmalardan kurtulan ve psikolojik olarak gebeliğe uyum sağlayan gebede cinsel ilişkiye ilginin arttığı gözlemlenir. Bazı babalar bebeğe zarar vermekten korkabilir ve bebeğin cinsel ilişki sırasında hareket etmesini 'fetüs onları algılıyor' gibi düşünebilirler (29).

Üçüncü trimester: Üçüncü trimesterde azalan fiziksel şikayetler bu dönemde uterusun büyümesine paralel olarak farklı bir şekilde tekrar ortaya çıkabilir. Yorgunluk, halsizlik, mide problemleri, solunum sıkıntısı, pelvik ligament ağrıları, sık idrara çıkma, hareketin azalması, memelerden süt gelmesi gibi belirtiler, cinsel ilişki ve orgazm sırasında ortaya çıkan güçlü uterus kasılmaları libidonun azalmasına, anne adayını cinselliği ikinci plana atmasına neden olabilir. Beklenen doğum tarihi yaklaştıkça enfeksiyon korkusu, doğumda ağrı duyma korkusu ve anormal bir durum olacağı korkusu gibi faktörler eklenir. Bazı kişiler gebeliğin geç döneminde koitusun erken neden doğuma olacağını düşünür (29).

Hekimler tarafından yapılan öneriler de gebelikte cinsel ilişkiyi etkileyen bir faktördür. Gebelikte cinsel aktiviteye yönelik farklı öneriler vardır. Masters ve Johnson çalışmasında, 111 kadından 77'si hekimler tarafından son trimesterde cinsel ilişkiden kaçınılması konusunda uyarıldığı belirtilmiştir. Bu hekimlerin bazıları gebeliğin son üç ayında, bazıları ise son bir ayında cinsel ilişkiyi yasaklamıştır (30). Solberg'in çalışmasında 260 kadının %29'una beklenen doğum tarihinden 2-8 hafta öncesinde doktorlar tarafından koitustan kaçınmaları söylenmiştir. Bu gebe kadınların sadece

%10'u koitus için önerilen, daha rahat olabilen pozisyonları uygulamıştır. Doktorların %5'i yan yana veya arka giriş pozisyonları önermiştir. Falicov'un çalışmasında 19 kadından 5'ine doğumdan 6-7 hafta öncesinde koital aktiviteyi bırakmaları söylenmiştir. Holtzman'ın çalışmalarındaki kadınların %60'ına hiç tıbbi cinsel öneri yapılmadığını, bir kısmına ise minimal seviyede bilgi verildiğini açıklamıştır. Koitusa ara vermenin diğer bir nedeni de tıp dışı kişilerin yaptığı öneriler ve gebeliğin herhangi bir döneminde (genellikle I. Ve III. trimesterde) oluşan kanamalar olabilir (1,29).

Psikolojik faktörler:

Gebelik, kadın ve erkeği birbirlerine daha fazla yaklaştıran bir dönemdir. Mann, gebeliğin, kadın ve erkeğin gereksinimlerini karşılamak için ideal bir zaman olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte gebeliğin verdiği sevinç, cinsel ilişkiyi etkileyen, gebelikteki fizyolojik ve psikolojik değişimler nedeniyle azalabilir (1, 31). Gebelik ebeveynlerin büyük uyumunu sağlayan normal bir yaşam olayıdır. Oakleyn 1979'de kültürel normların kadınlığın simgesi olarak görüldüğü gebeliğe uyum üzerine odaklanan araştırmaları eleştirmiştir. Bütün kadınların anne olacakları için kendilerini mutlu hissetmelerinin doğal olmadığını ve normal yaşamlarını zorlayacağını belirtmiştir. Bununla birlikte, ebeveynliğe geçiş büyük bir kriz gibi veya yetişkin yaşamında farklı streslerle dolu bir dönem gibi görülebilir. Stres, gebe kadının eşini ve ilişkilerini de etkiler (32). Çocuk doğurma kadının olgunlaşma süresinin bir bölümüdür. Gebelik boyunca eşle, diğer çocuklarla ve geniş ailede diğer fertlerle olan ilişkiler etkilenebilir. Artmış bir gerginlik oluşur. Bu gerginlikle baş edebilme yeteneği doğrudan anne ile yakın bir ilişki, mutlu bir aile yaşamı, eşle sosyal-seksüel olarak iyi geçinmek ve ekonomik güvencilikle ilişkilidir. Ancak, birçok durumda bu yararlı koşullar bulunmaz (30). Gebelik birçok anlam içerir. Gebe kadının bu dönemdeki reaksiyonları mutluluk, iğrenme, öfke, kaygı, korku ve depresyon olarak sıralanabilir. Çocuk sahibi olma içgüdüğü farklı bir psikodinamiktir; kadın sevdiği bir partnerden bir şey yaratmak, yeni bir yaşam kurmak, kendine ait bir arkadaş ister. Her gebe kadının yanıtı farklı olmakla beraber, faktörlere bağlı olarak kadının cinsel yanıtı gebelik sürecinden etkilenecektir. Bu yüzden kadınlardan bazıları gebeliğin planlama zamanından eminken bazıları kararsız ve soru işaretleri taşırlar (19,26,30,33).

Cinsel yanıtlar gebeliğin dönemine göre çok çeşitlilik gösterir. Erken gebelikte bebeğin varlığı görülemez ve kadın içe dönük bir ruhsal yapı içinde olabilir. İkinci trimester ise ebeveynler için genellikle mutlu bir zamandır. Gebe kadın çocuğun durumu üzerine odaklanmış ve bebeği kabul etme düşünceleri içerisinde. Üçüncü trimester başladığında ise bir şekilde çocuğun koruyuculuğunu üstlenir, kaybetme korkusu hissederek hassaslaşabilir (1,30). Lucie Jessner ve arkadaşları, gebelikte psikolojik korkuların birbiriyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Bazı kadınlar gebeliğin ilk döneminde gebe kalma korkusu taşımadıkları için cinsel aktivitede daha rahat davranırlar ve buna bağlı olarak bu süreç bir memnuluk dönemidir. İkinci trimesterde kadın heyecanını kaybeder ve kısmen bebeğe zarar verme korkusu, kısmen cinsel ilişkiyi günah ve annelikle bağdaşmaz, ahlaksızlık gibi görmesi nedeniyle kafası karışmaktadır. Çelişkili olarak, bazı kadınların bu kaygılar tarafından indüklenen artmış cinsel gereksinimleri vardır. Hiç çocuk doğurmamış genç kadınlar anneliğin bir yaşlılık belirtisi olduğunu ve gebeliğin gençliklerini götürebileceğine inanabilirler, çocukları kendilerine ayak bağı ve zaman tüketici gibi düşünebilirler, gebeliğe özgürlüklerini kısıtlıyor gözünü bakabilirler (32). Beden imajındaki değişiklikler kadının gebeliğe ve cinselliğe karşı tutumunu etkileyen diğer bir faktördür. Kadın kendi vücudu genişledikçe, bir taraftan gururu okşanır bir taraftan da güzelliğini kaybetme korkusunu yaşar. Kitzinger 1985'te, bazı kadınların gebelikte vücut görünümelerini abarttıklarını, kendilerini daha iri hissettiklerini veya partnerlerinin onları çirkin bulduğuna inandıklarını belirtmektedir. Buna karşın bazı erkeklerin eşlerini çekici ve güzel bulduklarını ifade etmektedir. Bir kadının gebelikte vücudunu algılayışı cinselliğini etkileyebilir. Bazı kadınlar vücut imajları konusunda çok olumlu hisler taşıırken bazıları ise, özellikle gebeliğin son trimesterinde, çoğunlukla olumsuz hisler taşımaktadır. Kadın gebelik boyunca uyku ve yeme düzenindeki değişikliklerle, bulantı-kusmayla, cildindeki renk değişiklikleriyle, büyüyen memeler ve kilo artışıyla baş etmeye çalışır; kendini şişman hissedebilir ve fiziksel olarak tekrar eski haline dönüp dönmeyeceği konusunda endişe taşıyabilir. Çoğul gebeliği olan kadınların vücut imajı konusundaki kaygı ve anksiyeteleri daha fazladır (32,34). Gebe kadının doğum eylemi ve bebeğin sağlıklı olup olmayacağı konusunda endişesi vardır. Bu endişelere cinsel çekiciliğini, eşinin sevgisini ve ilgisini kaybetme korkusu da eklenir.

Aynı zamanda kadının içe dönüklüğü ve kendi içine yönelimi, çiftler arasında soğukluk yaratır. Kariyer sahibi kadınlarda annelik durumu ikilem yaratabilir; çocuğun doğumu ile kariyerin nasıl etkileneceği konusunda kaygılanabilir. Bazı kadınlar azalmış cinsel istek ve eşlerini cinsel aktiviteden yoksun bırakmaları nedeniyle suçluluk hissedebilir. Bu durum gebeliğin reddedilmesine veya kıskanılmasına neden olacağını düşünerek endişelenirler (35,36). Janes ve Jones 1991'de ve Pines 1993'deki çalışmalarında çocuklar kadınlara çok fazla mutluluk ve sevinç getirebilir ancak, gebelik ve doğum eylemi çok yorucu ve stresli olabilir. Bu, gebelikte ve sonrasında kadına emosyonel yükler getirir. Sosyal desteğin olmaması veya az olması ekonomik sebeplerden dolayı çocuklara bakmada gücünün yetersiz olması emosyonel bir krize yol açabilir. Fiziksel yorgunlukla beraber diğer çocuklara bakmak libido üzerinde olumsuz etki yapabilir. Araştırmalar, gebelik kadının ev ve iş ortamında, sosyal ilişkilerinde desteklenme gereksinimini kuvvetlendirir; desteklendiğini hisseden gebe kadının yaşamı olumlu yönden etkilenirken; gebelik sırasındaki kişilerarası çatışmalar, gebelikte ortaya çıkan emosyonel değişiklikler tarafından ağırlaştırılabildiğini belirtmektedir (1,32). Gebelik süresince erkeğin ruhsal durumu da cinsellik üzerinde bir etki oluşturur. Erkek için gebeliğin kabulü yalnızca gebeliğin kesinliğini ve kabul etme anlamı değil; aynı zamanda kadının değişen durumunu da kabul etmeyi içerir. Kadınlar gibi erkeklerin de bu süreçte çeşitli hisleri vardır; sıklıkla gururlu ve mutludurlar. Babanın, fiziksel olarak görülmeyen ancak cinsel partnerinin zamanını ve düşüncesinin büyük kısmını alan fetusu kıskanması ender değildir. Baba cinsellik, gebelik ve kadın sağlığı konusunda yanlış bilgilere sahipse gebeliği kabul etmesi zorlaşabilir. Bir erkek emzirmenin eşinin memelerini bozacağını düşünerek emzirmeye karşı çıkabilir, doğumun eşinin vaginasını genişleteceğine ve cinsel yaşamlarının bozulacağına inanabilir ve sezaryen taraftarı olabilir (34). Benedek, babalık içgüdüsünü tarif etmiştir. Rainwater ise gebeliğin babaların 'erkekliklerini doğruladığını' düşündüklerini belirtmiştir. Babalık da anne olmak gibidir. Gebelik, kadında olduğu gibi erkek için de bir çatışma dönemi olabilir. Şefkat, sevecenlik, empati gibi emosyonel yanıtlar annelik gibi babalık için de vardır. Ancak yetişkin erkekler sıklıkla bu hisleri bastırılmış kadınlığın kanıtı gibi kabul ederler. Bu nedenle erkekler toplumun babalığa bakışı ile ikilem yaşayabilir (22). Erkek baba olma sürecinde çoğunlukla anksiyete yaşar, bu konuda karısından daha az konuşur,

destekleyen ve daha az konuşan durumuna geçebilir. Duvall, baba olunurken deneyimlenen bazı duyguları açıklamıştır. Bunlar, ambivalans, partnere cinsel yaklaşımdan kaçınma, gebeliğe zarar verme korkusu, bebeğin eşinin yaşamındaki yerini kıskanma, yetersizlik konusunda anksiyete ve depresyondur (35,37). Rainwater, ebeveyn eğitim sınıflarında, kocaların eşlerine en fazla saygı, ilgi ve yakınlığı gebelik döneminde gösterdiklerini belirtmiştir. Bazı erkekler eşlerine gebelik öneminde kırılacak bir porselen gibi davranırlar. Yakında anne olacak eşlerine, eşlerinin kaygılarına ve doğmamış bebeklerine odaklanmışlardır. Genellikle birçok erkek gebelikte cinsel aktivitenin yapıp yapılmayacağı konusunda kararsız olup ve bu konuda korku, çekinme ve sıkılganlık gibi duygular hissederler. Emosyonel bir sonuç olarak babalar psikosomatik yakınmalar, duygu dalgalanmaları, anksiyete ve ilişkilerinde zorluk deneyimleyebilirler. Bu endişe ve kaygılar kendini baş ağrısı, bel ağrısı şeklindeki psikosomatik yakınmalarla dışa vurabileceği gibi, bu yakınmalar erkeğin eşiyile birlikte hamilelik belirtilerini yaşaması olan couvade sendromu' na kadar gelişebilir. Couvade sendromu dışarıdan birinin fark edemeyeceği kadar hafif seyredebileceği gibi gerçek bir ruhsal bozukluk görüntüsü de olabilir. İleri durumlarda nedeni açıklanamayan baş ağrıları, kolay sinirlenmek, gerginlik, yerinde duramamak, kilo almak, gaz sancıları, bel ağrıları gibi birlikte tam bir depresyon tablosu ortaya çıkabilir (34,35,38-40). McNall, 22-24 yaşlar arası beyaz erkekler üzerinde yaptığı çalışmasında cinsel yoksunluğun, reddedilme hissi ve engellenme ile sonuçlandığını bildirmiştir. Gebelik sürecinde genellikle birçok baba eşlerinin sevgi ve ilgisinde bir azalma hisseder ve biraz kırılğan duygular taşırlar. Bazıları ise bebek doğduktan sonra eşlerinin sevgi ve ilgisini tamamen kaybettiklerini belirtmektedir (41). Çiftler gebelik ilerledikçe ve uterus büyüdükçe, fetüsün daha fazla farkına varırlar, bazen cinsel ilişki sırasında fetüsün hareketlerini hissederler ve bebeğe zarar vermekten korkarlar. Pauline Shereshesky ve Leon Yarrow, 60 orta sınıf şehirli ailenin gebelikte reaksiyonlarını incelemiştir. Özellikle fetüsün hareketleri sırasında erkeklerin %50'si bebeğe zarar verme korkusu nedeniyle koitustan kaçınmıştır. Bazı erkekler eşlerinin gebeliğini kıskanmıştır. Bazıları ise diğer insanların 'ne yaptıklarını' anlayacağı düşüncesi nedeniyle kadının vücudunda gebe görünümünün fark edilmesinde sıkıntı duymuştur. Bazı erkekler eşleriyle aynı fiziksel rahatsızlıkları yaşamıştır. Bir erkek öyle rahatsız hissetmiş ki cinsel ilişki için eşine yaklaşmamış ve

eşi onu bebeğine zarar vermediği konusunda ikna edememiştir (45). Bazı erkekler sadece eşiyile değil bebeğinin annesi olacak kadınla seks yapmak konusunda hisleriyle pazarlık yapar ve bu konuda karışık duygular içine girer. Bazı erkekler eşleri ile cinsel ilişki istese bile gebe bir kadına dokunmanın kutsal bir şeyi kirletmek gibi olduğunu düşünebilir. Yine bazıları, gebe kadınla seks yapmanın ahlaksızca olduğuna inandıklarından cinsel ilişkiden kaçınabilirler. Bu düşünceye özellikle cinsel ilişkinin sadece döllenmenin sağlanması amacıyla gerektiğine inanılan dinlerde rastlanmaktadır. Bazıları ise gebelik süresince eşlerine daha fazla yakınlık ve dostluk duyarak mutluluklarının arttığını düşünürler (42). Masters ve Johnson, 79 erkek ile görüşme yapmıştır. Bunların 71'inin eşine doktor tarafından gebeliğin 2-6. ayları arasında cinsel ilişki yasağı konmuş, yalnızca 21'i bunu anlamış, kabul etmiş ve uygulamış, 18'i ise evlilik dışı cinsel ilişki yaşadığını belirtmiştir (30). Gebelik sürecinde bazı erkekler için pasif kadınsılık aktivite oluşabilir. Latent homoseksüellik yüzeye çıkabilir ve eşinin değişen vücuduna ilgisini paylaşmaktan erkek kendini alamayabilir. Gebe kadının değişen genital bölgesi, giderek büyüyen memeleri erkeği korkutabilir ve cinsel yeterlilik konusunda anksiyetesini yükseltebilir (30). Bir grup erkek eşlerinin gebelik dönemindeki endişelerinden dolayı cinsel zorluklar belirtmişlerdir. Bir erkek cinsel isteğini kaybedebilir, zamanın büyük bölümünde iktidarsızlık yaşayabilir, orgazm öncesi ereksiyonu kaybedebilir veya ereksiyonu sağlamakta zorlanabilir, orgazm olduğunda anne ve bebek için sonuçlar onu çok korkutabilir. Erkek, eşi kendisine alımlı görüldüğünde, onu cinsel aktiviteye cesaretlendirdiğinde, gebeliğe zarar vermektan korktuğundan dolayı kızabilir, cinselliği ve bu konudaki hislerini şiddetle reddedebilir. Bazı erkekler eşleri gebeyken mastürbasyon yapabilir ve bazı çiftler medikal olarak cinsel birleşmeye kısıtlama getirilen bu sürede kadının mastürbasyona katılmasıyla kendilerini rahat hisseder. Bununla birlikte bazı erkekler mastürbasyon konusunda kendilerini suçlu hisseder; bir yetişkin olarak mastürbasyon yaptıklarında davranışlarını çocukça adölesanca hissederler ve yasak şeyler yaptıklarını düşünürler (30).

Mitler ve Yanlış Bilgiler:

Gebelik ve cinsellik arasındaki ilişki tarih boyunca yanlış düşünceler, mitler ve tabularla doludur. Kitzinger, gebe kadınların sıklıkla cinsel birleşmenin düşük veya erken doğuma neden olabileceğini, fetüs ve/veya anneye zarar vereceği korkusuyla cinsel birleşmeden kaçınma gereksinimi duyduklarını, bazı erkeklerin cinsel birleşme sırasında su kesesinin yırtılma korkusu taşıdıklarını, bir kısmı ise bebeğe zarar vereceğine ve doğumu başlatacağına inandıklarını bildirmiştir (32,43). 'Gebe kadın seksi midir?' bu soru, gebelikte cinsellikle ilgili bütün grupların cinsel davranışlarının cevabını içerdiği için önemlidir. Reamy ve White, toplumsal normların gebe kadınların çekici görünmediklerini, gebelikte cinsel istek ve aktivitenin olmaması gerektiğini savunduğunu açıklamışlardır. Wallace'ın görüşü de bu düşünceyi desteklemektedir. Gebe kadının cinsellik konusunda ne hissettiği ile toplumun ne düşündüğü arasında birçok fark vardır. Gebe kadınlar kendilerini şişman, alımsız, yorgun, halsiz, çok kırılgan ve nörotik hissettikleri yönde ağır basan bir görüş vardır ancak, pek az da olsa kendilerini seksi hissedebilenler de vardır (32). Bazı açıklamalar cinsellik ve gebeliğin karmaşık ve çelişkili yönlerini göstermektedir. Contratto, batı kültüründe hala var olan en yaygın görüşlerden birini kanıtlamaya çalışmaktadır: 'İyi anneler genellikle aseksüeldir' der. Contratto, gebe ve ya yeni anne olmuş birçok kadının kendi cinselliğinden son derece rahatsız olduğunu, bilinçli veya bilinçsizce önemli bir ağrı deneyimlediklerini düşünmektedir. Gebelikte cinsellikle ilgili konfüzyon ve çelişkiler için ikinci bir açıklama Ussher tarafından yapılmıştır. Ussher'e göre gebe kadın aynı zamanda iyi bir anne ve cinsel partner olamaz. Bu görüşler, gebelikte cinselliği ve cinsel etkileyebilir ve sosyal davranışların özümsemesini önerir. Bununla birlikte Black, gebe kadın, izin vermeyen törelerden çok fazla rahatsız olmazsa libidoları, cinsel aktivite ve yanıtlar. Önceden bilinmeyen yüksek düzeylere ulaşabilir şeklinde görüş belirtmektedir (32).

Sosyokültürel Faktörler:

-Cinsel Rol: Gebelik kadınlığın aşikar bir işaretidir. Birçok kadın cinsel kimlik ve rolüyle gurur duyar ve kabul eder fakat, cinsel rollerinden hoşnut olmayanlar kadınlığı reddeder. Özellikle planlı değilse partnerini suçlar ve cinsel aktivitede bulunmazlar. Psikodinamik olarak kadın, gebe olmak erkeklerin yapamayacağı bir şey gibi düşünür, bilinçsizce erkeklik karakteristiklerini kıskanır, fetüsü bir erkek organı gibi hayal ederek kadın olmayı tamamlamaya çalışır. Romantik babalar, ebeveynlik sorumluluğunu korku ve merakla karışık bir saygıyla karşılarken, kariyer yapan erkekler ise bir yük gibi görür ve 'keşke sonra olsaydı' diye düşünür. Evcimen erkekler gebeliği bir armağan gibi görür ve eşiyle yakın ilişkisinin artacağı hissine kapılır. Babalığı benimseyenler ise bu süreçte mutlu ve uyumlu davranırlar (1,30).

-Kültürel Yön: Bütün kadınlar için fizyolojik mekanizma aynı olmasına rağmen kültürel normlar çok çeşitlidir. Gebelikte cinsellik konusundaki tutumlar toplumdan topluma ve tarih boyunca inanılmaz çeşitlilik göstermektedir. Bazı toplumlarda gebe kadının cinsel ilişkide bulunması yasaklanırken, bazı toplumlarda bebeğin daha iyi gelişebilmesi için eşlerin özellikle gebeliğin başlangıcında sık sık cinsel ilişkide bulunması desteklenir. Bazı toplumlarda sık sık cinsel birleşmenin ikiz gebeliğe neden olduğu kanısı varken, bazılarında ise bir sakınca görülmemektedir. Eski bir Hindu inancına göre gebeliğin sağlıklı sürmesi için meni gereklidir ve bu yüzden gebelik boyunca düzenli cinsel ilişkide bulunulması gerekir. Yeni Gine yerlileri gebeliğin anlaşıldığı ilk andan çocuk yürümeye başlayıncaya kadar geçen süre içerisinde cinsel ilişkiyi yasaklar (20,21). Birçok kültürde gebelik cinsel yeterliliğin bir işareti olarak görülür. Bolivya'da Aymara kabilesi düğün törenini kadın gebe kaldıktan sonra yapar. Deneme evliliği kabul edilir ve gebelikten önce kalıcı birliktelik resmileştirilmez (38). Ürdün'de gebeliğin evliliğin temelini sağladığını ve kadının hala kocasının dikkatini cinsel yönden çektiğinin bir işareti olarak kabul edilir. Aynı durum bazen A.B.D.'de de geçerlidir. Bununla birlikte Hindistan'da Punjab gibi bazı kültürlerde gebelik utanılan ve az konuşulan bir konu olup, koitusu bildiren ve buna bağlı olarak utanma hissini yoğun yaşadığı bir dönemdir (30). Gebelikte cinsel birleşme bazı toplumlarda desteklenir, bazı toplumlarda desteklenmez.

Chaggu erkekleri beşinci aydan sonra cinsel birleşmeden kaçınırlar ve koitus interraptus yaparlar. Mean ve Newton'un yaptığı çalışmada altı ana kültürün çoğunluğunda gebelik döneminde cinsel aktiviteden kaçınma aşamalı olarak var olduğunu saptamışlardır. Bu kültürlerde gebe kadınların %30'undan azı dokuzuncu ayda cinsel birleşmeyi onaylamaktadır. Haiti ve Meksika kültüründe cinsel ilişkiye devam etmenin doğum kanalını ıslatacağı ve doğumu kolaylaştıracağına inanılır. Vietnam ve Filipin kültüründe cinsel ilişkiye devam etmenin anne ve bebeğe zarar vereceğine inanılır. İslami geleneklere göre gebelikte kadın ve eşi arasındaki cinsel ilişki desteklenmekte ve bu durumun sağlıklı olduğu yönündedir (29). Yerel ve bireysel farklılıklar olmakla birlikte ülkemizde de gebelik sırasında cinsel ilişkide bulunmak en hafifinden bir tür 'kontROLSÜZLÜK' olarak değerlendirilmekte, fetüse zarar vermekten korkulmaktadır (17). Birçok kültürde erkekler de doğum ağrısını, postpartum yorgunluk ve bitkinliği deneyimlerler. Bu, bebek ile baba arasında yakınlığı teşvik eder. Prenatal eğitim sınıflarına babaların katılması, babaların gebelik süresince aktif rol almalarını cesaretlendirir ve bu erken deneyimler sayesinde doğum sırasında eşlerini desteklemelerini sağlar (1).

- **Ekonomik Durum:** Gebelik ne kadar istenirse istensin birçok çift gebeliğin getireceği ekonomik sorunlar açısından endişe içerisinde olup bu durumla başetme yetersizliği hissi deneyimlemektedir. Gebelik planlanmamış ve ekonomik kaynaklar azsa, eşler birbirini suçlama eğiliminde olabilir ve cinsel yaşamlarında problemler ortaya çıkabilir (1,22).

- **Evlilik Durumu:** Adölesan ebeveynlerde gebelik ve doğum daha fazla destek gerektirir. Gebe bir adölesan gebeliği sonlandırmak isteyebilir. Buna rağmen gebelik sonlandırmak birçok aile için kabul edilebilir bir durum değildir. Bununla beraber birçok adölesan ikinci trimesterin sonuna kadar gebeliği kabullenmeyebilir. Evlenmemiş adölesanların gebeliği, yalnız kız için değil, ailesi için de bir kriz durumudur. Gebenin annesi, genellikle gebeliği bir ebeveyn olarak kendi yetersizliğinin bir işareti, geçmiş yaşam ve deneyimlerine bir tepki olarak görebilir. Anne utanır ve kendini suçları gebelik, annenin kendi cinsel davranışlarını bir adölesan gibi düşünmesine ve cinsel aktif ve

inaktif olma ile ilgili kendi çözümlenmemiş çatışmalarını su yüzüne çıkarmasını sağlayabilir (30).

Gebelikte oluşan tıbbi sorunlar:

Gebelikte minimal problemler bile stres yaratabilir ve cinsel sağlığı etkileyebilir.

1- Kandidiyazis:

Kandida Albicans en sık vulvar irritasyon ve vaginal rahatsızlık yapan mantar enfeksiyonudur. Kandida enfeksiyonu sıklıkla gece kötüleşen yaygın bir kaşıntı ile karakterizedir. Enfeksiyon kadının uykusuz kalmasına ve çok yorgun düşmesine neden olabilir, vagina ve vulva kızarmış ve kabarmıştır. Bu durum cinsel aktiviteyi etkiler (32).

2-Üriner sistem enfeksiyonları:

Gebelikte üriner sistemde fonksiyonel ve fizyolojik değişiklikler olur. Pelvik organlar yer değiştirir. Hormonal faktörler değişikliklere neden olur, uterus ve fetüs üreterlere baskı yapar. Bu değişiklikler gebe kadınlarda üriner sistem enfeksiyonlarına yol açar. Gebe kadınlarda sık idrara çıkmak ve stres inkontinans yaygın şikayetlerdendir. Noktüri uykuyu bozar, yorgunluk ve rahatsızlık verir. Üriner inkontinans sosyal ve psikolojik etkiler yaratarak cinsel işlevi etkileyebilir. Gerçek stres inkontinansında cinsel ilişki sırasında yaygın olarak penetrasyon anında idrar sızması vardır (32).

3- Hemoroidler:

Hemoroidler anal bölgedeki variköz venlerdir ve gebelikte yaygındır. Gebelikte venöz dilatasyon ve progesteronun periferik rezistansı azaltması nedeniyle hemoroidler gelişebilir. Diğer faktörler, önceki hemoroidler, konstipasyon ve kilodur. Hemoroidler doğumun ikinci aşamasında kötüleşebilir ve lohusalıkta sıkıntı yaratabilir. Rektal kanama, anüs etrafındaki rahatsızlık, kaşıntı ve mukozal değişiklikler cinsel yaşamı etkiler (32).

4-Disparoni:

DSM-IV'e göre bu bozukluk cinsel eylem öncesinde, sırasında veya ardından yineleyici veya devamlı genital ağrının olması ile belirlidir. Hem erkekte hem de kadında olabilir. Ancak erkekte nadirdir. Özellikle penetrasyon ve ejakülasyon sırasında olabilmekle birlikte devamlı değildir. Klinik olarak kadın disparonisi daha önemlidir. Cinsel yönden aktif dönemde görülme sıklığı %46'ya kadar verilmektedir. Kadın disparoni olgularının %15 kadarında organik pelvik bir bozukluk bulunmaktadır. (44,45).

Reamy ve White 1985'te yaptıkları çalışmalarda gebelikte disparoniye birçok faktörün neden olduğunu belirtmişlerdir.

4.1-Fiziksel faktörler:

- Pelvik vazokonjesyon,
- Vaginal konjesyon ve azalmış lubrikasyon,
- Simfisis pubis ve sakroiliak eklemlerin subluksasyonu,
- Retvovert uterus(özellikle gebeliğin ilk haftalar.),
- Fetal başın derin angojman.,
- Koryoamnionitis,
- Kandida, trikomonas vaginalis, herpes ve siğiller,
- Üriner sistem enfeksiyonlar.

4.2- Psikolojik faktörler:

- Anksiyete,
- Vaginismus,
- Yorgunluk,
- Vücut imajı değişikliği,
- Cinsel suçluluk,
- Çift arasındaki dargınlık ve iletişim yetersizliği

Gebelikte ve kadının herhangi bir yaşam döneminde disparoni içeren cinsel semptomların açıklanması, tanımlanması, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi önemlidir (46).

2.4 GEBELİKTE KOİTUS VE YASAKLANDIĞI DURUMLAR

Cinsellik, cinsel birleşme ile sınırlı değildir; geniş bir aktiviteler dizisidir. Başka zamanlarda olduğu gibi gebelikte de sadece vagina-penis ilişkisi biçiminde ele alınmamalı, yakınlık, kucaklama, okşama, öpme vb ile sürdürülebilen çok geniş bir alan olduğu unutulmamalıdır. Gebelikte cinsel aktivite, gebelikte deneyimlenen cinsel davranışlar ve fetal sağlık üzerine negatif veya pozitif etkileri konusunda bilgi yetersizliği nedeniyle engellenir. Birçok araştırmada cinsel birleşme, uterin kontraktilite ve preterm doğum arasında çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Gebe kadınlar sıklıkla cinsel birleşmenin abortus veya preterm doğumu provoke edeceği veya fetusa zarar vereceğinden korkarlar ve cinsel aktiviteden kaçınma gereği hissederler (47). Normal bir gebelikte orgazm ile birlikte görülen uterus kontraksiyonlarının hiçbir zararı ve tehlikesi yoktur. Bu kasılmalar erken doğum eyleminin başlamasına neden olmamaktadır. Mills ve meslektaşlarının, cinsel aktivitesini incelediği 10477 kadının araştırma bulguları gebeliğin akıbeti üzerine cinsel birleşmenin zararlı olmadığını göstermektedir (23). Savage ve Reader gebelik boyunca cinsel aktiviteye devam eden kadınlarda fetal distresin arttığına dair bir işaret bulmamıştır (32,38,48). Cinsel ilişkinin gebelikte enfeksiyona neden olup fetusa zarar vereceği inancı yanlıştır. Çünkü servikal kanal kalın bir mukus plakla kapalıdır, bakterilerin uterusu girişine izin vermez. Fetus amnios kesesi içinde bakterilerden izole biçimde yaşamaktadır. Amnios kesesi, amnion sıvısı ile birlikte travmalara ve basınçlara karşı son derece dayanıklıdır, cinsel ilişki sırasında eşin ağırlığından zarar görmez. Kurki ve Ylikorkala'nın 1993'te yaptıkları araştırmada sağlıklı kadınlarda, gebelikte koitus ve bakteriyel vaginosis arasında ilişki bulamamış ve preterm doğum için predispozan olmadığını belirtmişlerdir(49). Read ve Klebanoff, sık cinsel ilişkinin preterm doğum riskini arttırmadığı ancak spesifik mikroorganizma kolonileri olan

ve sık koitus yapan kadınlarda riskin arttığını bildirmişlerdir (50). Klasik olarak, eski literatürlerde ilk üç ayda düşükleri önlemek, son haftalarda da enfeksiyonu önlemek için cinsel birleşme yasaklanmaktaydı. Günümüz literatür bilgilerinde cinselliğe engel oluşturacak tıbbi problemler olmadıkça gebelik süresince hatta son güne kadar cinsel ilişki devam edebilir şeklindedir. Gebelikte cinsel birleşmenin kısıtlanmasının gerekli olduğu durumlar; önceki gebelikte tekrarlayan düşük, erken doğum, servikal yetmezlik, şimdiki gebeliğinde düşük tehdidi, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü, vaginal kanama, genital bölgede enfeksiyon, eşte cinsel yolla bulaşan enfeksiyon olmasıdır. Bebeklerinde ağır gelişme geriliği veya başka nedenlerle fetal distres gelişme riski yüksek olan anne adaylarının da doktorlarının belirlediği bir dönemden itibaren cinsel ilişkide bulunmamaları gerekmektedir(1).

Vaginal kanama:

İlk trimesterdeki kanama spontan abortus başlangıcı olabilir. Çiftler aktif kanama olduğunda koitustan kaçabilir. Bu durum normale döndüğünde çiftler normal yaşamlarına dönebilir. İkinci ve üçüncü trimesterde kanama, uterin anomaliler, plasenta previa, ablatio plasenta veya bilinmeyen nedenli olabilir. Plasenta previa durumunda cinsel ilişkinin mekanik etkisi yada uterusu kasıcı etkisi kanamaya neden olabilir. Bu nedenle plasenta previa saptandığı andan itibaren cinsel ilişki yasaklanabilir (39,40,51).

Erken doğum tehdidi:

Gebeliğin başından sonuna kadar özellikle son iki ayda orgazmla ve orgazmsız uterin kontraksiyonlar olduğu bildirilmiştir (35). Goodlin tarafından yapılan bir çalışmada orgazm olan kadınların %55'i orgazm sonrası uterin kontraksiyonlar, pelvik ve sırt ağrısı veya round ligamente baskı şeklinde şikayet bildirilmiştir. Perkins, multiparların koitus sırasındaki uterin irritabiliteyi nulliparlardan daha kolay hissettiklerini bildirmiştir. Birçok yazar koitus ve orgazm sırasında oluşan kontraksiyonların doğumu başlatacak kadar güçlü olmadığı görüşüne katılır (35).

Prostoglandin ve enzimler açısından zengin olan seminal sıvı doğuma yol açacak yeterlilikte değildir. Buna karşın, bebek miad aşımıysa doğumu stimule etmek

düşüncesiyle cinsel ilişkiye cesaretlendirilir. Bununla birlikte maternal orgazm ve prematür doğum arasında bağlantı saptanmamıştır. Yoğun meme başı uyarısı da kontraksiyonları başlatabilen bir etken olduğundan cinsel ilişki esnasında meme başı uyarısında şiddetli kasılmalar hisseden ve/veya erken doğum yapma riski yüksek olan gebelerin bu eylemden kaçınmaları gerekir (46).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 HASTALAR VE SEÇİM KRİTERLERİ

Çalışma, tek merkezli, kesitsel ve kontrol gruplu olarak yapıldı. Çalışmaya seksüel aktif (son dört hafta içinde ilişkiye girmiş) 200 gebe ve gebe olmayan 199 sağlıklı kadın dahil edildi.

Bilgilendirilmiş onam formunu imzalayarak çalışmaya dahil edilen hastaların önce ayrıntılı tıbbi anamnezleri alındı. Katılımcıların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık kazanç, boy, kilo, VKİ (Vücut Kitle İndeksi) idrar kaçırma şikayetleri ve obstetrik bilgileri (gravida, parite, abortus sayısı, gebelik haftası, bu gebelikte olan komplikasyonlar [abort imminens, preeklampsi,HELLP sendromu, erken membran rüptürü, erken doğum tehditi], bu gebelikte ve gebelik öncesi idrar kaçırma şikayeti) sorgulandı.

Çalışmaya düşük risk grubundaki gebeler ve seksüel aktif (son dört hafta içinde ilişkiye giren) gebeler dahil edilirken, karaciğer olan yetmezliği tanı almış endokrinolojik bozukluğu, kronik böbrek yetmezliği, jinekolojik malignitesi olanlar, psikiyatrik nedenlerle tanı alan ve tedavi altında olan, KCFB için tedavi alanlar ve herhangi bir hormon tedavisi görenler çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan olguların FSFI (Female Sexual Function Index) sorgulama formu ile cinsel fonksiyonları değerlendirildi.

3.2 SEMPTOMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya dâhil edilen bütün hastalara kadın hastalıkları ve doğum hekimi tarafından alınan anamnez sonrasında cevaplandırmaları için FSFI sorgulama formu verildi ve tüm hastalardan formları kendi başlarına yanıtlamaları istendi.

Cinsel fonksiyon bozukluğu için cinsel fonksiyonları ölçen 19 sorudan oluşan FSFI sorgulama testi kullanıldı. FSFI 2000 yılında Rosen ve arkadaşları tarafından kadın cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş, 19 soruda oluşan cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet, ağrı, olmak üzere altı alt boyutu olan bir ölçektir. Ölçek ile son dört haftadaki cinsel sorunlar ya da fonksiyonlar değerlendirilebilir. Ölçekte 3-14 ve 15-19. sorular 6 'lı (0-5 puan arası) likert tipi diğer sorular 5 'li (1-5 puan arası) likert tipi puanlamaya sahiptir. Son bir ay içerisinde cinsel ilişkide bulunanlara uygulanabilen ölçek negatif olarak puanlanır; alt ölçeklerden alınan puanların faktör yükleri ile çarpımı sonucu ölçek puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36.0, en düşük puan ise 2.0 'dir (55). Aşağıda ölçeğin alt boyut puanlarının hesaplanmasında rehber olabilecek bir tablo verilmiştir. Ölçeğin ülkemiz için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (53).

FSFI alt boyutları	Soru numaraları	Puan aralıkları	Faktör yükleri	Alınabilecek puan	
				Min	Max
Cinsel istek	1,2	1-5	0.6	1.2	6
Uyarılma	3,4,5,6	0-5	0.3	0	6
Lubrikasyon	7,8,9,10	0-5	0.3	0	6
Orgazm	11,12,13	0-5	0.4	0	6
Memnuniyet	14,15,16	0 veya 1-5	0.4	0.8	6
Ağrı	17,18,19	0 veya 1-5	0.4	0	6
				TOPLAM	
				2	36

Ölçeğin totali için kesme puanı 26.55'tir; puanı ≤ 26.55 olanlarda CD(cinsel disfonksiyon) olduğu kabul edilir (55). Ölçeğin alt boyutlarından cinsel istek puanı ≤ 3.6 , uyarılma puanı ≤ 3.9 , lubrikasyon puanı ≤ 3.6 , orgazm puanı ≤ 3.6 , memnuniyet puanı ≤ 3.6 , ve ağrı puanı $\leq 4,4$ ise bu alt boyutlarda CD olduğu kabul edilir (52). Türkçeye uyarılması Öksüz E. Malhan tarafından yapılan ölçeğin iç tutarlık analizinde alt boyutlar için Cronbach Alpha katsayısının 0.89 ile 0.98 arasında değiştiği ve ölçeğin Türk kadınları için güvenle kullanılabilir olduğu saptanmıştır (53) .

3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Elde edilen numerik, ordinal ve nominal veriler; ki-kare, Mann-Whitney U, Fisher Exact, Shapiro Wilk, Kruskal Wallis, Dunnet's test ve T test kullanılarak karşılaştırıldı. Değerler, ortanca (minimum- maximum) değer ile ifade edildi ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya 200 gebe ve 199 gebe olmayan kadın alındı. Gebe olanların yaş ortalaması 28 (16-49), gebe olmayanların yaş ortalaması ise 33 (18-51) olup her 2 grup arasında istatistiksel fark saptanmadı ($p=0,060$). Gebe ve gebe olmayan kadınların VKİ açısından kıyaslanmalarında her 2 grubun ortalamaları açısından anlamlı fark izlenmedi ($p= 0,144$). Gebe olan kadınların %48,5'inde üriner inkontinans izlenmişken, gebe olmayanlarda %51,3 oranında inkontinans izlendi ve bu değerler istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,717$). Gebe kadınların %33'ü çalışırken gebe olmayanlarda bu oran %48.2 olarak bulundu ($p<0,005$). Olgular aylık gelirlerine göre değerlendirildiğinde ise gebe olanlarda aylık geliri 1000 TL'nin üzerinde olanların oranı %53.5 iken gebe olmayanlarda %64.3 idi ($p=0,018$). Gebe olan ve olmayanların eğitim durumları karşılaştırıldığında ise her 2 grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,657$). Olguların demografik verileri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Gebe ve gebe olmayanlarda demografik özellikler

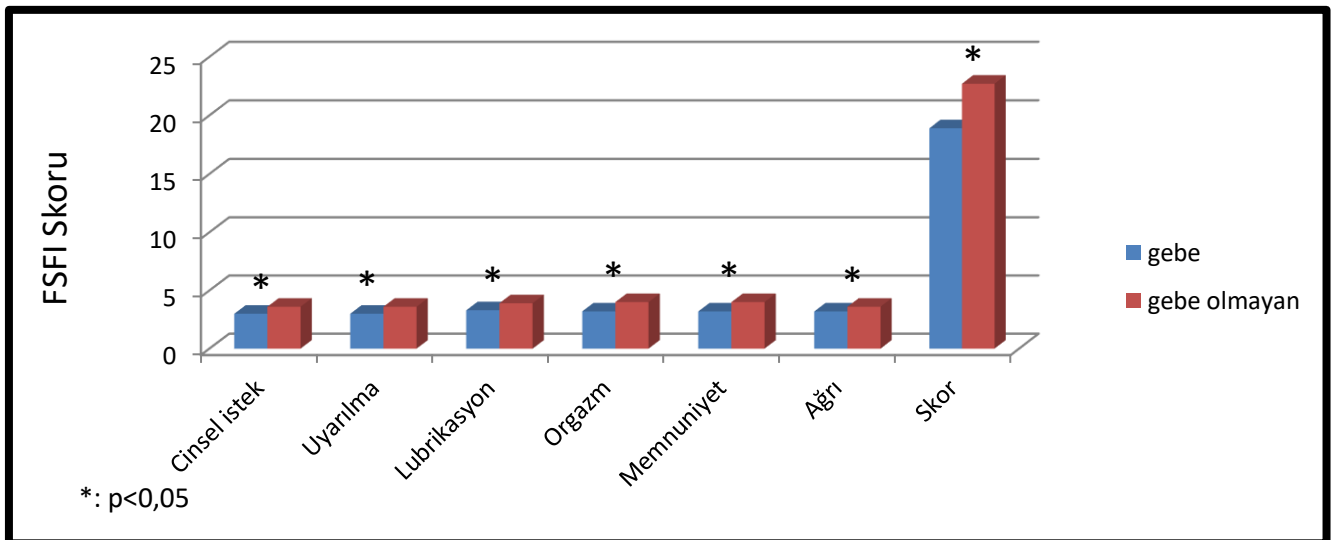
	GEBE N=200	GEBE OLMAYAN N=199	P DEĞERİ
YAŞ (yıl)	29 (16-49)	33 (18-51)	P=0,060
Eğitim			
İlkokul	%52	%47,9	
Lise ve üzeri	%49,5	%50,5	P=0,657
ÇALIŞMA DURUMU	%33	%48,2	P=0,001
AYLIK KAZANÇ>1000 TL	%53,5	%64,3	P=0,018
VKİ (kg/m²)	24 (15-42)	23 (11-41)	P=0,144
ÜRİNER İNKONTİNANS	%48,7	%51,3	P=0,717

Gebe olan ve olmayan olguların FSFI'ya göre KCFB değerlendirildiğinde, gebe olanların toplam FSFI skoru 18,9 (7,2-36,0), gebe olmayanlarınkine ise 22,7 (7,2-36,0) saptanmış olup, gebe olanlarda FSFI skorunun anlamlı olarak düşük olduğu bulundu ($p<0,005$). FSFI'ın alt gruplarına göre yapılan değerlendirilmede ise tüm alt gruplarda (cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet, ağrı) gebe olanlarda daha düşük skorlar elde edildi ($p<0,005$). Grupların FSFI skorları tablo 2 ve grafik 1 de özetlenmiştir.

Tablo 2: Gebe ve gebe olmayanlarda FSFI skorları

Gebe			Gebe olmayan		
Alt ölçek	N	ortanca(min-max)	n	ortanca(min-max)	p değeri
Cinsel istek	200	3,0(1,2-6,0)	199	3,6(1,2-6,0)	0,000
Uyarılma	200	3,0(1,2-6,0)	199	3,6(1,2-6,0)	0,000
Lubrikasyon	200	3,3(1,2-6,0)	199	3,9(1,2-6,0)	0,000
Orgazm	200	3,2(1,2-6,0)	199	4,0(1,2-6,0)	0,000
Memnuniyet	200	3,2(1,2-6,0)	199	4,0(1,2-6,0)	0,000
Ağrı	200	3,2(1,2-6,0)	199	3,6(1,2-6,0)	0,000
Skor	200	18,9(7,2-36,0)	199	22,7(7,2-36,0)	0,000

Grafik 1: Gebe olan ve olmayanlarda FSFI toplam ve alt grup skorları



FSFI cut-off değeri 26.55 alınarak yapılan değerlendirmede, hastanemize başvuran gebelerde KFCB oranı % 92,0 olarak bulunmuştur. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ise gebe olmayanlarda KFCB oranı % 69,8 saptanmış olup gebelerde cinsel disfonksiyonun daha çok olduğu izlenmiştir.

Gebe olan kadınlarda, trimester, gravida, parite ve abort sayısının cinsel fonksiyon üzerine etkileri incelendiğinde her üç trimesterde de cinsel disfonksiyon olduğu saptanmış olup, trimesterler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0,666). Buna rağmen gravida ve parite sayısının gebelikte cinsel fonksiyonu etkilediği, fakat abort sayısının etkilemediği saptanmıştır. Gravida ve parite sayısı arttıkça cinsel disfonksiyonun daha çok olduğu izlenmiştir (tablo3).

Tablo 3: Gebelerde trimester, gravida, parite, abort durumuna göre cinsel disfonksiyonun durumu

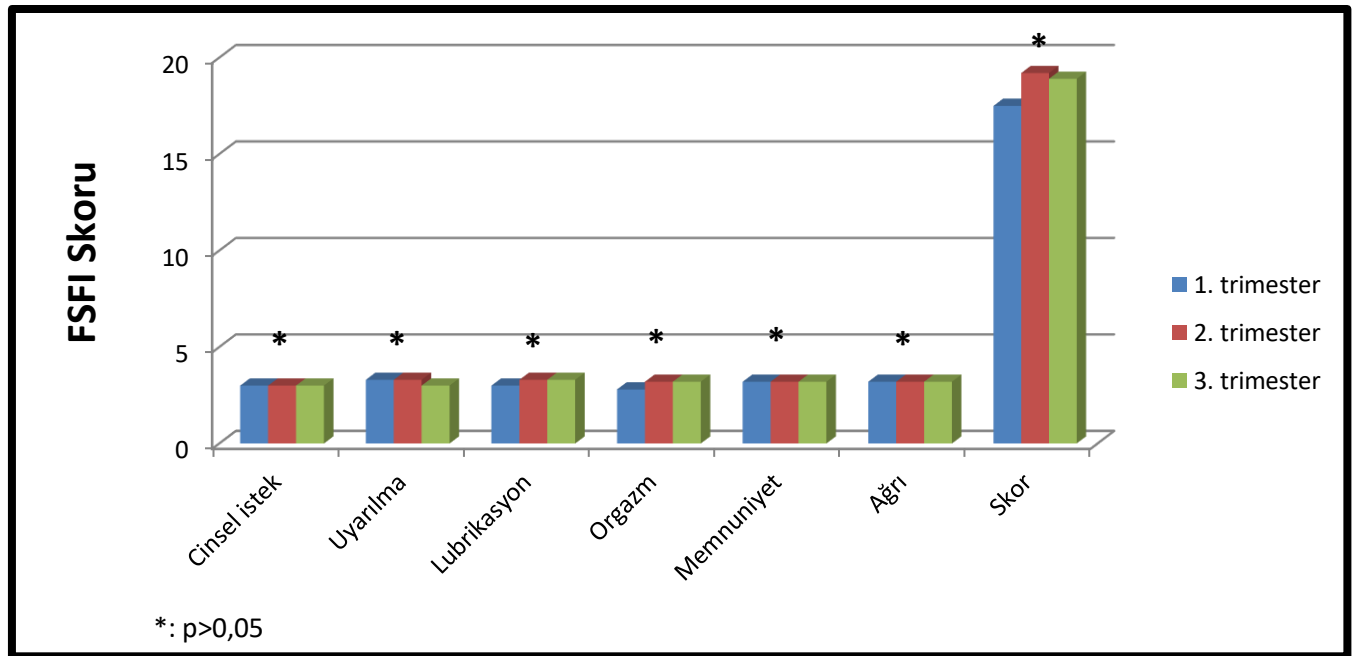
	KFCB var		KFCB Yok		
Özellikler	n(%)	n(%)	toplam		P değeri
<u>Trimester</u>					
1.Trimester	31(88,6)	4(11,4)	35(100)		
2.Trimester	43(91,5)	4(8,5)	47(100)		
3.Trimester	110(93,2)	8(6,8)	118(100)		0,666
<u>Gravida</u>					
1	35(81,4)	8(18,6)	43(100)		
>1	148(94,3)	9(5,7)	157(100)		0,013
<u>Parite</u>					
Primipar	35(79,5)	9(20,5)	44(100)		
Multipar	148(94,9)	8(5,1)	156(100)		0,03
<u>Abort</u>					
0	91(89,2)	11(10,8)	102(100)		
>0	92(93,9)	6(6,1)	98(100)		0,312

Trimesterlere göre alt ölçeklerin değişkenliklerine bakıldığı zaman, her üç trimesterde de alt ölçekler arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (tablo4).

Tablo 4: Gebelerde trimesterlere göre alt ölçeklerin durumu

Alt ölçek	1.Trim ester	ortanca(min-max)	2.Trime ster	ortanca(min-max)	3.Trim ester	ortanca(min-max)	P değeri
Cinsel istek	35	3,0(1,2-6,0)	47	3,0(1,2-6,0)	118	3,0(1,2-6,0)	0,704
Uyarılma	35	3,3(1,2-6,0)	47	3,3(1,2-5,1)	118	3,0(1,2-5,1)	0,376
Lubrikasyon	35	3,0(1,2-6,0)	47	3,3(1,2-6,0)	118	3,3(1,2-6,0)	0,622
Orgazm	35	2,8(1,2-6,0)	47	3,2(1,2-6,0)	118	3,2(1,2-6,0)	0,156
Memnuniyet	35	3,2(1,2-6,0)	47	3,2(1,2-6,0)	118	3,2(1,2-6,0)	0,903
Ağrı	35	3,2(1,2-5,6)	47	3,2(1,2-6,0)	118	3,2(1,2-6,0)	0,887
Skor	35	17,5(7,2-35,6)	47	19,2(7,2-35,1)	118	18,9(7,2-35,1)	0,805

Grafik 2: Gebelerde her 3 trimesterde FSFI toplam ve alt grup skorları



Gebe olan kadınlarda, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve aile bütçesinin cinsel fonksiyon üzerine etkisi incelendiğinde bu parametrelerin cinsel fonksiyonu etkilemediği, ayrıca VKİ, inkontinansın da gebelerde cinsel fonksiyonu üzerine olumsuz etkisi olmadığı saptanmıştır. Bu ilişki tablo 5' de gösterilmektedir.

Tablo 5: Gebelerde yaş, VKİ, üriner inkontinans, eğitim durumu ve çalışma durumu, eğitim durumuna göre cinsel disfonksiyonun durumu

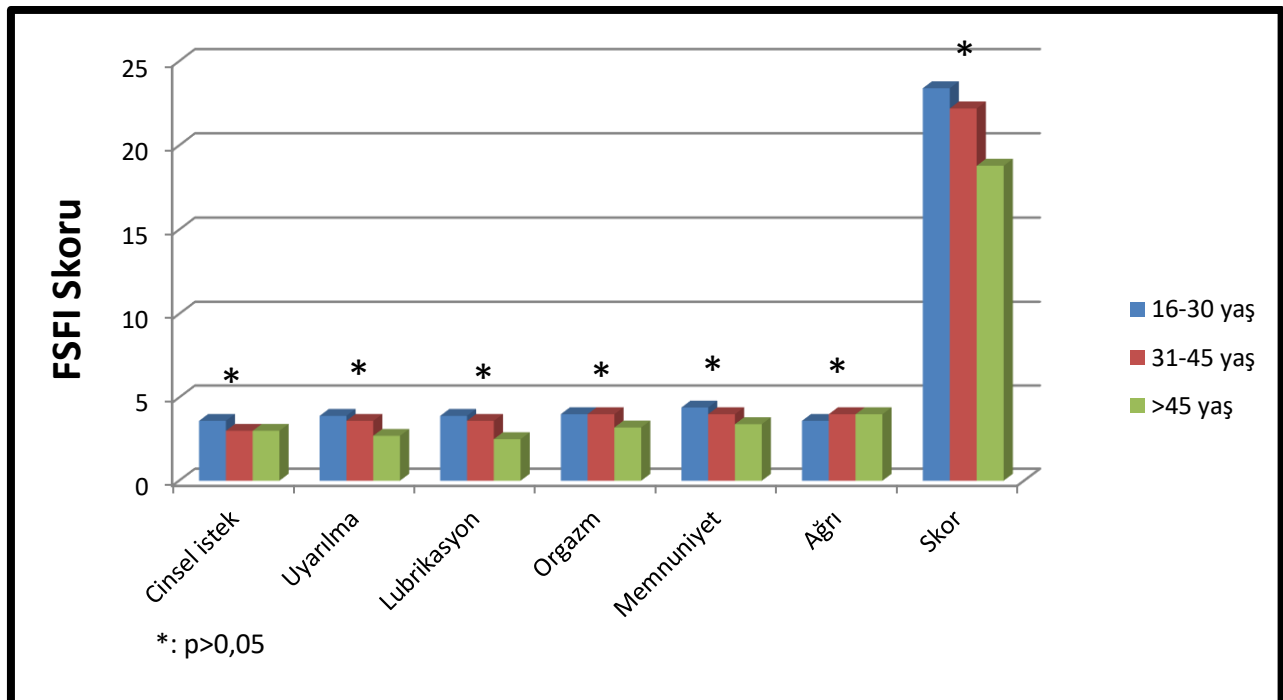
	KCFB VAR	KCFB YOK		
Özellikler	n(%)	n(%)	Toplam	P değeri
Yaş				
16-30	119(92,2)	10(7,8)	129(100)	0.150
31-45	55(90,2)	6(9,8)	61(100)	
>46	10(100)	0(0)	10(100)	
VKİ				
Zayıf	46(92,0)	4(8)	50(100)	0,063
Normal	54(98,2)	1(1,8)	55(100)	
Şişman-obez	84(88,4)	11(11,6)	95(100)	
İnkontinans				
Var	132(92,3)	11(7,7)	143(100)	0.499
Yok	52(91,2)	5(8,8)	57(100)	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	96(94,1)	6(5,9)	102(100)	0,304
Lise ve üzeri	88(89,8)	10(10,2)	98(100)	
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor		9(6,8)	133(100)	0,018
çalışan	124(93,2) 59(89,4)	7(10,6)	66(100)	
Aile Bütçesi				
<1000 TL	79(92,9)	6(7,1)	85(100)	0,037
≥1000 TL	104(92,0)	9(8,0)	113(100)	

Yaş gruplarına göre alt ölçekleri incelediğimizde her üç yaş grubunda da alt ölçeklerde anlamlı istatistiksel fark olmadığı saptanmıştır. Bu ilişki tablo 6' da izlenmektedir.

Tablo 6:Gebelerde yaş gruplarına göre alt ölçeklerin durumu

Alt ölçek	16-30 yaş		31-45 yaş		>45 yaş		P değeri
	n	ortanca(min-max)	n	ortanca(min-max)	N	ortanca(min-max)	
Cinsel istek	129	3,0(1,2-6,0)	61	3,0(1,2-6,0)	10	2,4(1,2-3,6)	0,516
Uyarılma	129	3,0(1,2-6,0)	61	3,0(1,2-5,4)	10	3,1(1,2-3,6)	0,881
Lubrikasyon	129	3,3(1,2-6,0)	61	3,0(1,2-6,0)	10	3,0(1,2-4,2)	0,469
Orgazm	129	3,2(1,2-6,0)	61	3,2(1,2-6,0)	10	3,2(1,2-4,0)	0,494
Memnuniyet	129	3,2(1,2-6,0)	61	2,8(1,2-6,0)	10	3,4(1,2-4,0)	0,917
Ağrı	129	3,2(1,2-6,0)	61	3,2(1,2-6,0)	10	2,8(1,2-4,8)	0,755
Skor	129	18,9(7,2-36,0)	61	18,2(7,2-35,4)	10	17,9(7,2-24,2)	0,684

Grafik 3: Gebelerde yaş aralıklarına göre FSFI ve alt grup skorları

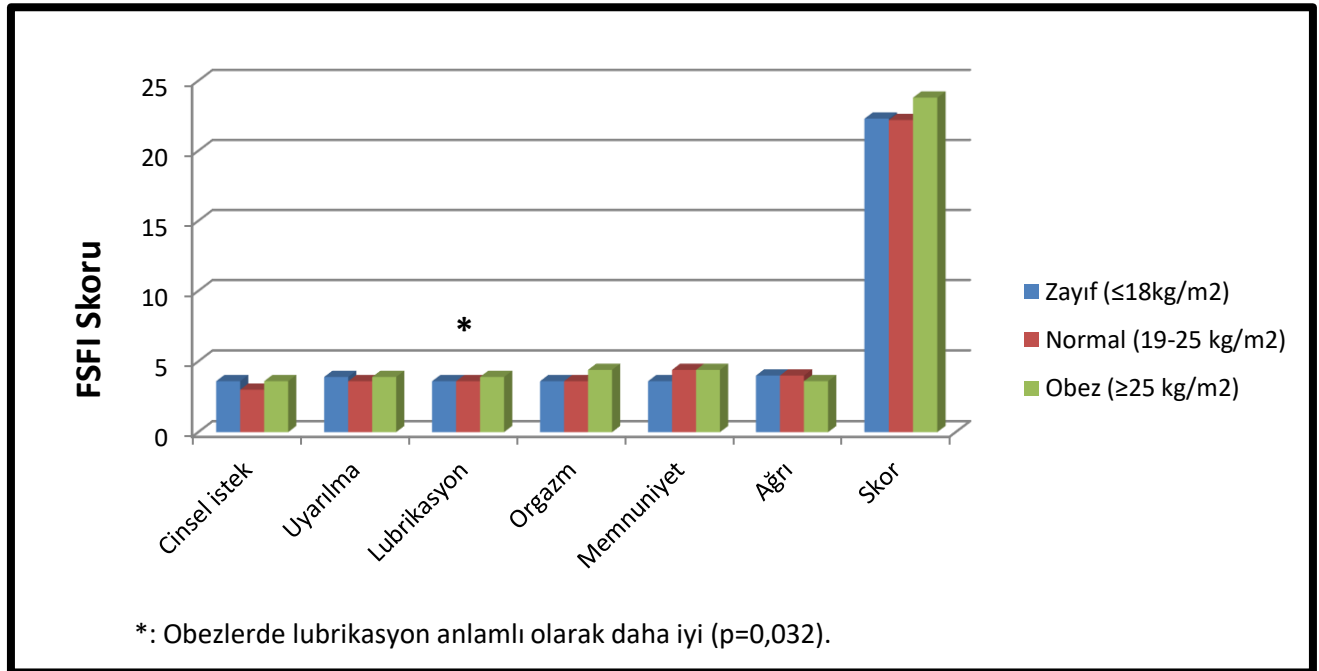


VKİ gruplarına göre alt ölçekler karşılaştırıldığında zayıf olan hastaların lubrikasyonunun, normal ve şişman hastalardan anlamlı olarak daha kötü olduğu saptanmış olup ($p<0.05$), diğer alt ölçekler açısından gruplar arasında anlamlı fark elde edilememiştir (tablo 7).

Tablo7:Gebelerde VKİ 'ye göre alt ölçeklerin durumu

Alt ölçek	Zayıf ($\leq 18 \text{ kg/m}^2$)		normal ($19-25 \text{ kg/m}^2$)		Şişman ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$)		P değeri
	n	ortanca(min-max)	n	ortanca(min-max)	n	ortanca(min-max)	
Cinsel istek	50	2,4(1,2-6,0)	55	3,0(1,2-6,0)	95	3,0(1,2-6,0)	0,256
Uyarılma	50	3,0(1,2-6,0)	55	3,0(1,2-5,4)	95	3,0(1,2-5,7)	0,637
Lubrikasyon	50	2,8(1,2-6,0)	55	3,3(1,2-5,1)	95	3,3(1,2-6,0)	0,032
Orgazm	50	3,2(1,2-6,0)	55	3,2(1,2-6,0)	95	3,2(1,2-6,0)	0,967
Memnuniyet	50	2,6(1,2-6,0)	55	3,6(1,2-6,0)	95	3,2(1,2-6,0)	0,301
Ağrı	50	3,2(1,2-6,0)	55	2,8(1,2-6,0)	95	3,2(1,2-6,0)	0,514
Skor	50	17,2(7,2-36,0)	55	18,9(7,2-34,5)	95	18,9(7,2-35,7)	0,492

Grafik 4:Gebelerde VKİ'ye göre FSFI ve alt ölçek skorları



Gebe olmayanlarda yaş, VKİ, inkontinans, eğitim durumu, çalışma durumu ve aile bütçesinin cinsel fonksiyon üzerine etkisi incelendiğinde çalışma durumunda çalışan kadın ve çalışmayan kadın arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup ($p=0,018$), çalışan kadınlarda cinsel fonksiyonun daha az etkilendiği saptanmıştır (tablo 8).

Tablo 8: Gebe olmayan kadınlarda KCFB' u etkileyen parametreler

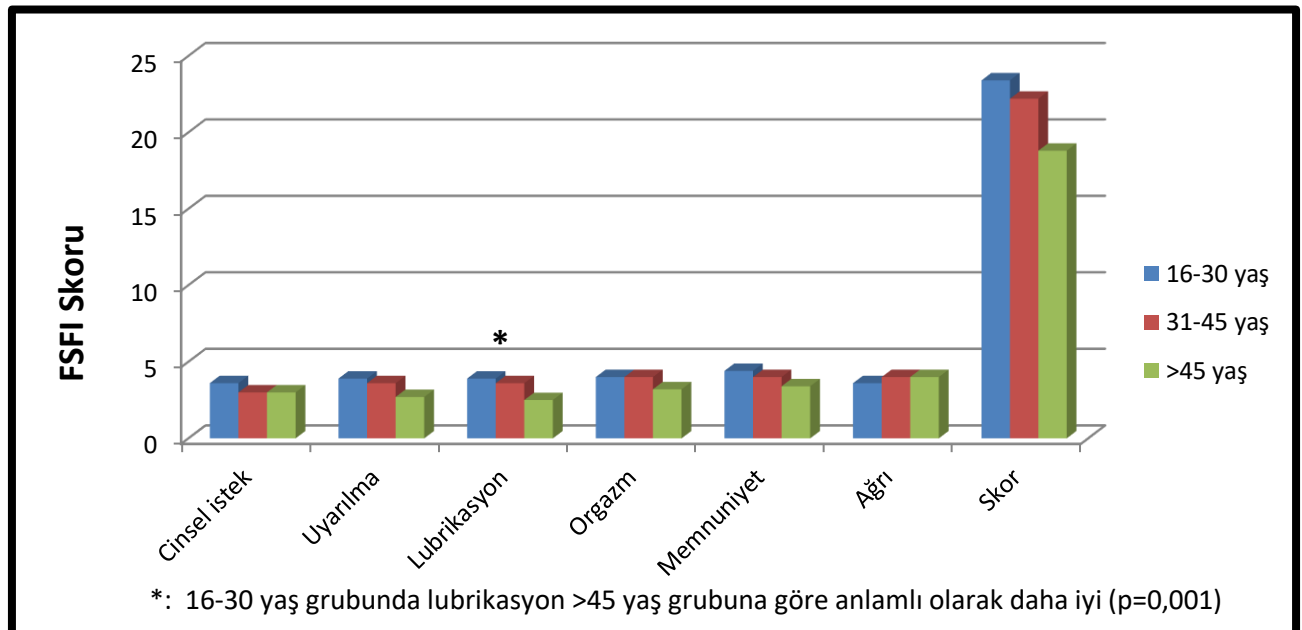
	KCFB var	KCFB yok		p değeri
	n(%)	n(%)	toplam	
Yaş				
16-30	54(64,3)	30(35,7)	84(100)	0.359
31-45	71(71,7)	28(28,3)	99(100)	
>46	14(87,5)	2(12,5)	16(100)	
VKİ				
Zayıf	49(75,4)	16(24,6)	65(100)	0,325
Normal	38(66,7)	19(33,3)	57(100)	
Şişman-obez	52(67,5)	25(32,5)	77(100)	
İnkontinans				
Var	46(76,7)	14(23,3)	60(100)	0,112
Yok	93(66,9)	46(33,1)	139(100)	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	63(70)	27(30)	90(100)	0.546
Lise ve üzeri	76(69,7)	33(30,3)	109(100)	
Çalışma Durumu				
Çalışmayan	75(77,3)	22(22,7)	97(100)	0.018
Çalışan	64(62,7)	38(37,3)	102(100)	
Aile Bütçesi				
<1000TL	52(78,8)	14(21,2)	66(100)	0,373
≥1000TL	87(65,4)	46(34,6)	133(100)	

Gebe olmayan kadınlarda yaş gruplarında alt ölçekler incelendiği zaman lubrikasyonun 16-30 yaş grubunda, >46 yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde iyi olduğu gözlenmiş olup (p=0,001), 16-30 yaş ve 31-45 yaş grubu arasında istatistiksel fark saptanmamıştır (p=0,155). Yaş aralıklarına göre alt ölçeklerin durumu tablo 9'da görülmektedir.

Tablo 9:Gebe olmayanlarda yaş aralıklarına göre alt ölçeklerin durumu

Alt ölçek	n	16-30 yaş	n	30-45 yaş	n	>46 yaş	p değeri
		ortanca(min-max)		ortanca(min-max)		ortanca(min-max)	
Cinsel istek	84	3,6(1,2-6,0)	99	3,0(1,2-6,0)	16	3,0(1,2-6,0)	0,103
Uyarılma	84	3,9(1,2-6,0)	99	3,6(1,2-6,0)	16	2,7(1,2-5,4)	0,066
Lubrikasyon	84	3,9(1,2-6,0)	99	3,6(1,2-6,0)	16	2,5(1,2-4,8)	0,001*
Orgazm	84	4,0(1,2-6,0)	99	4,0(1,2-6,0)	16	3,2(1,2-6,0)	0,551
Memnuniyet	84	4,4(1,2-6,0)	99	4,0(1,2-6,0)	16	3,4(1,2-6,0)	0,080
Ağrı	84	3,6(1,2-6,0)	99	4,0(1,2-6,0)	16	4,0(1,2-6,0)	0,876
Skor	84	23,4(7,2-36,0)	99	22,2(7,2-36,0)	16	18,8(7,2-34,2)	0,067

Grafik 5:Gebe olmayanlarda yaş aralıklarına göre FSFI skorları ve alt ölçekler

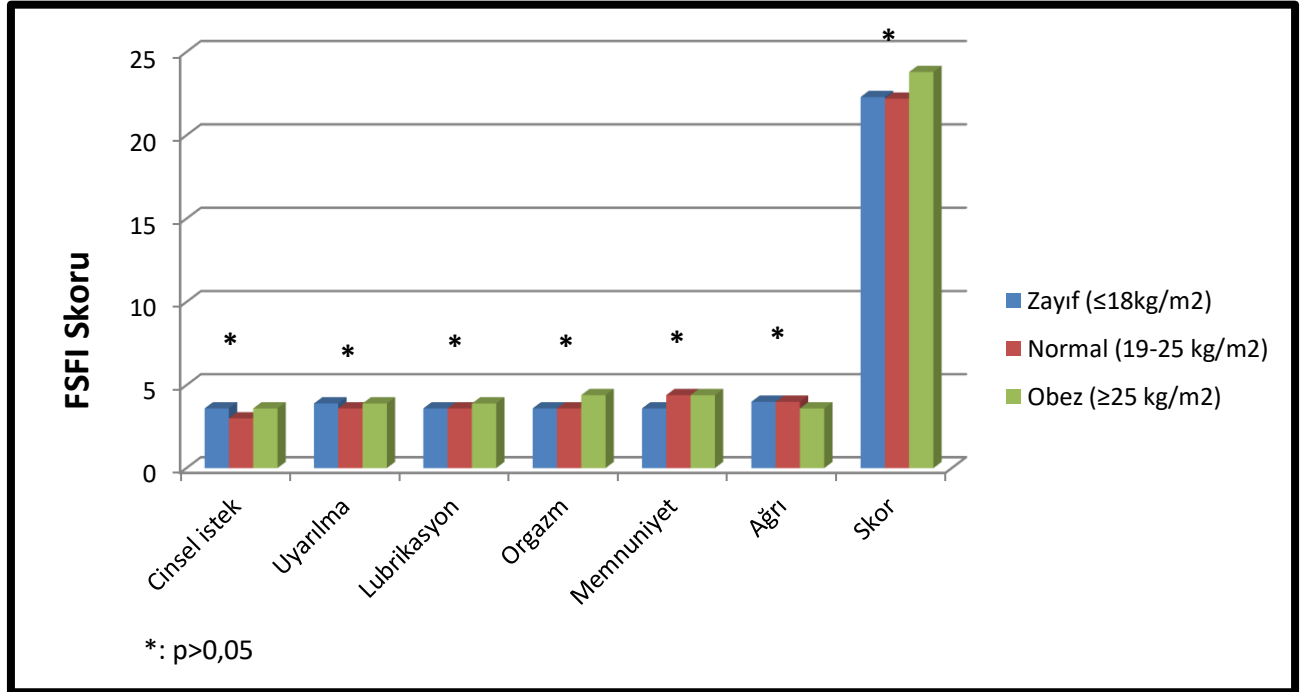


VKİ gruplarına göre alt ölçekler incelendiğinde ise her üç grupta da istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Bu ilişki tablo 10'da gösterilmektedir.

Tablo 10: Gebe olmayanlarda VKİ gruplarına göre alt ölçeklerin durumu

VKİ		zayıf		normal		şişman	
Alt ölçek	n	ortanca(min-max)	n	ortanca(min-max)	n	ortanca(min-max)	P değeri
Cinsel istek	65	3,6(1,2-6,0)	57	3,0(1,2-6,0)	77	3,6(1,2-6,0)	0,618
Uyarılma	65	3,9(1,2-6,0)	57	3,6(1,2-6,0)	77	3,9(1,2-5,7)	0,882
Lubrikasyon	65	3,6(1,2-6,0)	57	3,6(1,2-6,0)	77	3,9(1,2-6,0)	0,787
Orgazm	65	3,6(1,2-6,0)	57	3,6(1,2-6,0)	77	4,4(1,2-6,0)	0,059
Memnuniyet	65	3,6(1,2-6,0)	57	4,4(1,2-6,0)	77	4,4(1,2-6,0)	0,060
Ağrı	65	4,0(1,2-6,0)	57	4,0(1,2-6,0)	77	3,6(1,2-6,0)	0,860
Skor	65	22,3(7,2-36,0)	57	22,2(7,2-36,0)	77	23,8(7,2-35,7)	0,518

Grafik 6: Gebe olmayanlarda VKİ gruplarına göre FSFI skorları ve alt ölçekler



5.TARTIŞMA

Bu çalışmanın verileri, hastanemize başvuran gebe kadınlarda %92,0 oranında, kontrol grubu olup gebe olmayan kadınlarda da %69,8 oranında cinsel fonksiyonda bozukluk olduğunu ortaya koymaktadır. Gebelerimizin ve gebe olmayan kadınlarımızın cinsel disfonksiyon yaşama oranları diğer çalışma bulgularından daha yüksek bulunmuştur. Oksuz E ve Malhan, gebe olmayan kadınlarda %48,3 oranında cinsel disfonksiyon bulmuşken, Bartellas ve ark. gebe kadınlarda cinsel disfonksiyon oranını % 49 olarak bulmuştur (52,53). Lauman, Park ve Rosen ise toplum temelli çalışmalarda seksüel disfonksiyonun her iki cinsten yaygın olduğunu ve erkeklerde %10-52, kadınlarda ise %25-63 arasında değiştiğini belirtmektedir (56). Çalışmamızda bu oranın diğer çalışma bulgularından yüksek olması, Türk toplumundaki kadınların cinsellikten uzak yetiştirilmeleri ve cinselliğe normalde de sıcak bakmamaları ile ilişkili olabilir (58).

Çalışmamızda gebe ve gebe olmayan kadınlarda cinsel fonksiyonu etkileyen parametreleri de inceledik. Gebe kadınlarda trimester, gravida, parite ve abort sayısının cinsel fonksiyonu farklı şekilde etkilediği ortaya konmuştur. Gebelikte kadının yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişiklikler cinsel yaşamı etkiler (1). Üç trimestere ayrılan gebeliğin birinci trimesterinde, gebeliğe ait problemler ve çiftlerin yeni duruma uyum sağlamaya çalışmaları nedeniyle cinsellik etkilenir (58,59). İkinci trimesterde gebelik kabul edilmiştir ve şikayetler azaldığı için cinsel yaşam normalleşir (54,59,60). Üçüncü trimesterde ise gebeliğin ilerlemesine bağlı cinsel fonksiyonlarda gerileme görülür. Gebe kadınlar gebelik sırasında yaşanan cinsel ilişkinin abortus ve erken doğumu provoke ettiğinden korkarlar ve fetüseye zarar vermemek için cinsel ilişkiden kaçınırlar (1,59,61,62). Çalışmamızda trimesterlere bakıldığında zaman trimesterler arası cinsel disfonksiyonda anlamlı fark bulunmamıştır. Her üç trimesterde de cinsel fonksiyonda anlamlı azalma görülmüştür.

Çalışmamızda gravida ve parite sayısının cinsel disfonksiyonu etkilediği fakat abort sayısının cinsel fonksiyon üzerinde etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır. Çalışmamızla benzer olarak Eryılmaz ve Ege'nin çalışmasında gebe olan kadınlarda

geçmişte yapılan küretaj sayısının ve abort sayısının gebelikte seksüel aktiviteyi etkilemediği fakat gebelik sayısının ve doğum sayısının artmasının gebelikte cinsel ilişki sıklığını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (54).

Eryılmaz ve Ege 'nin çalışmasında gebelerde eğitim seviyesi arttıkça gebelikte cinsel ilişki sıklığının azaldığı, bunun sebebinin de gebelerin gebelikte oluşabilecek riskleri bilmesinden kaynaklandığı belirtilmiştir (54). Bizim çalışmamızda eğitim seviyesinin cinsel fonksiyon üzerine etkisinin olmadığı görülmüştür.

Gebelik ne kadar istenirse istensin, birçok çift gebeliğin getireceği ekonomik sorunlar açısından endişe içerisinde olup, bu durumla baş etme yetersizliği hissi deneyimlemektedir. Gebelik planlanmamış ve ekonomik kaynaklar da yetersizse, eşler birbirini suçlama eğiliminde olabilmekte ve cinsel yaşamlarında problemler yaşayabilmektedir (24,64). Eryılmaz ve Ege' nin çalışmasında çalışma durumunun gebelikte cinsel ilişkiyi etkilemediği bulgusundan farklı olarak bizim çalışmamızda çalışma durumu ve aile bütçesinin cinsel fonksiyonu etkileyebileceği belirlendi.

Kadın cinsel disfonksiyonu yaşa bağımlı, progresif ve kadınların %30-50'sini ilgilendiren bir sorundur (1,64). Kadın cinsel disfonksiyon oranı ülkelerde çeşitli farklılıklar göstermekle birlikte ABD'de %43, İngiltere'de %33 ve İzlanda'da ise %22 oranları bulunmuştur (57). Ülkemizde, Çayan ve arkadaşları tarafından yaşlara göre yaptığı çalışmasında KCFB görülme sıklığı 18-27 yaş arası % 21.7, 28-37 yaş arası % 25.5, 38-47 yaş arası % 53.5, 48-57 yaş arası % 65.9 ve 58-67 yaş arası % 92.9 olarak bulunmuştur (52). Biz çalışmamızda yaş faktörünü 18-30 yaş, 31-45 yaş ve >46 yaş olarak ayırdık. Yaşın cinsel fonksiyon üzerine etkisine bakıldığı zaman istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilemediği; fakat yaş ilerledikçe Çayan ve arkadaşları' nın çalışmasına benzer olarak cinsel disfonksiyonda bir artış olduğu görülmüştür (52).

Çalışmamızda FSFI 'nin alt ölçeklerini gebe ve gebe olmayan kadınlarda yaş, VKİ, idrar inkontinansa göre nasıl etkilendiğini araştırdık. Kolotkin ve ark., yaptığı çalışmada obez gebe olan kadınların seksüel fonksiyonların olumsuz etkilendiği, cinsel istekte azalma, seksüel performansta azalmanın olduğunu ifade etmiştir (65). Bizim çalışmamızda ise VKİ'nin gebe olan kadınlarda cinsel fonksiyon üzerine etkisi

gösterilememiştir. Alt ölçeklerde olan duruma baktığımızda, zayıf (VKİ ≤ 18 kg/m²) ve şişman/obez (VKİ ≥ 25 kg/m²) olan gebeler arasında lubrikasyonun şişmanlarda anlamlı şekilde daha çok olduğu saptanmıştır.

Gebe olmayan kadınlarda FSFI alt ölçekleri incelendiği zaman; üç gruba ayrılan yaş gruplarından 16-30 yaş grubu ile >46 yaş grubu arasında lubrikasyon açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. >46 yaş grubunda lubrikasyonun daha az olduğu izlenmiştir. Masters, menopozla birlikte cinsel fonksiyonun bozulduğunu belirterek, klitoris reaksiyon zamanındaki gecikme, vajinal lubrikasyon ve kanlanmadaki azalma ve orgazmik kontraksiyonların süresindeki azalmayı, östrojen seviyelerinin düşmesine bağlamıştır (66).

6.SONUÇLAR

Çalışmamızda gebe olan ve olmayan olguların FSFI' ya göre KCFB değerlendirildiğinde, gebe olanların toplam FSFI skoru 18,9 (7,2-36,0), gebe olmayanlarınsı ise 22,7 (7,2-36,0) saptanmış olup gebe olanlarda FSFI skorunun anlamlı olarak düşük olduğu bulundu ($p<0,005$). Gebe olan kadınlarda cinsel fonksiyonun; gebe olmayanlara göre kötü olduğu sonucu saptandı. FSFI' in alt gruplarına göre yapılan değerlendirmede ise tüm alt gruplarda (cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet, ağrı) gebe olanlarda daha düşük skorlar elde edildi ($p<0,005$).

Gebelerde her üç trimesterin de cinsel fonksiyonu etkilemediği, parite ve gravida sayısının cinsel fonksiyonu olumsuz etkilerken; abort sayısının cinsel fonksiyon üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır.

Gebelerde ve gebe olmayanlarda yaş, eğitim düzeyi, aylık gelir, VKİ ve üriner inkontinansın cinsel fonksiyonu etkilemediği saptanmıştır. Gebe ve gebe olmayanlarda çalışma durumuna bakıldığı zaman çalışmayan kadınlarda daha çok cinsel disfonksiyon olduğu saptanmıştır.

Alt ölçeklerden lubrikasyonun gebe olan kadınlarda zayıf (≤ 18 kg/m²) olanlar ve şişman /obez (≥ 25 kg /m²) olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve zayıf gebe kadınlarda daha az lubrikasyon olduğu saptandı.Gebe olmayan kadınlarda ise lubrikasyonun yaş gruplarına göre farklı olduğu saptandı. Gebe olmayan 16-30 yaş arası kadınlarda, >46 yaş grubuna göre lubrikasyonun daha çok olduğu saptandı.

Sonuç olarak kadınlar gebelik sırasında cinsel sorunlar yaşamaktadırlar ve bu sorunlar, çiftlere gebelik ve cinsel yaşam konusunda danışmanlık yapılarak ortadan kaldırılabilir. Etkili bir şekilde planlanacak ve uygulanacak antenatal eğitimler çiftleri destekleyerek daha doyumlu bir gebelik dönemi yaşanmasını sağlayacaktır. Ülkemizde gebe kadınlar ve gebe olmayan kadınlar cinsel disfonksiyon yaşamasına rağmen sağlık personelinen yardım alan kişilerin sayısı oldukça azdır. Bu nedenle sağlık kurumuna

başvuran her gebenin sağlık personeli tarafından bu y6nde sorgulanması, kadını cesaretlendirerek yaşadığı sorunları açıklamasına fırsat sağlaması gerekir.



7.KAYNAKLAR

1. Gökyıldız S, Beji NK . The effect of pregnancy on sexual life .J Sex Marital Ther.2005;31:201-5.
2. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennet KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. Br J Obstet Gynaecol. 2000;107:964-8.
3. Orji EO, Ogunlola IO, Fasubaa OB. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. J Obstet Gynaecol. 2002;22:166-8.
4. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, İspahi Ç, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. Int J Impot Res. 2005;17:154-7.
5. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the USA: prevalence and predictors. JAMA. 1999;281:537-44.
6. Basson R. Women's sexual dysfunction expanded definitions. CMAJ. 2005;172:1327-33.
7. Fitzpatrick, LA. (2004). Libido and The Perimenopausal Women. Menopause, 11(2): 136–137.
8. Berman, J., Berman, L., Goldstein, I. (1999). Female Sexual Dysfunction . Incidence, Pathophysiology, Evaluation and Treatment Options. Urol, 54: 385–39.

9. Güleç, C., Köroglu, E. (1997). Psikiyatri Temel Kitabı (1.Basım). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

10. Yadav, J., Genaralli, L., Ratakonda. U.(2001). Female Sexuality and Common Sexual Dysfunctions: Evaluation and Management in A Primary Care Setting. Prim Care Update Ob/Gyns, 8 (1): 5-11.

11. Baram, D. (1998). Cinsellik ve Cinsel Fonksiyon. J. Berek (Ed.). Novak Jinekoloji. Ankara: Nobel kitabevi.

12. Yaniv, H. (2000). Kanser Hastalarında Seksüalite. Onkoloji Hemşireliği Derneği Kurs Kitabı, İsrail Kanser Derneği.

13. Atasü, T., Sahmay, S. (2001). Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi ve Bozukluklar.. Jinekoloji.(3.Bask.). İstanbul: Üniversal Bilimsel Yayınları.

14. Yeni, E. (2005). Kadında Orgazmik Fonksiyon ve Bozuklukları. Androloji Bülteni, (21):165–167.

15. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Segraves K, Segraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol. 2000 Mar;163(3):888-93.

16. Braun M., Korda B., Sommer F., Engelmann. UH. Prevalence and therapy necessity of sexual dysfunction (FSD), a different look at the epidemiology of female sexual disorders: results of the “Cologne 20000 men survey”. J Urol 2004: 171 (supplement):A888.

17. Oruç S, Esen A, Laçın S, Ad.güzel H, Uyar Y, Koyuncu F. Sexual behavior during pregnancy. Aust NZJ Obstet Gynaecol 1999;39: 48-50.

18. Sydow KV. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. Journal Psychosomatic Research 1999; 47:27-49.

19. Gebelik ve Cinsel Yasam. <http://www.ailehekimi.com>

20. Poroy A. Modern Dogum ve Gebelik El Kitabı. Akpomed T.bbi Hizmetler Ltd. Sti. Yayını, İstanbul, 1996; 123-133.

21. Poroy A. Seks 1 Cinsel Sağlık. Ad yayıncılık, İstanbul, 1995; 68-84.

22. Making Love During Pregnancy, <http://www.lamaze.com>

23. Sex During Pregnancy. [http:// pregnancy About.com/health/pregnancy/library/weekly/ aa082597.htm](http://pregnancy.About.com/health/pregnancy/library/weekly/aa082597.htm),2001.

24. Dickason EJ, Schult MO, Silverman BL. Maternal- Infant Nursing Care. The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1990; 100:152-153.

25. Lowdermik DL, Perry SE, Bobak IM. Maternity-Women's Health Care. 6.ed. Mosy, St Louis, 1997; 191: 222-223.

26. Read J. ABC of Sexual health-sexual problems associated with infertility pregnancy and ageing. BMJ 1999; 318: 581-589.

27. Reeder SJ, Martin LL, Griffin DK. Maternity Nursing Family, Newborn and Women's Health Care. 18.ed. Lippincott, Newyork, 1997; 194-197: 421-30.

- 28.** Steege JF, Jelovsek FR. Sexual Behavior During Pregnancy Obstet Gynecol 1982; 60:163-155.
- 29.** Mahmoud A, Al Bustan, H.S.D., N.F. El Tomi, Faiwalla MF, Manav V. Maternalsexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim KuwaitiWomen. Arch Sex Behav,1995;24:207-215.
- 30.** Hogan RM. Human Sexuality a Nursing Perspective. Appleton- Century-Crofts. Newyork,1980;469-484.
- 31.** Brott AA, Ash J. The Expectant Father-Facts, Tips, and Advice for Dads-to-Be, New York, 1995; 43:114-115.
- 32.** Gillian A. Womens's Sexual Health. Ed. G Andrews, B Tindall, London. 1997; 111-131.
- 33.**Hack IJ. Sex During Pregnancy. <http://www.spindlepub.com/emg/library/ECCed5htm>, Alexius Medical Center
- 34.** Pilliteri A. Maternal – Child Health Nursing Care of the Childbearing
- 35.** Knuppel RA, Drucker JS. High Risk Pregnancy A-Team Approach, WB Saun Company, London, 1986; 181-197.
- 36.** Llewellyn D. Fundamentals of obstetrics and Gynaecology Vol.1: obstetrics, 5.ed. Sydney, 1990;70.
- 37.** Thorpe EM, Ling FW. Sex and sexuality in pregnancy. Gynecology and Obstetrics. Ed. JJ Sciarra, 1992; 2: 1-7.

- 38.** Taskın L. Dogum ve Kadın Hastalıklar.. 2. baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 1997; 112-113.
- 39.** Sobolewski A. Sexuality and Healthcare: A human dilemma. Ed. MV Morrissey, MarkAllen Publishing, 1998; 75-89.
- 40.** Kolankaya A. Gebelik ve Doğum. www.e-kolay.net/saglik, 2000.
- 41.** Casto M, Idarius B. The Good News! Sex in Pregnancy. <http://www.sabernet/bidari.s/homeo/html>.
- 42.** Naim M. Bhutto E. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. J Pak Med Assoc 2000; 50: 33-38.
- 43.** Sex during pregnancy. [http://www. Sexualitybytes.ninemsn.com.au/adult/makinglove/notto.asp](http://www.Sexualitybytes.ninemsn.com.au/adult/makinglove/notto.asp), 1997-2000.
- 44.** Ruhsal Hastalıklar, Nevzat Yüksel, 3.baskı, sayfa: 447-461, Nobel 2006.
- 45.** Amerikan Psikiyatri Birliği(1994): Mental Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV), 4. basım Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, sayfa:150-170
- 46.** Reamy K, White SE, Daniel WC, Le Vine ES. Sexuality and Pregnancy. A prospective study. J Reprod Med, 1982; 27: 321-327
- 47.** Sex During Pregnancy. <http://www.women.com/sex/experts/sexpert/d0722sex.html>, 1995-2000.
- 48.** Poulsen EF. Sex During Pregnancy. <http://www.netdoctor.co.uk/healthadvice/facts/pregnantsex.htm>,2000.

- 49.** Kurki T, Ylikorkala O. Coitus during pregnancy is not related to bacterial vaginosis or preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 1124-30.
- 50.** Read JS, Klebanoff MA. Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: Effects of vaginal microorganisms, *Am J Obstet Gynecol*, 1993; 168: 514-519.
- 51.** Sex during pregnancy. [http://www. Sexualitybytes.ninemsn.com.au/adult/makinglove/notto.asp](http://www.Sexualitybytes.ninemsn.com.au/adult/makinglove/notto.asp), 1997-2000.
- 52.** Çayan S,Akbay E,Boslu M,Canbolat B, Acar D.The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish Women. *J Urol Int* .2004;72:52-7.
- 53.** Oksuz E,Malhan S,Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish Women.*J Urol*.2006;175:654-8.
- 54.** Eryılmaz G,Ege E,Zincir H .Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey.*Gynecol Obstet Invest*.2004;57:103-8.
- 55.** Rosen R,Brown C,Heiman J,Leiblum S, Meston C,Shabsigh R,et al.The female sexual function index(FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function .*J Sex Marital Ther*.2000;26:191-208.
- 56.** Lauman ED, Paik A, Rosen RC . Sexual Dysfunction in the United States ,Prevalance and Predictors, *JAMA* 1999, 281(6):5537 -5544.

- 57.** Dr. Esmâ Demirezen ,Birinci Basamakta Kadın Cinselliğinin Değerlendirilmesi ,Sted 2006, cilt 15, sayı 5, 81.
- 58.** Yetkin N, İncesu C;Cinsel İşlev Bozuklukları. İstanbul ,Roche Müstehzarları A.Ş Yayınları,2001.
- 59.** Johannes B,Judith A.Sexuality during pregnancy and thr postpartum period; Journal Effex Education & Theraphy 2000; 25(1):49-59.
- 60.** Şahin NH, gebelikte seksüel değişiklikler; I.Ü.F.N.H.Y.OHemşirelik dergisi 2003;13(51) : 25-36.
- 61.** Hyde J S ,Delamater J D,Plant E A,Byrd J M, sexuality during pregnancy and the year postpartum ;Journal of Sex Research .1996;33(2):143-151.
- 62.** Adinma J.I ,Sexuality in Nigerian pregnant women : perceptionsand practice;Aust N Z J Obstet Gynecol .1995 Aug;35 (3):290-3.
- 63.** Nelson S."Women's Sexuality".Women's Sexual Health In: Andrews G,Studd J, 3rded . Elsevier.2005.p.3-13.
- 64.** Bogren ,L. Y. Changes in sexuality in women and men during pregnancy.Arch Sex Behav. 1991;20(1):35-45.
- 65.** Ronette L. Kolotkin, Martin Binks ,Ross D. Crosby, Truls Ostbye,Richard E. Gress and Ted D. Adams; Obesity and Sexual Quality of Life :Obesity (2006)14,472 -479.
- 66.** Masters EH, Johnson VE. Human Sexual Response. Boston: Little, Brown; 1966.