

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUM SONU DÖNEMDEKİ KADINLARIN CİNSEL
FONKSİYONLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

ELÇİN ÖZCAN

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2014

TEZ KODU: DEU. HSI. MSc-2010970057

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUM SONU DÖNEMDEKİ KADINLARIN CİNSEL
FONKSİYONLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

ELÇİN ÖZCAN

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: YARD. DOÇ.DR. KERZİBAN YENAL

İZMİR-2014

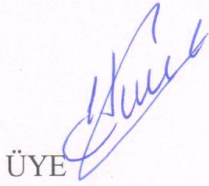
TEZ KODU: DEU. HSI. MSc-2010970057

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Elçin Özcan ‘Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Etkileyen Faktörler’ konulu Yüksek Lisans tezini 04.06.2014 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Yard. Doç. Dr. Kerziban YENAL

BAŞKAN (Danışman)



ÜYE

Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ



ÜYE

Yard. Doç. Merlinda ALUŞ TOKAT

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tüm hocalarıma, tezimin hazırlanması ve yürütülmesinde çok önemli katkıları olan, araştırmaya yön veren, değerli bilgi ve tecrübelerinden yaralandığım, her zaman yakın ilgi ve desteğini gördüğüm tez danışmanım Yard. Doç.Dr. Kerziban Yenal'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca yaşamımı kolaylaştırmak için çaba sarf eden ve bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme, ikizim Seçkin Özcan'a,

Her konuda yardım ve desteğini esirgemeyen Merve Müezzinoğlu'na,

Hayatımın tüm aşamalarında her zaman yanımda olduğunu bana hissettiren, beni cesaretlendiren tezimi tamamlamamda büyük katkısı olan Ozan İlter Balta' ya,

Veri toplama sürecinde araştırmamı uyguladığım hastanede bana yardımcı olan değerli hekim ve hemşirelere, çalışmama katılmayı içtenlikle kabul eden tüm annelere Teşekkür Ederim...

İzmir, 2014

Elçin ÖZCAN

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	1
TABLolar DİZİNİ	3
KISALTMALAR	4
ÖZET	5
ABSTRACT	6
1.GİRİŞ VE AMAÇ	7
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	7
1.2. Araştırmanın Amacı	8
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Kadın Genital Organları ve Cinsel İşlevlerdeki Roller	9
2.1.1. Dış Genital Organlar	9
2.1.2. İç Genital Organlar	10
2.1.3. Pelvik Taban	11
2.2. Kadın Cinsel İşlevlerinde Önemli Hormonlar	12
2.3. Kadın Cinsel İşlevinin Fizyolojisi	12
2.3.1. Cinsel Yanıt Modelleri	12
2.3.1.1. Masters and Johnson Modeli (4 Faz Modeli)	12
2.3.1.2. Kaplan Modeli (3 Faz Modeli)	15
2.4. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması	15
2.5. Kadında Görülen Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri	15
2.6. Doğum Sonrası Dönem	18
2.7. Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Yaşam ve Yaşanan Cinsel Sorunlar	19
2.8. Doğum Sonrası Dönemde Yaşanan Cinsel Sorunların Nedenleri	20
2.8.1. Fizyolojik Nedenler	19
2.8.1.1. Doğum Öyküsüne İlişkin Faktörler	20
2.8.1.2. Yorgunluk	22
2.8.1.3. Hormonal Nedenler	22
2.8.2. Psiko-Sosyal Nedenler	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	

3.1.	Araştırmanın Değişkenleri	26
3.1.1.	Bağımsız Değişkenler	26
3.1.2.	Bağımlı Değişkenler	26
3.2.	Araştırmanın Yeri	26
3.3.	Araştırmanın Tipi	26
3.4.	Araştırmanın Örneklemi	26
3.5.	Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi	27
3.6.	Araştırmada Kullanılacak Veri toplama Araçları	27
3.6.1.	Tanıtıcı Özellikler Anket Formu	27
3.6.2.	FSFI (Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi) Anket Formu	28
3.7.	Araştırmanın Etik Yönü	29
3.8.	Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.9.	Sınırlılıklar	29
4.	BULGULAR	30
4.1	Doğum Sonu Dönemdeki Kadınlar ve Eşlerini Tanıtıcı Bulgular	30
4.2	Kadın Cinsel Fonksiyonları ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	34
5.	TARTIŞMA	51
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	58
7.	KAYNAKLAR	61
8.	EKLER	70
Ek-1:	Tanıtıcı Özellikler Anket Formu	70
Ek-2:	FSFI (Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi) Anket Formu	79
EK-3:	Araştırmaya Katılan Kadınlardan Alınan İzin Belgesi	75
EK- 4:	Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Uygulama İzin Yazısı	77
EK- 5:	Etik Kurul İzin Belgesi	78
EK-6:	İsim Değişikliğine ilişkin Etik Kurul İzin Belgesi	81
EK -7:	Özgeçmiş	84

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınlar ve Eşlerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Tablo 2. Kadınların Gebelik Öncesi Cinsel İlişkiye Girme Sıklığı, Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumu ve Doğum Sonrası Cinsel İlişki Hakkında Bilgi Alma Durumları

Tablo 3. Kadınların Bebeklerini Besleme Durumları ve Doğum Şekilleri

Tablo 4. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Eğitim Durumlarına Göre FSFI Toplam ve Alt Başlık Puan Dağılımları

Tablo 5 Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre FSFI Toplam ve Alt Başlık Puan Dağılımları

Tablo 6. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Çalışma Durumlarına Göre FSFI toplam ve alt başlık puan dağılımları

Tablo 7. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların ve Eşlerinin Gelir Durumlarına Göre FSFI Toplam ve Alt başlık Puan Dağılımları

Tablo 8. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Cinsel İlişki Yaşama Hakkında Bilgi Alma Durumlarına Göre FSFI Toplam ve Alt başlık Puan Dağılımları

Tablo 9. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların ve Eşlerinin Evlilik Yıllarına Göre FSFI Toplam ve Alt başlık Puan Dağılımları

Tablo 10. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Gebelik Öncesi Cinsel İlişki Yaşama Sıklığına Göre FSFI Toplam ve Alt Başlık Puan Dağılımları

Tablo 11. Doğum Şekillerine Göre FSFI Toplam ve Alt Başlık Puan Dağılımları

Tablo 12. Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Bebeklerini Besleme Şekillerine Göre FSFI Toplam ve Alt Başlık Puan Dağılımları

Tablo 13. Kadınların Son Dört Hafta İçinde Kullandıkları Aile Planlama Yöntemlerine Göre FSFI Toplam ve Alt Başlık Puan Dağılımları

KISALTMALAR

WHO : World Health Organization

FSFI : Female Sexual Function Index

CİB: Cinsel İşlev Bozuklukları

MI: Miyokard Infarktüsü

PPD: Postpartum Depresyon

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

GnRH: Gonodotropin Releasing Hormon

HPA: Hipotalamik Pituitier Adrenal

RİA: Rahim İçi Araç

KOK: Kombine Oral kontraseptif

SAS: Sadece Anne Sütü

ASEG: Anne Sütü ve Ek gıda

C/S: Caesarean Section

YB: Yapay Beslenme

ANOVA: Tek Yönlü Varyans Analizi

DOĞUM SONU DÖNEMDEKİ KADINLARIN CİNSEL FONKSİYONLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Elçin ÖZCAN

Yüksek lisans Tezi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Yöneticisi: Yard. Doç.Dr. Kerziban YENAL

Bu çalışma doğum sonrası 3-6 aylık dönemdeki kadınların cinsel fonksiyonlarını ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Mart 2012- Aralık 2013 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Pediatri Polikliniklerine başvuran, örnekleme dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden doğum sonu 3-6 aylık dönemde olan 205 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında tanıtıcı özellikler bilgi formu ve FSFI (Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi) anket formu ile toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15 istatistiksel analiz programı kullanılmıştır. Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel fonksiyonlarında kadınların ve eşlerinin eğitimi, çalışma durumu, gelir durumu, gebelik öncesi yaşanan cinsel ilişki sıklığı, bebeklerini besleme şekilleri ve son 4 haftada kullanılan gebeliği önleyici yöntemlerin etkili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Eğitim düzeyi ve gelir durumunun artmasının cinsel fonksiyonları olumlu etkilediği görülmektedir. Emzirmenin cinsel istek, uyarılma, orgazm cinsel doyum ve cinsel ilişkide ağrı üzerine olumsuz etkilerinin olduğu belirlenmiştir. Kullanılan gebeliği önleyici yöntemlerden prezervatif ve oral kontraseptifin cinsel fonksiyona olumlu etkileri olduğu, geleneksel yöntem olan geri çekme yönteminin ise olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Evlilik yılı, bilgi alma durumu ve doğum şeklinin ise cinsel fonksiyonlar üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. Sonuçta; hemşirelerin, doğum sonrası dönemdeki kadın ve eşini bu dönemde görülebilecek cinsel sorunlar, nedenleri ve çözüm yolları hakkında bilgilendirmeleri ve danışmanlık yapmaları önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Doğum sonu dönem, cinsel fonksiyonlar, FSFI

THE SEXUAL FUNCTIONS OF WOMEN IN POSTPARTUM PERIOD AND THE FACTORS AFFECTING THEIR SEXUAL FUNCTION

Elçin ÖZCAN

Master's Thesis, Department of Obstetrical Nursing

Thesis Advisor: Ass. Prof. Dr. Kerziban YENAL

The aim of this study is to determine and examine the factors that affect the sexual functions of women after 3-6 months of giving birth. The example of the study consists of 205 women in postpartum period who applied to Pediatrics Unit of Dokuz Eylul University Research and Application Hospital between March 2012 and December 2013, who meet the criteria and accepted to take part in the study. The Introductory Information Form and Female Sexual Function Index Form were used in order to gather data. SPSS 15 was used for data analysis. It was found that womens' and their spouses' educational background, working status, frequency of sexual intercourse before pregnancy experienced, income level, the way they feed their infants and the family planning method used in the last four weeks were important for the sexual functions of women in postpartum period ($p<0.05$). Higher educational and income level were found to have a positive effect on sexual functions. It was found that breastfeeding had a negative effect on sexual drive, stimulation, orgasm, satisfaction and sexual pain. It was found that condoms and oral contraceptives as family planning methods had positive effects, while the traditional withdrawal method had a negative effect. The birth method, marriage time and receive education about that sexual functions in postpartum period was found to have no effect. In conclusion; it is suggested that nurses should inform women in postpartum period and their spouses about possible sexual problems in this period and solutions to these problems.

Keywords: Postpartum period, sexual function, FSFI

1.GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Cinsellik, kişiliğin ayrılmaz bir parçası, yaşamın diğer alanlarından ayrı tutulamaz bir yönüdür. Bireyin emosyonel, mental ve fiziksel olarak erkeklik ya da dişiliği deneyimleme, gösterme becerisi olup, sahip olduğu cinsel organlarını, fonksiyonlarını, cinselliği algılama düzeyini ve ifade etme tarzını içermektedir. Bir başka deyişle cinsellik, iki insanın armoni eşliğinde beraberliklerini içeren; sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri olan özel bir yaşantı olarak tanımlanmaktadır (Kütmeç, 2009). Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı, cinsellikle ilgili fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlamaktadır (WHO, 2014).

Cinsellik bir durum olmaktan ziyade çeşitli anatomik, fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel etmenlerin rol oynadığı çok yönlü bir süreçtir. Bireyin cinsel işlevlerinde rolü olan doku ve organlarının yapısı, fonksiyonları, ruhsal durumu, içinde bulunduğu toplumun örf ve adetleri, inanışları, hatta mevcut yasalar cinselliğini ve cinsel davranış biçimlerini etkiler (Acar, 2009; Klein ve ark., 2009).

Kadın ve erkeğin cinsel işlevlerinde fiziksel, psikolojik ve sosyo-kültürel faktörlerin etkisi ile bozukluklar oluşabilmektedir. Cinsel işlev bozuklukları, cinsel işlevi etkileyen çok boyutlu bir sağlık sorunudur (Karaçam, 2008).

Konuya ilişkin yapılan çalışmalarda diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklar, nörolojik ve hormonal nedenler, depresyon, kadının yaşı, eğitim düzeyi, gelir durumu, beden kitle indeksi, emosyonel durum, sosyal statü, sosyoekonomik ve çevresel faktörler, eşler arasındaki ilişkinin niteliği, multiparite, menapoz ve genel sağlık durumu, aile planlaması yöntemleri, cinsel konulardaki bilgi ve tutumlar, ilaç kullanımı, fiziksel ve mental sağlık durumu gibi pek çok faktörün kadınların cinsel yaşamını etkileyebileceği belirtilmektedir. Kadın cinsel işlevleri, gelişim dönemlerinden, gebelik ve doğum gibi yaşanan deneyimlerden etkilenebilmektedir. (WHO, 2010; Acar, 2009; Demir ve ark,2007; Karaçam, 2008).

Gebelik döneminde hormonal, fiziksel ve psikolojik nedenler ile cinsel yaşam etkilenmektedir (Ertem ve ark., 2009). Doğum sonrası dönemde ise; fiziksel (hormon düzeylerindeki değişimler, beden yapısındaki değişimler, üreme sistemi organlarındaki değişimler gibi), psikolojik (postpartum depresyon, rol değişimi) ve sosyo-kültürel faktörler (inançlar, örf ve adetler gibi) cinsel işlevleri etkileyebilmektedir. Ayrıca ileri anne yaşının,

yüksek doğum sayısının, müdahaleli doğumların (epizyotomi, vakum, forseps) ve emzirmenin kadınların doğumdan sonraki cinsel işlevleri üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Kadınların bu dönemde karşılaştıkları cinsel işlev sorunları daha çok cinsel istek, uyarılma, orgazm alanlarında bozukluklar ve cinsel ilişkide ağrı (disparoni, vajinismus) olarak ortaya çıkmaktadır. Disparoni ve vajinal hasarın özellikle epizyotomi ile ilişkili olduğu bir çok çalışmada belirtilmiştir (Acar,2009; Karaçam, 2008; Klein ve ark., 2009; Addis et al., 2006).

Postpartum dönemde kadınların ruhsal ve fiziksel sağlıklarını içeren çalışmalar bulunmasına rağmen cinsel fonksiyonlar ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmalar doğum şekillerinin karşılaştırılmadığı, örneklem sınırları kesin olarak çizilmemiş olan; primipar ve multipar anneleri içeren çalışmalardır.

Sorunlara yönelik uygun girişimlerin planlanabilmesi için öncelikle sorunun tanımlanması ve objektif verilerle ortaya koyulması gerekmektedir. Türkiye’de bu konuya ilişkin sınırlı sayıda araştırmaya ulaşılabildiği için bu çalışma planlanmıştır. Çalışma sonuçlarının ebe ve doğum hemşirelerinin hizmet verdiği grubu tanımaları ve uygun girişimleri planlayabilmeleri için veri oluşturacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, doğum sonrası üç – altı aylık dönemdeki kadınların cinsel fonksiyonlarını ve etkileyen faktörleri incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kadın Genital Organları ve Cinsel İşlevlerdeki Roller

2.1.1. Dış genital organlar

Labia Majör: Mons Pubisten arkaya doğru uzanan ve incelerek perine ile birleşen yağ ve bağ dokusu kıvrımlarıdır. Diğer dış üreme organlarını çevreler ve korurlar. Erkekteki skrotumun karşılığıdır. Dış yüzü pubik kıllarla örtülüdür. Ter bezleri, yağ bezleri ve birçok sinir ucu içerir. İç yüzü ise ince, duyarlı ve kılsızdır. Damar ve sinir yönünden zengindir. Dokunma ya da bası ile uyarılır ve erkekteki skrotumun uyarılmasına benzer duygular uyandırır. Labia majör cinsel yanıt sırasında istek fazında yassılaşır, uyarılma fazında şişer, çözülme aşamasında ise yeniden eski boyutuna geri döner (Taşkın, 2005; İncesu, 2004; Schorge et al., 2008).

Labia Minör: Labia Majörlerin altında yer alırlar. Vajinal ve üretral açıklığı korurlar. Damar ve sinir yönünden zengin, cinsel uyarılara oldukça duyarlıdırlar. Lateral ve anterior yüzeyleri genellikle pigmentedir. İç yüzeyleri vajinal mukozaya benzer şekilde pembe ve nemlidir. Cinsel uyarılar ile konjesyonu artar ve kabarık bir hal alır (Grewal et al., 2002; Taşkın, 2005; İncesu, 2004; Schorge et al., 2008).

Vestibul: Labia minörlerin arasındaki üçgen şeklindeki sahadır, yüzeyi ince mukozal bir yapıya sahiptir. Vajinal açıklık, üretral açıklık ve anüs arasında yer alır. Vestibula üretra, vajina ve iki taraflı bartholin bezleri açılır. Ayrıca himen de vestibulda yer alır. Üretranın hemen girişinde, arka yan duvarında skene bezleri (paraüretral bezler) bulunur. Erkekte prostat bezinin karşılığıdır ve çok az miktarda müküs salgılayarak vestibuldeki nemliliğe katkıda bulunur. Vajinanın girişinde deri kıvrımlarının arasında bartholin bezleri bulunur. Her iki yanda vajinaya göre saat 4 ve 8 hizalarında olmak üzere toplam 2 tanedir ve ince kanalları aracılığı ile vajinanın girişine himenin önüne açılırlar. Bu bezler erkekteki cowper bezinin karşılığıdır ve cinsel uyarı sırasında bir miktar salgılayarak vajinanın kayganlığını sağlar (Grewal et al., 2002; Taşkın, 2005; Schorge et al., 2008).

Perine: Vajinal açıklıktan anüse kadar olan alandır. Çok sayıda sinir ucu içerir, bu nedenle dokunma ve diğer cinsel uyarılara duyarlıdır. Bölge cilt altında idrar ve dışkı işlevlerinin kontrolünü sağlayan kasları barındırır. Bu kaslar doğum eylemi esnasında da bebeğin doğumuna yardımcı olurlar (Grewal et al., 2002; Taşkın, 2005).

Klitoris: Vestibülün ön kısmında, labia minörlerin birleşme yerinde yer alan 4-6 cm uzunluğunda bir yapıdır. Çok fazla sinir ucunun ulaştığı erektile bir dokudan oluşmuştur. Her biri simfizis pubisin periostuna tutunan iki küçük erektile korpuştan ve duyusal sinir uçlarının sonlandığı küçük bir yapı olan glans klitoristen oluşur. Anatomik olarak erkekteki penisin karşılığı olan yapıdır. Penisten çok daha küçük olmasına rağmen, penis kadar fazla sinir ucuna sahiptir ve benzer dokulardan şekil alır. Tek fonksiyonu cinsel hazdır. Kadın erektile dokuları, cinsel uyarıya cevap verir. Klitoris ve labiaların cinsel uyarılması, bu yapıları besleyen arterlerde dilatasyona neden olur ve sonuç olarak kanlanma ile birlikte klitorisin ereksiyonu ve labiaların kabarıp şişmesine neden olur. Uyarılma devam ederse orgazm ile sonuçlanır (Grewal et al., 2002; Çayan, 2004; Eryılmaz, 2005)

2.1.1. İç genital organlar

Vajina: Vestibuldaki vajinal açıklıktan servikse kadar uzanan 7-10 cm boyundaki kanal şeklinde müsküler bir organdır. Üretra ve mesanenin arkasında, rektumun önünde yer alır. PH'ı asittir. Bu da enfeksiyondan koruyucu bir faktördür. Menstrüel kanın dışarı atılması vajina aracılığıyla sağlanır. Doğum sırasında bebeğın geçişine izin verecek ölçüde genişleyebilme kapasitesine sahip bir organdır. Ayrıca cinsel heyecanlanma fazı boyunca boyutu ve şekli, cinsel ilişki sırasında penisi barındıracak şekle gelebilir özelliktedir. Cinsel uyarılma sırasında meydana gelen konjesyon, vajinal duvarda kalınlaşmaya neden olur (erkekteki ereksiyona eşit). Bu da lubrikasyonu sağlayan salgının üretilmesine neden olur (Grewal et al., 2002; Acar, 2009).

Uterus: Mesanenin arkasında, rektumun önünde yer alan ortada kavitesi olan ters bir armut şeklinde kaslı bir organdır. Ortalama 7-8 cm uzunluğunda, 3,5-4 cm genişliğinde ve 2,5 cm kalınlığında ve öne yatık pozisyonundadır (anteversiyon). Fundus, korpus, isthmus ve serviks olarak dört kısma ayrılır. Uterin duvarlar üç tabakadan oluşur. En dışta saran tabaka perimetrium; doğum, orgazm ve menstrüel kanın akışı sırasında kontrakte olan düz kas liflerinden yapılmış myometrium tabakası; en içte salgı yapan epitel hücrelerden, bağ dokusu ve salgı bezlerinden oluşan endometrium tabakası. Endometrium tabakası, over hormonlarının etkisi ile puberteden menapoza kadar ortalama 28 günde bir değişime uğrayarak vücuttan menstrüel kanama şeklinde atılır ve tekrar oluşur (menstrüel siklus) (Grewal et al., 2002; Taşkın, 2005).

Cinsel yanıtın istek ve uyarılma fazında serviks ve korpus genişleyerek yükselir. Orgazm fazında uterus, fundustan alt uterin segmentlere doğru kasılır. Çözülme fazında ise uterus yeniden eski boyutuna ve yerine geri döner. Cinsel uyarılma sırasında uterin ve servikal bezler salgıları ile lubrikasyona katkıda bulunurlar (İncesu, 2004; Acar, 2009).

Fallop Tüpleri: Yaklaşık 10 cm uzunluğunda ve 0,6 cm genişliğinde tüp şeklinde organlardır. Uterus ile overler arasında uzanırlar ve üst yan yüzünden uterin kaviteye açılırlar. İnfundibulum, ampulla ve isthmus olarak üç kısımdan oluşur. Fallop tüpleri ovulasyonla overlerden atılan ovumun uterusu taşımasını sağlayan bir yol görevi görür. Silialar ve ritmik müsküler kontraksiyonlar ile ovum uterusu taşınır. Fertilizasyon da genellikle tüplerde meydana gelir (Grewal et al., 200; Taşkın 2005).

Overler: Fallop tüplerinin fimbrial uçlarına yakın, badem seklinde ve büyüklüğünde organlardır. Pozisyonlarının korunması birçok ligament tarafından sağlanır. İki görevi vardır. Ovulasyon ve hormon (östrojen, progesteron, testesteron) salgılamak. (Güner, 2000; Grewal et al., 2002; Taşkın, 2005).

Memeler anatomik bölgedir: Üreme organı değildir ancak kadınları erkeklerden ayıran ve kadın cinselliğinde önemli rolü olan organlardır. Memenin dış kısmında bulunan areola ve meme ucu görülen yapılardır. Meme ucu merkezdeki çıkıntılı yapı, areola ise onu çevreleyen koyu renkli alandır.

Meme uçlarında çok fazla sinir ucu bulunur. Bu nedenle örneğin soğuğa maruz kalındığında veya cinsel uyarı ile meme ucunun etrafındaki küçük kaslar kasılır ve meme ucu erekte olur (Grewal et al., 2002; Taşkın, 2005; İncesu, 2004).

2.1.3.Pelvik Taban

Kemik pelvisin tabanını oluşturur. Kaslar, ligamentler ve fasiadan oluşmaktadır. Pelvik taban, üretra vajina ve rektum için sfinkter gibi görev alır ve doğuma olanak sağlar. Üst pelvik diyafram endopelvik fasiya, uterosakral ligamentler ve levator ani kaslarından (pubococcygeus bölümünü içerir) oluşan bir muskulofasiyal bir yapıdır. Alt muskulofasiyal pelvik diyafram, ürogenital diyafram ve vulvanın dışındaki sfinkter kaslarını içermektedir (iskiokavernöz, bulbokavernöz ve transvers perineal kaslar). Bu yapılar, klitoris ve vestibular bulbus ile sıkı bir ilişki içinde olup istemli kontraksiyonlar ile çiftin orgazmı daha yoğun yaşamasına katkıda bulunur (Güner, 2000; Grewal et al., 2002; Acar, 2009)

2.2.Kadın Cinsel İşlevlerinde Önemli Hormonlar

Östrojen: Estradiol düzeyleri, periferik ve santral sinir sistemi hücrelerini ve sinir iletimini etkiler. Östrojenler vazoprotektif ve vazodilatör etki ile vajinal, klitoral ve üretral arterial kan akımını artırır. Östrojen düzeylerinin azalması cinsel işlevlerde belli derecede değişim meydana getirir. En yaygın cinsel şikâyetler, cinsel arzuda azalma, cinsel aktivite sıklığında azalma, ağırlı cinsel ilişki, cinsel yanıtta azalma, orgazma ulaşmada zorluk ve genital duyarlılıkta azalmadır (Taşkın, 2005; İncesu, 2004; Acar, 2009)

Androjenler: Androjen hormonları steroid hormonlar olup adrenal glandlardan ve gonadlardan salgılanmaktadır. Androjenlerin hipofiz, kemik, yağ dokusu, böbrek, iskelet sistemi, kan, overler, uterus, vajina, klitoris ve meme glandları, sekonder seks karakterleri gibi birçok sistemi düzenleyici etkileri vardır. Kemik dansitesine, cinsel isteğe ve iyi hissetmeye etki ederler. Vücuttaki androjen dengesizliği kendini kadınlarda cinsel işlevler üzerine genel bir isteksizlik olarak gösterir. Testesteron, cinsel yanıtta rol oynayan dopamin, oksitosin ve santral etkili noradrenalin gibi merkezi nörotransmitterlerin regülasyonunu sağlayan bir androjendir. Düşük testesteron seviyeleri cinsel uyarılma genital duyarlılık libido ve orgazm bozuklukları ile ilişkilidir (Taşkın, 2005; İncesu, 2004; Acar, 2009)

2.3.Kadın Cinsel İşlevinin Fizyolojisi

2.3.1. Cinsel Yanıt Modelleri

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

2.3.1.1.Masters and Johnson Modeli (4 Faz Modeli)

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

edilmiştir. Masters ve Johnson, cevap siklusunu 4 faza bölmüşlerdir: heyecan (uyarılma), plato, orgazm ve çözülme fazlarıdır (Master et al 1994; İncesu 2004).

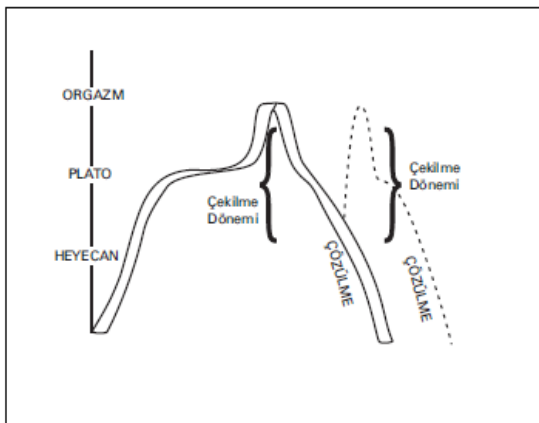
1) Uyarılma evresi: İlk evredir. Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte ereksiyon, kadında yaygın olarak vazokonjesyon ve miyotoni ile karakterizedir. Herhangi bir bedensel ya da psikolojik uyarı ile ortaya çıkabilir. Cinsel uyarının süre ve yoğunluğuna göre gösterilen tepkinin şiddeti hızlı ya da yavaş biçimde artar. Kişiye uygun düşen, yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarı karşısında uyarılma evresi çok kısa sürebileceği gibi, kişiye fiziksel ya da psikolojik açıdan uygun düşmeyen cinsel uyarı durumunda ya da cinsel uyarı aralıklarıyla sürdürülmüşse uzayabilir ya da kaybolabilir. Cinsel arzu aktifleştğinde, kişi kendini huzursuz, seksi ve sekse açık olarak hisseder. İnaktif olduğunda ise erotik olgulara ilgi duymaz ve sekse isteğini kaybeder. (Aydos, 2005; Master et al., 1994; İncesu, 2004).

2) Plato evresi: Aslında uyarılma evresinin bir parçası ve devamı niteliğinde olan bu evrede, etkili cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte, kadın ya da erkek plato sürecine girer. Bu evrede, haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer. Orgazm evresine giriş niteliğindedir. Vazokonjesyon plato fazı boyunca artmaya devam eder. Bu da genitallerin ve memelerin şişmesinde artma ile sonuçlanır. Ayrıca labia minör kırmızılaşır ve birçok kadın ve erkekte ciltte renk değişiklikleri (seks flush) oluşur ve meme altından meme ucuna, boyuna ve basa doğru yayılır. Vazokonjesyon ayrıca orgazmik platform oluşmasına neden olur. Vajinanın 1/3 alt kısmında şiddetli kontraksiyonlar oluşur ve bu da peniste kavrama etkisi yaratır. Faz boyunca miyotoni artar ve oldukça belirgin hale gelir. Özellikle yüzde, boyun, kollar ve bacaklarda karpopedal spazmlar meydana gelir. Karpopedal spazmlar, el ve ayak kaslarındaki spastik kontraksiyonlardır ve bu uzantıların pençe gibi görünmesine neden olur. Uyarının plato fazı boyunca devam etmesi, nabız hızının, solunum hızının ve kan basıncının artması ile sonuçlanır (Master et al., 1994; Atasü, 2001; İncesu, 2004).

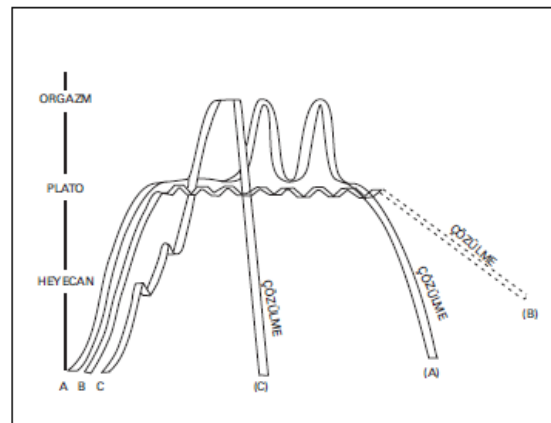
3) Orgazm evresi: Evreler arasında süre açısından en kısa ancak duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir. Bu evre, erkekte ejakülasyon, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Öznel olarak pelvisde duyumsanır. Orgazm kadında klitoral bölgede ve vajinada; erkekte ise penis ve prostatta yoğunluk kazanır. Hem kadın hem erkek için şiddetli pelvik vazokonjesyon ve vücuttaki miyotonin getirdiği nöromusküler gerginliğin patlayıcı bir

boşalımdır. Kadında orgazmik platformdaki ritmik kontraksiyonlar 0,8 saniye aralıklarla meydana gelir. Kadın orgazmı sıklıkla erkek orgazmından daha uzun sürer. Kalbin aşırı aktivitesi nedeniyle orgazm taşikardiye neden olur ve 100-180/ dk kadar çıkabilir. Orgazmın diğer fiziksel göstergeleri kaslarda şiddetli miyotonidir. Karpo-pedal spazma bağlı el ve ayak kaslarında kontraksiyonlar ve şiddetli kavrama hareketleri meydana gelir. Kas spazmları ve istemsiz kontraksiyonlar meydana gelir. Yüz kaslarındaki istemsiz kasılmalara bağlı kişi kaslarını çatabilir, yüzünü buruşturabilir. Bedenin oksijen ihtiyacındaki artışa cevap olarak istemsizce ağzı açık olabilir. Kollarda bacaklarda sırtta alt abdomende benzer kasılmalar görülebilir (Master et al., 1994; İncesu, 2004).

4) Çözülme evresi: Son evredir. Kadın ya da erkekte, orgazm ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda platoyu takiben genital bölgelerde ve bedenin bütününde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına, ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmemesine göre çok değişir. Kadınlar, çözülme evresinde cinsel uyarının yeniden başlamasıyla yeniden uyarılıp orgazm olabilme potansiyeline sahipken, erkekler süresi kişiye ve yaşa göre değişen bir refrakter döneme zorunlu olarak girerler. Refrakter dönemin sonuna kadar erkeklerin cinsel bir uyarana yeniden yanıt verip ereksiyon ya da orgazmları mümkün değildir. Bu nedenle, erkeklerin tek tip bir cinsel yanıt döngüsü olmasına karşın, kadınlarda bu çok değişken olabilmektedir (Master et al., 1994; İncesu, 2004; Acar, 2009).



Şekil 1. Erkekte cinsel yanıt döngüsü.



Şekil 2. Kadında cinsel yanıt döngüsü.

(İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004;Ek 3:3-13)

2.3.1.2.Kaplan Modeli (3 Faz Modeli)

İyi bilinen bir cinsel terapist olan Helen Singer Kaplan, Masters ve Johnson'un dört fazlı yaklaşımını değiştiren bir cinsel cevap modeli öne sürdü. Cinsel cevabı, cinsel arzu, heyecan ve orgazm olarak 3 faza ayırdı. Kaplan'ın modelinin Masters ve Johnson modelinden farkı, cinsel arzu fazını eklemesi ve çözölme fazını kaldırmasıdır. (İncesu, 2004; Acar, 2009)

2.4. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması

DSM–4 (Diagnostic and Statistical Manual and Mental 12 Disorder- Fourth Edition)'e göre cinsel işlev bozukluklarının (CİB) sınıflandırılması şu şekilde yapılmaktadır (Basson et all, 2005; İncesu 2005)

1. Cinsel İstek Bozuklukları
 - a. Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu
 - b. Cinsel Tiksinti Bozukluğu
2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları
3. Orgazmik Bozukluklar
4. Cinsel Ağrı Bozuklukları
 - a. Disparoni
 - b. Vajinismus
5. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı CİB
6. Madde Kullanımının Yol Açtığı CİB
7. Başka Türölü Adlandırılamayan CİB

2.5. Kadında Görölün Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri

Kadınlarda cinsel sorunların ortaya çıkmasında çok sayıda psikososyal ve kültürel etkenin birlikte rol oynadığı belirtilmektedir. Bu etkenler değerlendirildiğinde, cinselliğin psikososyal, kültürel, davranışsal ve organik nedenlerden kaynaklanan çok boyutlu, multidisipliner bir süreç olduğu ve cinsel fonksiyon bozukluğunun da bu çok yönlü ilişkiler ağı içerisinde olduğu görölmemektedir. Konuya ilişkin yapılan çalışmalarda diabet (Fatemi ve ark., 2009) hipertansiyon (Doumas ve ark., 2006) gibi kronik hastalıklar (Nusbaum ve ark., 2003), nörolojik ve hormonal nedenler, depresyon, kadının yaşı, eğitim düzeyi, gelir durumu,

beden kitle indeksi, emosyonel durum, sosyal statü, sosyoekonomik ve çevresel faktörler, eşlerin evlenme şekli ve eşler arasındaki ilişkinin niteliği, aile planlaması yöntemleri, cinsel konulardaki bilgi ve tutumlar, ilaç kullanımı, fiziksel ve mental sağlık durumu gibi pek çok faktörün kadınların cinsel yaşamını etkileyebileceği belirtilmektedir (Aydos, 2005; Basson ve ark., 2005; Kütmeç, 2009)

Kadında görülen cinsel işlev bozukluklarının nedenleri şu şekilde özetlenebilir:

a.Vasküler / Damarsal Nedenler

Klitoral ve vajinal vasküler yetmezlik, arter yatağının aterosklerozuna bağlı genital kan akımının azalması ile ilgili olarak gelişmektedir. Hipertansiyon, hiperkolesterolemi, sigara, pelvik cerrahi, travma, pelvik kırıklar, miyokard infarktüsü (MI), diyabet cinsel işlev bozukluğuna yol açan vasküler nedenlerdendir (Berman, 2005; Kütmeç, 2009).

b- Nörojenik Nedenler

Yapılan çalışmalarda multipl skleroz, spinal kord yaralanması gibi fiziksel yetersizliği olan kadınlarda cinsel tatminin ve sekse ilginin azaldığını, buna karşın cinsel yaşama ilişkin depresyonun arttığını belirlenmiş ve kadınlarda cinsel istek, uyarılma, orgazm ve lubrikasyon aşamalarının olumsuz etkilendiğini saptanmıştır (Atasü ve ark., 2001; Taş 2006 Karakoyunlu 2007).

c. Hormonal Nedenler

Üreme organlarının gelişmesini ve cinsel aktivitenin çeşitli aşamalarının gerçekleşmesini sağlayan hormonların kandaki düzeylerinin azalması, cinsel işlevleri olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Karakoyunlu 2007; Kütmeç, 2009).

d. Müsküler Nedenler

Pelvik taban kasları, levator ani kası ve perineal membran kadınlarda cinsel fonksiyona doğrudan katılan anatomik yapılardır. Bulbokavernöz ve iskiokavernöz kasları içeren perineal membran istemli kasılabildiği gibi, orgazm sırasında ritmik istemsiz de kasılabilmektedir. Levator ani kasları, orgazm ve vajinal penetrasyon sırasında motor yanıtı düzenlemektedir. Bu kasın hipertonisitesinde vajinismus, disparoni ve diğer ağrı bozuklukları görülebilmektedir (Atasü ve ark., 2001; İncesu, 2004; Acar, 2009)

e. Psikolojik Nedenler

Konu ile ilgili yapılan çalışmalar, psikolojik faktörlerin kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli rolünün olduğunu ve kadınların yaşam kalitelerini etkilediğini göstermektedir. Cinsel yaşamı etkileyen psikolojik faktörler arasında beden imajı, kendine güven, partnerle ilişkinin kalitesi, emosyonel stres düzeyi, anksiyete, depresyon ve diğerk ruhsal bozukluklar yer almaktadır. (Atasü ve ark., 2001; İncesu, 2004)

f. İleri Yaş

Kadınlarda yaş artışı ile birlikte doku ve organların işlevsel kapasitesinin azalması, genital organların ve pelvik taban kaslarının fonksiyonlarının bozulması, gebelik ve doğum sürecinin getirdiğı yapısal ve hormonal değışiklikler kronik hastalıkların görölme sıklığındaki artış, toplumsal - kültürel değerk yargılarının etkisi ile kadının yaş ilerledikçe çekiciliğinin, güzelliğinin azaldığını hissetmesi (Güvel 2003) gibi pek çok fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin kadın cinsel fonksiyonlarını olumsuz olarak etkilediğı düşünölmektedir. (Acar, 2009; Kütmeç ,2009)

g. Cerrahi Girişimler

Üreme organlarına yönelik yapılan cerrahi girişimlere bağı fizyolojik, hormonal, yapısal ve psikolojik değışikliklerin kadınlarda çeşitli cinsel sorunlara neden olabileceğı belirtilmektedir (Acar, 2009).

h. Sosyokültürel ve Sosyo-Demografik Nedenler

Cinsel disfonksiyona yönelik yapılan bazı çalışmalarda sosyodemografik ve sosyokültürel özelliklerin kadınların cinsel yaşamına etkileri incelenmiştir. Çalışmalarda yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu, etkin aile planlaması yöntemi kullanımı, eş ve evliliğerk ilişkin özellikler, beden kitle indeksi gibi sosyo-demografik özellikler ile toplumun kültürel yapısı, yaşam koşulları, kişisel, ailevi ve dini değerkler arasındaki çatışmalar, cinsel konulara ilişkin eğitim yetersizliğı ya da yanlış bilgilendirme, geleneksel ve tutucu yetiştirilme biçimi ve sosyal tabular gibi pek çok sosyokültürel etmenin kadınların cinsel yaşamını etkilediğı saptanmıştır. (İncesu, 2004; Ege ve ark., 2010)

i. Kullanılan İlaçlar

İlaç tedavilerinin kadınların cinsel fonksiyonlarına etkisini araştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. Alkol ve yasal olmayan ilaçlar da dâhil olmak üzere kullanılan ilaçların önemli bir bölümü kadınların cinsel yanıtını değiştirebilmekte ve cinsel işlev bozukluklarına neden olabilmektedirler.

Ayrıca kürtaj infertilite ve cinsel mitler, kültür ve diğer toplumsal etkenlerin; sigara ve alkol kullanımının; eşler arasındaki uyumsuzluk, iletişim sorunları ve partnerdeki cinsel işlev bozukluklarının da cinsel işlev bozukluklarının oluşumunda ve devamında rolü bulunmaktadır (İncesu, 2004; Kütmeç, 2009; Ege ve ark 2010).

2.6. Doğum Sonrası Dönem

Doğum eylemi sona erdikten, bebek ve plasenta doğduktan sonra, annede gebelik süresince meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişikliklerin ortadan kalkması ve bütün sistemlerin özellikle üreme organlarının gebelik öncesi durumlarına dönmeleri ile sonlanan sürece puerperium (postpartum=postnatal=doğum sonu dönem=lohusalık) denir. Bu zaman periyodu 6-8 haftalık bir süreyi kapsar (Aydos, 2005; Atıcı ve ark, 2001; Taşkın, 2005; Doumas et al., 2006).

Doğum sonrası dönem genellikle 3 döneme ayrılır (Atıcı ve ark., 2001).

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

Doğumdan sonraki ilk dönem, önemli ve hızlı fizyolojik değişikliklerin meydana geldiği riskli bir dönemdir. Sonraki dönemlerde ise değişimler daha yavaş meydana gelir. Bu dönem, annede meydana gelen gerileyici (retrogressive) ve ilerleyici (progressive) değişikliklerle karakterizedir. Gerileyici değişiklikler uterus, vajina ve diğer genital organların ve sistemlerin gebelik öncesi durumlarını alma sürecidir. İlerleyici değişiklikler ise laktasyona hazırlanan memelerde meydana gelir (Taşkın, 2005)

2.7. Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Yaşam ve Yaşanan Cinsel Sorunlar

Kadın cinsel işlevi, çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenmektedir. Doğum ise, kadının üreme çağı boyunca yaşadığı fiziksel ve psikososyal dönemler içinde, kadın cinsel fonksiyonlarına etkisi en fazla olan durumdur. Etkisi günler, aylar hatta yıllarca sürebilen bir faktördür. Doğumun sonucu olarak annede, çiftin cinselliğini etkileyen çeşitli fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Overler ovulasyona tekrar başlamadan önce vajinanın vazokonjesyonu ve lubrikasyonu yeterli değildir ve eski haline dönmesi zaman alır. Bu nedenle kadınlar daha kısa ve zayıf orgazm yasadıklarını belirtirler (Sydow ve ark., 1999; Acar, 2008). Ayrıca bu dönemde vajinal duvarlar gebelik öncesi döneme göre daha incedir ve bu durum muhtemelen östrojen azlığına bağlıdır. Orgazm sırasında kan akımındaki artışa bağlı olarak parlak kırmızı renkten, daha koyu kırmızı bir renge dönüşen labia minör, bu dönemdeki kadınlarda daha soluk renkli olur, vazokonjesyon yetersizdir. Postpartum dönem 3. ayda vajina ve uterus eski haline geri döner, labia minör ve majörler cinsel uyarıya daha hızlı cevap verir, vajinal lubrikasyon gebelik öncesi düzeyindedir ve vajinal genişlik gebelik öncesi ölçülerine döner (Sydow ve ark., 1999; Acar, 2008; Baksu, 2007; Khajehei, 2009). Gebeliğin ilk trimesterinde meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler seksüel istekte azalmaya neden olabilir. İkinci trimesterinde gebeliğe bağlı görülen rahatsızlıkların azalması ile bu dönemde gebelerin gebeliği kabullendikleri ve seksüel ilişkide kendilerini daha rahat hissettikleri görülür. Gebeliğin son trimesterinde de ilk trimesterdeki gibi cinsel isteklerinin azaldığı ve doğum sonrası dönem boyunca da düşük kaldığı bildirilmektedir (Eryılmaz, 2002). Barret ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptığı çalışma doğum sonrası altıncı ayda dahi kadınların %25'inin cinsel fonksiyonlarında azalma olduğunu göstermektedir. Cinsel ilgi ve aktivitenin doğum öncesi seviyesine dönmesinin yaklaşık bir yılı aldığı, hatta çiftlerin 1/3'ünün 3-4 yıl sonra hala çeşitli problemler yaşadığı belirtilmektedir (Sydow, 1999).

2. 8. Doğum Sonrası Dönemde Yaşanan Cinsel Sorunların Nedenleri

2.8.1. Fizyolojik Nedenler

Gebelik süresince ve doğumda meydana gelen fizyolojik değişiklikler doğum sonu dönemde kadın cinsel işlevlerini çeşitli derecede etkileyebilmektedir. Özellikle iç ve dış genital organların eski haline dönmeleri farklılık göstermekle birlikte 6 haftaya kadar hemen hemen tamamlanmış olmaktadır. Üreme organlarının doğumu izleyen bu 6 hafta içinde normal ölçülerine ve fonksiyonlarına dönme sürecine involüsyon denir. İnvolüsyon ve endometriumun rejenerasyonu süresince, lohusalık dönemi boyunca loşia denen bir vajinal akıntı mevcuttur (Atasü ve ark., 2001; Karakaplan, 2007; Fatemi et al., 2009).

Doğumdan sonra kırmızı renkte iken giderek miktarı azalır, rengi açılarak pembe, daha ileri günlerde ise açık sarı bir renk alır ve 22-34 gün kadar sürer. Kadınların%10'unda 40 günden fazla sürebilir (Taşkın, 2005; Karakaplan, 2007; Khajehei et al., 2009).

Cinsel ilişkinin gerçekleştiği vajina, vajinal doğumdan sonra yumuşak, gevşek ve geniş bir hal alır, duvarları ödemlidir, vajinal tonüs azalmıştır. Perinede varis, büyük laserasyon veya epizyotomi, genellikle yumuşak doku zedelenmesi ve ekimoz vardır. Serviks ve alt uterin segmentler ödemli, ince ve tonüsü düşüktür. Pelvik taban kaslarında aşırı gerilme ve güçsüzlük görülür.

Doğum sonrası meydana gelen fizyolojik değişiklikler cinsel yanıt siklusunu ve cinsel işlevleri olumsuz etkileyebilir. Genital dokular, organlar ve pelvik kaslardaki hasarlar; kadında cinsel arzuda azalma, cinsel uyarılmada/orgazma ulaşmada zorluk ve disparoni ile sonuçlanabilir. Kadınlar arasında erken doğum sonu dönemdeki disparoni ve cinsel arzuda azalma gibi değişikliklerin görülmesi %22 ile %86 arasında değişen oldukça yüksek bir prevalansa sahiptir. Ayrıca cinsel ilişkiye yeniden başlama zamanını, cinsel ilişki ve cinsel yaşam memnuniyetini etkileyebilir (Barrett et al., 1999; Morof et al., 2003; Taşkın, 2005).

2.8.1.1. Doğum Öyküsüne İlişkin Faktörler

Literatürde, genital organlardaki değişikliklerin ve yaşanan cinsel problemlerin; yapılan doğum şekline (vajinal doğum/sezaryen doğum), doğumun müdahaleli olup olmamasına (vakum/forseps kullanma), perinedeki travmanın (spontan laserasyonlar /epizyotomi) derecesine göre değişiklikler gösterdiği belirtilmiştir. Vajinal doğum sırasında çeşitli nedenlerle perineal travma oluşabilmektedir. Bu travma spontan olarak meydana gelebileceği gibi epizyotomi nedeniyle de oluşabilir. Doğumsal travma ve hasarların çeşitli derecelerde cinsel işlev bozukluklarına neden olabileceği belirtilmektedir.

Doğumda meydana gelebilecek yırtıklar şu şekilde sınıflanmıştır:

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

Epizyotomi doğumu kolaylaştırmak amacı ile vulvar orifisi genişleterek, fetüsün gelen kısmının perineden sıyrılmasını kolaylaştıran pudendal insizyona verilen genel addır. Yapılmasındaki amaç doğumu kolaylaştırmanın yanında perine yırtıklarını önlemek ve pelvis taban kaslarını korumaktır. Ancak epizyotomi de doku bütünlüğünü bozan bir faktördür ve epizyotominin yaygın kullanımı kadınların perineal travmaya maruz kalma oranını arttırmıştır (Baksu ve ark., 2007, Schorge et al 2008, Acar 2008, Karaçam, 2008; Sayasneh et al.,2010).

Ryding ve arkadaşlarının (1984) epizyotominin doğumdan 12-18 ay sonra, kadın cinsel işlevleri üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmalarında; epizyotomi yapılan kadınlarda yapılmayanlara göre dispareni ve lubrikasyonda azalma görülme oranının daha fazla olduğunu saptamışlardır. Cinsel uyarılma, cinsel doyum ve orgazm üzerine ise etkisi olmadığını saptamışlardır. Perineal travma, doğum anında ve doğumdan sonra kısa veya uzun süreli morbiditeye eşlik eden ve kadınların cinselliğini ve beden imgesini etkileyen bir durumdur.

Güngör ve arkadaşlarının 2007 yılında primipar kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada; epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarla sezaryen doğum yapan kadınları cinsel doyumsuzluk prevalansı ve cinsel ilişki memnuniyeti derecesi açısından karşılaştırılmıştır. Sezaryen doğum yapanlarda cinsel doyumsuzluk prevalansı %4.4 iken vajinal doğum grubunda %14,4 bulunmuş ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Eşi ile cinsel ilişkisindeki memnuniyet derecesi ise sezaryen doğum

yapanlarda belirgin düzeyde yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sonuç olarak bu sonuçların sadece doğum şekli ile ilişkilendirilemeyeceği ve diğer sosyo-demografik, kişisel, yaşam tarzı ile ilgili özelliklerle birlikte ele alınması gerektiği belirtilmiştir.

İleriki yaşlardaki cinsel işlevleri inceleyen çeşitli çalışmalarda da multiparitenin cinsel işlev bozukluğu üzerine etkisi anlamlı bulunmuş, doğum sayısı arttıkça cinsel işlev bozukluğu görülme riskinin arttığı belirlenmiştir (Karakoyunlu, 2007). Bebekle ilgili bazı faktörlerin doğum sonrası dönemdeki cinsel işlevlere etkisini inceleyen çalışmalarda, bebeğin doğum ağırlığının, beden ölçümlerinin, doğumdan 1 dakika sonraki apgar skorunun annenin koital aktivitesi ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (Sydow, 1999; Buhling et al., 2006).

2.8.1.2. Yorgunluk

Doğum sonu dönemde kadın cinsel işlevlerini etkileyen diğer bir faktör ise yorgunluktur. Yorgunluğun ana nedeni ise bebeğin gece boyunca aralıklı beslenme periodları ile uyku düzeninin bozulmasıdır. Bebeğini emzirmeyen/mama ile besleyen annelerde, bebeğin beslenmesine eşin de yardım edebilme olanağının olması, uyku düzeninin bozulma olasılığını azaltmaktadır. Ancak emziren annelerin böyle bir şans olmadığı için yorgunluk skorları daha yüksek bulunmaktadır. Yorgunluk, emziren kadınların cinsel aktivitelerini azaltan nedenler arasında en yaygın olarak gösterdikleri nedendir. Yorgunluk, özellikle kadın cinsel arzusunu olumsuz etkileyebilir. Yapılan çalışmalarda doğumdan sonraki ilk bir yılda, kadın cinsel arzusu ile yorgunluk arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Sydow, 1999; Doğaner, 2005; Acar, 2008; Pınar ve ark., 2009).

2.8.1.3. Hormonal Nedenler

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

Postpartum Endokrinoloji

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

Östrojen ve progesteron düzeyleri doğumda ani olarak düşer ve emziren kadınlarda doğumdan sonra düşük düzeyde kalır. Laktasyon, hormonal piki ve böylece normal menstrual siklusu baskılar. Ovulasyonun tekrar başlaması da bebeğin emmesi ile inhibe edilmiş olur (Taşkın, 2005). Doğumdan sonra özellikle östrojen düzeylerinde meydana gelen düşme; cinsel arzuda, genital duyarlılıkta, cinsel yanıtta ve cinsel aktivite sıklığında azalma; ağırlı cinsel ilişki, orgazma ulaşmada zorluk gibi cinsel problemlere yol açabilir (Sydow,1999; Lue et al.,2006 Baksu, 2007).

Prolaktin: Doğum sonu dönemde prolaktinin esas etkisi süt üretimini sürdürmektir ve her bir emme olayını takiben yükselir. Hipotalamik-pituiter-ovarian aksı etkileyen prolaktinin etkisi ile gerçekleşen bu mekanizmaların yanında; hipotalamustaki gonodotropin releasing hormon (GnRH) nöronları ve/veya tuberoinfundibular dopaminerjik nöronları (prolaktin sekresyonunu baskılayan dopamin kaynağı), GnRH sekresyonunu baskılar ve böylece ovarian steroid üretimi baskılanır (Kermit et al 2002, Schorge et al 2008). Emziren kadınlarda görülen östrojen düzeylerindeki düşüklük; genital vazokonjesyondaki/vajinal lubrikasyondaki azalma ve vajinal epiteldeki atrofi ile ilişkilendirilir. Ayrıca bu değişiklikler disparoniye neden olabilir ve cinsel uyarılma dönemini olumsuz yönde etkileyebilir (Acar, 2009). Ayrıca kadın ve erkekte hiperprolaktinemi/prolaktinin kronik yüksekliği ile cinsel işlevlerin ve gonadal fonksiyonların belirgin düzeyde baskılanması arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Kadınlarda bu durum özellikle amenore, infertilite ve cinsel aktivitede azalma ile ilişkilendirilir. Prolaktin salgılayan tümörler gibi, patolojik durumlar da bu ilişkiyi destekleyen bir tablo oluşturmaktadır. Ancak buna rağmen laktasyondaki bu durumu sadece hiperprolaktinemiye bağlamak doğru olmayabilir. Prolaktin ve cinsel arzu arasında negatif bir korelasyon olması yine de genellenmemelidir (Rowland, 2005; Taşkın, 2005; Schorge et al., 2008).

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

orgazm sırasında uterin kontraksiyonları kolaylaştırır. Oksitosinin direkt olarak kadın cinsel arzu veya duyarlılığına etkisi tartışmalıdır. Diğer canlı türlerindeki kanıtlar oksitosinin cinsel cevabı kolaylaştırdığına işaret etmektedir (Rowland, 2005; Schorge et al 2008).

Androjenler (testesteron, androstenodion, dehidroepiandrosteron) kadın ve erkekte cinsel arzunun en büyük hormonal tetikleyicileri olduğu düşünülmektedir. Androjenler her iki adrenal korteks ve overlerden sekrete edilir ve bir kadının yaşadığı cinsel arzusu androjen miktarına temellidir (Güngör ve ark., 2007). Diğer taraftan testesteronun eksojen kaynakları ile normal ovarian fonksiyona sahip olan ve olmayan kadınlar cinsel duyarlılık, arzu ve cinsel memnuniyeti artırıcı yeteneğe sahip olabilirler (Klein et al.,2009).

Laktasyon

Adrenokortikal output emziren annelerde azalmış görüldüğünden androjenler de azalmış olabilir. Emziren kadınlar emzirmeyen kadınlara göre stresörlere karşı daha az hipotalamik pituitar adrenal (HPA) cevabı gösterirler. Yapılan çalışmalarda emzirmenin doğum sonrası cinsellik üzerine etkisi incelendiğinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar, emzirmenin maternal cinsel işlevler üzerine anlamlı etkisi olmadığını belirtmişlerdir (Rowland et al., 2005). Bazı çalışmalarda ise emziren kadınların gebelik öncesi cinsel aktivitelerine daha erken geri döndükleri saptanmıştır. Emzirmenin doğum sonrası cinsel işlevlere olumsuz etkisinin olduğunu saptayan çalışmalar ise oldukça fazladır. Özellikle cinsel istekte ve cinsel aktivite sıklığında azalmaya neden olduğu yönünde bulgulara rastlanmaktadır. Ahlborg ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı çalışmada doğum sonrası 6. aydaki annelerin cinsel işlevleri değerlendirilmiş ve emziren annelerin cinsel arzu, cinsel aktivite ve cinsel ilişki tatmini puanlarının emzirmeyenlere göre istatistiki olarak anlamlı derecede düşük olduğunu saptamıştır. Emzirmenin psikososyal etkisinin de olduğu, anne ve babanın bebeğin bakımına bağlı olarak uzaklaşmasına neden olabileceği belirtilmektedir (Acar, 2008; Khajehei et al., 2009).

2.8.2. Psiko-Sosyal Nedenler

Doğum sonrası dönemde meydana gelen fizyolojik değişimlerin yanında kadınların psikososyal durumlarında da önemli değişimler meydana gelir. Bu dönem kadının fizyolojik değişikliklere uyum sağlamanın yanında annelik rolüne de alışmaya çalıştığı, yeni sorumluluklar aldığı bir geçiş dönemidir (Pinar ve ark., 2009). Doğumdan sonra ortaya çıkan

psikiyatrik bozukluklar genelde annelik hüznü (maternity blues), postpartum depresyon (PPD) ve postpartum psikoz olmak üzere üç kısma ayrılmaktadır (Kütmeç, 2009). Annelik hüznü; doğumdan sonraki ilk haftada meydana gelen ve genellikle tedavi edilmeksizin saatler ya da günler içerisinde düzelen hafif bir depresyondur ve annelerin birçoğu tarafından yaşanmaktadır. PPD, doğumdan sonraki ilk dört haftada ortaya çıkan majör depresyon olarak tanımlanmaktadır. Erken tanı konulamazsa belirtiler kronikleşip tedaviye dirençli duruma gelebilir. Postpartum psikoz sıklıkla depresyon, hezeyanlar ve annede kendisine ya da bebeğine zarar verme düşünceleri ile belirgin bir sendromdur (Atıcı ve ark., 2001). Özellikle postpartum depresyon doğum sonrası en sık karşılaşılan önemli bir psikiyatrik bozukluktur. Hamilelik dönemi boyunca yüksek düzeylerde seyreden östrojen ve progesteron seviyelerinde doğum sonrası gözlenen ani düşüşün, postpartum depresyon etyolojisinde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir (Gülseren, 1999; Kermit et al 2002; Nusbaum, 2003).

Psikolojik durumun cinsel işlevlere etkisi olduğu gibi, cinsel işlevlerin de bireyin psikolojik durumuna etkisi vardır. Eşler arasındaki bu özel yaşantıda meydana gelen problemler bireylerin psikolojisini olumsuz etkileyebilmektedir. Kadınların cinsel ilişkiye yeniden başlama zamanı konusunda verdikleri kararlarda, yaşantıları ve kendileri hakkındaki duyguları önemli rol oynar. Bu durum, kadının anne olarak yeni bir rol almış olmasının ve eşiyle olan ilişkilerinin bir yansıması olabilir. Postpartum depresyonda olan kadınların doğum sonrasında cinsel ilişkiye yeniden başlama ya da bunu deneme oranının diğerlerinden az olduğu görülmüştür. Doğumdan sonra 6 ay içinde cinsel ilişkiye başlamama nedenleri sorulduğunda, depresif olan kadınların en sık belirttikleri nedenler; libido kaybı, cinsel ilişkiye ilginin azalması, yorgunluk, fiziksel problemler ve kendini çekici görmemesidir. Cinsel arzu kaybının postpartum depresyona eşlik ettiği, depresyonun ayrıca cinsel ilişki sıklığında azalma ile de ilişkili olduğu belirtilmiştir (Atıcı ve ark., 2001; Kermit et al 2002; Acar, 2008).

3.GEREC VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın değişkenleri

3.1.1. Bağımsız Değişkenler: Doğum şekli, kadınların ve eşlerinin eğitim durumları, gelir durumu, aile tipi, çalışma durumu, evlilik yılı, gebelik öncesi cinsel ilişki sıklığı, son 4 haftada gebeliği önleyici yöntem kullanma durumu, bebeği emzirme durumu, doğum sonu dönemde cinsel ilişki yaşama ile ilgili bilgi alma durumu.

3.1.2. Bağımlı Değişkenler: Kadınların cinsel fonksiyonları ve cinsel fonksiyon alt ölçek puanları.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin Pediatri Polikliniklerinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi Mart 2012- Aralık 2013 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Pediatri Polikliniklerine başvuran, örnekleme dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden doğum sonu dönemdeki 3–6 ay arasındaki 205 kadın oluşturmuştur. Örneklem seçiminde için basit rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

1. Son bir aydır eşiyle birlikte yaşıyor olma
2. Baş prezantasyonu (Vajinal doğum için)
3. Primipar olması

4. Doğum sonrası 3-6. ayda olması
5. Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmesi

Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Çoğul gebelik
- Kronik hastalık varlığı
- Psikiyatrik bozukluk varlığı

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Araştırmaya alınacak annelere araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı izin alınmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden anneler çalışmaya dâhil edilmiştir. Veriler annelerle, yüz yüze görüşme yoluyla elde edilmiştir. Soru formlarını doldurmadan önce araştırmacı kendini tanıtmıştır. Araştırmanın amacı ve süresi konusunda bilgi verilmiş, isimlerin gizli tutulacağı bilgilerin yalnızca araştırma amacıyla kullanılacağı belirtilmiş ve yazılı onam alınmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmada Kullanılacak Veri Toplama Araçları

Araştırmada aşağıdaki veri toplama formları kullanılmıştır.

1. Tanıtıcı özellikler anket formu
2. FSFI (Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi) Anket Formu

3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Anket Formu

Kendisinin ve eşinin sosyo-demografik özelliklerine, obstetrik verilere, emzirme durumuna ve cinsel ilişki yaşama durumlarına ilişkin bilgi toplamak amacı ile araştırmacı tarafından düzenlenen bilgi formu tanıtıcı değişkenlere yönelik 6'sı açık uçlu 13'ü kapalı uçlu toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Sorular araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak hazırlanmıştır (Acar 2009; Baksu 2007).

3.6.2. FSFI (Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi) Anket Formu

FSFI Rosen ve arkadaşları tarafından ABD'de 2000 yılında kadın cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi amacıyla, 19 maddelik çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Bu ölçek son 4 haftadaki cinsel sorunları veya işlevi değerlendirmektedir. Test tekrar test güvenilirlik ölçümü $r = 0.75$ ile 0.95 aralığında ve iç tutarlılığı yüksek değerlerde

bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik analizi Öksüz ve Malhan (2005) tarafından yapılmış, cronbach alfa değeri 0.95 olarak saptanmıştır. Yapı geçerliliğinde ise hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, kayganlaşma (yağlanma, ıslanma), orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı 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,1-5); lubrikasyon (kayganlaşma) sıklığı, zorluğu, cinsel ilişkide koruyabilme zorluğu ve sıklığı 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 yaşamında doyum seviyesi 14-16. sorularda (puan aralığı, 0-1 ile 5); ağrı veya rahatsızlık vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı, vajinaya girişi takiben, girişte ve takiben ağrı seviyesi 17-19. sorularda (puan aralığı,0-5) ele alınıp değerlendirilmektedir. Buna göre ölçekten alınabilecek en yüksek ham puan 95.0 en düşük puan ise 4.0 tür. Basit matematiksel algoritm hesaplaması alt boyutların ve bileşik tüm ölçeğin puanlamasını belirlemek için düzenlenmiş ve faktör yükleri; istek için 0.6; uyarılma ve kayganlaşma için 0.3; orgazm, doyum ve ağrı için 0.4 olarak belirlenmiştir. Alt boyut ortalamaları faktör yükleri ile çarpıldıktan sonra ölçekten alınabilecek en düşük puan iki (2) ve en yüksek puan otuz altıdır (36). Yüksek puan daha iyi fonksiyon anlamına gelmektedir. Rosen ve arkadaşlarının (2000) ve Türkiye'de Taş ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada fonksiyonel durum; FSFI skoru >30 ise iyi, 23-29 arası ise orta, <23 ise kötü olarak sınıflandırılmıştır. Cronbach alfa katsayısı 0,79 olan bu çalışmada da 23 ve altında puan alan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu varlığı kabul edilmiştir.

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Alt Ölçek Puanlaması

	Madde numarası	Skor Aralığı	Faktör Yüğü	Minimum Skor	Maksimum Skor
İstek	1,2	1-5	0.6,	2	10
Uyarılma	3,4,5,6	0-5	0.3	0	20
Lubrikasyon	7,8,9,10	0-5	0.3	0	20
Orgazm	11,12,13	0-5	0.4	0	15
Doyum	14,15,16	0 veya 1-5	0.4	2	15
Ağrı	17,18,19	0-5	0.4	0	15

Madde 14 için Skor aralığı; 0–5, 15 ve 16. Sorular için; 1-5'tir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada uygulama yapılacak olan Dokuz Eylöl Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Pediatri Poliklinikleri ve örnekleme sayısı belirlendikten sonra Dokuz Eylöl Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği 08.03.2012 ve 931 sayılı izin alınmış ve verilerin toplanması aşamasına geçilmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylöl Üniversitesi girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan izin alınmıştır. Araştırmada kullanılan FSFI ölçeğinin kullanmak için Doç. Dr. Ergun Öksöz'den yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan bireylerden yazılı onam alınmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS 15.00 programı kullanılarak araştırmacı tarafından yapılmıştır. Araştırmanın verilerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı (sayı, yüzdeler, ortalama) t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır. Bu test sonucunda gruplar arasında fark bulunduğunda farklılığın hangi ikili gruplardan kaynaklandığını ortaya çıkarmak için de Tukey HSD testi ve Scheffe testi uygulanmıştır.

3.9. Sınırlılıklar

Araştırmanın planlanması aşamasında sezaryen, epizyotomi ile vajinal doğum ve müdahalesiz doğum yapan kadınların alınması planlanmıştır. Ancak müdahalesiz doğum yapan yalnızca 3 kadına ulaşıldığından örnekleme dışı bırakılıp, sezaryen ve epizyotomi ile vajinal doğumun cinsel fonksiyonlar üzerine etkisi incelenmiştir.

4.BULGULAR

Araştırmanın bulguları iki bölümde incelenmiştir. Birinci bölümde; “Doğum Sonu Dönemdeki Kadınlar ve Eşlerini Tanıtıcı Bulgular”, ikinci bölümde ise “Kadın Cinsel Fonksiyonları ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular” yer almaktadır.

4.1. Doğum Sonu Dönemdeki Kadınlar ve Eşlerini Tanıtıcı Bulgular

Tablo 1. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların ve Eşlerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Özellikler		
Yaş *	$\bar{x} \pm SS$ 26.80±3.74	
Eğitim durumu	n	%
İlköğretim	49	23.9
Lise	61	29.8
Üniversite	95	46.3
Çalışma durumu	n	%
Çalışıyor	115	56,1
Çalışmıyor	90	43.9
Eşin yaşı*	$\bar{x} \pm SS$ 30.16±3.79	
Eşin eğitim durumu	n	%
İlköğretim	40	19.5
Lise	72	35.1
Üniversite	93	45.4
Gelir durumu	n	%
Gelir giderden az	61	29.8
Gelir gidere eşit	96	46.8
Gelir giderden fazla	48	23.4
Aile tipi	n	%
Çekirdek aile	195	95.1
Geniş aile	10	4.9
Evlilik süresi	n	%
1-5 yıl	134	65.3
6 ve üzeri	71	34.7
Toplam	n 205	% 100

*Ortalama ve SS

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 26.80 ± 3.74 , eşlerin yaş ortalaması 30.16 ± 3.79 olarak saptanmıştır. En küçük ve en büyük kadın yaşı sırayla 19 ve 37 iken erkeklerde en küçük ve en büyük yaş 20 ve 48 olarak bulunmuştur.

Eğitim durumları incelendiğinde kadınların %46.3' ünün üniversite, %29.8' inin lise, %23.9' unun ise ilköğretim eğitime sahip olduğu; eşlerinin ise %45.4' ünün üniversite, %35.1' inin lise, %19.5' inin ilköğretim eğitime sahip olduğu saptanmıştır.

Kadınların 56.1'i herhangi bir işte çalışmadığını belirtmiştir. Çalışan kadınların %25.5' inin memur olduğu saptanmıştır.

Gelir durumları incelendiğinde %29.8' i gelirlerinin giderlerinden az, %46.8' i gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirtirken, yalnızca %23.4' ü gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu belirtmiştir. Kadınların %95.1' i çekirdek aileye sahiptir. Katılımcıların %65.3' ünün evlilik süresi 1-5 yıl iken %34.7'sinin ise 6 ve daha fazladır.

Tablo 2. Kadınların gebelik öncesi cinsel ilişkiye girme sıklığı, gebeliği önleyici yöntem kullanma durumu ve doğum sonrası cinsel ilişki hakkında bilgi alma durumları

Gebelikten Önce Cinsel İlişkiye Girme Sıklığı	n	%
Ayda 10'dan Fazla	47	22.9
Ayda 7-10	75	36.6
Ayda 5-6	54	26.3
Ayda 4 ve daha az	29	14.2
Son 4 Haftada Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumu	n	%
Kullanmıyor	104	50.7
Rahim İçi Araç (RİA)	22	10.7
Kondom	42	20.5
Kombine Oral Kontraseptif	20	9.8
Geri Çekme	17	8.3
Doğum sonrası dönemde cinsel ilişki hakkında bilgi edinme durumu	n	%
Bilgi Alan	71	34.6
Bilgi Almayan	134	65.4
Bilgi Edindiği Kaynak* (n=71)	n	%
Doktor	16	22.5
Ebe/hemşire	60	84.5
Dergi, gazete, kitap	7	9.8
Televizyon	3	4.2
İnternet	26	36.6
Arkadaş	8	11.2

*Soruya birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdelere cevap veren kişi sayısı üzerinden alınmıştır.

Tablo 2’ de kadınlarda gebelikten önce cinsel ilişkiye girme sıklığı gösterilmiştir. Kadınların %22.9’unun ayda 10’dan fazla, %36.6’sı ayda 7-10 kez, %26.3’ünün ayda 5-6 kez %14.2’sinin ayda 4 ve daha az sayıda cinsel ilişkiye girdiği saptanmıştır.

Kadınların son dört haftada kullandıkları gebeliği önleyici yöntemler incelendiğinde; %10.7’sinin RİA, %9.8’ inin kombine oral kontraseptif, %8.3’ ünün geri çekme yöntemi %20.5’inin kondom kullandığı, %50.7’sinin ise hiçbir yöntem kullanmadığı saptanmıştır.

Doğum sonrası cinsel ilişki yaşama hakkında bilgi alma durumları incelendiğinde; kadınların %34.6’sının bilgi aldığı, %65.4’ünün ise herhangi bir kaynaktan bilgi almadığı belirlenmiştir. Bilgi kaynakları incelendiğinde %84.5’inin ebe ve hemşirelerden %36.6’sının internette %22.5’inin ise doktorlardan bilgi aldığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Kadınların Bebeklerini Besleme Durumları ve Doğum Şekilleri

Özellikler	n	%
Bebeğini Besleme Durumu		
Sadece Anne Sütü	93	45.4
Anne sütü ve ek gıda	71	34.6
Yapay beslenme	41	20.0
Doğum Şekli		
Sezaryen Doğum	109	53.2
Epizyotomi ile vajinal doğum	96	46.8
Toplam	205	100

Kadınların bebeklerini besleme şekli ve doğum şekilleri Tablo 3’te görülmektedir. Çalışmaya katılan kadınların % 45.4’ü bebeklerini sadece anne sütü ile beslemektedir. Yapay beslenme oranı ise % 20 dir. Doğum şekli incelendiğinde kadınların % 53.2’sinin sezaryen doğum yaptığı, % 46.8’inin ise epizyotomi ile vajinal doğum yaptığı saptanmıştır.

4.2. Kadın Cinsel Fonksiyonları ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Tablo 4. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Eğitim Durumlarına Göre FSFI Toplam ve Alt Başlık Puan Dağılımları

FSFI Alt Başlıkları	Kadınların Eğitim Düzeyi			İstatistiksel analiz
	İlköğretim	Lise	Üniversite	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
İlgi sıklığı (cinsel istek)	5.612±1.25	5.704±1.53	6.326±1.35	F: 5.870 p: 0.003
Uyarılma	12.673±2.99	13.196±2.85	13.663±3.39	F: 1.636 p: 0.197
Lubrikasyon	15.367±3.06	14.852±3.59	15.400±3.36	F: 0.545 p: 0.580
Orgazm	10.795±3.06	10.868±3.03	11.368±2.38	F: 0.957 p: 0.386
Cinsel doyum	11.857±3.25	12.377±2.70	12.736±2.45	F: 1,674 p: 0.190
Ağrı	10.775±3.08	11.573±2.55	11.284±2.74	F: 1.136 p: 0.323
Toplam FSFI puanı	25.30±4.17	25.93±4.87	26.68±4.21	F:1.66 p: 0.192

Tablo 4 te doğum sonrası dönemdeki kadınların eğitim durumlarına göre FSFI toplam ve alt başlık puanlarının dağılımı yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi kadınların eğitim düzeylerine göre, FSFI puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak eğitim düzeylerine göre cinsel istek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir Üniversite mezunu olan kadınların, lise ve ilköğretim mezunlarına göre cinsel istek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.01$) (Tukey HSD).

Eğitim düzeylerine göre orgazm, uyarılma, cinsel doyum ve ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5. Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre FSFI Toplam ve Alt Başlık Puan Dağılımları

FSFI Alt Başlıkları	Kadınların Eşlerinin Eğitim Düzeyi			İstatistiksel Analiz	Eğitim durumlarına göre fark
	İlköğretim (a)	Lise (b)	Üniversite (c)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
İlgi sıklığı (cinsel istek)	5.200±1.47	5.736±1.47	6.483±1.14	F: 14.664 p: 0.000	c>a=b
Uyarılma	12.050±3.20	12.875±2.50	14.139±3.37	F: 7.534 p: 0.001	c>a=b
Lubrikasyon	15.375±2.95	14.333±3.57	15.860±3.22	F: 4.379 p: 0.014	c>b a=b
Orgazm	10.725±3.36	10.638±2.84	11.580±2.31	F: 2.831 p: 0.061	a=b=c
Cinsel doyum	12.075±3.26	11.666±3.08	13.150±1.96	F: 6.641 p: 0.002	c>b a=b
Ağrı	10.750±3.10	11.055±2.70	11.612±2.67	F: 1.626 p: 0.199	a=b=c
Toplam FSFI puanları	24.89±4.27	25.04±4.84	27.49±3.76	F: 8.717 p: 0.000	c>a=b

Tablo 5’te kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre FSFI toplam ve alt başlık puanlarının dağılımı yer almaktadır. Çalışmada eşlerin eğitim düzeylerine göre aldıkları FSFI puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek puanı (27.49) üniversite mezunu olan grup alırken, en düşük puanı (24.89) ilköğretim mezunu olan grup almıştır. Gruplar arası fark

üniversite mezunlarından kaynaklanmaktadır (Tukey HSD testi). Üniversite mezunlarında FSFI puan ortalamaları lise ($p:0.04$) ve ilköğretim mezunlarına ($p:0.01$) göre daha yüksektir.

Tabloda görüldüğü gibi eğitim durumlarına göre cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon ve cinsel doyum puanlarına bakıldığında puan dağılımının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Üniversite mezunu olanların cinsel istek ve uyarılma puanlarının diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tukey HSD). Lubrikasyon ($p:0.014$) ve cinsel doyum ($p:0.002$) puanlarındaki farkın ise lise ve üniversite mezunu olanlardan kaynaklandığı görülmektedir. Cinsel ilişkide ağrı ve orgazm puanlarının ise eğitim durumuna göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 6. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Çalışma durumlarına Göre FSFI Toplam ve Alt Başlık Puan Dağılımları

FSFI Alt Başlıkları	Çalışma Durumu		İstatistiksel analiz	
	Çalışıyor $\bar{x} \pm SS$	Çalışmıyor $\bar{x} \pm SS$	t	p
İlgi sıklığı (cinsel istek)	3.85±0.74	3.43±0.80	t: 3.73 p: 0.000	
Uyarılma	4.14±0.85	3.83±0.91	t: 2.38 p: 0.018	
Lubrikasyon	4.53±1.04	4.54±0.99	t: -0.04 p: 0.962	
Orgazm	4.70±0.86	4.23±1.19	t: 3.10 p: 0.002	
Cinsel doyum	5.15±0.97	4.81±1.21	t: 2.08 p: 0.039	
Ağrı	4.50±1.13	4.49±1.09	t: 0.02 p: 0.982	
FSFI Toplam Puanı	26.98±3.84	25.39±4.72	t: 2.50 p: 0.013	

Katılımcıların çalışma durumları ile FSFI puan ortalamaları karşılaştırılmış ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışan kadınlar 26.98 FSFI puan ortalamasına sahipken, çalışmayan kadınların puan ortalaması 25.36'dır. FSFI alt başlık puanlarına bakıldığında ise cinsel istek ve orgazm puanlarının çalışan kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Uyarılma ve cinsel doyum puanları da çalışan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak lubrikasyon ve ağrı puanları çalışma durumuna göre farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 7. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların ve Eşlerinin Gelir Durumlarına Göre FSFI Toplam ve Alt Başlık Puan Dağılımları

FSFI Alt Başlıkları	Gelir Durumu			İstatistiksel analiz
	Gelir Giderden Az	Gelir Gidere Eşit	Gelir Giderden Fazla	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
İlgi sıklığı (cinsel istek)	5.639±1.21	6.052±1.51	6.229±1.43	F: 2.653 p: 0.073
Uyarılma	13.442±2.29	12.979±3.05	13.708±4.14	F: 0.958 p: 0.385
Lubrikasyon	15.049±3.13	14.645±3.64	16.625±2.60	F: 5.954 p: 0.03
Orgazm	10.541±2.39	11.197±2.90	11.541±2.82	F: 1.941 p:0.146
Cinsel doyum	12.163±2.76	12.302±3.03	12.979±2.00	F: 1.349 p:0.262
Ağrı	10.475±2.79	11.166±2.71	12.395±2.54	F: 6.862 p: 0.001
Toplam FSFI puanları	25.36±3.59	25.87±4.96	27.60±3.94	F: 3.871 p: 0.022

Katılımcıların gelir durumları ile FSFI puan ortalamaları ANOVA ile karşılaştırılmış ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Geliri giderden fazla olan grup en yüksek FSFI puan ortalamasına sahipken (27.60), geliri giderden az olan grup en düşük puan ortalamasına sahiptir (25.36). Gruplar incelendiğinde; geliri giderden az olan grup

ile geliri giderden fazla olan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0.022$) (Tukey HSD testi). FSFI alt başlık puanları karşılaştırıldığında ise cinsel istek, uyarılma, cinsel doyum ve orgazm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak gelir düzeyi yüksek olan grubun lubrikasyon ve ağrı puanları gelirin giderden az olduğu gruba göre yüksek bulunmuştur (Tukey HSD) ($p<0.05$)

Tablo 8. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Cinsel İlişki Yaşama Hakkında Bilgi Alma Durumlarına Göre FSFI Toplam ve Alt Başlık Puan Dağılımları

FSFI Alt Başlıkları	Bilgi Alma Durumu		İstatistiksel analiz	
	Bilgi Alan $\bar{x} \pm SS$	Bilgi almayan $\bar{x} \pm SS$	t	p
İlgi sıklığı (cinsel istek)	3.72±0.866	3.54±0.780	t: 1.534 p: 0.126	
Uyarılma	3.97±0.855	3.97±0.960	t: -0.100 p: 0.922	
Lubrikasyon	4.41±0.989	4.64±1.020	t: -1.596 p: 0.112	
Orgazm	4.40±1.079	4.46±1.100	t: -0.381 p: 0.703	
Cinsel doyum	5.07±1.018	4.91±1.168	t: 0.954 p: 0.341	
Ağrı	4.34±1.194	4.59±1.047	t: -1.578 p: 0.116	
FSFI Toplam Puanı	26.05±4.590	26.16±4.357	t: -1.670 p: 0.868	

Kadınların doğum sonrası dönemde cinsel ilişki yaşama hakkında bilgi alma durumlarına göre FSFI toplam ve alt başlık puanları Tablo 8 de görülmektedir. Bilgi alan kadınların FSFI puan ortalaması 26.05 iken bilgi almayan kadınların puan ortalaması 26.16 saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadınların bilgi alma durumlarının, FSFI alt başlık puanlarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 9. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların ve Eşlerinin Evlilik Yıllarına Göre FSFI Toplam ve Alt Başlık Puan Dağılımları

FSFI Alt Başlıkları	Evlilik yılı		İstatistiksel analiz	
	1-5 yıl $\bar{x} \pm SS$	6 ve üzeri $\bar{x} \pm SS$	t	p
İlgi sıklığı (cinsel istek)	3.63±0.81	3.40±0.81	t: 1.238 p: 0.217	
Uyarılma	3.98±0.94	3.84±0.75	t: 0.708 p: 0.480	
Lubrikasyon	4.60±0.96	4.24±1.32	t: 1.598 p: 0.112	
Orgazm	4.48±1.09	4.04±1.02	t: 1.826 p: 0.069	
Cinsel doyum	5.00±1.08	4.72±1.35	t: 1.087 p: 0.278	
Ağrı	4.47±1.11	4.79±1.01	t: -1.264 p: 0.208	
FSFI Toplam Puanı	26.27±4.44	24.91±4.14	t: 1.358 p: 0.176	

Kadınların evlilik yılına göre FSFI toplam ve alt başlık puanları Tablo 9 da görülmektedir. 1-5 yıldır evli olan kadınların FSFI puan ortalaması 26.27 iken evlilik yılı 6 ve üzeri olan kadınların puan ortalaması 24.91 saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadınların evlilik yıllarının FSFI alt başlık puanlarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 10. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Gebelik Öncesi Cinsel İlişki Yaşama Sıklığına Göre FSFI Toplam ve Alt başlık Puan Dağılımlar

FSFI Alt Başlıkları	Gebelik Öncesi Cinsel İlişki Sıklığı				İstatistiksel analiz	Cinsel ilişki sıklığının a göre fark
	Ayda 10' dan fazla (a)	Ayda 7 – 10 (b)	Ayda 5 – 6 (c)	Ayda 4 ve altı (d)		
İlgi sıklığı (cinsel istek)	4.04±1.01	3.62±0.74	3.51±0.54	3.02±0.63	F: 11.31 p: 0.000	a>b=c >d
Uyarılma	4.32±0.92	4.08±0.76	4.00±0.88	3.05±0.81	F: 14.55 p: 0.000	a,b,c>d
Lubrikasyon	4.80±1.01	4.67±0.98	4.74±0.82	3.56±0.83	F: 12.99 p: 0.000	a,b,c>d
Orgazm	4.58±1.13	4.68±0.93	4.52±0.97	3.40±1.04	F: 12.19 p: 0.000	a,b,c>d
Cinsel doyum	4.96±1.32	5.10±0.95	5.17±0.90	4.24±1.25	F: 5.35 p: 0.001	a,b,c>d
Ağrı	4.51±1.23	4.42±1.04	4.49±1.19	4.75±0.82	F: 0.608 p: 0.610	a=b=c =d
Toplam FSFI puanı	27.43±5.71	26.67±3.65	26.44±3.27	21.99±3.45	F: 11.92 p: 0.000	a,b,c>d

Tablo 10 da Kadınların gebelik öncesi cinsel ilişki yaşama sıklığına göre FSFI toplam ve alt başlık puanlarının dağılımı yer almaktadır. Katılımcıların gebelik öncesi cinsel ilişki yaşama sıklığı ile FSFI puan ortalamaları ANOVA ile karşılaştırılmış ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Ayda 10 ve üzeri cinsel ilişki yaşayan grup en yüksek puan ortalamasına sahipken (27.43) ayda 4 ve daha az cinsel ilişkiye giren grup en düşük puan ortalamasına sahiptir (21.99). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için Tukey HSD analiz yöntemi kullanılmıştır. FSFI toplam puanındaki fark gebelik öncesi ayda 4 ve daha az cinsel ilişki yaşayan gruptan kaynaklanmaktadır. Bu grubun FSFI toplam puanı diğer gruplara göre daha düşüktür ($p<0.01$).

FSFI alt başlıkları incelendiğinde, ayda 4 ve daha az cinsel ilişki yaşayanların uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve cinsel doyum puanlarının diğer gruplara göre düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). FSFI alt başlıklarından cinsel istek puanları incelendiğinde gebelik öncesi cinsel ilişki sıklığı arttıkça, doğum sonrası dönemdeki cinsel istek puanında yükseldiği saptanmıştır ($p<0.01$). Gebelik öncesi yaşanan cinsel ilişki sıklığının cinsel ilişkide ağrı yaşama durumunu etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 11. Doğum Şekillerine Göre FSFI Toplam ve Alt Başlık Puan Dağılımları

FSFI Alt Başlıkları	Doğum şekli		İstatistiksel analiz	
	Vajinal Doğum $\bar{x} \pm SS$	C/S $\bar{x} \pm SS$	t	p
İlgi sıklığı (cinsel istek)	5.81±1.39	6.11±1.43	t: -1.501 p: 0.135	
Uyarılma	13.06±3.35	13.4±2.97	t: -0.959 p: 0.339	
Lubrikasyon	15.19±3.29	15.25±3.42	t: -0.125 p: 0.901	
Orgazm	10.78±2.81	11.34±2.69	t: -1.473 p: 0.142	
Cinsel doyum	12.33±2.73	12.49±2.77	t: -0.420 p: 0.675	
Ağrı	10.96±2.75	11.49±2.79	t: -1.356 p: 0.176	
FSFI Toplam Puanı	25.70±4.58	26.50±4.27	t: -1.286 p:0.200	

Doğum sonrası dönemdeki kadınların doğum şekillerine göre FSFI toplam ve alt başlık puanları Tablo 11’de görülmektedir. Sezaryen doğum yapan kadınların FSFI puan ortalaması 26.50 iken, vajinal doğum yapan kadınların puan ortalaması 25.70 saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Doğum şekillerine göre FSFI alt başlık puanları arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 12. Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Bebeklerini Besleme Şekillerine Göre FSFI Toplam ve Alt Başlık Puan Dağılımları

FSFI Alt Başlıkları	Bebği Besleme Şekli			İstatistiksel analiz
	Sadece anne sütü (SAS)	Anne sütü ve ek gıda (ASEG)	Yapay beslenme (YB)	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
İlgi sıklığı (cinsel istek)	5.709±1.57	5.985±1.21	6.536±1.24	F: 5.015 p: 0.007
Uyarılma	12.645±3.28	13.831±3.13	13.804±2.64	F: 3.620 p: 0.029
Lubrikasyon	14.860±3.27	15.295±3.65	15.951±2.93	F: 1.530 p: 0.219
Orgazm	10.322±2.76	10.943±2.73	13.048±1.70	F: 16.099 p: 0.000
Cinsel doyum	11.688±3.16	12.816±2.21	13.390±2.13	F: 6.964 p: 0.001
Ağrı	10.473±2.70	12.295±2.36	11.195±3.07	F: 9.376 p: 0.000
Toplam FSFI puanı	24.77±4.94	26.83±3.67	27.97±3.37	F: 9.539 p: 0.000

Kadınların bebeklerini besleme şekillerine göre FSFI toplam ve alt grup puanlarının dağılımı Tablo 12 de görülmektedir. Beslenme şekline göre FSFI puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın (Anova) istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; Bebeklerini SAS ile besleyen kadınların FSFI puanları, ASEG ($p: 0.007$) ve YB ($p: 0.000$) kadınlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. ASEG ve YB kadınların FSFI puanları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p: 0.358$) (Tukey HSD testi). Alt başlık puan dağılımları incelendiğinde İstatistiksel açıdan bebeklerini SAS ile besleyen kadınların cinsel istek, orgazm ve cinsel doyum puanları, YB grubuna göre düşük saptanmıştır ($p<0.01$). Uyarılma ($p:0.029$) orgazm ve cinsel doyum puanlarının bebeklerini SAS ile besleyen kadınlarda ASEG ile besleyen kadınlara göre düşük olduğuna ulaşılmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$).

Tablo 13. Kadınların Son Dört Hafta İçinde Kullandıkları Gebeliği Önleyici Yönteme Göre FSFI Toplam ve Alt Başlık Puan dağılımları

FSFI Alt Başlıkları	Son 4 hafta içinde kullanılan gebeliği önleyici yöntem					İstatistiksel analiz	Yöntemlere göre fark
	Kullanmıyor (a)	RIA (b)	Kombine Oral Kontraseptif (c)	Prezervatif (d)	Geri Çekme (e)		
İlgi sıklığı (cinsel istek)	5.817±1.47	5.863±1.39	6.400±1.39	6.500±1.06	5.235±1.48	F: 3.556 p: 0.008	d>e a=b=c=e
Uyarılma	12.846±3.34	12.500±3.81	15.200±2.52	14.047±2.54	12.882±1.86	F: 3.533 p: 0.008	c>a a=b=d=e
Lubrikasyon	15.153±3.28	15.272±4.38	14.900±3.86	16.309±2.31	13.352±3.27	F: 2.549 p: 0.041	d>e a=b=c=e
Orgazm	10.826±2.85	10.727±3.76	12.100±2.02	12.333±1.72	8.823±1.42	F: 6.665 p: 0.000	d>a=e c>e
Cinsel doyum	12.230±2.95	11.545±3.30	12.950±1.60	13.904±1.16	10.411±2.76	F: 6.904 p: 0.000	d>a=b=e c=d
Ağrı	11.490±2.55	10.045±3.44	10.350±2.25	11.857±2.86	10.882±3.07	F: 2.390 p: 0.052	a=b=c=d=e
Toplam FSFI puanı	25.77±4.55	24.85±6.13	28.29±2.26	27.09±4.18	23.47±3.02	F: 5.324 p: 0.000	d>a=b=e d=c

a: Yöntem kullanmayanlar b: RIA c: Kombine Oral Kontraseptif d:Prezervatif e: Geri çekme

Tablo 13 de Kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanma durumlarına göre FSFI toplam ve alt başlık puanlarının dağılımı yer almaktadır. Katılımcıların aile planlama yöntemi kullanma durumları ile FSFI puan ortalamaları ANOVA ile karşılaştırılmış ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

Kombine oral kontraseptif kullanan grup en yüksek **FSFI toplam** puan ortalamasına sahipken (28.29) geri çekme yöntemi kullanan grup en düşük puan ortalamasına sahiptir (23.47). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Scheffe analiz yöntemi ile bakılmıştır. Gebeliği önleyici yöntem kullanmayan grup ile prezervatif kullanan grup ($p:0.035$); RİA yöntemi kullanan grup ile prezervatif kullanan grup ($p:0.054$) ve geri çekme yöntemi kullanan grup ile prezervatif kullanan grup ($p:0.005$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Scheffe). Diğer gruplar arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Kadınların kullandıkları gebeliği önleyici yöntemlere göre, Cinsel istek, uyarılma, orgazm cinsel doyum ($p<0.01$) ve lubrikasyon ($p<0.05$) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Bu farkların hangi gebeliği önleyici yöntemden kaynaklandığını araştırmak için ikili karşılaştırmalar yapılmıştır (Scheffe).

Kadınların kullandıkları yöntemlere göre **cinsel istek** puanları incelendiğinde; prezervatif kullananların, geri çekme yöntemi kullananlara göre cinsel istek puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer yöntemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Kullanılan yöntemlere göre **uyarılma** puanları arasındaki fark incelendiğinde, Kombine Oral Kontraseptif kullananların uyarılma puanlarının yöntem kullanmayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p: 0.048$). Diğer yöntemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Kadınların **lubrikasyon** puanlarındaki farkın ise prezervatif kullananların lubrikasyon puanlarının, geri çekme yöntemi kullananlara göre yüksek olmasından kaynaklandığına ulaşılmıştır. Kullanılan diğer yöntemler arasında fark yoktur.

Orgazm alt başlık puanındaki farkın ise prezervatif kullananların yöntem kullanmayanlara ve geri çekme yöntemi kullananlara göre yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Ayrıca kombine oral kontraseptif kullanan kadınların orgazm puanları da geri çekme yöntemi kullananlara göre anlamlı derecede yüksektir ($p: 0.007$).

Kadınların kullandıkları yöntemlere göre **cinsel doyum** puanları incelendiğinde; prezervatif kullananların, yöntem kullanmayanlara, geri çekme yöntemi ve ria kullananlara göre doyum puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.01$). Kombine oral Kontraseptif kullananların ile diğer yöntemleri kullananların doyum puanları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kadınların kullandıkları gebeliği önleyici yöntemlere göre, **ağrı** puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Doğum sonu dönemdeki kadınların cinsel fonksiyonlarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada kadınların FSFI ve alt başlık puanları kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyleri, çalışma durumları, gelir durumları, bilgi alma durumları, evlilik yılları, gebelik öncesi cinsel ilişki sıklığı, doğum şekilleri, bebeklerini besleme şekilleri ve kullandıkları gebeliği önleyici yöntemlere göre tartışılmıştır.

Kadının ve Eşinin Eğitim Durumu:

Bu çalışmada kadınların eğitim durumlarına göre FSFI puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). FSFI alt başlıklarından cinsel istek puanının üniversite mezunu olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$) (Tablo 4). İncelenebilen literatür doğrultusunda bu konuda farklı sonuçların olduğu görülmüştür. Bazı çalışmalarda eğitim düzeyinin cinsel fonksiyon puanlarını etkilemediği gösterilmiştir (Güvel ve ark 2003; Hosseini at al. 2012). Hosseini ve arkadaşları'nın 2012 yılında postpartum dönemdeki kadınlarla yaptıkları çalışmada eğitim düzeyinin cinsel fonksiyon puanlarını etkilemediği gösterilmiştir. Acar (2009) ise doğum sonrası 4.ayda olan 100 kadın ile yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça, cinsel işlev bozukluğu görülme oranının azaldığını saptamıştır. Ege ve arkadaşlarının (2010) sağlıklı kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan kadınların cinsel ilişkide daha fazla sorun yaşadığını saptamıştır. Sonuçlar kadının eğitim düzeyi yükseldikçe cinsel fonksiyon puanlarının da yüksek oluşunu göstermektedir.

Çalışma sonuçlarındaki farklılık, örneklem sayısı azlığı ve örneklem özellikleri, farklı puanlama sistemlerinin kullanılması, veri toplama yöntemlerindeki farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Bu çalışma sonucunda elde edilen eğitilmiş kadınların cinsel istek puanlarının daha yüksek olması, kadınların kültürel olarak baskılanmış olan cinsel isteklerini daha iyi ifade edebildiklerini düşündürmüştür.

Kadınların eşlerinin eğitim düzeylerine göre FSFI puanları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi yükseldikçe FSFI skorlarının da yükseldiği saptanmıştır ($p < 0.01$). Üniversite mezunu eşlerin cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon ve cinsel doyum puanlarına bakıldığında puan dağılımının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Literatür incelendiğinde bu sonucu destekleyen araştırmalara rastlanmıştır (Karakoyunlu 2007; Acar 2009), Eşinin eğitim düzeyinin artması, cinselliğe bakış açısının değişmesini, kadının ihtiyaçlarını daha fazla önemsemesini sağladığı için bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Eğitim düzeyinin artmasının kadının cinsellik konusundaki bilgi düzeyinin artmasına, eşi ile daha

rahat konuşabilmesine ve cinsel isteklerini açıkça ifade edebilmesine neden olduğu düşünülmüştür. Yapılan bazı çalışmalarda ise eşin eğitim düzeyinin cinsel fonksiyon puanı üzerine etkisinin olmadığı gösterilmiştir (Güvel ve ark 2003; Karakaplan 2007).

Çalışma durumu

Çalışmada, kadınların çalışma durumunun cinsel işlevleri üzerine etkisi incelendiğinde; çalışan kadınların ev hanımı olanlara göre FSFI puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. FSFI alt başlık puanlarına bakıldığında ise cinsel istek, uyarılma, cinsel doyum ve orgazm puanlarının çalışan kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak çalışma durumunun lubrikasyon ve ağrı puanlarını etkilemediği saptanmıştır(Tablo 6). Ancak, Acar'ın 2009 yılında doğum sonrası 4.ayda olan 100 kadın ile yaptığı çalışmada ise kadınların çalışma durumlarının doğum sonu dönemde cinsel fonksiyonlarına etkisinin olmadığı görülmektedir. Ege ve arkadaşları da 2010 yılında yaptığı çalışmada çalışma durumunun cinsel fonksiyon bozukluğu yaşamada risk faktörü oluşturmadığını saptamıştır. Ortaya çıkan bu farkın çalışmamızdaki kadınların eğitim düzeyinin (lise ve üzeri %76.1) karşılaştırılan diğer çalışmalardaki kadınların eğitim düzeylerinden (Ege ve ark. çalışmasında %15,9'u, Acar'ın çalışmasında %48'i lise ve üzeri mezundur) yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Ayrıca çalışan kadınlarda sosyoekonomik ve kültürel düzeyin de yüksek olabilecek olması bu sonucu doğrulmuş olabilir.

Gelir Durumu:

Çalışmada, kadınların gelir durumlarına göre FSFI toplam puanları karşılaştırıldığında; Geliri giderden fazla olan grup en yüksek FSFI puan ortalamasına sahipken geliri giderden az olan grubun en düşük puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. FSFI alt başlıklarına göre, gelir düzeyi yüksek olan grubun lubrikasyon ve ağrı puanları, geliri giderden az olan gruba göre yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Gelir düzeyinin yüksek olması, eşlerin sosyal yaşantılarını olumlu etkileyerek, iletişimlerinin ve ilişkilerinin güçlenmesini, yaşanan evin koşullarını etkileyeceğinden kadınların cinsel fonksiyonları üzerine olumlu etki yapmış olabilir. Ancak yapılan bazı çalışmalarda gelir durumunun cinsel fonksiyon üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır (Ege ve ark., 2010; Elnashar ve ark, 2007).

Bilgi alma durumu

Çalışmada kadınların doğumdan sonra cinsellik ile ilgili bilgi alma durumları değerlendirildiğinde, kadınların % 34.6 sının bilgi aldığı % 65.4 ünün ise herhangi bir kaynaktan bilgi almadığı saptanmıştır. Kadınların bilgi alma durumlarına göre FSFI puan ortalamaları incelendiğinde, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 8). Bu sonuca, kadınların doğum sonu cinsellikle ilgili eğitim içeriği konusundaki beklentileri, verilen bilgi içeriklerinin farklı olması neden olmuş olabilir.

Bilgi alma durumunun doğum sonu cinsel fonksiyonlara etkisini inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Literatürde eşlerin doğum sonrası cinsel yaşamla ilgili gerekli eğitim ve danışmanlık hizmeti alma durumlarını inceleyen çalışmalarda sağlık çalışanları tarafından bu hizmetlerin yeterince verilmediği, çiftlerin de bu konuda soru sormada rahat olmadıkları saptanmıştır (Sydow 1999; Barret 1999; Acar 2009).

Evlilik yılı

Çalışmada 1-5 yıllık evli olan kadınların FSFI puan ortalaması ile evlilik yılı 6 ve üzeri olan kadınların puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır (Tablo 9). Literatürde bu sonuca benzer sonuçları olan çalışmalara rastlanmıştır. Hosseini ve arkadaşları (2012), Acar (2009) postpartum kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmalarda, evlilik süresinin doğum sonu dönemde cinsel fonksiyonlara etkisinin olmadığını göstermiştir. Literatürde evlilik süresinin artmasının cinsel işlevler üzerine olumsuz etkisi olduğu yönünde bulgular da mevcuttur (Sydow 1999; Karakoyunlu 2007). Evlilik süresinin artmasının çiftlerin yaşlarının, doğum sayılarının, çocuk sayılarının ve buna paralel olarak evde yaşayan kişi sayısının artması anlamına gelmesinin bu sonuçta rolü olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızın örneklemini primipar kadınlar oluşturduğu için evlilik yılı ortalaması 3.17' dir. Bu sürecin kısa oluşu, genç yaş grubu kadınları kapsamaması ve ülkemizde geleneksel olarak evliliğin erken dönemlerinde çocuk sahibi olma yaklaşımı bu sonuca yol açmış olabilir.

Gebelik öncesi cinsel ilişki sıklığı

Çalışmada kadınların gebelik öncesi cinsel ilişki yaşama sıklığı ile FSFI puan ortalamaları karşılaştırılmış ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. FSFI toplam puanındaki fark gebelik öncesi ayda 4 ve daha az sayıda cinsel ilişki yaşayan

gruptan kaynaklanmaktadır. Ayda 4 ve daha az sayıda cinsel ilişki yaşayanların cinsel istek, uyarılma lubrikasyon, orgazm ve cinsel doyumlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Gebelik öncesi yaşanan cinsel ilişki sıklığı azaldıkça, doğum sonrası dönemde cinsel istek puanının da buna paralel düştüğü saptanmıştır. Gebelik öncesi yaşanan cinsel ilişki sıklığının cinsel ilişkide ağrı yaşama durumunu etkilemediği saptanmıştır (Tablo 10). Literatürde gebelik öncesi cinsel ilişki sıklığının doğum sonrası cinsel fonksiyonlara etkisini gösteren sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Sydow (1999) çalışmasında gebelik öncesi yaşanan cinsel ilişki sıklığı arttıkça, doğum sonu cinsel istek puanında artış saptamıştır. Acar'da (2009) çalışmasında gebelik öncesi cinsel ilişki sıklığı ile, doğum sonu cinsel ilişki sıklığının paralellik gösterdiğini bulmuştur. Bu durum gebelik öncesi cinsel deneyimleri olumlu olan çiftlerin, doğum sonrasındaki cinsel deneyimlerini de olumlu yaşadıkları şeklinde yorumlanabilir.

Doğum Şekli:

Kadınların doğum şekillerine göre FSFI toplam alt başlık puanları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 11).

Literatürde doğum şeklinin cinsel fonksiyonlar üzerine etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Brummen et al. 2006; Karaçam 2008; Acar 2009) Lurie ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı prospektif çalışmada doğum sonrası 6. 12. ve 24. aylarda kadınların cinsel fonksiyonları değerlendirilmiş ve FSFI toplam puanlarında doğum şekline göre fark olmadığı görülmüştür. Hosseini ve arkadaşlarının(2012) primipar kadınlarla yaptığı çalışmada doğum öncesi, doğum sonrası 6. ay ve 24. aylar sorgulanmış ve doğum şeklinin cinsel fonksiyonlara etkisi olmadığı saptanmıştır. Baksu ve arkadaşlarının(2007) çalışmasında da doğum şeklinin cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkisi anlamsız saptanmıştır.

Yapılan bazı çalışmalarda ise müdahaleli vajinal doğumların (forseps, vakum, epizyotomi) cinsel işlevleri olumsuz etkilediğine dair sonuçlar mevcuttur (Safarinejad et al. 2009; Baksu ve ark. 2007). Safarinejad ve arkadaşlarının doğum sonrası 8. hafta primipar kadınlarla yaptığı çalışmada planlı sezaryen doğum yapanların FSFI puanının vajinal doğum ve acil sezaryen doğum yapanlara göre yüksek olduğu görülmektedir. Epizyotomi ile vajinal doğum yapan kadınların cinsel ilişkide ağrı yaşama oranlarının belirgin düzeyde yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu vurgulanmaktadır. Ryding ve arkadaşlarının (1984) epizyotominin doğumdan 12–18 ay sonra, kadın cinsel işlevleri üzerindeki etkilerini

araştırdığı çalışmada; epizyotomi yapılan kadınlarda yapılmayanlara göre disparoni ve lubrikasyonda azalma görülme oranının daha fazla olduğunu saptanmıştır. Baret ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da epizyotomi yapılan kadınlarda disparoni görülme sıklığının arttığı vurgulanmıştır. Türkiye’de vajinal doğumlarda epizyotomi neredeyse rutin uygulanmaktadır. Buna bağlı olarak bu çalışmada epizyotomisiz doğum yapan kadınların sonuçlarının incelenmemiş olması da bu önemli bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir.

Görüldüğü gibi doğum şeklinin cinsel fonksiyon üzerine etkisini inceleyen birçok çalışma olmasına rağmen, sonuçları birbirinden oldukça farklıdır. Bu farklılık, çalışmalardaki örneklem sayılarının azlığı, veri toplama yöntemlerindeki ve zamanındaki farklılıklar, doğumhanede yapılan indüksiyon uygulaması vb. farklı müdahaleler, epizyotominin farklı tekniklerle ve farklı malzemelerle kapatılması, örneklemde yer alan bireylerin kültürel farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.

Emzirme Durumu:

Bu çalışmada emziren kadınların toplam FSFI puanları, emzirmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur. İstatistiksel açıdan bebeklerini SAS ile besleyen kadınların cinsel istek, orgazm ve cinsel doyum puanları, YB kullanan kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 12).

İncelenebilen literatürün tamamında, emzirmenin, doğum sonrası dönemdeki cinsel işlevin farklı boyutları üzerine etkisinin olduğu gözlenmiştir. Acar (2009) yaptığı çalışmada emziren kadınların, emzirmeyen kadınlara göre, cinsel istek puanının anlamlı düzeyde düşük olduğunu belirtmiştir. Emziren kadınlarda özellikle cinsel isteğin daha düşük olduğu (Lamarre, 2003), disparoni şikâyetlerinin daha fazla görüldüğü, cinsel ilişki sıklığının daha düşük olduğu ve cinsel ilişki tatmininin daha az olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Sydow 1999; Rowland et al. 2005). Ahlborg ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı çalışmada doğum sonrası 6. aydaki annelerin cinsel işlevleri değerlendirilmiş ve emziren annelerin cinsel arzu, cinsel aktivite ve cinsel ilişki tatmini puanlarının emzirmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu saptamıştır. Östrojen ve progesteron düzeyleri doğumda ani olarak düşer ve emziren kadınlarda doğumdan sonra düşük düzeyde kalır. Laktasyon, hormonal piki ve böylece normal menstrual siklusu baskılar. Ovulasyonun tekrar başlaması da bebeğin emmesi ile inhibe edilmiş olur. Doğumdan sonra özellikle östrojen düzeylerinde meydana gelen düşme; cinsel arzuda, genital duyarlılıkta, cinsel yanıtta ve cinsel aktivite

sıklığında azalma; ağırlı cinsel ilişki, orgazma ulaşmada zorluk gibi cinsel problemlere yol açabilir (Taşkın 2005). Emziren kadınlarda görülen östrojen düzeylerindeki düşüklük; genital vazokonjesyondaki/vajinal lubrikasyondaki azalma ve vajinal epiteldeki atrofi ile ilişkilendirilir. Ayrıca bu değişiklikler disparoniye neden olabilir ve cinsel uyarılma dönemini olumsuz yönde etkileyebilir. Literatürden farklı olarak çalışmamızda beslenme şekillerinin lubrikasyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmazken, uyarılma orgazm ve cinsel doyum puanlarının ise bebeklerini SAS ile besleyen kadınlarda ASEG ile besleyen kadınlara göre düşük olduğuna ulaşılmıştır.(Tablo 12). Prolaktin düzeylerinin yükselmesi ovarian fonksiyonların baskılanmasına yol açar, Yüksek prolaktin düzeyi ovarian androjen sekresyonunu da azaltır. Emziren kadınlarda stresli durumlarda ve/veya emzirme ile adrenal androjen sekresyonu da azalabilir. Bu durum cinsel istekte azalma ile sonuçlanır. Çalışmamızdaki sonuçlar bu etkiyi desteklemektedir. Ayrıca özellikle ilk aylarda eşlerin bebeğin bakımına odaklanmaları, emzirme sıklığının fazla olması sebebiyle gece uykularının bölünmesine ve yorgunluğa yol açmasının bu sonuçlarda etkili olduğu düşünülmektedir.

Gebeliği Önleyici Yöntem:

Bu çalışmada kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanma durumlarına göre FSFI toplam ve alt başlık puanlarının dağılımına bakıldığında prezervatif kullanan grubun FSFI toplam puanının RİA, geri çekme ve yöntem kullanmayanlara göre yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 13) Literatürde gebeliği önleyici yöntemlerin kadın cinsel işlevlerine etkisi ile ilgili farklı bulgular mevcuttur. Karakoyunlu (2007) ve Aydos'un (2005) yaptıkları çalışmalarda gebeliği önleyici yöntemlerin kadın cinsel işlevlerini etkilemediğine dair sonuçlar bulunmuştur.

Çalışmamızda eşleri prezervatif kullanan kadınların FSFI alt başlıklarından cinsel istek, lubrikasyon, orgazm ve cinsel doyum puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde prezervatifin cinsel yaşam üzerine olumlu etkilerinin cinsel doyum, ereksiyon süresini ve orgazmı artırıcı etkisi olduğu vurgulanmakla beraber prezervatifin, doğum kontrolüne erkeklerin katılımını sağlaması, hiçbir yan etkisinin olmaması, erken boşalmanın önlenmesi, vajen kuruluğu olanlarda kayganlaştırıcı etkisinden yararlanılması gibi olumlu yönleri olduğu belirtilmektedir. Prezervatif kullanan erkeklerde, ereksiyon daha uzun sürebilir, bu durum kadının orgazma ulaşmasını kolaylaştırmaktadır (Berkiten 2001; Yılmaz 2003) Gabalcı'nın (2008) yaptığı çalışmada ise eşleri prezervatif kullanan kadınların önemli

bir kısmı prezervatifin cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel ilişki sıklığına bir etkisinin olmadığını ifade etmiştir.

Raymond ve arkadaşları yaptığı çalışmada da, çalışmamıza benzer olarak oral kontraseptif kullanan kadınların cinsel memnuniyet ve cinsel uyarım puanlarını anlamlı derecede yüksek bulmuştur (Raymond 2004). Literatürde, oral kontraseptiflerin çiftlerin cinsel yaşamını olumlu etkilediği, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaması ve gebelik korkusunu azaltması nedeniyle cinsel ilişki sıklığını ve cinsel isteği arttırdığı vurgulanmaktadır (Yılmaz 2003) Gabalcı (2008) ise yaptığı çalışmada oral kontraseptiflerin cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel ilişki sıklığını etkilemediğini belirtmiştir.

Çalışmamızda geri çekme yönteminin cinsel istek, lubrikasyon orgazm ve cinsel doyumunu olumsuz etkilediği saptanmıştır. Geri çekme yönteminin cinsel cevabın plato fazında kesintiye uğramasına neden olarak çiftlerin cinsel doyumlarını olumsuz etkilediğini bildiren çalışmalar mevcuttur (Yılmaz 2003; Gabalcı 2008) Yanikkerem (2006)'in çalışmasında, geri çekme yöntemi kullanan kadınların dörtte biri, cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Aynı şekilde, Berkiten'in (2001) yaptığı çalışmada da, geri çekme yöntemi kullananlarda cinsel açıdan tatmin olamama bildirilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmada kadınların eğitim düzeylerine göre FSFI puanları incelendiğinde; en yüksek puanı (26.68) lise ve üniversite mezunu olan grup alırken, en düşük puanı (25.30) ilkokul mezunu olan grup almıştır. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Eğitim durumlarına göre FSFI alt başlık puanları incelendiğinde Üniversite mezunu olan kadınların, lise ve ilköğretim mezunlarına göre cinsel isteklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır.
2. Çalışmada kadınların eşlerinin eğitim düzeylerine göre FSFI puanları incelendiğinde; en yüksek puanı (27.49) lise ve üniversite mezunu olan grup alırken, en düşük puanı (24.89) ilkokul mezunu olan grup almıştır. Eşlerin eğitim düzeylerindeki artışın cinsel fonksiyonları olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Eşi üniversite mezunu olan kadınların, cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon ve cinsel doyumlari daha yüksek bulunmuştur ($p<0.01$)
3. Çalışmada, kadınların çalışma durumunun cinsel işlevleri üzerine etkisi incelenmiş; çalışan kadınların ev hanımı olanlara göre FSFI puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). FSFI alt başlık puanlarına bakıldığında ise cinsel istek, uyarılma, cinsel doyum ve orgazm puanlarının çalışan kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
4. Çalışmada geliri giderden fazla olanlar en yüksek FSFI puan ortalamasına sahipken, geliri giderden az olanların en düşük puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). FSFI alt başlıklarına göre, gelir düzeyi yüksek olanların lubrikasyon ve ağrı puanları ($p: 0.001$), geliri giderden az olanlara göre yüksek bulunmuştur.
5. Kadınların bilgi alma durumlarına göre FSFI puan ortalamaları incelendiğinde farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
6. Çalışmada evlilik yılına göre FSFI puan ortalamaları incelendiğinde farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

7. Çalışmada kadınların gebelik öncesi ayda 4 kez ve daha az cinsel ilişki yaşayanların, daha sık cinsel ilişki yaşayanlara göre, FSFI toplam, cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve cinsel doyum puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).
8. Kadınların doğum şekillerinin cinsel fonksiyonlara etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
9. Emziren kadınlarda FSFI toplam puanları belirgin şekilde düşük bulunmuştur. Emzirmenin kadınların cinsel fonksiyonlarını olumsuz etkilediği saptanmıştır. Cinsel istek, uyarılma, orgazm, cinsel doyum ve ağrı puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($p<0.01$)
10. Katılımcıların gebeliği önleyici yöntem kullanma durumlarına göre FSFI puan ortalamaları incelendiğinde prezervatif kullananların, RİA, geri çekme yöntemi kullananlara ve herhangi bir yöntem kullanmayanlara göre puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$) Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemine göre, Cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve cinsel doyum puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir.

ÖNERİLER

1. Doğum sonrası dönemde kadında görülen fizyolojik ve psikolojik değişimler ve nedenleri, cinsel işlevlerde meydana gelebilecek problemler ve etkileyen faktörler, çiftin bu problemlerle nasıl baş edebileceği, etkin bir aile planlaması yöntemi kullanmanın önemi ve yöntem seçimi konularında sağlık çalışanları tarafından kadınlara ve eşlerine danışmanlık hizmetleri verilebilir.
2. Sadece kadınları değil eşleri de kapsayan daha geniş, araştırmalar yapılarak doğum sonrası dönemdeki değişimlerden nasıl etkilendikleri, düşünce ve davranışları etkileyen faktörlerin neler olduğu incelenebilir.

KAYNAKLAR

1. Acar Z. Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel işlevleri ve etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2008.Ankara.
2. Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction. 2007; 18(4): 401-406
3. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. BJOG. 2000; 107(2): 186-95.
4. Çayan S, Akbay E, Bozlu M, ve ark. The prevalence of female dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urologia Internationalis. 2004; 72(1): 52-57.
5. Demir Ö, Parlakay N, Gök G, Esen AA. Hastane çalışanı bayanlarda cinsel işlev bozukluğu. Türk Üroloji Dergisi. 2007; 33(2): 156-160
6. Ege E, Akın B, Yaralı Aslan B, Bilgili B. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. TÜBAV Bilim Dergisi. 2010; 3(1): 137-144
7. World Health Organization (2014), Sexual Health, http://www.who.int/topics/sexual_health/en/ , Erişim Tarihi: 25. 05..2014
8. Ertem G, Sevil Ü. Gebeliğin cinselliğe etkisi. Dirim Tıp Gazetesi. 2009; 85(1): 40-47

9. Eryılmaz G, Ege E, Zincir H. Gebelikte cinsel yaşamı etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2002; 5(1): 11-18
10. Güngör S, Başer İ, Ceyhan T, Karaşahin E, Kılıç S. Does mode of delivery affect sexual functioning of the man partner? International Society for Sexual Medicine. 2008;5: 155-163.
11. Karaçam Z. Epizyotominin doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyona etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2008; 1: 38-46.
12. Khajehei M, Ziyadlou S, Safari Rad M, Tabatabaee HR, Kashefi F. A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and caesarean births. Indian Journal of Community Medicine. 2009; 34(2): 126-130.
13. Klein K, Worda C, Leipold H, Gruber C, Husslein P, Wenzl R. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? Journal of Women's Health. 2009; 18(8): 1227-1231.
14. Kürtmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009; 4(12): 111-136.
15. Öksüz E, Malhan S. Kadın cinsel fonksiyon indeksi (Female Sexual Function Index- FSFI) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik analizi. Sendrom Dergisi. 2005; 17(7): 54-60.
16. Sydow VK. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A Meta Content Analysis Of 59 Studies. Journal Of Psychosomatic Research. 1999; 47; 27-49.

17. Tashbulatova D. İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. 2007. Adana.
18. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. : Sistem Ofset Matbaacılık. 2005. Ankara.
19. LaMarre AK, Paterson LQ, Gorzalka BB. Breastfeeding and Postpartum Maternal Sexual Functioning: A Review. The Canadian Journal of Human Sexuality. 2003; 12(3/4); 151-168.
20. Brummen HJ, Bruinse HW, Pol G, Heintz APM, Vaart CH. Which Factors Determine the Sexual Function 1 Year After Childbirth?.2006: BJOG, 113; 914–918.
21. Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F. Seksüel Tıp Erkek ve Kadında Seksüel Fonksiyon Bozuklukları. Kadioğlu MF, Usta B, Semerci R, Aşçı İ, Orhan Ö, Yaman S, Çayan Ö, Cangüven (Çev. Ed.). Türk Androloji Derneği Yayını 2006. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
22. Kermit E, Krantz MD, Litt D. Anatomy of the Female Reproductive System. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. ED; DeCherney AH, Nathan L. Los Angeles, California. 2002: 9th Edition; 5- 56.
23. Grewal M, Burkman RT. Contraception & Family Planning. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. ED; DeCherney AH, Nathan L. Los Angeles, California. 2002: 9th Edition; 631- 650.
24. Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG. Anatomy. Williams Gynecology. United states 2008: Section 5 Aspects of Gynecologic Surgery ; Chapter 38.
25. Karakoyunlu FB. Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2007. Antalya.

26. Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler. Türk Üroloji Dergisi. 2003; 29 (1); 43– 48.
27. Atasü T, Şahmay Ş. Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi ve Bozuklukları. Jinekoloji. (3.Baskı). 2001: Üniversal Bilimsel Yayınları. İstanbul.
28. Eryılmaz HY. Orgazm Tanımı ve Tipleri. Androloji Bülteni. 2005; 23; 355- 358.
29. Ahlborg T, Dahlöf L, Halberg LR. Quality of the Intimate and Sexual Relationship in First-Time Parents Six Months After Delivery. The Journal of Sex Research. 2005; 42(2); 167- 174.
30. Karakaplan S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2005. İstanbul.
31. Atıcı M, Gözüm S. Postpartum Erken Taburculukta Lohusalara Verilen Sağlık Eğitiminin Postpartum Problemler ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; 8(2); 77- 90.
32. Rowland MI, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and Sexuality Immediately Postpartum. Canadian Family Physician. 2005; 51; 1367- 1373.
33. Gülseren L. Doğum Sonu Depresyon Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999; 10; 58- 67.
34. Aydos M, Öner S, Acar B, Zeren A, Aydos S, Atahan O. Factors That Effect Female Sexual Dysfunction Frequency. European Urology. 2005; 4(3); 178.
35. Gabalcı E. Üreme Çağındaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşamlarına Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. 2008. Ankara

36. Berkiten A, Aslan H. Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri. III. Ulusal Jinekoloji ve Obstetri Kongresi. 2001. İstanbul.
37. Yılmaz AC. Kullanılan Kontraseptif Yöntemlerin Kadınlarda Cinsellik Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2003. İstanbul.
38. MacDonald C, Pinion SB, MacLeod UM. Scottish Female Obstetricians' Views On Elective Caesarean Section And Personal Choice For Delivery. J Obstet Gynaecol. 2002;22; 586– 589.
39. Güvel S. Çulha F. Yaşar F. Volkan Ş. Boyam F. PEeşkiricioğlu L. Hemşirelerde Kadın Cinsel Fonksiyonları Konusunda Bilgi Düzeyinin Sorgulanması. Androloji Bülteni,.2005: 20; 82- 83.
40. Elnashar AM, İbrahim ME, Desoky MM, Ali OM and Hassan ME, “Female Sexual Dysfunction İn Lower Egypt”. 2007: BJOG 114; 201- 206.
41. Öksüz E, Malhan S. “Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in turkish women”. The Journal of Urology. 2006: 175; 654- 658.
42. 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 female sexual Function”. J Sex Marital Ther. 2000: 26; 191- 208.
43. Taş I, Yağız On A, Altay B, Özdedeli K, “Spinal kord yaralanmalı hastalarda cinsel fonksiyon bozuklukları ve nörolojik düzey ile ilişkileri”. Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi.2006: 52;143- 149.
44. Aygin D. Aslan FE. “Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluklarının İncelenmesi”. Meme Sağlığı Dergisi. 2008: 4(2); 105- 114.

45. Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. "Assessment and Management of Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal". *Journal of Sexual Medicine*. 2005; 2(3); 291- 300.
46. Berman JR. "Physiology of Female Sexual Function and Dysfunction". *International Journal of Impotence Research*. 2005; 17; 44- 51.
47. Elnashar AM, El-Dien, Ibrahim M, El-Desoky MM et al. "Female Sexual Dysfunction in Lower Egypt". *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2007; 114(2); 201- 216.
48. Fatemi SS, Taghav SM. "Evaluation of Sexual Function in Women With Type 2 Diabetes Mellitus", *Diabetes & Vascular Disease Research : Official Journal of The International Society of Diabetes and Vascular Disease*. 2009; 6(1); 38- 39.
49. Doulas M, Tsiodras S, Tsakiris A. et al. "Female Sexual Dysfunction in Essential Hypertension: A Common Problem Being Uncovered". *Journal of Hypertension*. 2006; 24(12); 2387- 2392.
50. İncesu C. "Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları". *Klinik Psikiyatri*. 2004; 3; 3- 13.
51. Nusbaum M, Hamilton C. "Chronic Illness and Sexual Functioning". *American Family Physician*. 2003; 67(2); 347- 354, 357.
52. Safarinejad MR. "Female Sexual Dysfunction in A Population-Based Study in Iran: Prevalence And Associated Risk Factors". *International Journal of Impotence Research*. 2006; 18; 382- 395.
53. Ryding EL. Sexual ity during and after pregnancy. *Acta Obstet. Gynecol Scand*.1984; 63; 679- 682.

54. Masters WB, Johnson VE. Human Sexual Behavior. İnsan Cinsel davranış. Sayın Ü. (Çev. ed). Bilimsel ve teknik Yayınları Çeviri Vâkfi. 1994. İstanbul.
55. Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. Int Urogynecol Pelvic Floor Dysfunct 2007; 18; 401- 406.
56. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C. et al. Women's sexuality after childbirth: A pilot study. Archives of Sexual Behavior. 1999; 28(2); 179.
57. Morof D, Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Postnatal Depression and Sexual Health After Childbirth. Obstetrics & Gynecology 2003; 102; 1318- 1325.
58. Güner H, Yazıcı G. Kadın Genital Sistemi ve Pelvik Taban Anatomisi. Ürojinekoloji. 2000; 1- 10. Ankara. Atlas Kitapçılık.
59. Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F. Seksüel Tıp Erkek ve Kadında Seksüel Fonksiyon Bozuklukları. Kadioğlu A, Usta MF, Semerci B, Aşçı R, Orhan İ, Yaman Ö, Çayan S, Cangüven Ö (Çev. Ed.). Türk Androloji Derneği Yayını. 2006. İstanbul. Medikal Yayıncılık.
60. Ahlborg T, Dahlöf L, Halberg LR. Quality of the Intimate and Sexual Relationship in First-Time Parents Six Months After Delivery. The Journal of Sex Research. 2005; 42(2); 167- 174.
61. Gülseren L. Doğum Sonu Depresyon Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999; 10; 58- 67.
62. Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, Sadan O. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: A prospective study. Arch Gynecol Obstet. 2013; 288; 758- 792.

63. Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of Dyspareunia after delivery in primipare according to mode of delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2006; 124; 42- 46.
64. Hosseini L, Iran-Pour E, Safarinejad MR. Sexual function of primiparous women after elective cesarean section and normal vaginal delivery. *Urology Journal*. 2012; 9(2); 498- 504.
65. Aslan G, Aslan D, Kızılyar A, İspahi Ç, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research*. 2005; (17); 154– 157.
66. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL. et al. Reproductive Risk Factors for Incontinence Study at Kaiser Study Group. “Sexual Activity And Function in Middle-Aged And Older Women”. *Obstetrics and Gynecology*. 2006; 107 (4);755- 764.
67. Yanikkerem E, Acar H, Elem E. Withdrawal users perceptions of and experience with contraceptive methods in Manisa, Turkey. *Midwifery*. 2006; 22; 274- 284.
68. Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*. 2009; 36(3);184- 190.
69. Sayasneh A, Pandeva I. Postpartum Sexual Dysfunction: A literature review of risk factors and role of mode of delivery. *British Journal of medical Practitioners*. 2010; (3); 2.
70. Canpolat B, Çayan S. Kadın Cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi ve cinsel fonksiyon bozukluğunda tanı ve tedavi yaklaşımları. *Üroloji Bülteni*. 2003; 14; 67- 75.
71. Atıcı M, Gözüm S. Postpartum Erken Taburculukta Lohusalara Verilen Sağlık Eğitiminin Postpartum Problemler ve Anksiyete Üzerine Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2001;8(2); 77- 90.

72. Doğaner G. Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin ve Yenidoğanın Bakımına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2005. Sivas.

Ek-1

Tanıtıcı Özellikler

1. Yaşınız?

...

2. Eğitim durumunuz:

☐ Okur-yazar değil

☐ İlkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

☐ Üniversite

☐ Diğer (.....)

3. Çalışma durumunuz

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

☐ Çalışmıyorum

4. Eşinizin yaşı:

...

5. Eşinizin eğitim durumu:

☐ Okur-yazar değil

☐ İlkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

☐ Üniversite

☐ Diğer (.....)

6. Gelir durumunuz:

☐ Gelir giderden az

☐ Gelir gidere eşit

☐ Gelir giderden fazla

7. Aile tipiniz:

- ☐ Çekirdek aile
- ☐ Geniş aile

8. Kaç yıldır evlisiniz?

...

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

- ☐ Evet.....(Kullandığınız yöntemi belirtiniz)
- ☐ Hayır

10. Doğumunuz dışında herhangi bir gebelik geçirdiniz mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır, (Cevabınız hayır ise 14.soruya geçiniz)

11. Gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?

- ☐ Düşük
- ☐ Küretaj

12. Bebeğiniz kaç aylık/ yaşında?

...

13. Doğum sekiniz nedir?

- ☐ Vajinal doğum
- ☐ Sezaryen

(Cevabınız sezaryen doğum ise 15.soruya geçiniz)

14. Vajinal doğumunuz nasıl gerçekleşti?

- ☐ Vakum uygulandı
- ☐ Doktor/ebe tarafından kesi yapıldı.
- ☐ Herhangi bir müdahale yapılmadı.

15. Bebeğinizi besleme şeklinizi işaretleyiniz.

- ☐ Sadece anne sütü
- ☐ Anne sütü +ek gıda
- ☐Yapay beslenme(mama, ek gıda vb) (17. Soruya geçiniz)

16. Bebe inizi 24 saatte ortalama kaç kez emziriyorsunuz?

.....

17. Gebelikten önce, normal ya antınızda yaklaşık ne sıklıkla cinsel ilişkiye girerdiniz?

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

18. Doğumdan sonra ilk cinsel ilişkiye ne zaman (doğumdan sonra kaçıncı günde/haftada) girdiniz?

...

19. Doğum sonrası dönemde cinsel ilişki ya amayla ilgili olarak herhangi bir eğitim aldınız mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet... Bilgiyi nerden/kimden aldınız?
 - ☐Doktor
 - ☐Ebe/hemşire
 - ☐Dergi, gazete, kitap
 - ☐TV
 - ☐ internet
 - ☐Arkadaş
 - ☐Diğer (açıklayınız)...

Ek-2

FSFI (Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi) Anket Formu

1. Son 1 ay içinde ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?					
Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Birkaç kez	Hemen hemen hiç veya hiç	
2. Son 1 ay içindeki cinsel isteğinizin derecesi nedir?					
Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Çok düşük veya hiç	
3. Son 1 ay içinde cinsel ilişki esnasında ne sıklıkta tahrik oldunuz?					
Cinsel ilişki olmadı	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Birkaç kez	Hemen hemen hiç veya hiç
4. Son 1 ay içinde cinsel ilişki esnasında ne derecede tahrik oldunuz?					
Cinsel ilişki olmadı	Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Çok düşük veya hiç
5. Son 1 ay içinde cinsel ilişki esnasında tahrik olma konusunda kendinize olan güveninizi nasıl değerlendiriyorsunuz?					
Cinsel ilişki olmadı	Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Çok düşük veya hiç
6. Son 1 ay içinde cinsel ilişki esnasındaki tahrik olmanızdan ne sıklıkta memnun oldunuz?					
Cinsel ilişki olmadı	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Birkaç kez	Hemen hemen hiç veya hiç
7. Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasında ne sıklıkta ıslaklık hissettiniz?					
Cinsel ilişki olmadı	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Birkaç kez	Hemen hemen hiç veya hiç
8. Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasında ıslaklığın sağlanması konusunda ne kadar zorlanıyorsunuz?					
Cinsel ilişki olmadı	Hiç zorlanmıyorum	Biraz zor	Zor	Çok zor	Aşırı zor ya da imkansız
9. Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasında ilişkiniz tamamlanana kadar ıslaklığınızı ne sıklıkta devam ettirebildiniz?					
Cinsel ilişki olmadı	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Birkaç kez	Hemen hemen hiç veya hiç
10. Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasında ilişkiniz tamamlanana kadar ıslaklığınızı devam ettirmede ne kadar zorlandınız?					

Cinsel ilişki olmadı	Hiç zorlanmıyorum	Biraz zor	Zor	Çok zor	Aşırı zor ya da imkansız
11. Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasında ne sıklıkta tatmin oldunuz?					
Cinsel ilişki olmadı	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Birkaç kez	Hemen hemen hiç veya hiç
12. Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasında tatmin olmakta ne kadar zorlandınız?					
Cinsel ilişki olmadı	Hiç zorlanmıyorum	Biraz zor	Zor	Çok zor	Aşırı zor ya da imkansız
13. Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasındaki tatmin olma durumunuz ne kadar doyurucuydu?					
Cinsel ilişki olmadı	Çok doyurucu	Orta derece doyurucu	Biraz doyurucu	Biraz memnuniyetsizim	Çok memnuniyetsizim
14. Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasındaki siz ve esiniz arasındaki duygusal yoğunluktan ne kadar memnunsunuz?					
Çok memnunum	Orta derecede memnunum	Biraz memnunum	Biraz memnuniyetsizim	Çok memnuniyetsizim	
15. Son 1 ay içinde esinizle olan cinsel hayatınızdan ne kadar memnunsunuz?					
Çok memnunum	Orta derecede memnunum	Biraz memnunum	Biraz memnuniyetsizim	Çok memnuniyetsizim	
16. Son 1 ay içinde tüm cinsel hayatınızdan ne kadar memnunsunuz?					
Çok memnunum	Orta derecede memnunum	Biraz memnunum	Biraz memnuniyetsizim	Çok memnuniyetsizim	
17. Son 1 ay içinde esinizin haznenize girişi esnasında ne sıklıkta ağrı ya da rahatsızlık hissettiniz?					
Cinsel ilişki olmadı	Hemen hemen hiç veya hiç	Birkaç kez	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
18. Son 1 ay içinde esinizin haznenize girişinden sonra ne sıklıkta ağrı ya da rahatsızlık hissettiniz?					
Cinsel ilişki olmadı	Hemen hemen hiç veya hiç	Birkaç kez	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
19. Son 1 ay içinde esinizin haznenize girişi esnasında ya da girişinden sonra ne düzeyde ağrı ya da rahatsızlık hissettiniz?					
Cinsel ilişki olmadı	Çok düşük veya hiç	Düşük	Orta	Fazla	Çok fazla

**ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL EDEN KADINLARDAN ALINAN
İZİN BELGESİ**

“Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu”

Sayın Katılımcı,

Cinsellik, kişiliğin ayrılmaz bir parçası, yaşamın diğer alanlarından ayrı tutulamaz bir yönüdür. Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı, cinsellikle ilgili fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Kadın cinsel işlevleri, gelişim dönemlerinden, gebelik ve doğum gibi yaşanan deneyimlerden etkilenebilmektedir.

Doğum sonrası dönemde; fiziksel (hormon düzeylerindeki değişimler, beden yapısındaki değişimler, üreme sistemi organlarındaki değişimler gibi), psikolojik (postpartum depresyon, rol değişimi) ve sosyo-kültürel faktörler (inançlar, örf ve adetler gibi) cinsel işlevleri etkileyebilmektedir. Sorunlara yönelik uygun girişimlerin planlanabilmesi için öncelikle sorunun tanımlanması ve objektif verilerle ortaya koyulması gerekmektedir. Bu araştırmanın amacı doğum şeklinin ve bazı tanıtıcı özelliklerin doğum sonrası dönemde kadınların cinsel yaşamlarına etkilerini incelemektir.

Çalışmaya katılmayı kabul ederek, hemşirelerin hizmet verdiği grubu tanımaları ve uygun girişimleri planlayabilmeleri için veri oluşturmalarına yardımcı olacağınız düşünülmektedir. Bu çalışmada yer aldığımız süre içerisinde kayıtlar kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kişisel bilgileriniz araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın veya raporda kullanılırken, yayında isminiz kullanılmayacaktır. Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederim.

Yukarıdaki bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

İmza

Ad-Soyad:

Acıklmayı Yapan Araştırmacının:

İmza

Hemşire Elçin ÖZCAN

Sorumlu Araştırıcının:

İmza

Yard. Doç. Dr. Kerziban YENAL

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik
Fakóltesi Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliğı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Ek 13a



T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

07.03.2012-002570
.../11/2011

Sayı: B.30.2.DEÜ.0.H1.71.00

Konu:

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi: 29.02.2012 tarih ve 567 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda bahsi geçen Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Elçin ÖZCAN'ın "Doğum Şeklinin Cinsel Fonksiyonlarına Etkisi" isimli tez çalışmasını Şubat-Aralık 2012 tarihleri arasında hastanemiz Pediatri Polikliniklerinde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Mehmet Ali Özcan
Başhekim

Öğrenci İşleri
08/03/2012

08.03.2012
931

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
35340 İnciraltı / İZMİR
Tel: (0232) 412 23 03

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Güler Özgür
Fax: (0232) 259 97 23

Ek - 5

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- 29)

24.04.2012

Sayın Yard.Doç.Dr.Kerziban YENAL

Kurulumuz tarafından 19.04.2012 tarih ve 561-GOA protokol numaralı 2012/15-16 karar numarası ile görüşülen "Doğum Şeklinin Kadınların Cinsel Fonksiyonlarına Etkisi" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan



Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43
	etikkkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	561-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğum Şeklinin Kadınların Cinsel Fonksiyonlarına Etkisi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr. Kerzihan YENAL Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Version Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ

Yard.Doç.Dr.Kerziban YENAL'ın sorumlusu olduğu "Doğum Şeklinin Kadınların Cinsel Fonksiyonlarına Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

- İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izin belgesi alınması ve etik kurulumuza gönderilmesi önerilir.

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi
İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Besti</i>
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Mehtap MALKOÇ	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Adnan MENİDERES	Plastik Cerrahi	DEU Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Katılmadı</i>
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Meltem Kutlu GÜRSEL	Hukuk	D.E.Ü Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Katılmadı</i>
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	<i>[Signature]</i>

Ek - 6

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

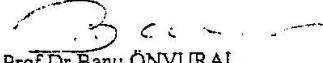
onu: Karar hk. - 684 - 281

11.04.2013

Sayın Yard.Doç.Dr.Kerziban YENAL Elçin ÖZCAN,

Kurulumuz tarafından 10.04.2014 tarih ve 561-GOA protokol numaralı 2014/14-22 karar numarası ile görüşülen "Doğum Şeklinin Kadınların Cinsel Fonksiyonlarına Etkisi" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
ÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
AKS	0 232 412 22 43
POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	561-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğum Şeklinin Kadınların Cinsel Fonksiyonlarına Etkisi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVAN/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Kerziban YENAL Hemşirelik Fakültesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMŞİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	Araştırmacı Dilekçesi	14.03.2014		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

ARAR BİLGİLERİ

Yardımcı Doç. Dr. Kerem YILMAZ'ın sorumlu olduğu "Doğum Seklinin Kadınların Cinsel Fonksiyonlarına Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait 14.03.2014 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; Çalışma adının "Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Etkileyen Faktörleri" olarak değiştirilmesi ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi
İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERİ	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D.)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Işıl TEKME	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek-6**ÖZGEÇMİŞ****ADI SOYADI: Elçin ÖZCAN**

TC Kimlik No / Pasaport No:	13625917936
Doğum Yılı:	1987
Yazışma Adresi :	291 sok. No: 3 Daire: 5 poligon- Karabağlar/İZMİR
Telefon :	5064654056
Faks :	
e-posta :	elcn_00@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Adnan Menderes Üniversitesi	Aydın Sağlık Yüksek okulu	Hemşirelik	Lisans	2010

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Narlidere Huzur Evi	Türkiye	İzmir	Geriatri	Hemşire	2010-2011
Dokuz Eylül Üniversitesi	Türkiye	İzmir	Çocuk Yoğumbakım	Hemşire	2011-

Elçin Özcan**26/05/2014**