

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

(DOKTORA TEZİ)

**GEBELİĞİN CİNSEL FONKSİYON, BEDEN İMAJİ VE
PELVİK TABAN FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

HÜSNİYE DİNÇ

**DANIŞMAN
PROF. DR. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ**

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

İSTANBUL-2013

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programında Hüsniye Dinç tarafından hazırlanan “Gebeliğin cinsel fonksiyon, beden imajı ve pelvik taban fonksiyonları üzerine etkisi” başlıklı Doktora tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

06 / 01 / 2014

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
1.Prof.Dr.Önay Yalçın (Tez İzleme Komitesi Üyesi) İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi /
Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Ürojinekoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi

2.Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya Beji (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik
Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

3.Prof.Dr.Hacer Karanisoğlu (Tez İzleme Komitesi Üyesi) İ.Ü.Sağlık Bilimleri
Fakültesi / Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi

4.Doç.Dr.Nurdan Demirci Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Doğum ve Kadın
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

5.Doç.Dr.Ergül Aslan İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı
ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

BEYAN

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

Hüsniye DİNÇ

 (İmza)

İTHAF

En kıymetli varlıklarım olan Aynur ve Alya'ya ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve doktora eğitimim boyunca gösterdiği yakın ilgi, harcadığı zaman ve emek, akademik ve bireysel gelişimim için sağladığı imkanlar ve bilimsel desteği için danışmanım Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ye, doktora eğitimim boyunca sağladıkları destek için Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU ve tüm çalışma arkadaşlarıma, uzman görüşlerinde öneri ve değerlendirmeleri ile çalışmama katkıda bulunan değerli hocalarıma, araştırmanın veri toplama sürecinde destek veren T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Bölümü'nde görev yapan tüm hemşire ve ebe arkadaşlarıma, hayatım boyunca beni destekleyen, cesaretlendiren, doktora eğitimim boyunca da ilgi ve yardımlarını esirgemeyen anneme ve babama, hayatıma anlam katan ablam Seher ve kızkardeşlerim Sevda'ya ve Sevilay'a teşekkür ederim.

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No:6242

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	Xİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİİ
ÖZET	XİV
ABSTRACT.....	XVİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Cinsellik	3
2.1.1. Gebelik Döneminde Cinsellik.....	5
2.1.2. Postpartum Dönemde Cinsellik	9
2.2. Beden İmajı.....	9
2.2.1. Gebelik Döneminde Beden İmajı.....	10
2.2.2. Cinsellik Esnasında Beden İmajı	11
2.2.3. Postpartum Dönemde Beden İmajı	12
2.3. Pelvik Taban	12
2.3.1. Üriner İnkontinans	13
2.3.2. Fekal İnkontinans.....	14
2.3.3. Pelvik Organ Sarkması.....	15
2.3.4. Kronik Pelvik Ağrı.....	16
2.3.5. Gebeliğin Pelvik Taban Fonksiyonları Üzerine Etkisi	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Amacı.....	25
3.2. Araştırmanın Soruları.....	25
3.3. Araştırmanın Türü.....	25
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	25
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması ve İzlenen Aşamalar ve Veri Toplama Akış Şeması	27
3.7. Veri Toplama Araçları	28
3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	29
3.7.2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (The Female Sexual Function Index-FSFI)	29
3.7.3. Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Fecal Incontinence Quality of Life Scale- FIQL)	30
3.7.4. Ürogenital Distres Envanteri (Urogenital Distress Inventory Short Form– UDI-6) ve İnkontinans Etki Soru Formu (Incontinence Impact Questionnaire Short Form – IIQ-7)	31
3.7.5. Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketi (The Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire –BESAQ)	32
3.7.6. Verilerin Analizi	51
3.7.7. Çalışmanın Sınırlılıkları	51
4. BULGULAR	52
4.1. Kadınların Tanımlayıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	53
4.2. Kadınların Cinsel Fonksiyon Ve Pelvik Taban Fonksiyonlarına İlişkin Bulgular	61
4.3. Kadınların BESAQ, FSFI, UDI-6 VE IIQ-7 Ölçekleri Puanlarına İlişkin Bulgular	67
4.4. Kadınların Tanımlayıcı, Obstetrik Özellikleri ve BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçek Puanları İle Yapılan Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular	79
5. TARTIŞMA	88
5.1. Kadınların Tanımlayıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışılması	88
5.2. Kadınların Cinsel Fonksiyon Ve Pelvik Taban Fonksiyonlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması	90
5.3. Kadınların BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçekleri Puanlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması	93
5.4. Kadınların Tanımlayıcı, Obstetrik Özellikleri ve BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçek Puanları İle Yapılan Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgularının Tartışılması	94
KAYNAKLAR	104

FORMLAR	117
ETİK KURUL KARARI	133
ÖZGEÇMİŞ	138

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: BESAQ Anketi Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı (n=44)	33
Tablo 3-2: BESAQ Anketi Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı (n=169) ...	35
Tablo 3-3: Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketi Kapsam Geçerlik İndeksi.....	38
Tablo 3-4: BESAQ Anketinin Maddelerin Ölçek Toplam Puanı İle İlişkileri (n=44).....	40
Tablo 3-5: BESAQ Anketinin Maddelerin Ölçek Toplam Puanı İle İlişkileri (n=169).....	42
Tablo 3-6: BESAQ Anketinin Güvenilirlik Değeri (n=44)	44
Tablo 3-7: BESAQ Anketi Faktörünü Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri (n=44).....	45
Tablo 3-8: BESAQ Anketinin Güvenilirlik Değeri (n=169)	46
Tablo 3-9: BESAQ Anketi Faktörünü Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri (n=169).....	47
Tablo 3-10: BESAQ Anketinin Test – Tekrar Test Uyum Düzeyleri (n=44)	49
Tablo 3-11: BESAQ Anketi Test – Tekrar Test Puanları Değerlendirmeleri (n=44).....	50
Tablo 4-1: Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı (n=169).....	53
Tablo 4-2: Üç Görüşme Yapılan Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı (n=61).....	55
Tablo 4-3: Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı (n=169)	57
Tablo 4-4: Üç Görüşme Yapılan Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı (n=61).....	59

Tablo 4-5: Kadınların Gebelik Öncesi ve 1. Trimesterdeki Cinsel Fonksiyonlarına İlişkin Verilerin Dağılımı (n=169).....	61
Tablo 4-6: Kadınların Gebelik Öncesi ve 1. Trimesterdeki İdrar ve Dışkı Kaçırma Durumlarına İlişkin Verilerin Dağılımı (n=169)	63
Tablo 4-7: Kadınların 3. Trimesterde Cinsel Fonksiyon, İdrar ve Dışkı Kaçırma Durumlarına İlişkin Verilerin Dağılımı (n=96)	64
Tablo 4-8: Kadınların Postpartum 4. Ay Cinsel Fonksiyon, İdrar ve Dışkı Kaçırma Durumlarına İlişkin Verilerin Dağılımı (n=61)	65
Tablo 4-9: Kadınların BESAQ, FSFI, UDI-6, IIQ-7 ve FIQL Ölçekleri ve Alt Gruplarından Aldıkları Puanların Dağılımları.....	67
Tablo 4-10: BESAQ Anketi Değerlendirmeleri (n=61)	69
Tablo 4-11: FSFI Ölçeği Değerlendirmeleri (n=61).....	70
Tablo 4-12: UDI-6 Ölçeği Değerlendirmeleri (n=61)	72
Tablo 4-13: IIQ-7 Ölçeği Değerlendirmeleri (n=61).....	74
Tablo 4-14: 1. Trimester, 3. Trimester ve Postpartum BESAQ ile FSFI Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	77
Tablo 4-15: Yaş ile BESAQ, FSFI, UDI-6, IIQ-7 Ölçeklerinin İlişkisi (n=61) .	79
Tablo 4-16: Eğitim Düzeylerine Göre BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçeklerinin Puanlarında Gözlenen Değişimin Karşılaştırılması (n=61).....	79
Tablo 4-17: Çalışma Durumuna Göre BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçeklerinin Puanlarında Gözlenen Değişimin Karşılaştırılması (n=61).....	80
Tablo 4-18: Gravida ile BESAQ, FSFI, UDI-6, IIQ-7 Ölçeklerinin İlişkisi (n=61).....	80
Tablo 4-19: Multipar ve Nullipar Olgularda BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçeklerinin Puanlarında Gözlenen Değişimin Karşılaştırılması (n=61).....	81
Tablo 4-20: 1. Trimester Kilo ile BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ7 Ölçeklerinin İlişkisi (n=61).....	81
Tablo 4-21: VKİ ile Ölçek Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi (n=61)....	82

Tablo 4-22: Görüşmelere Göre Cinsel İlişki Sıklığı Değişimi Değerlendirmeleri	83
Tablo 4-23: Cinsel İlişkide Sorun Yaşama Oranlarının Değerlendirmeleri	84
Tablo 4-24: Cinsel İlişki Sıklığı ile Bebek Doğum Kilosu, Emzirme Durumu ve Doğum Şekli Değerlendirmeleri (n=61)	85
Tablo 4-25: İdrar ve Dışkı Kaçırma Problemlerinin Gözlenme Oranlarının Değerlendirmeleri (n=61)	86
Tablo 4-26: İdrar Kaçırma Durumu ile Bebek Doğum Kilosu, Emzirme Durumu ve Doğum Şekli Değerlendirmeleri (n=61)	87

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4-1: BESAQ Anketi Toplam Puanlarının Dağılımı.....	70
Şekil 4-2: FSFI Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı	71
Şekil 4-3: FSFI Alt Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı	72
Şekil 4-4: UDI-6 Ölçeği Puanlarının Dağılımı	73
Şekil 4-5: UDI-6 Alt Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı	74
Şekil 4-6: IIQ-7 Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	75
Şekil 4-7: IIQ-7 Alt Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı	76

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AFUD:	Amerikan Foundation of Urologic Disease
BESAQ:	The Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire
CVI:	Content Validity Index
FIQL:	Fecal Incontinence Quality of Life Scale
Fİ:	Fekal İnkontinans
FSFI:	The Female Sexual Function Index
ICC:	Intraclass Korelasyon Katsayısı
ICS:	International Continence Society
IIQ:	Incontinence Impact Questionnaire
KCFB:	Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu
KCUB:	Kadın Cinsel Uyarılma Bozukluğu
KGİ:	Kapsam Geçerlik İndeksi
KPA:	Kronik Pelvik Ağrı
NSVD:	Normal Spontan Vajinal Doğum
POP:	Pelvik Organ Prolapsusu
PTD:	Pelvik Taban Disfonksiyonu
SÜİ:	Stres Üriner İnkontinans
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
UDI:	Ürogenital Distres Envanteri
Üİ :	Üriner İnkontinans
VKİ:	Vücut Kitle İndeksi
WHI:	Women's Health Initiative

ÖZET

DİNÇ, H. (2013). Gebeliğin Cinsel Fonksiyon, Beden İmajı ve Pelvik Taban Fonksiyonları Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD, Doktora Tezi, İstanbul.

Gebelik ve doğum her kadının yaşayabileceği fizyolojik olaylar olmasına rağmen kadın vücudu için olumsuz fiziksel, sosyal, psikolojik ve cinsel değişikliklere neden olabilmektedir. Araştırma, gebeliğin cinsel fonksiyon, beden imajı ve pelvik taban fonksiyonları üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlandı. Tanımlayıcı ve prospektif nitelikteki çalışma Aralık 2009 - Aralık 2010 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı'na ait bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden, gebeliğinin 1. ve 3. trimesterinde ve postpartum 4. ayında randevuya gelmeyi kabul eden 61 kadın ile gerçekleştirildi. Veriler yüzyüze görüşme yöntemiyle toplandı ve verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan Tanıtıcı Bilgi Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI), Fekal İnkontinansta Yaşam Kalitesi Ölçeği (FIQL), Ürogenital Distres Envanteri (UDI-6) ve İnkontinans Etki Soru Formu (IIQ-7) ve Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketi (BESAQ) kullanıldı. Gebelik döneminde cinsel ilişki sırasında sorun yaşama durumunun gebelik öncesine ve postpartum döneme göre daha fazla olduğu ($\chi^2=53,79$, $p=0,001$) saptandı. Gebelik ve doğumun kadınların cinsel fonksiyonunu olumsuz yönde etkilediği ($\chi^2=50,721$, $p=0,001$) ve kadınların cinsel fonksiyonunun gebeliğin 3. trimesterinde azalmış olduğu belirlendi ($F=4,462$, $p=0,016$). Postpartum 4. ayda kadınların cinsel ilişki esnasındaki beden imajı algısının olumsuz olarak etkilendiği ($\chi^2=12,184$, $p=0,002$) belirlendi. Kadınların UDI-6 toplam puanlarına göre 1. trimesterde yaşam kalitelerinin en yüksek düzeyde olduğu ($\chi^2=12,908$, $p=0,001$) ve kadınların IIQ-7 toplam puan ortalamalarına göre 3. trimesterde yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği ($\chi^2=8,633$, $p=0,013$) saptandı. Kadınların postpartum 4. ayda, idrar kaçırmaya bağlı yaşam kaliteleri, 3. trimestere göre olumlu yönde değişiklik gösterdiği belirlendi.

Sonuç olarak gebelik ve doğum kadınların cinsel fonksiyon ve cinsellik esnasındaki beden imajını olumsuz yönde etkilemektedir. Gebelikte idrar kaçıran kadınlarda idrar kaçırmaya bağlı yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, pelvik taban, cinsel fonksiyon, beden imajı, üriner inkontinans, yaşam kalitesi

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: 6242

ABSTRACT

DİNÇ, H. (2013). The effect of pregnancy on sexual function, body image and pelvic floor functions. Istanbul University Institute of Health Sciences, Department of Obstetrics and Gynecology Nursing, PhD Thesis, Istanbul.

Pregnancy and birth are physiological phenomena that every woman can experience; however, this process may cause negative effects on physical, social, psychological and sexual changes. This study was designed to evaluate the influence of pregnancy on sexual function, body image and pelvic floor functions. This descriptive and prospective study was carried out in the department of obstetrics and gynecology clinic of a training and research hospital in Istanbul between December 2009 - December 2010. The population of the study consists of 61 women who applied to the obstetrics and gynecology clinic and consented to participate in the study and to attend the appointment in the 1st and 3rd trimester of her pregnancy and in the 4th month of the postpartum period. Data were collected by face to face interview and Information Form, The Female Sexual Function Index (FSFI), Fecal Incontinence Quality of Life Scale (FIQL), Urogenital Distress Inventory Short Form (UDI-6), Incontinence Impact Questionnaire Short Form (IIQ-7) and The Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire (BESAQ) were used for the collection of the data. Experiencing problems in sexual intercourse during pregnancy was found higher ($\chi^2=53,79$, $p=0,001$) than before pregnancy and the postpartum period. It was determined that pregnancy and birth negatively affect the women's sexual function ($\chi^2=50,721$, $p=0,001$) and women's sexual function decreased at their third trimester of pregnancy ($F=4,462$, $P=0,016$). The body image perception during sexual intercourse of the women who were fourth month of postpartum period was found affected negatively ($\chi^2=12,184$, $p=0,002$). It was revealed that according to UDI-6 total score, quality of life was the highest level at the first trimester ($\chi^2=12,908$, $p=0,001$) and according to IIQ-7 total score, quality of life was affected adversely at the third trimester ($\chi^2=8,633$, $p=0,013$). The study showed that quality of life due to urinary incontinence symptoms improved at the postpartum fourth month than the third trimester of the pregnancy. As a result, it was determined that pregnancy and birth influence the sexual function and the body image during the sexual

activity adversely. Pregnancy in women with urinary incontinence negatively affect the quality of life due to urinary incontinence.

Key Words: Pregnancy, pelvic floor, sexual function, body image, urinary incontinence, quality of life

This study was supported by Istanbul University Scientific Research Projects. Project Number: 6242

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik ve doğum her kadının yaşayabileceği fizyolojik olaylar olmasına rağmen kadın vücudu için önemli bir yük ve stres oluşturmaktadır. Anne karnında bebeğin varlığı ile başlayan bu süreç boyunca ve sonrasında meydana gelebilecek (fiziksel, sosyal, psikolojik ve cinsel) değişiklikler çiftlerin yaşamlarında olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Acar ve Taşkın 2009).

Beden imajı, bebeklikte gelişmeye başlayan, özellikle adölesan döneminde önem kazanan, yaşam boyu gelişen ve değişen bireyin kendi bedeni ile ilgili öznel algılamasını içeren dinamik bir kavramdır (Gümüş ve ark. 2011). Beden imajı kadınlarda adölesan, gebelik, postpartum ve menapoz gibi değişik yaşam evrelerinde fizyolojik olarak değişmektedir. Bu süreçlerin yaşanması normal olmasına rağmen beden imajını algılama ile ilgili sorunlar yaşanmaktadır (Coşkuner 2003). Gebelik döneminde meydana gelen değişiklikler kadının kendisini farklı algılamasına, beceriksiz, hantal, sakar, çirkin, cazibesiz hissetmesine neden olabilir. Bu değişimler sonucu kadının kendine güven duygusu ve benlik saygısı azalabilir ve beden imajı olumsuz yönde etkilenebilir (Goodwin ve ark. 2000).

Postpartum dönemde oluşan fiziksel, hormonal, psikososyal ve kültürel değişimler kadının cinsel fonksiyonunu önemli ölçüde etkilemektedir. Doğum sonrası dönemde kadınlar fiziksel rahatsızlık, yorgunluk ve isteksizlik hissettikleri için cinsellikle ilgili gerginlik hissetmektedirler. Kadınlar doğum sonu dönemde gebelik öncesine göre daha fazla oranda cinsel sorun yaşamaktadırlar. Gebelik öncesi sorun yaşadığını belirten kadınların doğum sonunda da cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir (De Judicibus ve Mc Cabe 2002). Ancak doğum sonu dönemde cinsellikle ilgili kadına verilen bilgi cinsel ilişkiye başlama zamanı ile sınırlı kalmaktadır (Karaçam ve Çalışır 2012).

Diğer bir konu ise gebeliğin ve doğumun pelvik taban fonksiyonları üzerine olan etkisidir. Çocuk doğurma genç ve orta yaşlı kadınlar için inkontinans açısından bilinen bir risk faktörüdür. Üriner inkontinans prevalansının gebelik ve doğum sonrasında yaygın olduğu bilinmektedir. Literatürde gebelikte inkontinans prevalansı %23-67 arasında bildirilmiştir (Dinç ve ark. 2009; Mascarenhas ve ark. 2001; Peyrad ve ark. 2002; Smith ve Drutz 2002; Wesnes ve ark. 2007). Yapılan araştırmalarda üriner

inkontinansın gebelikte artış gösterdiği, parite, gebelik yaşı ve beden kitle indeksinin de ilişkili olduğu saptanmıştır (Wesnes ve ark. 2007).

Üriner inkontinansın gebelikle ilişkisinin araştırıldığı bir diğer çalışmada ise gebeliğin 3. trimesterinde stres inkontinans oranı %40 olarak bulunmuştur. Çalışmada vajinal doğum, uzamış doğum ve epizyotomi inkontinans için bir risk faktörü olarak bulunurken inkontinans ile gebenin kilosu, yaşı ve fetüsün kilosu arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ayrıca çalışmada gebelikten önce inkontinansı olan veya yatkınlığı olan kadınların gebeliğin başında saptanması ve kötüleşmenin önlenmesinin önemi belirtilmiştir (Granese ve Adile 2006).

Pelvik taban ile ilgili diğer bir sorun ise fekal inkontinanstır. Fekal inkontinans yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olan bir rahatsızlıktır. Gebelik ve doğum sonrasında prevalansı düşüktür ve genellikle riskli doğumlarla bağlantılıdır (Brincat 2009). Yine de obstetrik hasar fekal inkontinans nedenleri arasında sayılmaktadır (Whitehead 2005). Fekal inkontinanstaki en yaygın etiyolojik faktörden biri vajinal doğum esnasında meydana gelen eksternal ve internal anal sfinkter hasarıdır (Chong ve Hoffman 2006).

Literatürde gebeliğin fekal ve üriner inkontinans riskini arttırdığı, ayrıca sezaryen ve vajinal doğum karşılaştırıldığında sezaryen doğumun bu oranı azaltmadığını belirten yayınlara da rastlanmaktadır (McKinnie ve ark. 2005).

Hemşireler danışman, eğitimci ve bakım verici rolleriyle gebelik ve postpartum dönemdeki kadına yardımda bulunarak, etkilenen cinsel yaşamın, cinsel ilişki esnasındaki beden imajının ve pelvik taban fonksiyonlarının geliştirilmesine, sağlıklı ve doyumlu cinselliğin sürdürülmesine katkıda bulunan multidisipliner ekibin en önemli üyesidir. Bu nedenle çalışmanın hemşireliğin bütüncül bakım ilkesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Bu doğrultuda araştırma, gebeliğin cinsel fonksiyon, beden imajı ve pelvik taban fonksiyonları üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsellik

Cinsellik, hayati olmayan ancak türün sürekliliği için şart olan bir gereksinim ve içgüdü olarak tanımlanmaktadır. Cinsellik, insan yaşamının önemli bir parçasıdır. Biyolojik, sosyal, kişilerarası ve kültürel yönleri olan, çok boyutlu, kompleks bir olaydır. İnsan davranışları ve cinselliği bedensel, psikolojik ve sosyal koşullardan etkilenir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre cinsellik; fiziksel, duygusal, entellektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da üreme amacıyla yaşama hakkı vardır. Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil; duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştirilen ve arttıran sağlıklılık halidir (Gökyıldız 2001).

İnsanın cinsel uyarılara cevabı, tarihi süreç içinde birçok farklı model ile açıklanmaya çalışılmıştır. Cinsel yanıt sırasındaki biyofizyolojik olaylar, Dickinson (1949), Master ve Johnson (1966) ve Kaplan (1974) tarafından tanımlanmıştır (Bayram 2005, Dikencik 2003, Yüksel 2001).

Master ve Johnson araştırmalarında, cinsel eylem sırasındaki cinsel fizyolojinin tüm organizmanın tepkileriyle birlikte seyreden, psikoseksüel uyarılma ile ruhsal, bedensel değişimlerin ortaya çıktığı, objektif olarak ölçülebilen, değerlendirilebilen biyopsikososyal bir model saptamışlardır. Bu modele göre, cinsel yanıt siklusu birbirini izleyen ve uyarılma, plato, orgazm, çözülme şeklinde isimlendirilen dört fazdan meydana gelir. 1979'da Kaplan, istek, uyarılma ve orgazmı kapsayan üç faz tanımlamıştır. Bu model günümüzdeki kadının cinsel fonksiyon bozukluğunu sınıflandırmada temel oluşturmaktadır. Amerikan Foundation of Urologic Disease (AFUD) konsensus panelinde kabul edilen modele göre, cinsel cevap döngüsü; cinsel istek, uyarılma, orgazm, çözülme dönemlerinden oluşmaktadır (Bayram 2005). Cinsel işlev siklusu yakın zamanda Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından (DSM IV) modifiye edilmiştir. Cinsel işlev siklusunun fazları istek, uyarılma (canlanma), plato, orgazm ve resolüsyon (çözülme) dur (Gökyıldız 2001).

İstek Fazı: Cinsel cevap döngüsünün ilk basamağı, cinsel aktivite ve cinsel fantazi için istek duyma ile karakterizedir. Bu aşama, cinsel aktiviteyle ilişkili tüm düşünceleri, hayalleri ve dilekleri içerir. Bu faz, kadını cinsel uyarılma ve heyecanlanmaya hazırlar (İncesu 2004, Gökyıldız 2001).

Uyarılma (Canlanma) Fazı: Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte ereksiyon, kadında yaygın olarak vazokonjesyon ve myotoni 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. Bu evrede cinsel organlara kan akışında artma ve buna bağlı olarak ıslanma, kabarma gibi değişikliklerle memelerde büyüme ve meme uçlarında dikleşme ortaya çıkar (İncesu 2004, Gökyıldız 2001).

Plato Fazı: 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 (İncesu 2004, Gökyıldız 2001).

Orgazm Fazı: Evreler arasında süre açısından en kısa ancak duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir. Bu evre, erkekte ejakülasyon, kadın da ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Öznel olarak pelviste duyumsanır. Orgazm kadında klitoral bölgede ve vajinada; erkekte ise penis ve prostatta yoğunluk kazanır (İncesu 2004, Gökyıldız 2001).

Resolüsyon (Çözülme) Fazı: 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 sırası takip ederek kaybolması ile karakterizedir. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmemesine göre 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 (İncesu 2004, Gökyıldız 2001).

2.1.1. Gebelik Döneminde Cinsellik

Gebelik doğurgan çağıdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır. Bu dönem genital organlara özgü değişikliklerin yanı sıra metabolik ve sistemik değişikliklerin, vücut biçiminde, beden imajında bir takım farklılıkların ortaya çıktığı bir dönemdir (Durat ve ark. 2007).

Gebelik, kadın hayatını etkileyen son derece değişik bir süreçtir. Özellikle ilk gebelik, kadın yaşamının en önemli krizlerinden biridir; bir fiziksel durumdan diğerine, bir çiftten bir aile olmaya geçiştir. Eşlerin ikisi için de birçok değişikliğin olduğu, farklı hislerin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönem boyunca ve sonrasında meydana gelebilecek fiziksel, sosyal ve psikolojik değişimler çiftlerin cinsel yaşamlarında olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Acar ve Taşkın 2009, Naim ve Bhutto 2000, Gökyıldız 2001).

Gebelik genellikle bir cinsel ilişkinin sonucunda oluşmasına karşın, kadının cinselliği bu dönemde unutulur. Genellikle çiftlere gebeliğin son 6-8. haftalarında cinsel ilişkiden kaçınmaları ve bebeğin doğumundan sonraki bir dönemde başlamaları söylenmekte ve cinsel aktiviteden kaçınmanın annenin rahatına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Teorik olarak enfeksiyon, erken doğum ve erken membran rüptürünün önleneyeceği düşünülürken pratikte bu endişeler asılsız gibi görülmektedir. Gebeliğin değişik evrelerinde cinsel yaşamda farklılıklar olabilir ancak sağlıklı bir gebelikte cinsel aktivitenin kısıtlanması gerekli değildir (Efe 2006).

Cinsellik konusu çoğu zaman gebelik ile ilgili bir problem yaşandığında gündeme gelir ve bu durumda genellikle cinselliğin bir süre yasaklanması söz konusu olur (Efe 2006). Yapılan çalışmalarda libidonun gebelik boyunca yükseldiği ancak orgazmın daha az sıklıkla yaşandığı belirtilmiştir (Bello ve ark. 2011). 2. ve 3. trimesterde azalma, postpartum süreçte arttığını gösterir.

Sağlıklı gebe kadınlarda cinsel ilişki genellikle zararsız olarak kabul edilmektedir. Ancak herhangi bir düşük veya preterm doğum tehdidi olduğunda cinsel

ilişkiden kaçınılmalıdır. Vajinal enfeksiyon ve prematürite çalışma grubu prospektif bir çalışmada, yaklaşık 10.000 gebe ile çalışma yapmış ve ilerleyen gebelikte birlikte cinsel ilişki sıklığında önemli bir azalma olduğunu saptamışlardır. 36. haftaya gelindiğinde, gebeliğin %72'si, haftada birden az ilişkiye girdiğini bildirmiştir. Bartellas ve arkadaşları (2000) ise, bu durumun %58 azalmış cinsel isteğe ve %48 bebeğe zarar verme korkusuna bağlı olduğunu bildirmiştir (Bartellas ve ark. 2000, Schorge ve ark. 2010).

Gebeliğin geç dönemlerinde cinsel ilişkiye girilmesi zararlı bulunmamıştır. Sayle ve ark. (2001), gebeliğin son iki haftasındaki cinsel ilişkinin doğum riskini arttırmadığını bulmuşlardır. Tan ve ark. (2007) elektif doğum indüksiyonu planlanan gebeleri değerlendirmiş ve cinsel ilişkiye giren ve girmeyen gebelerin yarısında eylemin spontan başladığını bulmuşlardır (Sayle ve ark. 2001, Tan ve ark. 2007, Schorge ve ark. 2010).

Gebelikte oral vajinal cinsel ilişki zararlı olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda gebeliğin geç döneminde yapılan oral seks sırasında, vajinaya hava üflenmesi sonucu, hava embolisi gelişen ve ölümle sonuçlanan bir olgu bildirilmiştir (Schorge ve ark. 2010).

Gebelikte cinsel işlev siklusunda değişiklikler olur. Konsepsiyondan sonra vasküler ve glandüler yapılarıdaki artış nedeniyle meme guddesi büyür ve hassaslaşır. Birinci trimesterde, multipar kadın uyarıldığında, memelerde vazokonjesyon, gebelik öncesinden daha fazla belirginleşir, buna areola ve meme başı hassasiyeti eşlik eder. Gebelik devam ederken memelerde 1/3 oranında ölçü artışına rağmen hassasiyette azalma vardır. Gebe olmayan kadında uyarılma, meme ölçüsü artışına, meme başının sertleşmesine ve areolanın belirginleşmesine neden olurken; bu, gebe kadın için geçerli değildir (Oruç ve ark. 1999, Gökyıldız 2001, Efe 2006).

Gebelikte artan pelvik vaskulerite, cinsel tansiyonda artışa neden olur. Gebelikte cinsel yaşamda ortaya çıkan değişiklikler cinsel işlev siklusunun fazlarına göre incelenmiştir.

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

Uyarılma Fazı: Uyarılma fazında, cinsel uyarı öncesinde gebe kadında artmış vazokonjesyon nedeniyle internal ve eksternal organlarda konjesyon cevabı myotonik yanıtta daha fazladır. Bu cevap I ve II. trimesterler boyunca devam eder. Üçüncü trimesterde artmış vazokonjesiyon nedeniyle labia minörler büyümüştür. Cinsel uyarı olmaksızın gebelikte artmış venöz konjesyon mukoid akıntıyı da arttırır. Bu fazla salgılanma gebeliğin sonuna kadar devam eder. Genel olarak cinsel uyarı sonucu vajinanın nemlenmesi gebelikte daha çok miktarda olur.

Plato Fazı: Plato fazı sırasında, labia minörlerin rengi orgazmla gebelik öncesindeki gibi pembeden kırmızıya değişir.

Orgazm Fazı: Orgazmik faz oldukça değişkendir. Gebelik boyunca vajinanın 1/3 distali ve uterus kontraksiyonları oluşur. Üçüncü trimesterde, özellikle gebeliğin son 4 haftası uterusda düzenli ritmik kontraksiyonlar yerine tonik spazmlar olabilir. Bazen orgazmda ağrı duyulabilir ve birleşmeden sonra da ağrı sürebilir. Vazokonstrüksiyon sırasında dinmez ve rahatsızlık verebilir. Pelvik konjesyon bazı kadınlarda cinsel deneyim ve orgazmı arttırabilir; hatta orgazmı ilk kez gebelikte yaşayanlar vardır.

Resolüsyon (Çözülme) Fazı: Pelvik konjesyon orgazm sırasında tamamen dinmez. Gebelik ilerledikçe genişlemiş damarlardaki kanın geri çekilmesi daha da artar. Bu uzun süren kanlanma sonucu görülen şişlik kadının çevreden bir uyarı almamasına rağmen, uzun süre uyarı duymasına neden olmaktadır (Efe 2006, Gökyıldız 2001).

Gebelikte Cinsel İşlevdeki Değişikliklerin Nedenleri

Gebelik süresince kadında fiziksel ve fizyolojik değişiklikler oluşmaktadır. Gebe bir kadında üretilen progesteron hormonu gebe olmayan bir kadına oranla 10 kat daha fazladır. Gebe bir kadında üretilen östrojen miktarı gebe olmayan bir kadının üç yılda ürettiği miktara eşittir. Gebe kadında dolaşan yüksek seviyedeki progesteron ve östrojen hormonları yumuşak ve düzgün bir tene, parlak saçlara ve gebenin kendini iyi hissetmesine neden olduğu gibi memeler ve cinsel organlardaki değişikliklerle gebe cinsel ilişkiye daha hassas ve duyarlı hale gelir (Mahmoud ve ark. 1995, Efe 2006).

Birinci Trimesterde Cinsellik: Yapılan araştırmalarda kadınların gebeliğin ilk trimesterinde farklı derecede cinsel istek gösterdikleri saptanmıştır. İlk trimesterde kadın gebeliğinin farkında olmadığı için cinsel aktivitede değişiklik olmaz görüşüne zıt olarak cinsel ilişki sıklığında azalma vardır. Bu dönemde gastrik distres, bulantı-kusma,

yorgunluk, uykuya yönelim, genel fiziksel rahatsızlık, meme ve vajinal rahatsızlık libidonun azalmasına yol açan majör faktörlerdir. Bazı gebelerde tikslenme, eşinin normal vücut ve nefes kokularına bile tahammül edemeyecek kadar ileri boyutlarda olabilir. Cinsel ilginin azalması semptomların derecesiyle ilişkilidir. Salgı artışı, fiziksel ve estetik sorunlar fiziksel aktiviteyi sınırlayabilir. Bebeğe zarar verme ve çocuğu düşürme korkusu libidoyu etkilemektedir. Doğum kontrolü gerekmediği için istek artışı olabilir. Birçok spontan abortusu olan kadınlara genellikle I. trimesterde ilişkiden kaçınmaları önerilir (Mahmoud ve ark. 1995, Efe 2006).

İkinci Trimesterde Cinsellik: Cinsel aktivite için en uygun zamandır. Gebenin, gebeliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağladığı dönemdir. Yorgunluk, bulantı-kusma azalır ve pelvik konjesyon artar. Bu trimester gebeliğe uyumun da başladığı dönemdir. Anne adayını artık gebe olduğu gerçeğini ve hayatına getireceği değişiklikleri benimser. Birinci trimesterdeki yakınmalardan kurtulan ve psikolojik olarak gebeliğe uyum sağlayan gebelerde cinsel ilişkiye ilginin arttığı gözlemlenir (Mahmoud ve ark. 1995, Efe 2006).

Üçüncü Trimesterde Cinsellik: Üçüncü trimesterde azalan fiziksel şikayetler bu dönemde uterusun büyümesine paralel olarak farklı bir şekilde tekrar ortaya çıkabilir. Yorgunluk, halsizlik, mide problemleri, solunum sıkıntısı, pelvik ligament ağrıları, sık idrara çıkma, hareketin azalması, memelerden süt gelmesi gibi belirtiler, cinsel ilişki ve orgazm sırasında ortaya çıkan güçlü uterus kasılmaları libidonun azalmasına, anne adayının cinselliği ikinci plana atmasına neden olabilir. Beklenen doğum tarihi yaklaştıkça enfeksiyon korkusu, doğumda ağrı duyma korkusu ve anormal bir durum olacağı korkusu gibi faktörler eklenir. Bazı kişiler gebeliğin geç döneminde koitusun erken doğuma neden olacağını düşünür (Mahmoud ve ark. 1995, Efe 2006).

Hekimler tarafından yapılan öneriler de gebelikte cinsel ilişkiyi etkileyen faktörlerdir. Gebelikte cinsel aktiviteye yönelik farklı öneriler vardır. Masters ve Johnson çalışmasında, 111 kadından 77'si hekimler tarafından son trimesterde cinsel ilişkiden kaçınılması konusunda uyarıldığı belirtilmiştir. Bu hekimlerin bazıları gebeliğin son üç ayında, bazıları ise son bir ayında cinsel ilişkiyi yasaklamıştır (Gökyıldız 2001, Efe 2006). Solberg'in çalışmasında 260 kadının %29'una beklenen doğum tarihinden 2-8 hafta öncesinde doktorlar tarafından koitustan kaçınmaları söylenmiştir. Bu gebe kadınların sadece %10'u koitus için önerilen, daha rahat olabilen

pozisyonları uygulamıştır. Doktorların %5'i yan yana veya arka giriş pozisyonları önermiştir. Falicov'un çalışmasında 19 kadından 5'ine doğumdan 6-7 hafta öncesinde koital aktiviteyi bırakmaları söylenmiştir. Holtzman'ın çalışmalarındaki kadınların %60'ına hiçbir tıbbi cinsel öneri yapılmadığını, bir kısmına ise minimal seviyede bilgi verildiğini açıklamıştır. Koitusa ara vermenin diğer bir nedeni de tıp dışı kişilerin yaptığı öneriler ve gebeliğin herhangi bir döneminde (genellikle I. ve III. trimesterde) oluşan kanamalar olabilir (Mahmoud ve ark. 1995, Gökyıldız 2001, Efe 2006).

2.1.2. Postpartum Dönemde Cinsellik

Postpartum dönemde pek çok çift cinselliğe başlamada sorun yaşamaktadır. Kadınlar doğum sonu dönemde gebelik öncesine göre daha fazla oranda cinsel sorun yaşamaktadırlar. Gebelik öncesi sorun yaşadığını belirten kadınların doğum sonunda da cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Literatür gözden geçirildiğinde postpartum periyotta cinsel arzuda, cinsel ilişki sıklığında ve cinsel memnuniyet seviyesindeki azalmaların birçok nedeni olacağı görülmüştür. Nedenler arasında kadının sosyal rollerindeki değişiklikler (çalışma rolü, annelik rolü gibi), evlilik memnuniyeti, yorgunluk ve gerginlik, emzirme, doğum şekli, doğum sonu perineal hasar gibi fizyolojik değişiklikler ve duygu durumu ilgilendiren beden imajını algılama gibi birçok faktör bulunmaktadır (De Judicibus ve Mc Cabe 2002).

Doğum sonrası cinsel ilişki ve cinsel birleşmenin ne zaman olacağı toplumdan topluma göre değişiklik göstermektedir. İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde doğum sonrası dönemde eşlerin cinsel ilişkiye yeniden başlama zamanı kısa bir süreden birkaç aya kadar değişmektedir (Barrett ve ark. 2000). Yapılan çalışmalarda postpartum dönemde kadınların cinsel ilişkiye en erken postpartum 6.-7. haftada başladıkları saptanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, postpartum 8. haftada kadınların %71'i, 10. haftada %90'ı cinsel ilişkiye başlamaktadır (Durat ve ark. 2007). Ülkemizde de postpartum dönemde cinsel ilişkiye başlama postpartum 40. günden sonradır (İncesu 2006). Bu sonucun ülkemizde sağlık çalışanlarının doğum yapan kadınlara özellikle altı hafta sonra cinsel ilişkiye başlamalarını önermeleri ile ilgili olabileceği düşünülmektedir (Karaçam 2008).

2.2. Beden İmajı

Beden imajı, kişinin kendi bedeninin parçalarına ve onların işlevlerine karşı olumlu ya da olumsuz duygularının kendisi tarafından algılanması, bedenin benliğe

görünen biçimidir. Başka bir deyişle beden imajı, kendi bedenimizin zihnimizde canlandırdığımız resmidir (Özorhan 2012, Salter 2000, Oz 2010). Beden imajı, yaşam süreci içinde fiziksel ve mental sağlık ile benlik değerinin önemli bir faktörü olarak yapılır ve etkisi çok geniştir (Yörükoğlu 2003, Özorhan 2012). Ayrıca beden imajı bilişsel büyüme ve fiziksel gelişimden etkilenmekte, yaşamın değişik dönemlerinde beden imajını algılama durumu değişmektedir (CSÜS el kitabı 2005, Timby ve Smith 2005, Özorhan 2012). Bireyin yaşı ne olursa olsun beden imajı normal büyüme ve gelişme dönemleri dışında hastalık, gebelik, yaralanma, ameliyat ve doğum gibi birçok nedenle değişebilir (Oz 2010). Böyle bir durumda bedendeki değişiklik küçük ya da büyük olsun bireyin dikkati etkilenen beden bölgesine çekilir ve beden o an ki görünümü algılaması ile zihninde vücudu ile oluşturduğu tablo arasında uyumsuzluk ortaya çıkar (Taşkın ve Kukulu 2011).

2.2.1. Gebelik Döneminde Beden İmajı

Beden imajı kadınlarda adölesan, gebelik, postpartum ve menapoz gibi değişik yaşam evrelerinde fizyolojik olarak değişmektedir. Bu süreçler normal olmasına rağmen beden imajını algılama ile ilgili sorunlar yaşanmaktadır (Coşkuner 2003).

Gebelik bireyin bedeninde değişikliklere yola açar ve bu değişikliklere bireyin kendisinin ya da partnerinin gösterdiği tepkiler, kadının beden imajını büyük ölçüde etkiler (Reis 2003). İlk trimestirde gebenin bedeninde değişimler başlar ve bu değişimler yavaş yavaş geliştiği için ilk bakışta beden imajını etkileyecek bir faktör yok gibi görünür. Süreç ilerledikçe bu değişimler gebeyi ya olumu ya da olumsuz yönde etkileyecektir.

II. trimesterde kadının karnı büyür, beli kalınlaşır, memelerde değişimler meydana gelir, kilo artışı gibi kadının bedeninde hızlı ve yoğun değişimler meydana gelir. Meydana gelen değişiklikler kadının kendisini farklı algılamasına, beceriksiz, hantal, sakar, çirkin, cazibesiz hissetmesine neden olabilir. Bu değişimler sonucu kadının kendine güven duygusu ve benlik saygısı azalabilir ve beden imajı olumsuz yönde etkilenebilir (Özorhan 2012). Kişilerin beden imgesi ve benlik saygısı ile cinsel kimliği arasında güçlü bir bağ vardır. Her birey cinsel bir eş olarak kendini çekici hissetme gereksinimi duyar. Erkek ya da kadının cinsel benlik imajı, fiziksel olarak kendini çekici hissetme, eşinin şefkat, sıcaklık, yumuşaklık gibi duygusal

gereksinimlerini doyurabilme ve sevmeye becerilerinin bir bütününden oluşur (Reis 2003).

Beden imajı sadece fiziksel görüntü, psikososyal yön ile alakalı olmayıp cinsel yönü de olan bir durumdur. Yani belirli durumsal şartlardaki beden imajı deneyimlerini incelemek tamamlayıcı bir bakış açısı kazandırır (Cash ve ark. 2004). Yapılan çalışmalarda beden imajını algılama ve memnun olma durumunun cinsel yaşamdaki kaliteden ayırt edilemeyeceği yönündedir (Wiederman 2002). Literatür gözden geçirildiğinde gebelik döneminde özellikle 3. trimesterde gebelerin %75'inde cinsel arzu azalmıştır. Ayrıca yine 3. trimesterde primigravidaların %83 veya %100'ü cinsel ilişki sıklığında azalma olduğunu rapor etmişlerdir. Bu nedenle özellikle gebeliğin 3. trimesterinde ve postpartum dönemdeki kadınların cinsel ilişki esnasındaki beden algılarını incelemek önem kazanmıştır (De Judicibus ve Mc Cabe 2002).

2.2.2. Cinsellik Esnasında Beden İmajı

Beden imajı vücudumuzu duygu ve düşüncelerimizle zihnimizde nasıl resimlediğimiz anlamına gelmektedir. Sadece fiziksel algılama olarak görünmesine rağmen psikolojik ve sosyal yönden kendimizi nasıl hissettiğimizle de alakalıdır (Erbil ve ark. 2012).

Genellikle kadın organlarının somutlaştırılması ve değerlendirilmesi cinsel sorunlar ile ilişkili vücut memnuniyetsizliğine yol açabilir. Gebelik ve postpartum dönem ise kadınların cinsel organlarının fazlasıyla somutlaştırıldığı ve doğum odaklı işlevselliğinin ön planda tutulduğu bir dönemdir (Cash ve ark. 2004).

Beden algısı (deneyim, tutum, duygu kavramları yönünden) düşük, beden imajından hoşlanmayan kadınların, cinsel olarak daha sık kaçınma ve dokunma sorunu yaşadığı bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada bedensel hoşnutsuzluğu nedeniyle, cinsel ilişki esnasında beden imajı ile ilgili aşırı farkındalık durumunda olan kadınların, kendilerine daha az güvendikleri ve daha sık cinsel ilişkiden kaçınma sergiledikleri gösterilmiştir (Wiederman 2002).

Beden imajından memnun olmayan kişiler kendilerini beğenmedikleri için cinsel birlikteliği (cinsel ilişkiyi) daha fazla engellemekte ve cinsellikle ilgili daha fazla sorun yaşamak eğilimindedirler. Bu kişilerin cinsel deneyimleri daha sınırlı olmaktadır (Cash ve ark. 2004).

2.2.3. Postpartum Dönemde Beden İmajı

Gebelik ve postpartum dönem kadın hayatında genellikle çalkantılı değişimlerin olduğu dönemler olarak görülmektedir. Bu dönemlerde kadınların vücut şekli ve boyutunda dramatik değişiklikler meydana gelmektedir. Postpartum dönemde oluşan bu beden değişiklikleri gebelikten önceki vücut kitle indeksi, demografik ve psikososyal özellikler ve emzirme gibi birçok faktörle ilişkilidir (Erbil ve ark. 2012, Gjerdingen ve ark. 2009).

Postpartum dönemde, kadınların çoğunluğu olumsuz vücut şekli ve boyutundan yakınıp olumsuz beden imgesi algısına sahip olabilirler. Literatürde postpartum dönemdeki kadınların vücut memnuniyetinin gebelik öncesindeki düzeylerinden daha düşük olduğu belirtilmektedir. Postpartum dönemde vücut şeklinden daha fazla memnuniyetsizlik yaşayıp, bu duruma saplantılı olan kişilerde emzirme oranı daha az bulunmuştur (Rallis ve ark. 2007, Erbil ve ark. 2012).

Postpartum dönemde kilo artışı genellikle kısa sürede kendi gebelik öncesi kilosuna geri dönmek isteyen kadınlar için önemli bir beslenme sorunudur ve beden imajı algısını gebelik öncesinden daha olumsuz etkileyebilir. Türkiye’de doğum sonrası dönemde tatlı yiyecek ve içecekler tüketmenin anne sütü üretimini arttırdığına inanılır ve anneler bunun için teşvik edilir. Doğum sonu dönemde kadınların birçoğu kilo alır ve bu kilo kalıcı olduğunda beden imajı ile ilgili sorun oluşur (Geçkil ve ark. 2009, Erbil ve ark. 2012).

Negatif postpartum beden imajı, düşük benlik saygısı ve doğum sonrası depresyon gibi diğer olumsuz duygusal ve sosyal etkilerin gelişmesine de katkıda bulunabilir. Buna ek olarak emziren bir kişinin olumsuz postpartum beden imajı nedeniyle diyetinde değişiklikler yapması, beslenmesi anneye bağımlı olan bebek için zararlı olabilir. Bu tür değişiklikler, aynı zamanda depresyon ve doğum sonrası dönemde gerekli besin ve kalori eksikliği vücut fonksiyonu değişikliklerine katkıda bulunabilir (Evans 2008, Erbil ve ark. 2012).

2.3. Pelvik Taban

Pelvik tabanın miksiyon, defekasyon, koitus ve doğum gibi çok önemli yaşamsal fonksiyonları vardır. Bu fonksiyonlar kemik dokusu, bağ dokusu ve kas dokusundan oluşan normal anatomik yapıların varlığı ve bunların innervasyonunu sağlayan santral ve periferik sinir sisteminin sağlıklı çalışması ile mümkündür. Pelvik organlar, pubik

kemikler, kaslar ve bağ dokusu ile yaptıkları bağlar ile destek alırlar ve santral, periferik sinirlerle kontrol edilirler. Pelvik taban terimi, sadece levator kaslarını değil, pelvik kavitede desteğe katılan tüm yapıları içermektedir. Pelvik taban, pelvik organlara müsküler kasılma ile aktif, fasya ve ligamentler ile pasif destek sağlar. Pelvik taban yetmezliği denilen pelvik tabanın fonksiyonlarının bozulması ile pelvik organ prolapsusları, üriner inkontinans, fekal inkontinans ve seksüel disfonksiyon ve kronik pelvik ağrı sendromları ortaya çıkmaktadır (Gibbs ve ark. 2010).

Pelvik taban disfonksiyonu (PTD) geniş bir klinik yelpazedir. Pelvik taban disfonksiyonu kadınlarda en sıklıkla görülen ve çoğu kadını etkileyen idrar kaçırma (Üriner inkontinans-Üİ), dışkı kaçırma (Fekal inkontinans-Fİ) ve pelvik organ prolapsusunu (POP) içerir. Literatürde kronik pelvik ağrının da (KPA) bu klinik yelpaze kapsamına girdiği belirtilmektedir (Gibbs ve ark. 2010).

2.3.1. Üriner İnkontinans

Üriner inkontinans (Üİ); Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmaktadır (Gibbs ve ark. 2010, Abrams ve ark. 2002, Demirci ve ark. 2012). Üİ sık görülen bir problem olup yaşam kalitesini etkilemektedir. İdrar kaçırmak insanlar tarafından kabul edilmesi zor bir durum olarak görüldüğü için yapılan çalışmaları sınırlamakta ve dolayısı ile bu sıkıntı verici sorunun gerçekte ne kadar çok kişi tarafından yaşandığı saptanamamaktadır (Dikencik 2003, Demirci ve ark. 2012).

Dünya’da 200 milyondan fazla bireyin inkontinans sorunu yaşadığı ve bunların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bilinmektedir (Norton ve Brubaker 2006). Üriner inkontinans aynı yaş aralığındaki erkeklere göre kadınlarda 4 kat daha sık görülür. Kadınlarda bilinen üriner inkontinans prevalansı %5 ile %69 arasında değişiklik göstermekle birlikte Türkiye’de üriner inkontinans prevalansı %16,4 ile %49,7 arasında değişiklik göstermektedir. Demirci ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada, ortalama her dört kadından birinde (%26,6) Üİ olduğu saptanmıştır. Bu yaygınlık oranları çalışmanın şekli, üriner inkontinansın tanımlanması ve çalışmanın gerçekleştiği örneklem şekline göre değişiklik gösterebilmektedir (Buckley ve Lapitan 2008, Demirci ve ark. 2012).

Üriner inkontinansın fizyopatolojisi multifaktöriyeldir. Gelişiminde yaş, parite, doğumda esnesında pelvik tabanda meydana gelen travmalar, diyabetes mellitus,

obezite, sigara kullanımı, kronik öksürük, kabızlık, prolapsus, postmenopozal hypoöstrojenizm, ilaç kullanımı (öneğin diüretik), tuvalet alışkanlıkları gibi pek çok risk faktörü belirtilmiştir (Beji ve ark. 2002).

Üriner inkontinans çeşitleri farklı şekillerde sınıflandırılabilir ancak ana türleri stres, urge ve kombine olabilir. Stres Üriner İnkontinans (SÜİ); egzersiz, koşma, öksürme gibi efor gerektiren durumlarda istemsiz idrar kaçırma şikayeti durumudur. Urge üriner inkontinans idrar hissi gelir gelmez olan istemsiz idrar kaçırma şikâyeti durumudur. Şayet inkontinans; ürodinamik testlerde mesanenin dolması sırasında artmış detrüör basıncına bağlı olarak saptanır ise tanı inkontinans ile beraber detrüör aşırı aktivitesi durumudur. Bazı kadınlarda idrara gitme sıklığında artma, noktüri ve acil idrar hissi olduğu halde idrar kaçırması olmaz. Bu durumda bu olgular için aşırı aktif mesane tabirinin kullanılması daha doğrudur. Kombine inkontinans aynı hastada stres ve urge inkontinansın birlikte olması durumudur (Gibbs ve ark. 2010).

Üİ, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, tıbbi olduğu kadar sosyal bir problemdir. Yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da devamlı ıslak olma ve irritasyona bağlı rahatsızlık, bireye sıkıntı veren, yetersizlik duygusu hissettiren bir durumdur ve depresyona kadar varan emosyonel sorunlara neden olmaktadır (Dikencik 2003).

Üriner inkontinanslı hastaların bakım ve tedavisindeki amaç kişilerin tekrar idrar tutabilir hale gelmesini (kontinansı) sağlamaktır. Kontinansı sağlamada kullanılan tedaviler; cerrahi tedavi, ilaç tedavisi ve davranışsal tedavidir. Hastayla birlikte tüm tedavi seçenekleri, riskleri ve muhtemel sonuçları detaylı bir şekilde tartışılmalı ve buna göre seçim yapılması sağlanmalıdır (Gibbs ve ark. 2010).

2.3.2. Fekal İnkontinans

Fekal inkontinans (Fİ), sıvı veya katı dışkının uygun sosyal zaman ve uygun ortam bulunana kadar dışarı atılmasını geciktirmede yetersizlik olarak tanımlanır. Anal inkontinans sosyal olarak utanç verici bir durum olan gaz çıkarmanın ertelenmesindeki yetersizliktir. Fİ'nin toplum bazlı prevalansı %1,4 ile %2,2 olarak rapor edilmiştir. Fİ'nin prevalansı yaşla beraber doğrusal bir artış gösterir (Dedeli 2006).

Anlamlı bağımsız risk faktörleri yaş, depresyon, vajinal doğum sayısı, operatif vajinal doğum hikayesidir. Genel jinekolojik muayene için başvuran kadınlar arasında anal inkontinans prevalansı, yakın zamanda yapılan ve semptomların sorulduğu bir

çalışmada daha yüksek bulunmuştur. Genel jinekolojik muayene için başvuran 457 kişilik bir kadın grubunda anal inkontinansın şikayet edenlerin bütünüyle oranı %28,4 olarak bulunmuştur. Dramatik olarak yüksek olumlu cevap elde edilen bu çalışmada anketin tipi veya jinekoloğuna bilgi veren hastaların bulunduğu ortamın konforunun etkili olup olmadığı belirsizdir. Bu çalışma, anal inkontinansın birçok kadın için sessiz bir üzüntü kaynağı olabileceği sorusunu akla getirmektedir (Gibbs ve ark. 2010).

Fİ diğer pelvik taban bozukluğu olan kadınlarda belirgin olarak daha sıktır; üriner inkontinansı ve/veya pelvik organ prolapsusu olan kadınların %7 ile %30'unda Fİ mevcuttur. Hem Üİ hem de Fİ'nin beraber bulunması dual ya da double inkontinans olarak bilinmektedir (Dedeli 2006).

Bir vajinal doğum sonrasında kadınların yaklaşık %10'unda barsak alışkanlığında bazı değişiklikler olduğu için, postpartum 6. haftadaki kontrolde açık uçlu sorular sorarak, gaz veya fekal inkontinansı ve ani defekasyon hissi olup olmadığı irdelenmelidir. Diğer yüksek riskli gruba, yani pelvik taban bozukluğu olan ve 65 yaş üstü kadınlara ise barsak depolama ve boşaltımı açısından ek sorular yöneltilmelidir (Gibbs ve ark. 2010).

2.3.3. Pelvik Organ Sarkması

Pelvik Organ Prolapsusu (POP) kadınları etkileyen ve 4500 yıl önceki tıbbi kayıtlarda da rastlanılan bir sorundur. Bazen tamamen mekanik bir olay olarak bahsedilmesine rağmen önemli fonksiyonel problemlere de neden olmaktadır. SÜİ, miksiyon ve defekasyon güçlüklerinin tümü prolapsusla ilişkilidir. Bu fonksiyonel bozukluklar sadece mesane ve rektumun desteklenmesindeki değişikliklerin sonucunda ortaya çıkmaz, üriner ve gastrointestinal sistemlerin innervasyonu ve kasları ile de ilişkilidir (Gibbs ve ark. 2010).

POP, levator ani kası ve sinirinin hasar görmesi, kas tonusunun ve gücünün (Tip1, yavaş kasılan) azalması, kas kullanım bozukluğuna bağlı olarak doku üzerine olan yüklenmenin artması, bağ dokunun gerilerek zamanla yırtılması ve defektin olduğu yere bağlı olarak ön arka ve apikal prolapsus oluşmasıdır (Schorge ve ark. 2010).

Görülme hızı yaşla artış gösteren POP günümüzde milyonlarca kadını etkilemektedir ve en sık cerrahi gerektiren pelvik taban hastalığıdır. ABD'de POP yılda

200.000 ameliyattan sorumludur. POP cerrahisine yaşın etkisi, sağlık hizmeti veren kuruluşlara başvuran hastalar arasında araştırılmıştır. Olsen, Kaiser Permanente Northwest Sağlık Hizmet Kuruluşu'na üye olan 25 yaşın üzerindeki 149.554 kadından 384'üne 1 yıl içinde POP, Üİ veya her ikisi için cerrahi tedavi uygulandığını bulmuştur. Bir kadının 80 yaşına geldiğinde prolapsus ya da üriner inkontinans cerrahisi geğirme riski %11'dir ki bunun üçte birini tekrar yapılan ameliyatlar oluşturur. POP için tekrarlama riski %29'lara ulaşabilmektedir. Popölasyon yaşlandıkça POP gibi hayat kalitesini düşüren durumlara sağlık kurumlarında daha fazla önem verilmelidir (Gibbs ve ark. 2010).

POP, multifaktöriyel etiyoloji gösteren karmaşık bir hastalık sürecidir. Prolapsus risk faktörleri arasında ileri yaş, gebelik, vajinal doğum, menopoz, karın içi basıncın kronik yüksekliği ve pelvis tabanındaki kasların zayıflığı yer alır (Gibbs ve ark. 2010).

2.3.4. Kronik Pelvik Ağrı

Kronik pelvik ağrının (KPA)'nın genel kabul görmüş bir tanımı olmamakla beraber, sürekli veya aralıklı olarak en az 6 ay veya daha uzun süredir devam eden, anatomik bölge olarak alt abdomen ve pelvise lokalize, menstruasyon, gebelik ya da cinsel ilişki ile bağlantılı olmayan yaşam kalitesini bozan, medikal yardıma ihtiyağ hissettirecek kadar şiddetli ağrıdır (Gunter 2003, Kroon ve Reginald 2005, Moore ve Kennedy 2000, ACOG 2004, Howard 2003a, Howard 2003b).

KPA ayaktan jinekologa gelen tüm hastaların %10'unun başvuru nedenidir ve laparoskopilerin yaklaşık %40'ı ve histerektomilerin %10-15'i bu nedenle yapılmaktadır (Howard 2003b, Reiter ve Gambone 1990).

KPA sıklığı belirlemede günümüze dek geçen sürede en kapsamlı araştırma 1996'da Mathias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 5263 kadın telefon görüşmeleriyle sorgulanmış ve KPA prevalansı %14,7 olarak bildirilmiştir. Buna göre Amerika'da yaklaşık 9.2 milyon kronik pelvik ağrı şikayeti olan kadın vardır. Bu kronik problem ciddi ekonomik yüke de sebep olmaktadır. KPA tedavisi ABD'ye yıllık 2,8 milyon dolara mal olmaktadır. Tanı alışmaları, cerrahi girişimler, hastanede yatma ve işten uzaklaşılan günler nedeniyle uğranan zarar da hesaplanırsa bu rakam yaklaşık 555 milyon dolara yükselmektedir (Mathias 1996).

Başka bir araştırmada yine ABD’de Jamieson ve Steege tarafından yapılmıştır. Bu araştırmanın sonuçları ise şöyledir;

a) Birinci basamak sağlık birimlerine başvuran kadınların %39’u pelvik ağrıdan şikâyet etmektedir.

b) Jinekologa başvurma yakınmalarının %10’unu KPA oluşturmaktadır.

c) 18-45 yaş arası kadın doğum ve aile hekimliği bekleme odalarında 581 kadın sorgulanmış ve %39’unda kronik pelvik ağrı saptanmıştır ki; bunların, %20’sinde yılda 1’den fazla ağrı atağı, %14’ünde sınırlı ev aktivitesi, %12’sinde sürekli ilaç kullanımı, %11’inde sınırlı cinsel aktivite, %4’ünde iş gücü kaybı olduğu saptanmıştır (Jamieson ve Steege 1996).

Zondervan ve ark.’nın yaptığı bir çalışmada 15-73 yaş arası kadınlarda görülen tüm hastalıklar göz önüne alındığında KPA %3,8 gibi bir oranla, migren (%2,1) ve astım (%3,7)’dan bile daha sıktır. Aynı çalışmaya göre reproduktif çağıdaki kadınlarda jinekolojik yakınmalar arasında KPA yakınması %12-39 oranında değişmektedir (Zondervan ve ark. 2001).

Latthe ve ark. dünya genelinde kadınlarda KPA sıklığının %2,1 - %24 arasında değiştiğini bildirmektedirler (Latthe ve ark. 2006). Türkiye’de ise KPA prevalansı ile ilgili bir çalışmaya rastlanamamıştır.

KPA yakınması olan olguların demografik özelliklerine bakıldığında en sık görülen yaş gurubu 27-29 yaş olup, ortalama semptomların devam süreleri 2.5 yıldır. Reprodüktif çağda daha sık olmakla beraber anlamlı risk faktörü tanımlanamamıştır (Reiter ve Gambone 1990).

Etnik köken, gebelik sayısı, sosyoekonomik statü, parite, elektif abortus hızı, ortalama eğitim süresi bakımından aynı yaştaki ağrısız kadınlara göre anlamlı farklılık saptanamamıştır (Zondervan ve ark. 2001, Mathias 1996).

KPA, bir hastalık değil, bir semptom ya da semptom grubu olarak kabul edilmektedir. Kadınlarda KPA etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber genital ve üriner sistem, gastrointestinal sistem, kas iskelet sistemi ve psikonörolojik sistem patolojileri suçlanmaktadır. Etiyolojisinin tam açıklanamaması, sıklıkla psikiyatrik hastalıklarla birlikte olması, kronik pelvik ağrısı olan kadınların yaklaşık üçte birinde organik bir patolojinin bulunamaması nedeniyle tanı konulamaması ve kadınların bu

ağrıyı yaşamlarının bir parçası olarak kabul etmeleri gibi nedenlerle KPA sıklığının doğru bir şekilde saptanması zordur (Gökyıldız 2008).

KPA'nın klinikte en sık rastlanan jinekolojik nedenleri şunlardır;

- Düzey A (Belirgin bilimsel kanıt)
 - Endometriyozis
 - Pelvik enflamatuvar hastalık
 - Pelvik relaksasyon ve/veya prolapsus
 - Jinekolojik kanserler
 - Ovaryen retansiyon sendromu
 - Pelvik konjesyon sendromu
 - Tüberküloz salpenjiti
- Düzey B (Kısıtlı kanıt)
 - Adezyonlar
 - Bening kistik mezotelyoma
 - Uterin myomlar
 - Postoperatif peritoneal kistler
- Düzey C (Uzman g r   )
 - Adenomyozis
 - Servikal stenoz
 - Endometriyal veya servikal polipler
 - R  A
 - Ovulatuvar ağrı

KPA'nın en sık rastlanan üriner ve gastrointestinal sistem nedenleri ise intertisyel sistit, üretral sendrom, detrüsör - sfinkter dissinerjisi, kronik idrar yolu enfeksiyonu, ta  /  rolityazis, üretral divertikül, barsak obstrüksiyonları ve konstipasyondur (Minassian ve Woodland 2009).

KPA, kadınların i  verimlerinin azalmasına ve evliliklerinde sorunlar yaşamlarına, istenmeyen ve ba arsız tıbbi uygulamalara yol açarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Sıklıkla depresyon, anksiyete ve somatizasyon gibi psikiyatrik hastalıklarla birlikte bulunduğu bilinmektedir. Anksiyete, benliğin homeostatik işlevi olan ve tehlikeyi algılayan bir tepkisi olarak tanımlanır. Yapılan bazı

çalışmalarda KPA'nın anksiyete düzeyini arttırdığı rapor edilmektedir (Koyuncu ve ark. 2012)

KPA, hastaların yaşam kalitesini yüksek oranda etkileyen yaygın bir problemdir. Hastalar hem ev hem de işyerlerinde işlevlerini yerine getirme ile ilgili endişe ve korku yaşarlar (Gökyıldız 2008). Tanı koymada pelvik USG, pelvik ve spinal MRI ve laboratuvar testleri gerekir. Fonksiyonel yetersizliklere yol açarsa medikal veya cerrahi tedavi gerekir. Bunların yanında alternatif tedavi seçenekleri de (akapunktur, terapi) tedavi de yer almaktadır (Minassian ve Woodland 2009). Kronik ağrı her zaman iyileştirilememesine rağmen hastaların normal veya normale yakın seviyede fonksiyonlarını devam ettirmeleri ve daha kaliteli bir yaşam sürmeleri sağlanabilir. Non-steroidal antiinflatuvar ilaçlar, steroidler, benzodiazepinler, antidepresanlar, alfa blokerler, lokal anestetikler ve GABA ve N-Metil D- Aspartat reseptör agonistleri bu amaçla kullanılmaktadır (Gökyıldız 2008).

2.3.5. Gebeliğin Pelvik Taban Fonksiyonları Üzerine Etkisi

Pelvik bütünlüğü sağlayan en önemli faktör, pelvis kasları ve endopelvik fasyadır. Her ne kadar pelvik bütünlüğün bozulmasında intraabdominal basıncın artmasıyla seyreden kronik öksürük, obezite, kabızlık ve KOAH gibi hastalıkların yanı sıra histerektomi, ırk ve yaş sorumlu tutulsa da, risk faktörleri içerisinde en önemlilerinden biri gebelik ve doğumdur. Postpartum inkontinansın gelişimindeki risk faktörleri; vajinal doğum, doğumda enstrüman kullanımı, acil sezaryen, epidural anestezi, perineal laserasyon, obstetrik genital fistül'dür.

Gebelik ve doğum, POP ve Üİ'nin yanı sıra defekasyon bozukluklarına da sebep olur. Defekasyonun kontrolünde ve kontinansın sağlanmasında, kolon ve rektumun nöromuskuler cisimciği ile anal sfinkter arasındaki koordinasyonun bütünlüğü önemli yer tutar. İnternal anal sfinkter ve innervasyonunu, sirküler kas tabakası ve rektum enterik sinir sistemine uyarının iletilmesi, eksternal anal sfinkter kasının pelvik taban kasları özellikle puborektalis kası ile yakın ilişkili olması, puborektal kasın rektum longitudinal kası ve anal kanal kasları ile koordinasyon içerisinde çalışması, bu bütünlüğün sağlanmasında önemli yer tutar. Kontinansın sağlanmasında önemli bir faktör de puborektal kasın kasılması sonucu anorektal açının artması ve bunun da dışkının daha fazla retansiyonuna izin vermesidir (Kumtepe 2009).

Doğum sonrası perinede değişiklikler olmaktadır. Perinenin vajinal doğum sonrası dinlenme ve gerilme esnasındaki pozisyonu, antepartum veya sezaryen sonrası pozisyonuna göre daha aşağı yerleşimdedir ve postpartum 1. haftada kadınların istemli levator ani kası kasılması ile mesane boynunu kaldırabilme gücü daha zayıftır. Her gebelikte aynı durum tekrarlandığından doğum sayısının da POP'da önemli bir risk faktörü olduğuna inanılır. Artmış parite prolapsus için risk faktörüdür, ancak nulliparite mutlak koruyucu etkiye sahip değildir. Kadın Sağlığı İnisiyatifi (WHI) çalışmasında her 5 nullipar kadından birinde prolapsus tespit edilmiştir (Kumtepe 2009).

Yüzyıllardır doğum eylemi normal bir işlev olarak anılmıştır. Ancak sonuçlarına baktığımızda bir takım patolojik durumlarla karşılaşıldığı da gerçektir. Bazı kadınlarda doğumun sonucu olarak doğrudan şiddetli ve harap edici Üİ, Fİ ve POP gelişmektedir. Bu da bize doğumun, doğum şekli ne olursa olsun tamamen normal bir eylem ve fizyolojik bir olay olmadığını göstermektedir (Kumtepe 2009).

Doğum sırasında pelvik taban kaslarının yardımıyla fetüs doğum kanalından bir süreç içerisinde ilerlemekte ve doğum olayı gerçekleşmektedir. Bu süreçte pelvik motor güç fetüsü itmekte önemli rol almaktadır (Kumtepe 2009).

Nulligravida gebe kadınlar nullipar akranlarından daha sık idrar kaçıır. Gerçekte pek çok kesitsel çalışmada gebelik esnasında kadınların %25 ile %75'inin SÜİ tanımladığı ortaya çıkmıştır. Uzun takip süreli birkaç prospektif çalışmadan birisinde Viktrup ve Lose (2001) 305 primiparın %32'sinde gebelik esnasında %7'sinde doğum sonrasında SÜİ geliştiğini postpartum 1. yılda ise bu oranın sadece %3'ünde SÜİ bildirmiştir. Fakat devam eden takipte 5 yıl sonra aynı kadınlarda ilk doğumdan sonra semptomu olmayan kadınların %19'unda, doğumdan 3 ay sonrasında SÜİ görülen kadınların ise %92'sinde SÜİ'nin devam ettiği bildirilmiştir (Viktrup ve Lose 2001).

Gebeliğin bizzat kendisinin mi yoksa vajinal doğumun mu gelişen Üİ'nin sebebi olduğu hala açık değildir. Özellikle genç kadınlarda vajinal doğum, diğer potansiyel nedenler için düzeltme yapıldıktan sonra bir kadının Üİ yaşaması ihtimalini kabaca iki kat arttırır. Yakın zamanda yapılan toplum-temelli bir çalışmada vajinal doğum yapan kadınların orta şiddetli Üİ için yalnız sezaryenle doğurtulan kadınlara oranla (diğer risk faktörleri için düzeltme yapıldıktan sonra) 2.2 kat artmış riske sahip olduğu ve bir kadının tüm çocuklarının sezaryenle doğurtulması durumunda orta veya şiddetli inkontinans riskinin %10'dan %5'e düşeceği bildirilmiştir. Benzer şekilde diğer birçok

çalışma verileri birbiri ile tam uyumlu olmasa da artan parite ve artan Üİ prevanlansı arasındaki bağlantıyı destekler niteliktedir. Daha önce belirtilen toplum temelli çalışmaya benzer şekilde Avusturalyalı kadınlar üzerinde yapılan geniş bir çalışmada Chiarelli ve ark. genç kadınlarda parite ve Üİ'nin güçlü şekilde ilişkili olduğunu bulmuşlardır. SÜİ gelişiminde ki diğer obstetrik değişkenler hakkında (vajinal doğum dışında) çelişkili kanıtlar mevcuttur. Kanıtlanmamış olmakla birlikte bazı çalışmalar uzamış ikinci evre, artmış baş çevresi, yüksek doğum ağırlığı, epidural anestezi ve oksitosin kullanımı ile daha fazla SÜİ bildirmektedir (Chiarelli ve ark. 1999).

Antepartum inkontinans postpartum inkontinansın önemli bir habercisidir denebilir. Dolayısıyla SÜİ semptomu gebelik ve doğumun doğal bir sonucu olarak gözükmemekte ve genellikle sonrasında şiddet olarak azalmakta veya kaybolmaktadır. Fakat geçici postpartum inkontinans gelecekteki kalıcı inkontinans için bir işaret olabilmektedir (Kumtepe 2009).

Gebelik ve doğum üriner ve anal inkontinansın oluşumunda majör faktör olarak bilinir. Fİ'nin gelişiminde etken faktör olarak, direkt anal sfinkter zedelenmesi ve pudental sinirin nöropatisi olmak üzere iki görüş önemli yer tutar. Bunlardan birincisi primiparlarda daha önemli etken faktör olarak düşünülürken, pudental sinir zedelenmesi daha çok multipar kadınlardaki zedelenmenin etkenidir. Pudental sinir hasarı özellikle vajinal doğumlarda kaçınılmazdır. Ancak sezaryende tam koruyucu değildir. Özellikle sezaryen servikal dilatasyon 8 cm ve üzeri olan gebelerde yapılmışsa sinir hasarının göstergesi olarak tanımlanan motor birim ileti süresi daha fazla uzamış olarak bulunmuştur (Kumtepe 2009).

Birçok çalışma anal sfinkterin bütünlüğünde ilk doğum sonrasında %35-41 oranında hasarlanma olduğunu göstermiştir. Bunların birçoğu asemptomatiktir ve ömür boyu böyle kalır. Ancak azımsanmayacak bir kısımda da hasara inkontinans eşlik eder. Van Brummen 487 kadının ilk doğumu sonrasında 12. ayda inkontinans oranını %2,6 olarak bildirmiştir. Yakın zamanda yapılan çalışmalar gizli sfinkter hasarının hayatın ilerleyen yıllarında önemli bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. Klinik, ultrasonografik, manometrik ve elektrofizyolojik ölçümler yapılarak 202 kadının doğum öncesi ve doğumu takip eden 6. hafta ve 6. aydaki değerlendirmelerinde, primipar kadınların %35'inde anal sfinkter hasarı olduğu ancak bunların %3'ünün klinik bulgu verdiği belirtilmiştir. Sfinkter defektinin en yaygın olduğu doğum şeklinin forsepsle

doğum olduğu bildirilirken sezaryen ile doğumda hasar bildirilmemiştir. Önceki gebelikte sfinkter yırtığı gizli olsa dahi, sonraki gebelikte oluşacak yırtığın ve Fİ'nin habercisi olabilir (Van Brummen ve ark. 2006).

Tartışılan bir diğer önemli nokta da epizyotominin oluşacak olan inkontinansa karşı koruyucu olup olmayacağıdır. Mevcut çalışmalar koruyuculuğunun olmadığı yönündedir. Aksine orta hat epizyotomisinin sfinkter hasarıyla yüksek oranda ilişkisi kuşku uyandırmaktadır. Fakat çoğu çalışmada Fİ için bağımsız bir risk faktörü olarak gözükmemektedir. Bilinen sfinkter yırtığı olan kadınlarda Fİ'nin prevalansını farklı postpartum zaman aralıklarıyla değerlendiren çalışmalar, gaz inkontinansının %17 ila %59 ve sıvı veya katı inkontinansının %3 ila %27 oranında bulunduğunu göstermiştir (Kumtepe 2009).

Elektrofizyolojik çalışmalar pudental sinir hasarı oranının, vajinal doğum sonrası %42 kadar olduğunu ancak çoğu vakada bu durumun asemptomatik seyrettiğini ve %60'ında hasarın iki ay içerisinde iyileştiğini göstermiştir. Ayrıca hayatın ilerleyen yıllarında gebelik ve doğuma bağlı anal sfinkter iyileşse de inkontinansın devam ettiği bilinmektedir. Fİ'nin, sezaryenle vajinal doğum sonrasındaki farkını araştıran çalışmalara bakacak olursak Abramowitz tarafından 2000 yılında yürütülen çalışmada ardışık olarak doğurtulan 259 kadının sezaryenle doğum yapan 31'inden hiçbirinde Fİ bildirilmezken, vajinal doğum yapanlarda primipar veya multipar olmasına göre değişmeksizin %14 eksternal, %1,7 internal ve %1 de her iki sfinkterde olmak üzere %16,7 oranında defekt görülmüştür (Abramowitz ve ark. 2000).

Gebelik ve doğumun pelvik taban fonksiyonları üzerine olan etkisi çok önemlidir. Çocuk doğurma genç ve orta yaşlı kadınlar için inkontinans açısından bilinen bir risk faktörüdür. Üİ prevalansının gebelik ve doğum sonrasında yaygın olduğu bilinmektedir. Literatürde gebelikte Üİ prevalansı %23-67 arasında bildirilmiştir (Dinç ve ark. 2009, Mascarenhas ve ark. 2001, Peyrad ve ark. 2002, Smith ve Drutz 2002, Wesnes ve ark. 2007). Yapılan araştırmalarda Üİ'nin gebelikte artış gösterdiği, parite, gebelik yaşı ve vücut kitle indeksinin de ilişkili olduğu saptanmıştır (Wesnes ve ark. 2007). Yine Sottner ve ark.'nın 474 primer gebe ile yaptıkları çalışma sonucuna göre gebelik Üİ için önemli bir risk faktörü olarak belirtilmiştir (Sottner ve ark. 2006). Kari Bø ve ark.'nın yaptığı diğer bir çalışmada ise gebeliğin 36. haftasında Üİ oranı %24, Fİ oranı %9 olarak bildirilmiştir (Bø ve ark. 2007). Dinç ve arkadaşlarının yaptığı gebelik

ve postpartum dönemde pelvik taban kas egzersizinin öğretildiği vaka kontrol çalışmasında öğretilen egzersizin pelvik taban kaslarının gücünü arttırdığı ve üriner inkontinansı azaltarak üriner inkontinans tedavisinde etkili bir yöntem olduğu kanıtlanmıştır (Dinç ve ark. 2009).

Üİ'nin gebelikle ilişkisinin araştırıldığı bir diğer çalışmada ise gebeliğin 3. trimesterinde SÜİ oranı %40 olarak bulunmuş olup gebelikten önce inkontinansı olan veya yatkınlığı olan kadınların gebeliğin başında saptanması ve kötüleşmenin önlenmesinin önemi belirtilmiştir (Granese ve Adile 2006).

Pelvik taban ile ilgili diğer bir sorun ise Fİ'dir. Fİ yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olan bir rahatsızlıktır. Gebelik ve doğum sonrasında prevalansı düşüktür ve genellikle riskli doğumlarla bağlantılıdır (Brincat ve ark. 2009). Yine de obstetrik hasar Fİ nedenleri arasında sayılmaktadır (Whitehead 2005). Fİ'ta en yaygın etyolojik faktörden biri vajinal doğum esnasında meydana gelen eksternal ve internal anal sfinkter hasarıdır (Chong ve Hoffman 2006).

Doğum şekliyle Fİ, doğum sonrası erken dönemde bağlantılı gözükse de ilerleyen yıllarda bu oranın ortadan kalktığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Diğer bir deyişle doğum şeklinin fekal inkontinansa etkisi yaşla azalmaktadır. Nygaard ve arkadaşları (1997) doğum şekli ne olursa olsun Fİ'nin doğumdan 30 yıl sonraki prevalansının benzer olduğunu bildirmiştir. Doğum sonrası oluşan laserasyonun şiddeti de Fİ oranıyla ilişkilidir. Çoğu çalışma üçüncü derece ile dördüncü derece bir perine yırtığının gelecekteki gaita kontrolü üzerine etkisini ayırarak incelememiştir. Yakın zamanda Fenner yaptığı retrospektif tek bölgeli çalışmada, gebelik öncesine nazaran daha kötü gaita kontrolü, dördüncü derece laserasyonlu kadınlarda 10 kat daha yüksek bulunmuş ve daha yüksek oranın 4. derece laserasyonda daha fazla internal sfinkter hasarına bağlı olabileceği yorumu yapılmıştır (Nygaard ve ark. 1997).

Doğum sonrası sfinkter tahribatına bağlı Fİ'ta sorumlu faktör bir dereceye kadar kontinansın nörolojik kontrolünün bozulmasıyla ilişkili gözükse de tamir edilmiş kasların ayrılması da bunda rol oynayabilir. Tamir sonrası neredeyse hastaların üçte birinde sfinkterde defekt kaldığını bildirmiştir.

Literatürde gebeliğin Fİ ve Üİ riskini arttırdığı, ayrıca sezaryen ve vajinal doğum karşılaştırıldığında sezaryen doğumun bu oranı azaltmadığını belirten yayınlara da rastlanmaktadır (McKinnie ve ark. 2005).

Pelvik organ hastalıkları arasında vajinal doğumla en güçlü ilişkisi olan POP'dur. Longitudinal bir çalışma olan Oxford Aile Planlaması Çalışmasına (Oxford Family Planning Study) göre vajinal doğum sayısındaki artışla birlikte prolapsus gelişimi rölatif riski artmaktadır. SÜİ gelişme ihtimali de parite ile ilişkili olmasına rağmen bu ilişki prolapsus- parite ilişkisine göre daha zayıftır. Bu ilişkinin gücü bir ölçüde prolapsusun nasıl tarif edildiğine bağlıdır. Cerrahi gereken hastalarda bu ilişki güçlüdür (Gibbs ve ark. 2010).

Vajinal doğumun bir takım özellikleri de kadının yaşamının daha sonraki dönemlerinde prolapsus gelişip gelişmeyeceğini etkiler. Zor doğum başlığı altında toplanabilecek çeşitli faktörler ileride prolapsus gelişme riskini arttırır. Bu faktörler arasında forseps kullanımı, doğumun ikinci evresinin uzaması ve makrozomik doğumlar sayılabilir. Ama vajinal doğum, levator ani kas hasarının primer nedenidir. Vajinal doğum yapan kadınların %10-%15'inde levator ani kasında gözle görülebilir hasar meydana gelir, burada hasarın %90'ı pubovisseral kısımda oluşur. İlk doğumdan sonra ilk kez stres inkontinans gelişen kadınlarda bu tip bir kas hasarının var olma riski 2 kat fazladır. Kas hasarı oluşmayan kadınlarla karşılaştırıldığında kas hasarı oluşanlar ortalama 3 yıl daha yaşlıdır ve doğumun ikinci evresinin süresi arasında 1 saatten fazla fark vardır. Odds ratio'ları arttıran durumlar arasında forseps (OR 14.7), anal sfinkter hasarı (OR 8.1), ve epizyotomi (OR 3.1) vardır. Vakum uygulaması, oksitosin kullanımı ve epidural analjezi arasında gruplar arasında fark bulunamamıştır (Gibbs ve ark. 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma, gebeliğin cinsel fonksiyon, beden imajı ve pelvik taban fonksiyonları üzerine etkisini değerlendirmek ve gebelikteki bakım gereksinimlerinin karşılanmasında rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Soruları

Gebelik ve postpartum dönemde yaşanan cinsel ilişki sıklığı nedir?

Gebelik ve postpartum dönemde yaşanan cinsel ilişki esnasında beden imajı algısı nasıldır?

Gebeliğin pelvik taban fonksiyonlarına etkisi nedir?

3.3. Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı ve prospektif tipte bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı'na ait bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde Aralık 2009 - Aralık 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Gebeler ilk geldiklerinde kendilerine ait dosyalar çıkartılmakta ve her ay geldiklerinde bu dosyaya yeni bilgiler işlenmektedir. Riskli gebeliği olanlar ve ilerleyen gebelik haftalarında kadınlar ayda birden daha sık takip edilmektedir. Araştırmanın 3. izlem aşaması kadınların bebeklerini aşıya getirdikleri hastaneye bağlı aşı merkezinde toplanmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı'na ait bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefliği'nden (Ek-7) ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (Ek-8).

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran araştırmaya katılmayı kabul eden gebeliğinin 1. ve 3. trimesterinde ve postpartum 4. ayında randevuya gelmeyi kabul eden 169 kadın oluşturmuştur.

Dışlanma Ölçütleri:

Riskli bir gebelik yaşama,

18 yaşından küçük olma,

Testi 3 kere uygulamayı kabul etmeme,

Uygulanacak ölçekleri anlayıp kavrayabilme yeteneğine sahip olmama,

Tanı konmuş psikiyatrik hastalığı olma,

Çalışmaya katılmayı kabul etmemedir.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünü saptamak amacıyla evreni belli olan örneklem seçimi formülü kullanılmıştır. Aralık 2009 - Aralık 2010 tarihleri arasında kurumun Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran gebeler sayılmıştır, tekrar eden kayıtlar incelenip çıkarıldıktan sonra çalışma kriterlerine uyan 755 gebenin perinatoloji polikliniğine başvurduğu tespit edilmiştir.

$$N t^2 p q$$

$$n : \text{-----}$$

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

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı (755)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.1)

q: İncelenen olayın görülmeme sıklığı (1-p = 0.9)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri
(1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0.05)

$$755 \times (1.96)^2 \times 0.1 \times 0.9$$

$$n = \text{-----} = 169$$

$$(0.05)^2 \times (754) + (1.96)^2 \times 0.1 \times 0.9$$

Yüzde 95 güven aralığı ve $\pm$ %5 sapma ile örnekleme alınacak kişi sayısı 169 olarak hesaplanmıştır. Örnekleme alınacak kadınların seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamında Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketi (The Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire-BESAQ)'nin Türkçe dil geçerliği ve geçerlik güvenirliği yapılmıştır. Ölçek uyarlama çalışmalarında uyarlanacak ölçeğin madde sayısının 5-10 katı arasında vaka alınması önerilmektedir (Talbot 1995, Öner 1997). Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketi'nin 28 maddeli olması göz önünde bulundurularak 169 gebe ile geçerlik güvenirlik çalışması yapıldı. Bu gebelerin 169'u aynı zamanda I. trimesterında görüşülen vaka sayısını oluşturmaktadır.

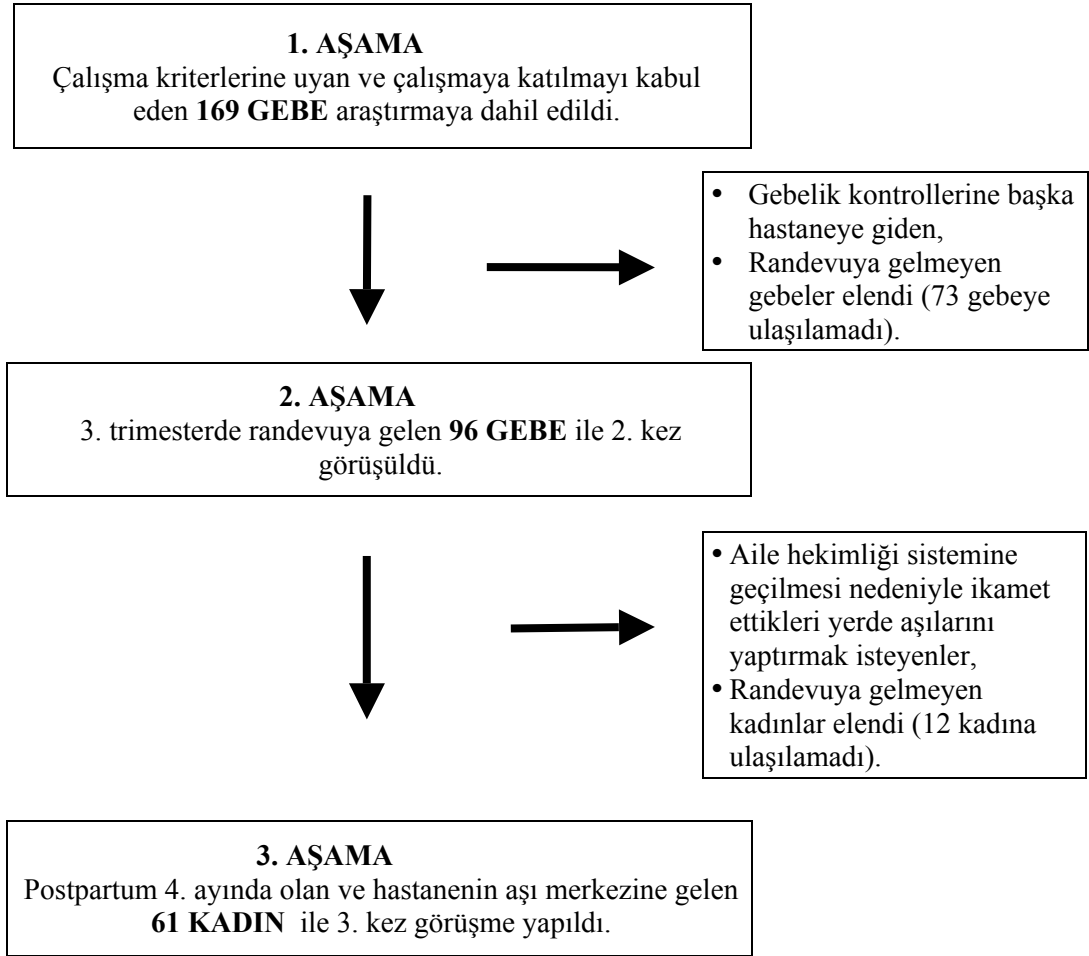
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanmasında İzlenen Aşamalar ve Veri Toplama Akış Şeması

1. AŞAMA: Araştırmanın 1. aşamasında Aralık 2009 - Şubat 2009 tarihleri arasında gebeliğin 1. trimestrinde olan, 18 yaşından büyük, psikiyatrik hastalığı olmayan, riskli bir gebelik yaşamayan, testi 3 kere uygulamayı kabul eden, uygulanacak ölçekleri anlayıp kavrayabilme yeteneğine sahip olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden (Gönüllü Onam Formu (Ek-1) dolduran) gebelerle görüşülmüştür. Çalışma kapsamındaki veri toplama formları doldurulmuştur. Kadınların iletişim bilgileri alınarak gebeliğin 3. trimesterında görüşmeye çağırılmıştır.

2. AŞAMA: Çalışmanın 1. aşamasında görüşülüp randevu verilen kadınlarla gebeliğin 3. trimesterında görüşme yapılmıştır. Çalışma kapsamında uygulanacak veri toplama formları tekrar doldurulmuştur.

3. AŞAMA: Çalışmanın 1. ve 2. aşamasında görüşülüp randevu verilen kadınlarla postpartum 4. ayda görüşme yapılmıştır. Çalışma kapsamında uygulanacak veri toplama formları tekrar doldurulmuştur.

Veri Toplama Akış Şeması



3.7. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, genel sağlık özelliklerini ve jinekolojik-obstetrik öyküsünü belirlemek için araştırmacı tarafından oluşturulan Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-2), kadınlarda cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek için Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (The Female Sexual Function Index - FSFI) (Ek-3), fekal inkontinasta yaşam kalitelerini belirlemek için Fekal İnkontinasta Yaşam Kalitesi Ölçeği (Fecal Incontinence Quality of Life Scale - FIQL) (Ek-4), Ürogenital Distres Envanteri (Urogenital Distress Inventory Short Form – UDI-6) ve İnkontinans Etki Soru Formu (Incontinence Impact Questionnaire Short Form – IIQ-7) (Ek-5) ve Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketi (The Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire–BESAQ) (Ek-6) kullanılmıştır.

3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Kadınlara uygulanacak olan bilgi formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiştir. Tanıtıcı bilgi formu kadınların; yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu gibi sosyo-demografik özellikler ile jinekolojik-obstetrik öyküsü ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ayrıca her görüşmeye özgü cinsel ilişki sıklığı, cinsellik sırasında yaşanan sorun, üriner ve fekal inkontinans varlığı gibi sorulardan oluşmaktadır (Ek-2).

3.7.2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (The Female Sexual Function Index- FSFI)

FSFI kadınlarda cinsel fonksiyonları değerlendirmek için kullanılan çok boyutlu, kendi kendine ve kolay uygulanabilen, kısa, 19 maddelik bir ölçektir. Rosen ve arkadaşlarının 2000 yılında geliştirdiği ölçekte (Rosen ve ark. 2000), toplam puanın yanı sıra cinsel fonksiyonları oluşturan 6 boyutunun skoru da bulunur. Cinsel fonksiyonların 6 boyutu olarak, cinsel istek (1, 2), uyarılma (3, 4, 5, 6), lubrikasyon (7, 8, 9, 10), orgazm (11, 12, 13), cinsel doyum (14, 15, 16) ve cinsel ilişkide ağrı (17, 18, 19) sorgulanır (Ek-3). Ölçekte her bir cinsel fonksiyon boyutunun sorgulandığı soruların yanıtları, 0-5 puan aralığında değer alır. Puanların artması cinsel fonksiyonlardaki iyiliği gösterir. “0” değeri kişinin son bir ay içerisinde cinsel ilişkide bulunmadığı anlamına gelir. Cinsel fonksiyonların 6 boyutunun herbirine ait puanı elde etmek için, kişinin o boyuta ait sorulara verdiği yanıtların puanları toplanır ve o boyuta ait faktör puanı kullanılarak hesaplanır. Her bir boyutun puanı toplanarak, toplam ölçek puanı elde edilir. Wiegel ve arkadaşları (Wiegel ve ark. 2005) kadının cinsel disfonksiyonunu belirleyebilmek için FSFI kesim puanının 26.55 olduğunu bildirmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam en düşük puan 2, en yüksek puan 36’dır (Meston ve Degoratis 2002, www.fsfiquestionnaire.com).

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 5 araştırma merkezinde 131 sağlıklı kontrol grubuna ve DSM-IV’e göre Kadının Cinsel Uyarılma Bozukluğu (KCUB) tanısı almış olan yaş eşleştirmeli 128 kişiye uygulanarak yapılmıştır. Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=0.79-0.86$ aralığında bulunmuştur. İç tutarlılığın yüksek derecede olduğu gözlenmiştir (Cronbach’s alpha değeri 0.82 ve üzeri). Sağlam yapı geçerliliği kontrol ve KCUB olan grup arasındaki her bir madde için skorlamada belirgin derecede anlamlı farklılık ile gösterilmiştir ($p<0.001$). Ayrıca ayrışım geçerlik analizleri, evlilik doyum ölçeği Locke- Wallace Adjustment Test ile belirlenmiştir (Kontrol grup için 0.53

ve KCUB grup için 0.22). Bu sonuçlar, FSFI'nin güvenilirlik ve klinik geçerlilik gibi psikometrik geçerliliğinin de klinik ve klinik olmayan örneklem grubunda kadının cinsel fonksiyonlarının boyutunu değerlendirmede bir anahtar olduğunu ortaya koymuştur. Bulgular ayrıca, benzer anketin erkeklerde uygulandığında ve kadının cinsel fonksiyonları örnek alınarak kıyaslandığında, önemli cinsiyet farklılıklarını ortaya koymuştur (Rosen ve ark 2000). Ölçeğin türkçeye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dilek Aygin tarafından yapılmıştır (Aygin ve Aslan 2005).

3.7.3. Fekal İnkontinansa Yaşam Kalitesi Ölçeği (Fecal Incontinence Quality of Life Scale- FIQL)

Ölçek Rockwood ve arkadaşları tarafından 2000 yılında oluşturmuş olup, Dedeli tarafından 2006 yılında Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek toplamda 29 maddeden oluşup dört alt boyuttan meydana gelmektedir. Bu alt boyutlar yaşam tarzı (10 madde), başa çıkma davranışları (9 madde), depresyon/kendini algılama durumu (7 madde), utanma (3 madde)'dir.

Ölçeğin ilk bölümünde bireyin sağlığını nasıl algıladığı "Mükemmel", "Çok iyi", "İyi", "Kötü" ve "Çok kötü" soruları ile belirlenmiştir. Hastalardan ikinci ve üçüncü bölümlerdeki her bir maddeyi okuyarak "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Bazen", "Her zaman" seçenekleri arasından kendisi için en uygun olanı seçmesi istenmiştir. Dördüncü bölümde bireyin duygu durumu değerlendirilmektedir. Hastalar kendisini üzgün, umutsuz, isteksiz hissetme durumunu "Çok aşırı derecede", "Çok fazla", "Oldukça fazla", "Biraz", "Oldukça az" ve "Hiç" seçeneklerinden biri ile ifade etmiştir.

Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 119, ortalama 16,43 "inkontinansın yaşam kalitesine ciddi bir etkisi olmadığını", en düşük puan 29, ortalama 0,28 "inkontinansın yaşam kalitesini ciddi olarak etkilediğini" gösterir. Ölçekten alınan puanlar düştükçe yaşam kalitesinin de olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. Kodlamanın yapılabilmesi için yanıtlanmamış soru olmamalıdır (Rockwood ve ark. 2000).

Ölçeğin içtutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0,88'dir. Ölçeğin toplam puanı hesabı için katılımcıların verdiği yanıtla karşılık gelen puanın matematiksel toplamı hesaplanır. Ölçeğin alt ölçeklerine ait toplam puanlar için her bir sorunun ait olduğu ölçeğe göre katılımcının verdiği yanıtla karşılık gelen puanların matematiksel toplamı hesaplanır. Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt grupları ve soruları:

Yaşam tarzı: S2a, S2b, S2c, S2d, S2e, S2g, S2h, S3b, S3l, S3m

Başa çıkma davranışları: S2f, S2i, S2j, S2k, S2m, S3c, S3h, S3j, S3n

Depresyon / kendini algılama durumu: S1, S3d, S3f, S3g, S3i, S3k, S4

Utanma: S2l, S3a, S3e (Ek-4)

3.7.4. Ürogenital Distres Envanteri (Urogenital Distress Inventory Short Form–UDI-6) ve İnkontinans Etki Soru Formu (Incontinence Impact Questionnaire Short Form – IIQ-7)

Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla Shumaker ve arkadaşları tarafından 1994 yılında Urogenital Distress Envanteri- 30 soruluk (Urogenital Distress Inventory) ve İnkontinans Etki Soru Formu-19 soruluk (Incontinence Impact Questionnaire) uzun formları birlikte geliştirilmiştir. Bu soru formları daha sonra Uebersax ve arkadaşları tarafından 1995 yılında kısa formları Urogenital Distress Envanteri-6 (UDI-6) ve İnkontinans Etki Soru Formu-7 (IIQ-7) oluşturulmuştur (Uebersax ve ark.1995). UDI-6 ve IIQ-7 altı ve yedi sorudan oluşmuş çok boyutlu, kişinin kendi kendine cevaplayabileceği soru formlarıdır. UDI-6 ve IIQ-7 her bir madde için 0: hiç, 1: hafif, 2: orta, 3: çok seçenekleri bulunmaktadır. Likert tipi soru formlarından UDI-6'nın irritatif / urge semptomlar (1. ve 2. sorular), stres semptomları (3. ve 4. sorular), obstrüktif / rahatsız edici ya da işeme güçlüğü oluşturan semptomlar (5. ve 6. sorular) olmak üzere üç alt boyuttan oluşur. IIQ-7 soru formunun ise fiziksel aktivite (1. ve 2. sorular), yolculuk (3. ve 4. soru), sosyal ilişkiler (5. soru) ve emosyonel sağlık (6. ve 7. sorular) olmak üzere dört boyutu vardır. Dolayısıyla da her iki formun toplam skoru yanısıra alt boyut skoru da bulunur. UDI-6'dan en az 0 - en fazla 18 puan, IIQ-7'den en az 0 - en fazla 21 puan alınabilmektedir. Her iki formun toplam skoru ve alt boyut skorları 0 - 100 puan üzerinden hesaplanmaktadır. Alınan puan ortalaması 33.3 ile çarpılarak yüzdeye dönüştürülür. UDI-6 ve IIQ-7 her birinden alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin arttığının göstergesidir (Ek-5).

UDI-6 ve IIQ-7'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2007 yılında Çam ve arkadaşları tarafından yapılmış olup tüm soru formu için IIQ-7'nin Cronbach Alpha katsayısı 0.87, UDI-6 için 0.74 olarak bulunmuştur. Her iki formun literatüre göre kesme (cut-off) değeri belirlenmemiştir.

3.7.5. Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketi (The Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire –BESAQ)

2004 yılında Cash ve arkadaşları tarafından geliştirilen ankette cinsel ilişki esnasında beden imajı deneyimlerini ve algılarını değerlendirmek amacıyla 28 madde bulunmaktadır. BESAQ kapsamında cinsel ilişki esnasında kişinin farkında olduğu kendi deneyimleri, vücut görüntüsüne odaklanmanın yarattığı anksiyete ve vücudundaki belli görüntüler nedeniyle cinsel partnerinin tutku / girişimden kaçınması ile ilgili ifadeler yer almakta ve değerlendirilmektedir. Anket 18 yaş ve üstü kadın erkek tüm bireylere uygulanmaktadır. Her madde 0 ile 4 arasında puan alabilen beşli likert tiptedir. Ankette 0 ile 4 arasında değerlerden oluşan likert tipi puanlamalar kullanılmaktadır. Anketten elde edilecek olan puan, bütün sorulardan alınan puanların toplamı soru sayısına (28) bölünerek hesaplanmasından elde edilir. Anketten alınacak puanlar 0 ile 4 arasında değişmektedir.

0= Asla 1= Nadiren 2= Bazen 3= Sık sık 4= Her zaman veya hemen hemen her zaman (Ek-6)

Yüksek skorlar daha bilinçli odaklanma ve kaçınma yansıtmaktadır. Anketten alınan puanın artması bilinçli odaklanma ve kaçınmanın arttığını göstermektedir. Bu tez çalışması kapsamında Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketi'nin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Bunun için öncelikle Thomas F. Cash'den gerekli izin alınmıştır (Ek-9).

Ölçek uyarlama çalışmalarında uyarlanacak ölçeğin madde sayısının 5-10 katı arasında vaka alınması önerilmektedir (Öner 1997). Çalışmamızda ön bir grup çalışması için 44 olguya BESAQ Anketi uygulanmış daha sonra retest ile tekrar edilerek soru bazlı uyumluluklar kontrol edilmiştir. Daha sonra Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketi 28 maddeli olması göz önünde bulundurularak 169 gebe ile geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Öncelikle 44 kişi üzerinden değerlendirme yapılmış, daha sonra 169 kişi ile verilen cevapların geçerlik açısından değerlendirmeleri yenilenmiştir. BESAQ Anketi sorularına olguların verdiği cevapların dağılımı önce n=44 sonra n=169 olgu üzerinden değerlendirilmiştir (Tablo 3-1, Tablo 3-2).

Tablo 3-1: BESAQ Anket Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı (n=44)

BESAQ	Asla	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman	Ortalama
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
M1	24 (%54,5)	9 (%20,5)	8 (%18,2)	1 (%2,3)	2 (%4,5)	0,82
M2	24 (%54,5)	10 (%22,7)	7 (%15,9)	0 (%0,0)	3 (%6,8)	0,82
M3	15 (%34,1)	9 (%20,5)	12 (%27,3)	4 (%9,1)	4 (%9,1)	2,61
M4	17 (%38,6)	10 (%22,7)	10 (%22,7)	5 (%11,4)	2 (%4,5)	1,20
M5	9 (%20,5)	11 (%25,0)	7 (%15,9)	4 (%9,1)	13 (%29,5)	1,98
M6	21 (%47,7)	7 (%15,9)	9 (%20,5)	2 (%4,5)	5 (%11,4)	1,16
M7	14 (%31,8)	11 (%25)	13 (%29,5)	2 (%4,5)	4 (%9,1)	2,66
M8	28 (%63,6)	9 (%20,5)	4 (%9,1)	2 (%4,5)	1 (%2,3)	0,61
M9	26 (%59,1)	8 (%18,2)	9 (%20,5)	0 (%0,0)	1 (%2,3)	0,68
M10	17 (%38,6)	12 (%27,3)	4 (%9,1)	7 (%15,9)	4 (%9,1)	2,70
M11	7 (%15,9)	9 (%20,5)	9 (%20,5)	10 (%22,7)	9 (%20,5)	1,89
M12	17 (%38,6)	9 (%20,5)	11 (%25)	2 (%4,5)	5 (%11,4)	1,30
M13	6 (%13,6)	8 (%18,2)	10 (%22,7)	8 (%18,2)	12 (%27,3)	1,73
M14	19 (%43,2)	12 (%27,3)	8 (%18,2)	3 (%6,8)	2 (%4,5)	1,02
M15	8 (%18,2)	6 (%13,6)	5 (%11,4)	5 (%11,4)	20 (%45,5)	2,52
M16	17 (%38,6)	13 (%29,5)	6 (%13,6)	4 (%9,1)	4 (%9,1)	1,20
M17	20 (%45,5)	16 (%36,4)	5 (%11,4)	3 (%6,8)	0 (%0,0)	0,80
M18	19 (%43,2)	15 (%34,1)	7 (%15,9)	1 (%2,3)	2 (%4,5)	0,91
M19	17 (%38,6)	16 (%36,4)	9 (%20,5)	0 (%0,0)	2 (%4,5)	0,95
M20	21 (%47,7)	11 (%25,0)	7 (%15,9)	2 (%4,5)	3 (%6,8)	0,98
M21	20 (%45,5)	11 (%25,0)	9 (%20,5)	3 (%6,8)	1 (%2,3)	0,95
M22	19 (%43,2)	11 (%25,0)	9 (%20,5)	4 (%9,1)	1 (%2,3)	1,02
M23	12 (%27,3)	14 (%31,8)	10 (%22,7)	4 (%9,1)	4 (%9,1)	1,41
M24	8 (%18,2)	11 (%25,0)	7 (%15,9)	9 (%20,5)	9 (%20,5)	2,00
M25	7 (%15,9)	11 (%25,0)	2 (%4,5)	9 (%20,5)	15 (%34,1)	1,68
M26	15 (%34,1)	9 (%20,5)	12 (%27,3)	4 (%9,1)	4 (%9,1)	1,39
M27	14 (%31,8)	14 (%31,8)	11 (%25,0)	3 (%6,8)	2 (%4,5)	1,20
M28	10 (%22,7)	10 (%22,7)	6 (%13,6)	8 (%18,2)	10 (%22,7)	2,05

BESAQ anket sorularına verilen cevapların dağılımı Tablo 3-1’de görülmektedir. En yüksek oranda “Partnerim beni çıplak gördüğü zaman hiçbir şey saklamam” sorusu gelmekte bunu “Cinsel ilişki esnasında partnerimin cinsel

organlarıma bakması konusunda rahatımdır” takip etmekte daha sonra “Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümün nasıl olduğuna dikkat etmem” gelmektedir. En düşük oranda ise “Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumu itici bulacağı konusunda kaygılanırım” ve “Cinsel ilişki esnasında partnerim cinsel organlarımın görüntü veya boyutunu yetersiz ya da gösterişsiz bulacağı için kaygılanırım” soruları gelmektedir.

Tablo 3-2: BESAQ Anketi Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı (n=169)

BESAQ	Asla	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman	Ortalama
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
M1	117 (%69,2)	17 (%10,1)	28 (%16,6)	3 (%1,8)	4 (%2,4)	0,58
M2	117 (%69,2)	20 (%11,8)	22 (%13)	6 (%3,6)	4 (%2,4)	0,58
M3	71 (%42)	25 (%14,8)	35 (%20,7)	10 (%5,9)	28 (%16,6)	2,60
M4	95 (%56,2)	19 (%11,2)	38 (%22,5)	12 (%7,1)	5 (%3)	0,89
M5	31 (%18,3)	16 (%9,5)	31 (%18,3)	14 (%8,3)	77 (%45,6)	1,47
M6	80 (%47,3)	9 (%5,3)	23 (%13,6)	14 (%8,3)	43 (%25,4)	1,59
M7	64 (%37,9)	23 (%13,6)	28 (%16,6)	7 (%4,1)	47 (%27,8)	2,30
M8	124 (%73,4)	12 (%7,1)	18 (%10,7)	6 (%3,6)	9 (%5,3)	0,60
M9	129 (%76,3)	18 (%10,7)	16 (%9,5)	2 (%1,2)	4 (%2,4)	0,43
M10	75 (%44,4)	18 (%10,7)	25 (%14,8)	12 (%7,1)	39 (%23,1)	2,46
M11	26 (%15,4)	23 (%13,6)	50 (%29,6)	21 (%12,4)	49 (%29)	1,74
M12	71 (%42)	21 (%12,4)	35 (%20,7)	13 (%7,7)	29 (%17,2)	1,46
M13	19 (%11,2)	9 (%5,3)	31 (%18,3)	25 (%14,8)	85 (%50,3)	1,12
M14	75 (%44,4)	20 (%11,8)	34 (%20,1)	15 (%8,9)	25 (%14,8)	1,38
M15	5 (%3)	14 (%8,3)	27 (%16)	24 (%14,2)	99 (%58,6)	3,17
M16	94 (%55,6)	18 (%10,7)	33 (%19,5)	12 (%7,1)	12 (%7,1)	0,99
M17	102 (%60,4)	24 (%14,2)	22 (%13)	5 (%3)	16 (%9,5)	0,87
M18	105 (%62,1)	14 (%8,3)	35 (%20,7)	9 (%5,3)	6 (%3,6)	0,80
M19	126 (%74,6)	9 (%5,3)	18 (%10,7)	6 (%3,6)	10 (%5,9)	0,61
M20	102 (%60,4)	25 (%14,8)	22 (%13)	3 (%1,8)	17 (%10,1)	0,86
M21	102 (%60,4)	21 (%12,4)	30 (%17,8)	4 (%2,4)	12 (%7,1)	0,83
M22	116 (%68,6)	7 (%4,1)	17 (%10,1)	11 (%6,5)	18 (%10,7)	0,86
M23	65 (%38,5)	8 (%4,7)	36 (%21,3)	9 (%5,3)	51 (%30,2)	1,84
M24	32 (%18,9)	16 (%9,5)	36 (%21,3)	19 (%11,2)	65 (%38,5)	1,84
M25	22 (%13)	24 (%14,2)	39 (%23,1)	22 (%13)	61 (%36,1)	1,59
M26	82 (%48,5)	32 (%18,9)	25 (%14,8)	13 (%7,7)	17 (%10,1)	1,12
M27	107 (%63,3)	21 (%12,4)	19 (%11,2)	10 (%5,9)	12 (%7,1)	0,81
M28	31 (%18,3)	30 (%17,8)	26 (%15,4)	10 (%5,9)	72 (%42,6)	1,63

BESAQ anket sorularına verilen cevapların dağılımı Tablo 3-2’de görülmektedir. En yüksek oranda “Partnerim beni çıplak gördüğü zaman hiçbir şey

saklamam” sorusu gelmekte bunu “Cinsel ilişki esnasında partnerimin cinsel organlarıma bakması konusunda rahatımdır” takip etmekte daha sonra “Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümün nasıl olduğuna dikkat etmem” gelmektedir. En düşük oranda ise “Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumu itici bulacağı konusunda kaygılanırım” ve “Cinsel ilişki esnasında partnerim cinsel organlarımdan görüntü veya boyutunu yetersiz ya da gösterişsiz bulacağı için kaygılanırım” soruları gelmektedir.

Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketinin Dil Eşdeğerliği, İçerik ve Kapsam Geçerliği Analizinin Yapılması

Anketin içerik ve kapsam geçerliğini (Content Validity) değerlendirmek üzere anketi ingilizce orijinal formu (The Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire – BESAQ) bir Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği öğretim üyesi, araştırmacı ve bir ingilizce okutmanı tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir. Araştırmacı bu üç kişi tarafından çevirisi yapılmış ölçeği inceleyerek ortak bir Türkçe metin oluşturmuştur. Oluşturulan metnin Türkçe’ye uygunluğu ve anlaşılabilirliği bir edebiyat öğretmeni tarafından değerlendirilmiştir. Daha sonraki aşamada ana dili Türkçe olan anket ve çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilen ancak anketin orijinal formunu görmeyen, yurt dışında doktora eğitimi almış ve yaşamış bir öğretim üyesi ve yurt dışında yaşamakta ve eğitim almakta olan iki kişi tarafından ingilizceye geri çevirisi yapılmıştır. İngilizce’ye geri çevirisi yapılan anket bir öğretim üyesi tarafından tekrar Türkçe’ye çevrilmiştir. Orijinal ankete göre anlam değişikliği olup olmadığı değerlendirilerek ankete son hali verilmiştir. Önerilen değişikliklere göre kültüre uygunluk, dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için Kadın Sağlığı ve Doğum Hastalıkları Hemşireliği’nde görev yapmakta olan yedi öğretim üyesi, Psikiyatri Hemşireliği’nde görev yapmakta olan iki öğretim üyesi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum alanında görev yapmakta olan bir öğretim üyesinin görüşü alınmıştır ve gelen öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için Kapsam Geçerlik İndeksi-KGI (Content Validity Index-CVI) kullanılmıştır. Uzmanlardan maddelerin uygunluğuna göre; 1 puan: uygun değil, 2 puan: biraz uygun (maddenin ve ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli), 3 puan: uygun ancak ufak değişiklikler gerekli, 4 puan: çok uygun şeklinde puan vererek değerlendirme yapmaları istenmiştir.

Anketin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) puanı hesaplanırken uzman görüşlerine göre her madde için 10 uzman görüşünün yüzde kaçından 3 veya 4 puan aldığı hesaplandı (Madde KGI puanı). Tüm anketteki maddelerin KGI puanlarının ortalaması ise tüm anket için KGI puanını vermektedir. 28 maddelik Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketi'nin maddeleri için CVI puanı 0,75 ile 0,95 arasında değişmektedir. Yapılan değerlendirmede toplam ölçekte maddelerin CVI ortalaması 0,85 bulunmuştur (Tablo 3-3).

Anketin düzenlenmiş son halinin anlaşılabilirliği 20 kişilik bir grupta pilot uygulama yapılarak değerlendirilmiş ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketinin Madde Analizi / Madde Toplam Puan Korelasyonlarının Hesaplanması

Madde güvenilirliği şeklinde de bilinen bu yöntem, ölçek maddelerinin ölçek toplam puanına etkisini değerlendirip maddelerin ölçek bütünüyle ilişkisini ortaya koymaktadır. Literatürde, madde toplam puan korelasyonuna bakabilmek için 100-200 arasında örneklem büyüklüğü ya da ölçekteki madde sayısının 5 katı kadar örneklemin olması gerektiği belirtilmiştir (Gözüm ve Aksayan 2002).

Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi değerler arasında güvenilir olduğu konusunda kaynaklarda kesin bir değer belirtilmemekle birlikte bazı kaynaklarda korelasyon değeri .50'den küçük katsayısı olan maddelerin güvenilirliğinden kuşku duyulması gerektiği, bazı kaynaklarda ise bu katsayının .30'un üzerinde olması gerektiği belirtilmekte ancak çoğu .20'yi sınır değer alan kaynaklar da olduğu ifade edilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2002).

Bir ölçekteki maddeler, eşit ağırlıkta ve bağımsız üniteler şeklinde ise, her madde ile toplam değerler arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir. Korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise o maddenin ölçülmek istenen nitelikle ilişkisi o derece yüksektir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenilirliğinin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte, korelasyonların negatif olmaması ve hatta ,25 veya ,30'un üzerinde ve ,70'den küçük olması önerilmektedir (Talbot 1995, Gözüm ve Aksayan 2002, Akgül ve Çevik 2005).

Tablo 3-4: BESAQ Anketinin Maddelerin Ölçek Toplam Puanı İle İlişkileri (n=44)

Madde Puanı	Ölçek Toplam Puanı	
	r	p
1. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumun tutukluğuyla ilgili bir şeyleri fark edeceğini düşünüyorum.	0,280	<i>0,065</i>
2. Cinsel ilişki esnasında partnerim vücudumun çekici olmayan yönlerini bulacak diye kaygılanırım.	0,575	<i>0,001**</i>
3. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümün nasıl olduğuna dikkat etmem.	0,001	<i>0,993</i>
4. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümle ilgili bir şeyler beni çekingen yapar.	0,580	<i>0,001**</i>
5. Partnerim üzerimde kileri çıkarırken rahatımdır.	0,560	<i>0,001**</i>
6. Cinsel ilişki esnasında vücudumu çarşaf ya da örtü altına saklamayı tercih ederim.	0,590	<i>0,001**</i>
7. Cinsel ilişki esnasında partnerimin cinsel organıma bakması konusunda rahatımdır (Bakmasından rahatsız olmam).	0,372	<i>0,013*</i>
8. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumu itici bulacağı konusunda kaygılanırım.	0,645	<i>0,001**</i>
9. Cinsel ilişki esnasında partnerim cinsel organımın görüntü veya boyutunu yetersiz ya da gösterişsiz bulacağı için kaygılanırım.	0,698	<i>0,001**</i>
10. Partnerim beni çıplak gördüğü zaman hiçbir şey saklamam.	0,231	<i>0,131</i>
11. Cinsel ilişki esnasında vücudumun seksi göründüğünü düşünürüm.	0,313	<i>0,039*</i>
12. Cinsel ilişki esnasında partnerimin beni tamamen çıplak görmesinden hoşlanmam.	0,530	<i>0,001**</i>
13. Partnerimin beni elbiselerim olmadan gördüğünde heyecanlandığını tahmin ederim.	0,411	<i>0,006**</i>
14. Cinsel ilişki esnasında elbisemin belli kısımlarını çıkarmamayı tercih ederim.	0,327	<i>0,030*</i>
15. Cinsel ilişki esnasında vücudumun farkındayım.	0,057	<i>0,713</i>
16. Cinsel ilişki esnasında partnerim genitallerimin koku ve görüntüsünü itici bulacağı için kaygılanırım.	0,669	<i>0,001**</i>
17. Cinsel ilişki esnasında vücudumun belli bölgelerini saklamaya çalışırım.	0,802	<i>0,001**</i>
18. Cinsel ilişki esnasında vücudumun bazı bölümlerinin seksi olamayacak kadar gösterişsiz olduğunu düşünürüm.	0,784	<i>0,001**</i>
19. Vücudumda sevişme esnasında partnerimin görmesini istemediğim bölümler vardır.	0,693	<i>0,001**</i>
20. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümün nasıl olduğu hakkında partnerimin düşündükleri için kaygılanırım.	0,657	<i>0,001**</i>
21. Cinsel ilişki esnasında vücuduma dokunulduğunda nasıl hissedeceğimin, partnerimin ilgisinin kaybolmasını sağlamasından kaygılanırım.	0,488	<i>0,001**</i>
22. Cinsel ilişki esnasında kilomu düşünmemek zor.	0,284	<i>0,062</i>
23. Sevişirken odanın aydınlık olması kendimin farkında olmamı sağlar.	0,207	<i>0,178</i>
24. Cinsel ilişki esnasında partnerime vücut bölümlerimi açma konusunda çoğunlukla rahatımdır.	0,600	<i>0,001**</i>
25. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücuduma bakmasından hoşlanırım.	0,557	<i>0,001**</i>
26. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumda görmesini istemediğim yerleri saklamak için belli poz veya pozisyonlardan kaçınırım.	0,748	<i>0,001**</i>
27. Cinsel ilişki esnasında vücudumun belli bölümlerinin nasıl görüldüğü düşünceleri dikkatimi dağıtır.	0,461	<i>0,002**</i>
28. Cinsel ilişki öncesinde veya sonrasında partnerimin yanında çıplak dolaşırken rahatımdır.	0,654	<i>0,001**</i>

Pearson Correlation Coefficient

*p<0,05

**p<0,01

44 kadın üzerinde yapılan BESAQ anketinin madde toplam puanları ile maddelerin kendi puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; toplam puana en büyük katkısı 0,802 ile “Cinsel ilişki esnasında vücudumun belli bölgelerini saklamaya çalışırım” bunu 0,784 ile “Cinsel ilişki esnasında vücudumun bazı bölümlerinin seksi olamayacak kadar gösterişsiz olduğunu düşünürüm” takip etmekte; daha sonra 0,748 ile “Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumda görmesini istemediğim yerleri saklamak için belli poz veya pozisyonlardan kaçınırım” gelmektedir. Soru 1, soru 3, soru 10, soru 15, soru 22 ve soru 23’ün madde ortalama puanı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 3-4).

Tablo 3-5: BESAQ Anketinin Maddelerin Ölçek Toplam Puanı İle İlişkileri (n=169)

Madde Puanı	Ölçek Toplam Puanı	
	r	p
1. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumun tutukluğuyla ilgili bir şeyleri fark edeceğini düşünüyorum.	0,319	0,001**
2. Cinsel ilişki esnasında partnerim vücudumun çekici olmayan yönlerini bulacak diye kaygılanırım.	0,404	0,001**
3. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümün nasıl olduğuna dikkat etmem.	0,058	0,452
4. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümle ilgili bir şeyler beni çekingen yapar.	0,517	0,001**
5. Partnerim üzerimde kileri çıkarırken rahatımdır.	0,459	0,001**
6. Cinsel ilişki esnasında vücudumu çarşaf ya da örtü altına saklamayı tercih ederim.	0,499	0,001**
7. Cinsel ilişki esnasında partnerimin cinsel organıma bakması konusunda rahatımdır (Bakmasından rahatsız olmam).	0,058	0,452
8. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumu itici bulacağı konusunda kaygılanırım.	0,545	0,001**
9. Cinsel ilişki esnasında partnerim cinsel organımın görüntü veya boyutunu yetersiz ya da gösterişsiz bulacağı için kaygılanırım.	0,571	0,001**
10. Partnerim beni çıplak gördüğü zaman hiçbir şey saklamam.	-0,047	0,547
11. Cinsel ilişki esnasında vücudumun seksi göründüğünü düşünürüm.	0,367	0,001**
12. Cinsel ilişki esnasında partnerimin beni tamamen çıplak görmesinden hoşlanmam.	0,501	0,001**
13. Partnerimin beni elbiselerim olmadan gördüğünde heyecanlandığını tahmin ederim.	0,144	0,061
14. Cinsel ilişki esnasında elbisemin belli kısımlarını çıkarmamayı tercih ederim.	0,448	0,001**
15. Cinsel ilişki esnasında vücudumun farkındayım.	-0,212	0,006**
16. Cinsel ilişki esnasında partnerim genitallerimin koku ve görüntüsünü itici bulacağı için kaygılanırım.	0,483	0,001**
17. Cinsel ilişki esnasında vücudumun belli bölgelerini saklamaya çalışırım.	0,678	0,001**
18. Cinsel ilişki esnasında vücudumun bazı bölümlerinin seksi olamayacak kadar gösterişsiz olduğunu düşünürüm.	0,636	0,001**
19. Vücudumda sevişme esnasında partnerimin görmesini istemediğim bölümler vardır.	0,659	0,001**
20. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümün nasıl olduğu hakkında partnerimin düşündükleri için kaygılanırım.	0,642	0,001**
21. Cinsel ilişki esnasında vücuduma dokunulduğunda nasıl hissedeceğimin, partnerimin ilgisinin kaybolmasını sağlamasından kaygılanırım.	0,549	0,001**
22. Cinsel ilişki esnasında kilomu düşünmemek zor.	0,482	0,001**
23. Sevişirken odanın aydınlık olması kendimin farkında olmamı sağlar.	0,561	0,001**
24. Cinsel ilişki esnasında partnerime vücut bölümlerimi açma konusunda çoğunlukla rahatımdır.	0,297	0,001**
25. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücuduma bakmasından hoşlanırım.	0,629	0,001**
26. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumda görmesini istemediğim yerleri saklamak için belli poz veya pozisyonlardan kaçınırım.	0,647	0,001**
27. Cinsel ilişki esnasında vücudumun belli bölümlerinin nasıl görüldüğü düşünceleri dikkatimi dağıtır.	0,624	0,001**
28. Cinsel ilişki öncesinde veya sonrasında partnerimin yanında çıplak dolaşırken rahatımdır.	0,632	0,001**

Pearson Correlation Coefficient

**p<0,01

169 kadın üzerinde uygulanan BESAQ anketinin madde toplam puanları ile maddelerin kendi puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; toplam puana en büyük katkıyı 0,678 ile “Cinsel ilişki esnasında vücudumun belli bölgelerini saklamaya çalışırım” bunu 0,659 ile “Cinsel ilişki esnasında vücudumun bazı bölümlerinin seksi olamayacak kadar gösterişsiz olduğunu düşünürüm” takip etmekte; daha sonra 0,647 ile “Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumda görmesini istemediğim yerleri saklamak için belli poz veya pozisyonlardan kaçınırım” gelmektedir.

Soru 3, soru 7, soru 10, soru 13’ün madde ortalama puanı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 3-5).

İç Tutarlılık Analizi (Cronbach alfa katsayısının)

Ölçeği oluşturan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla iç tutarlılık analizi yapılması gerektiği belirtilmektedir. İç tutarlılık analizinde, tek bir ölçüm aracı ile tek ölçüm yapılarak maddelerin belli bir kavramsal yapıyı ölçüp ölçmediği araştırılır. Maddeler arası iç tutarlılığı yüksek olan ölçeğin güvenilir olduğu kabul edilmektedir. Bu bulguya dayanarak, maddelerin kendi içlerinde birbiri ile ilişkili olduğu ve ölçme aracının bütününe hizmet ettiği, ölçeğin homojen olduğu söylenebilir (Gözüm ve Aksayan 2002).

Literatüre bakıldığında, ölçek geliştirme ve kültürel uyarlama çalışmalarında, güvenilirliğin saptanmasında kullanılan yöntemlerden biri olan iç tutarlılık katsayısı .00 – .40 arası ölçek güvenilir değil, .40 – .60 arası düşük düzeyde güvenilir, .60 – .80 arası oldukça güvenilir, .80- 1.00 arası yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (Bayram, 2009; Büyüköztürk, 2012). Bir başka kaynakta ise alfa katsayısı .90 ve üstü mükemmel; .80 - .90 arası iyi; .70 - .80 arasında kabul edilebilir; .60 - .70 kuşku; .50- .60 arası zayıf; .50'den küçük ise kabul edilemez olarak değerlendirildiği belirtilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2002).

Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, bu ölçekteki maddelerin o ölçüde birbirleri ile tutarlı olduğu, Likert tipi ölçeklerde yeterli olabilecek alfa katsayısının olabildiğince 1’e yakın olması gerektiği vurgulanmaktadır. Cronbach alfa katsayısının yüksekliği, ölçekteki maddelerin birbiri ile tutarlı olduğunu ve ölçme aracının güvenilirliğinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2002).

Anketin güvenilirliğinin test edilmesinde alfa katsayısından (Cronbach Alfa) yararlanılmıştır. Yapılan analizlerde 44 katılımcıdan elde edilen veriler kullanılmıştır. Ayrıca soruların, alfa katsayısına ne derecede ve ne yönde etkide bulunduklarını saptayabilmek için; “Değişken Silindiği Taktirde Anketin Alfa Katsayısı” (Alpha if Item Deleted) değeri hesaplanmıştır. Söz konusu değerler, herhangi bir değişken silindiği taktirde, geri kalan değişkenlerin iç tutarlılıklarını göstermektedir.

BESAQ Anketinin iç tutarlılığının incelenmesi sonrasında $\alpha = 0,870$ güvenilirlik değeri elde edilmiştir (Tablo 3-6).

Tablo 3-6: BESAQ Anketinin Güvenilirlik Değeri (n=44)

Cronbach Alfa	0,870
Anket Madde Sayısı	N=28

Maddelerin güvenilirlik düzeyine etkileri ise Tablo 3-7’de sunulmuştur. Tablonun madde silindiğinde cronbach alfa değerleri incelendiğinde herhangi bir maddenin faktörden çıkarılmasının güvenilirliği arttırmayacağını göstermektedir.

Tablo 3-7: BESAQ Anketi Faktörünü Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri (n=44)

	Ortalama	SD	Madde Silindiğinde Anket Ortalaması	Madde Silindiğinde Anket Varyansı	Düzeltilmiş Madde Bütün Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
1. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumun tutukluğuyla ilgili bir şeyleri fark edeceğimi düşünüyorum.	0,82	1,11	39,432	268,344	0,218	0,871
2. Cinsel ilişki esnasında partnerim vücudumun çekici olmayan yönlerini bulacak diye kaygılanırım.	0,82	1,15	39,432	256,809	0,526	0,863
3. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümün nasıl olduğuna dikkat etmem.	2,61	1,30	37,636	279,074	-0,076	0,879
4. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümle ilgili bir şeyler beni çekingen yapar.	1,20	1,21	39,045	255,486	0,529	0,863
5. Partnerim üzerimde kileri çıkarırken rahatımdır.	1,98	1,55	38,273	250,994	0,491	0,864
6. Cinsel ilişki esnasında vücudumu çarşaf ya da örtü altına saklamayı tercih ederim.	1,16	1,38	39,091	252,224	0,532	0,863
7. Cinsel ilişki esnasında partnerimin cinsel organıma bakması konusunda rahatımdır (Bakmasından rahatsız olmam).	2,66	1,24	37,591	263,643	0,305	0,869
8. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumu itici bulacağı konusunda kaygılanırım.	0,61	0,99	39,636	257,074	0,609	0,862
9. Cinsel ilişki esnasında partnerim cinsel organımın görüntü veya boyutunu yetersiz ya da gösterişsiz bulacağı için kaygılanırım.	0,68	0,96	39,568	256,065	0,667	0,861
10. Partnerim beni çıplak gördüğü zaman hiçbir şey saklamam.	2,70	1,37	37,545	268,765	0,151	0,873
11. Cinsel ilişki esnasında vücudumun seksi göründüğünü düşünürüm.	1,89	1,38	38,364	264,934	0,235	0,871
12. Cinsel ilişki esnasında partnerimin beni tamamen çıplak görmesinden hoşlanmam.	1,30	1,34	38,955	255,579	0,469	0,864
13. Partnerimin beni elbiselerim olmadan gördüğünde heyecanlandığını tahmin ederim.	1,73	1,40	38,523	260,209	0,337	0,868
14. Cinsel ilişki esnasında elbisemin belli kısımlarını çıkarmamayı tercih ederim.	1,02	1,15	39,227	266,226	0,263	0,870
15. Cinsel ilişki esnasında vücudumun farkındayım.	2,52	1,61	37,727	283,087	-0,152	0,884
16. Cinsel ilişki esnasında partnerim genitallerimin koku ve görüntüsünü itici bulacağı için kaygılanırım.	1,20	1,30	39,045	250,091	0,622	0,860
17. Cinsel ilişki esnasında vücudumun belli bölgelerini saklamaya çalışırım.	0,80	0,90	39,455	254,114	0,781	0,859
18. Cinsel ilişki esnasında vücudumun bazı bölümlerinin seksi olamayacak kadar gösterişsiz olduğunu düşünürüm.	0,91	1,05	39,341	251,067	0,758	0,859
19. Vücudumda sevişme esnasında partnerimin görmesini istemediğim bölümler vardır.	0,95	1,01	39,295	255,143	0,659	0,861
20. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümün nasıl olduğu hakkında partnerimin düşündükleri için kaygılanırım.	0,98	1,21	39,273	252,436	0,612	0,861
21. Cinsel ilişki esnasında vücuduma dokunulduğunda nasıl hissedeceğimin, partnerimin ilgisinin kaybolmasını sağlamasından kaygılanırım.	0,95	1,08	39,295	261,097	0,436	0,866
22. Cinsel ilişki esnasında kilomu düşünmemek zor.	1,02	1,11	39,227	268,180	0,221	0,870
23. Sevişirken odanın aydınlık olması kendimin farkında olmamı sağlar.	1,41	1,24	38,841	270,416	0,134	0,873
24. Cinsel ilişki esnasında partnerime vücut bölümlerimi açma konusunda çoğunlukla rahatımdır.	2,00	1,43	38,250	250,890	0,541	0,862
25. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücuduma bakmasından hoşlanırım.	1,68	1,55	38,568	251,042	0,488	0,864
26. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumda görmesini istemediğim yerleri saklamak için belli poz veya pozisyonlardan kaçınırım.	1,39	1,30	38,864	246,772	0,711	0,858
27. Cinsel ilişki esnasında vücudumun belli bölümlerinin nasıl görüldüğü düşünceleri dikkatimi dağıtır.	1,20	1,11	39,045	261,626	0,406	0,866
28. Cinsel ilişki öncesinde veya sonrasında partnerimin yanında çıplak dolaşırken rahatımdır.	2,05	1,51	39,432	268,344	0,218	0,871

Yapılan analizlerde 169 katılımcıdan elde edilen veriler kullanılmıştır. BESAQ anketinin iç tutarlılığının incelenmesi sonrasında $\alpha = 0,806$ güvenilirlik değeri elde edilmiştir (Tablo 3-8).

Tablo 3-8: BESAQ Anketinin Güvenilirlik Değeri (n=169)

Cronbach Alfa	0,806
Anket Madde Sayısı	N=28

Maddelerin güvenilirlik düzeyine etkileri ise Tablo 3-9'da sunulmuştur. Tablonun madde silindiğinde cronbach alfa değerleri incelendiğinde herhangi bir maddenin faktörden çıkarılmasının güvenilirliği arttırmayacağını göstermektedir.

Tablo 3-9: BESAQ Anketi Faktörünü Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri (n=169)

	Ortalama	SD	Madde Silindiğinde Anket Ortalaması	Madde Silindiğinde Anket Varyansı	Düzeltilmiş Madde Bütün Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
1. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumun tutukluğuyla ilgili bir şeyleri fark edeceğini düşünüyorum.	0,58	0,99	36,456	275,654	0,266	0,803
2. Cinsel ilişki esnasında partnerim vücudumun çekici olmayan yönlerini bulacak diye kaygılanırım.	0,58	1,00	36,456	272,642	0,352	0,800
3. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümün nasıl olduğuna dikkat etmem.	2,60	1,49	34,438	284,605	-0,030	0,815
4. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümle ilgili bir şeyler beni çekingen yapar.	0,89	1,15	36,142	266,468	0,465	0,796
5. Partnerim üzerimde kileri çıkarırken rahatımdır.	1,47	1,57	35,568	263,461	0,381	0,798
6. Cinsel ilişki esnasında vücudumu çarşaf ya da örtü altına saklamayı tercih ederim.	1,59	1,70	35,444	259,510	0,418	0,796
7. Cinsel ilişki esnasında partnerimin cinsel organıma bakması konusunda rahatımdır (Bakmasından rahatsız olmam).	2,30	1,65	34,740	284,801	-0,040	0,817
8. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumu itici bulacağı konusunda kaygılanırım.	0,60	1,15	36,432	265,556	0,494	0,795
9. Cinsel ilişki esnasında partnerim cinsel organlarının görüntü veya boyutunu yetersiz ya da gösterişsiz bulacağı için kaygılanırım.	0,43	0,89	36,609	268,930	0,534	0,796
10. Partnerim beni çıplak gördüğü zaman hiçbir şey saklamam.	2,46	1,64	34,574	290,579	-0,142	0,821
11. Cinsel ilişki esnasında vücudumun seksi göründüğünü düşünürüm.	1,74	1,41	35,296	269,864	0,292	0,801
12. Cinsel ilişki esnasında partnerimin beni tamamen çıplak görmesinden hoşlanmam.	1,46	1,51	35,580	262,019	0,429	0,796
13. Partnerimin beni elbiselerim olmadan gördüğünde heyecanlandığını tahmin ederim.	1,12	1,38	35,911	280,498	0,063	0,810
14. Cinsel ilişki esnasında elbisemin belli kısımlarını çıkarmamayı tercih ederim.	1,38	1,48	35,657	265,084	0,373	0,798
15. Cinsel ilişki esnasında vücudumun farkındayım.	3,17	1,15	33,864	294,880	-0,276	0,819
16. Cinsel ilişki esnasında partnerim genitalerimin koku ve görüntüsünü itici bulacağı için kaygılanırım.	0,99	1,30	36,041	265,826	0,421	0,797
17. Cinsel ilişki esnasında vücudumun belli bölgelerini saklamaya çalışırım.	0,87	1,30	36,166	257,163	0,633	0,789
18. Cinsel ilişki esnasında vücudumun bazı bölümlerinin seksi olamayacak kadar gösterişsiz olduğunu düşünürüm.	0,80	1,15	36,237	261,884	0,593	0,792
19. Vücudumda sevişme esnasında partnerimin görmesini istemediğim bölümler vardır.	0,61	1,18	36,426	260,544	0,616	0,791
20. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümün nasıl olduğu hakkında partnerimin düşündükleri için kaygılanırım.	0,86	1,30	36,172	258,726	0,593	0,790
21. Cinsel ilişki esnasında vücuduma dokunulduğunda nasıl hissedeceğimin, partnerimin ilgisinin kaybolmasını sağlamasından kaygılanırım.	0,83	1,22	36,201	264,138	0,495	0,794
22. Cinsel ilişki esnasında kilomu düşünmemek zor.	0,86	1,41	36,172	264,274	0,414	0,796
23. Sevişirken odanın aydınlık olması kendimin farkında olmamı sağlar.	1,84	1,68	35,195	256,206	0,487	0,792
24. Cinsel ilişki esnasında partnerime vücut bölümlerimi açma konusunda çoğunlukla rahatımdır.	1,84	3,60	35,195	262,122	0,087	0,838
25. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücuduma bakmasından hoşlanırım.	1,59	1,54	35,444	254,939	0,569	0,789
26. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumda görmesini istemediğim yerleri saklamak için belli poz veya pozisyonlardan kaçınırım.	1,12	1,36	35,917	257,493	0,596	0,789
27. Cinsel ilişki esnasında vücudumun belli bölümlerinin nasıl görüldüğü düşünceleri dikkatimi dağıtır.	0,81	1,26	36,225	260,294	0,575	0,791
28. Cinsel ilişki öncesinde veya sonrasında partnerimin yanında çıplak dolaşırken rahatımdır.	1,63	1,60	35,402	253,742	0,570	0,789

Test - tekrar test puan ortalamasının karşılaştırılması ve korelasyonu

Test - tekrar test güvenilirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Test - tekrar test güvenilirliğini bulabilmek için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır. Bu işlem ile elde edilen korelasyon, testin tekrar güvenirlik katsayısını verir. Test puanları sürekli değişken ve eşit aralıklı ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenirliliğin bulunmasında genellikle “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Eşitliği” kullanılmaktadır. Korelasyon katsayısı (r) “0” ile “1” arasında değişen değerler alabilmektedir. Korelasyon (r) yükseldikçe, ifadenin etkililik düzeyi artar, azaldıkça düşer. Yeteri kadar yüksek bir korelasyon katsayısı, testten elde edilen ölçmelerin kararlılığını ve iki uygulama arasındaki zaman içinde ölçülen nitelikte fazla bir değişim olmadığını gösterir (Gözüm ve Aksayan 2002, Karasar 1995). Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketi’nin 44 kişi ile 2 hafta arayla yapılan test - tekrar test ölçümleri Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile değerlendirilmiştir (Tablo 3-10).

Tablo 3-10: BESAQ Anketinin Test – Tekrar Test Uyum Düzeyleri (n=44)

Test – Tekrar Test	İlk Test		Retest		ICC
	Ort	SD	Ort	SD	
1. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumun tutukluğuyla ilgili bir şeyleri fark edeceğini düşünüyorum.	0,82	1,11	0,84	1,03	0,909**
2. Cinsel ilişki esnasında partnerim vücudumun çekici olmayan yönlerini bulacak diye kaygılanırım.	0,82	1,15	0,75	1,08	0,880**
3. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümün nasıl olduğuna dikkat etmem.	2,61	1,30	2,64	1,04	0,823**
4. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümle ilgili bir şeyler beni çekingen yapar.	1,20	1,21	1,27	1,23	0,931**
5. Partnerim üzerimde kileri çıkarırken rahatımdır.	1,98	1,55	2,07	1,30	0,900**
6. Cinsel ilişki esnasında vücudumu çarşaf ya da örtü altına saklamayı tercih ederim.	1,16	1,38	1,23	1,27	0,916**
7. Cinsel ilişki esnasında partnerimin cinsel organıma bakması konusunda rahatımdır (Bakmasından rahatsız olmam).	2,66	1,24	2,70	1,15	0,887**
8. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumu itici bulacağı konusunda kaygılanırım.	0,61	0,99	0,86	1,07	0,801**
9. Cinsel ilişki esnasında partnerim cinsel organının görüntü veya boyutunu yetersiz ya da gösterişsiz bulacağı için kaygılanırım.	0,68	0,96	0,86	1,07	0,814**
10. Partnerim beni çıplak gördüğü zaman hiçbir şey saklamam.	2,70	1,37	2,70	1,21	0,778**
11. Cinsel ilişki esnasında vücudumun seksi göründüğünü düşünürüm.	1,89	1,38	1,91	1,29	0,864**
12. Cinsel ilişki esnasında partnerimin beni tamamen çıplak görmesinden hoşlanmam.	1,30	1,34	1,27	1,21	0,893**
13. Partnerimin beni elbiselerim olmadan gördüğünde heyecanlandığını tahmin ederim.	1,73	1,40	1,77	1,36	0,903**
14. Cinsel ilişki esnasında elbisemin belli kısımlarını çıkarmamayı tercih ederim.	1,02	1,15	1,16	1,18	0,904**
15. Cinsel ilişki esnasında vücudumun farkındayım.	2,52	1,61	2,07	1,37	0,849**
16. Cinsel ilişki esnasında partnerim genitallerimin koku ve görüntüsünü itici bulacağı için kaygılanırım.	1,20	1,30	1,23	1,18	0,857**
17. Cinsel ilişki esnasında vücudumun belli bölgelerini saklamaya çalışırım.	0,80	0,90	0,80	0,95	0,892**
18. Cinsel ilişki esnasında vücudumun bazı bölümlerinin seksi olamayacak kadar gösterişsiz olduğunu düşünürüm.	0,91	1,05	0,86	1,00	0,935**
19. Vücudumda sevişme esnasında partnerimin görmesini istemediğim bölümler vardır.	0,95	1,01	0,80	0,88	0,872**
20. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümün nasıl olduğu hakkında partnerimin düşündükleri için kaygılanırım.	0,98	1,21	0,89	1,04	0,912**
21. Cinsel ilişki esnasında vücuduma dokunulduğunda nasıl hissedeceğimin, partnerimin ilgisinin kaybolmasını sağlamasından kaygılanırım.	0,95	1,08	1,00	1,06	0,817**
22. Cinsel ilişki esnasında kilomu düşünmemek zor.	1,02	1,11	0,98	1,05	0,881**
23. Sevişirken odanın aydınlık olması kendimin farkında olmamı sağlar.	1,41	1,24	1,32	1,09	0,885**
24. Cinsel ilişki esnasında partnerime vücut bölümlerimi açma konusunda çoğunlukla rahatımdır.	2,00	1,43	1,98	1,49	0,809**
25. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücuduma bakmasından hoşlanırım.	1,68	1,55	1,75	1,35	0,897**
26. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumda görmesini istemediğim yerleri saklamak için belli poz veya pozisyonlardan kaçınırım.	1,39	1,30	1,30	1,21	0,870**
27. Cinsel ilişki esnasında vücudumun belli bölümlerinin nasıl görüldüğü düşünceleri dikkatimi dağıtır.	1,20	1,11	1,30	1,11	0,891**
28. Cinsel ilişki öncesinde veya sonrasında partnerimin yanında çıplak dolaşırken rahatımdır.	2,05	1,51	2,05	1,26	0,879**

ICC : Intraclass Correlation Coefficient

**p<0,01

Test - tekrar test için soru bazlı korelasyonlar incelendiğinde; tüm soruların 0,778 ile 0,935 arasında değişen katsayılarla sahip olduğu görülmektedir. Bu katsayılar bize, test ve tekrar test arasında çok iyi düzeyde korelasyon görüldüğünün ve soruların doğru anlaşıldığının gösterir (Tablo 3-10).

Tablo 3-11: BESAQ Anketi Test – Tekrar Test Puanları Değerlendirmeleri (n=44)

	BESAQ Anketi İlk Test Puanı	BESAQ Anketi Tekrar Test Puanı	<i>p</i>
Ortalama	1,44	1,44	
Standart Sapma	0,59	0,54	
Minimum	0,36	0,43	0,615
Maksimum	3,04	3,04	
Medyan	1,27	1,43	

Wilcoxon Signed Ranks Test

BESAQ anketi ilk test sonucunda 0,36 ile 3,04 arasında puan almakta ortalaması ise $1,44 \pm 0,59$ olarak saptanmıştır. Retest sonuçları da yine 0,43 ile 3,04 arasında değişmekte olup ortalama $1,44 \pm 0,54$ değeri almış olup iki puan arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 3-11).

3.7.6. Verilerin Analizi

	Analiz Yöntemi
Geçerlik için; Yüzeysel Geçerlik (Uzman Görüşü)	• Aritmetik ortalama • Kapsam Geçerlik İndeksi
Güvenirlik için; Madde analizi	• Pearson Korelasyon Katsayısı
Ölçek iç tutarlılığı	• Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı
Test- tekrar test analizi	• Intraclass Korelasyon Katsayısı (ICC) • Wilcoxon Testi
Kadınların tanımlayıcı ve obstetrik özellikleri, cinsel fonksiyon ve pelvik taban fonksiyonlarına ilişkin verilerin analizi	• Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, • Mann Whitney U Test, • Fisher Exact Test, • Fisher-Freeman-Halton Exact Test, • Friedman Test, • Wilcoxon Signed Ranks Test, • Spearman Korelasyon Analizi, • Student t Test, • Yates' Continuity Correction Test, • Repeated Measures ANOVA Test, • LSD Test

3.7.7. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmadaki olgu sayısının nispeten az olması ve çalışmanın tek bir merkezde yürütülmüş olması çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Bu nedenle çalışma sonuçları tüm gebelere genellenemez. Ayrıca anket ve ölçeklerdeki ifadeler bireysel beyana dayandığı için yanılma payı göz önünde bulundurulmalıdır.

4. BULGULAR

Gebeliğin cinsel fonksiyon, beden imajı ve pelvik taban fonksiyonları üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bu izlem çalışmasında gebe kadınlarla 3 kez görüşme yapılmıştır. Birinci görüşme gebeliğin 1. trimesterinde yapılmış olup (n=169), bu görüşme esnasında hem gebelikten önceki döneme ait veriler hem de 1. trimester bilgileri alınmıştır. İkinci görüşme gebeliğin 3. trimesterinde yapılmış (n=96) ve üçüncü görüşme postpartum 4. ayda (n=61) gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bulguları dört bölümde ele alınmıştır:

4.1. Kadınların Tanımlayıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Kadınların Cinsel Fonksiyon ve Pelvik Taban Fonksiyonlarına İlişkin Bulgular

4.3. Kadınların BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

4.4. Kadınların Tanımlayıcı, Obstetrik Özellikleri ve BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçek Puanları İle Yapılan Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

4.1. Kadınların Tanımlayıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4-1: Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı (n=169)

		Min-Mak	Ort±SD
Yaş		18-39	26,44±5,49
Evlilik Süresi (Ay/ Yıl)		0,20-18	5,36±4,76
Eğitim Süresi (Yıl)		0-16	7,55±3,87
Boy		1,44-1,76	1,61±0,06
Gebelikten Önceki Kilo		40-96	61,06±10,71
Gebelikten Önceki VKİ (kg/m ²)		15,43- 37,03	23,55 ±4,71
1. Trimester Kilo		45-100	64,16±10,86
1. Trimester VKİ (kg/m ²)		16,76-37,18	24,62±3,96
		n	%
Medeni Durum	Evli	169	100,0
Eğitimi	Okur Yazar Değil	10	5,9
	Okur Yazar	4	2,4
	İlkokul	68	40,2
	Ortaokul	35	20,7
	Lise	30	17,8
	Önlisans/Lisans	22	13,0
Eş Eğitimi	Okur Yazar Değil	3	1,8
	Okur Yazar	3	1,8
	İlkokul	71	42,0
	Ortaokul	30	17,8
	Lise	39	23,1
	Önlisans/Lisans	23	13,6
Çalışma Durumu	Çalışan	60	35,5
	Çalışmayan	109	64,5
Sosyal Güvence	Var	142	84,0
	Yok	27	16,0
Ekonomik Durum	Geliri Giderinden Az	64	37,9
	Geliri Giderine Denk	100	59,2
	Geliri Giderinden Fazla	5	3,0
1.Trimester Vücut Kitle İndeksine Göre Değerlendirme	Zayıf	5	3,0
	Normal	85	50,3
	Fazla Kilolu	65	38,5
	Şişman	14	8,3

Çalışmaya katılan kadınların yaşları 18 ile 39 arasında değişmekte olup ortalama $26,44 \pm 5,49$ yıldır. Evlilik süreleri ise 0,20 ay ile 18 yıl arasında değişmekte olup ortalama $5,36 \pm 4,76$ yıldır. Ayrıca olguların tamamının evli olduğu saptanmıştır (Tablo 4-1).

Kadınların eğitim süreleri 0 ile 16 yıl arasında değişmekte olup ortalama $7,55 \pm 3,87$ yıldır. Kadınların %5,9 (n=10)'unun okur yazar olmadığı, %2,4 (n=4)'ünün okur yazar olduğu, %40,2 (n=68)'sinin ilkokul mezunu, %20,7 (n=35)'inin ortaokul mezunu, %17,8 (n=30)'inin lise mezunu ve %13 (n=22)'ünün ise önlisans ya da lisans mezunu olduğu gözlenmiştir (Tablo 4-1).

Kadınların eşlerinin eğitimine bakıldığında ise %1,8 (n=3)'ünün okur yazar olmadığı, %1,8 (n=3)'ünün okur yazar olduğu, %4 (n=71)'sinin ilkokul mezunu, %17,8 (n=30)'inin ortaokul mezunu, %23,1 (n=39)'inin lise mezunu ve %13,6 (n=23)'sının ise önlisans ya da lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-1).

Kadınların çalışma durumu sorgulandığında %35,5 (n=60)'ünün çalıştığı, %64,5 (n=109)'ünün ise çalışmadığı ve %84 (n=142)'ünün sosyal güvenceye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4-1).

Geliri giderinden az olan olguların oranını %37,9 (n=64), geliri giderine denk olanların oranının %59,2 (n=100), geliri giderinden fazla olanların oranının ise %3 (n=5) olduğu saptanmıştır (Tablo 4-1).

Çalışmaya katılan kadınların gebelik öncesi kilosu 40 ile 96 arasında değişmekte olup ortalama $61,06 \pm 10,71$ ve vücut kitle indeksi ise ortalama $23,55 \pm 4,71$ olarak belirlenmiştir. Kadınların 1. trimesterde kiloları 45 ile 100 arasında değişmekte olup $64,16 \pm 10,86$ ve vücut kitle indeksi ise ortalama $24,62 \pm 3,96$ olarak saptanmıştır. Ayrıca gebeler 1. trimesterde vücut kitle indeksine göre değerlendirildiğinde; %3 (n=5)'ünün zayıf, %50,3 (n=85)'ünün normal kilolu, %38,5 (n=65)'inin fazla kilolu, %8,3 (n=14)'ünün ise şişman olduğu gözlenmiştir (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Üç Görüşme Yapılan Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı (n=61)

		Min-Mak	Ort±SD
Yaş		18,00-39,00	26,21±5,68
Evlilik Süresi (Ay/ Yıl)		0,30-18,00	4,78±4,50
Eğitim Süresi (Yıl)		0,00-16,00	7,67±3,89
Boy		1,44-1,76	1,61±0,06
Gebelikten önce kilo		44-82	59,19±9,48
Gebelikten önce VKİ (kg/m ²)		16,97-31,63	22,83±4,18
1. Trimester kilo		46-90	64,31±10,62
1. Trimester VKİ (kg/m ²)		16,89-36,60	24,85±3,94
		n	%
Medeni Durum	Evli	61	100,0
Eğitimi	İlkokul ve Altı	29	47,5
	Ortaokul ve Üstü	32	52,4
Eş Eğitimi	Okur Yazar Değil	1	1,6
	Okur Yazar	2	3,3
	İlkokul	22	36,1
	Ortaokul	14	23,0
	Lise	14	23,0
	Önlisans/Lisans	8	13,1
Çalışma Durumu	Çalışmayan	40	65,6
	Çalışan	21	34,4
Sosyal Güvence	Var	51	83,6
	Yok	10	16,4
Ekonomik Durum	Geliri Giderinden Az	21	34,4
	Geliri Giderine Denk	38	62,3
	Geliri Giderinden Fazla	2	3,3
1. Trimester Vücut Kitle Endeksine Göre Değerlendirme	Zayıf	1	1,6
	Normal	30	49,2
	Fazla Kilolu	24	39,3
	Şişman	6	9,8

Üç kez görüşülen kadınların (n=61) yaşları 18 ile 39 arasında değişmekte olup ortalama 26,21±5,68 yıldır. Kadınların tamamının evli ve ortalama 4,78±4,50 yıl evlilik süresine sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 4-2).

Kadınların eğitim süreleri 0 ile 16 yıl arasında değişmekte olup ortalama 7,67±3,89 yıldır. Kadınların %47,5 (n=29)'ünün ilkokul ve altı, %52,4 (n=32)'ünün ortaokul ve üstü eğitime sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4-2).

Kadınların eşlerinin eğitimine bakıldığında ise %1,6 (n=1)'sının okur yazar olmadığı, %3,3 (n=2)'ünün okur yazar olduğu, %36,1 (n=22)'inin ilkokul mezunu, %23

(n=14)'ünün ortaokul mezunu, %23 (n=14)'ünün lise mezunu ve %13,1 (n=8)'inin ise önlisans ya da lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-2).

Kadınların %65,6 (n=40)'sının çalışmadığı, %34,4 (n=21)'ünün çalıştığı ve %83,6 (n=51)'sının sosyal güvencesi olduğu gözlenmiştir. Ayrıca geliri giderinden az olan olguların oranının %34,4 (n=21), geliri giderine denk olanların oranının %62,3 (n=38), geliri giderinden fazla olanların oranının ise %3,3 (n=2) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-2).

Üç görüşme yapılan kadınların boyları 1,44 ile 1,76 metre arasında değişmekte olup ortalama $1,61 \pm 0,06$ metre, gebelikten önceki kiloları 44 ile 82 arasında değişmekte olup ortalama $59,19 \pm 9,48$ kg, gebelikten önceki vücut kitle indeksi değeri ise ortalama $22,83 \pm 4,18$ kg/m² saptanmıştır. Ayrıca üç görüşme yapılan 61 kadının 1. trimester kiloları 46 ile 90 kg arasında değişmekte olup ortalama $64,31 \pm 10,62$ kg, 1. trimester vücut kitle indeksi değeri ortalama $24,85 \pm 3,94$ kg/m² olarak saptanmıştır (Tablo 4-2).

Kadınlar 1. trimester vücut kitle indeksine göre değerlendirildiğinde; %1,6 (n=1)'sının zayıf, %49,2 (n=30)'sinin normal kilolu, %39,3 (n=24)'ünün fazla kilolu, %9,8 (n=6)'inin ise şişman olduğu gözlenmiştir (Tablo 4-2).

Tablo 4-3: Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı (n=169)

		Min-Mak	Ort±SD
Gravida (Toplam Gebelik Sayısı)		1-8	2,02±1,21
Parite (20 Haftadan Büyük Gebelik Sayısı)		0-4	0,67±0,79
Abortus Sayısı		0-4	0,27±0,60
Gebelik Tahliyesi (Kürtaaj) Sayısı		0-2	0,08±0,32
		n	%
Parite	Nullipar	74	43,8
	Multipar	95	56,2
Gebelikte Sorun Yaşama Durumu	Evet	90	53,3
	Hayır	79	46,7
Gebelikte Yaşanan Sorun	Mide Bulantısı + Kusma	57	63,3
	Sık İdrara Çıkma	2	2,2
	Mide Yanması	5	5,6
	Kasık Ağrısı	13	14,4
	Kanama	2	2,2
	Bel Ağrısı	5	5,6
	Kaşıntı ve Vajinal Akıntı	1	1,1
	Kabızlık	1	1,1
	İştahsızlık	1	1,1
	Baş Ağrısı	1	1,1
	Çölyak Hastalığı	1	1,1
	İstenmeyen Gebelik	1	1,1
Kronik Hastalığa Sahip Olma	Evet	14	8,3
	Hayır	155	91,7
Kronik Hastalık	Hepatit B Taşıyıcısı	2	14,3
	Astım	4	28,6
	Migren	1	7,1
	Guatr	5	35,7
	Hipertansiyon	1	7,1
	Diyabet	1	7,1
Kronik Hastalığa Bağlı İlaç Kullanma	Evet	8	4,7
	Hayır	161	95,3
Gebelik Süresince Planlanan Doğum Şekli	NSVD	140	82,8
	Sezaryen	29	17,2

Çalışmaya katılan kadınların toplam gebelik sayıları (gravida) 1 ile 8 arasında değişmekte olup ortalama $2,01 \pm 1,21$ iken, 20 haftadan büyük gebelik sayılarının (parite) 0 ile 4 arasında değişmekte olup ortalama $0,67 \pm 0,79$ olduğu gözlenmiştir (Tablo 4-3).

Abortus sayıları 0 ile 4 arasında değişmekte olup ortalama $0,27 \pm 0,60$ iken, gebelik tahliyesi (kürtaj) sayıları 0 ile 2 arasında değişmekte olup ortalama $0,08 \pm 0,32$ olarak saptanmıştır.

Ayrıca çalışmaya katılan kadınların %43,8 (n=74)'inin nullipar, %56,2 (n=95)'sinin multipar olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-3).

1. trimesterde gebelikte sorun yaşayan kadınların oranının %53,3 (n=90) olduğu gözlenmiştir. En sık gözlenen sorunların ise %63,3 (n=57) mide bulantısı ve kusma, %14,4 (n=13) kasık ağrısı, %5,6 (n=5) mide yanması, %5,6 (n=5) bel ağrısı olduğu saptanmıştır. Gözlenen diğer sorunlar ise sık idrara çıkma, kanama, istenmeyen gebelik, kabızlık, iştahsızlık, baş ağrısı, çölyak hastalığı, kaşıntı ve vajinal akıntıdır (Tablo 4-3).

Kronik hastalığa sahip olan kadınların oranının %8,3 (n=14) olduğu en sık gözlenen hastalıkların ise %35,7 (n=5) guatr, %28,6 (n=4) astım, %14,3 (n=2) hepatit B taşıyıcısı, %7,1 (n=1) migren, %7,1 (n=1) hipertansiyon, %7,1 (n=1) diyabet olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığa bağlı ilaç kullanan kadınların oranının ise %4,7 (n=8) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-3).

Gebelik süresince planlanan doğum şekli NSVD olan olguların oranı %82,8 (n=140) iken, sezaryen doğum planlanan olguların oranının %17,2 (n=29) olduğu gözlenmiştir (Tablo 4-3).

Tablo 4-4: Üç Görüşme Yapılan Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı (n=61)

		Min-Mak	Ort±SD
Gravida (Toplam Gebelik Sayısı)		1-8	1,85±1,20
Parite (20 Haftadan Büyük Gebelik Sayısı)		0-4	0,57±0,80
Abortus Sayısı		0-2	0,26±0,54
Gebelik Tahliyesi (Kürtaj) Sayısı		0-1	0,01±0,12
		n	%
Parite	Nullipar	30	49,2
	Multipar	31	50,8
Gebelikte Sorun Yaşama Durumu	Evet	27	44,3
	Hayır	34	55,7
Gebelikte Yaşanan Sorun	Mide Bulantısı+Kusma	15	24,6
	Mide Yanması	2	3,3
	Kasık Ağrısı	6	9,8
	Bel Ağrısı	3	4,9
	Kasıntı ve Vajinal Akıntı	1	1,6
Kronik Hastalığa Sahip Olma	Evet	3	4,9
	Hayır	58	95,1
Kronik Hastalık	Hepatit B Taşıyıcısı	1	1,6
	Guatr	1	1,6
	Diyabet	1	1,6
Kronik Hastalığa Bağlı İlaç Kullanma	Evet	3	4,9
	Hayır	58	95,1
Gebelik Süresince Planlanan Doğum Şekli	NSVD	53	86,9
	Sezaryen	8	13,1

Üç kez görüşme yapılan 61 kadının toplam gebelik sayıları (gravida) 1 ile 8 arasında değişmekte olup ortalama $1,85 \pm 1,20$ iken, 20 haftadan büyük gebelik sayılarının (parite) 0 ile 4 arasında değişmekte olup ortalama $0,57 \pm 0,80$ olduğu gözlenmiştir. Kadınların %49,2 (n=30)'unun nullipar, %50,8 (n=31)'sinin multipar saptanmıştır (Tablo 4-4).

Abortus sayıları 0 ile arasında değişmekte olup ortalama $0,26 \pm 0,54$ iken, gebelik tahliyesi (kürtaj) sayıları 0 ile 1 arasında değişmekte olup ortalama $0,01 \pm 0,12$ olarak saptanmıştır (Tablo 4-4).

Gebelikte sorun yaşıyan olguların oranının %44,3 (n=27) olduğu gözlenmiştir. Bu olgularda en sık gözlenen sorunların ise %24,6 (n=15) mide bulantısı ve kusma, %9,8 (n=6) kasık ağrısı, %4,9 (n=3) bel ağrısı olduğu saptanmıştır. Gözlenen diğer sorunlar ise mide yanması, kaşıntı ve vajinal akıntıdır (Tablo 4-4).

Kronik hastalığa sahip olan olguların oranının %4,9 (n=3) olduğu gözlenmiştir. Bu olgularda gözlenen hastalıkların ise guatr, diyabet ve hepatit B taşıyıcılığı olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığa sahip olguların tümünün ilaç kullandığı saptanmıştır (Tablo 4-4).

Gebelik süresince planlanan doğum şekli NSVD olan olguların oranı %86,9 (n=53) iken, sezaryen doğum planlanan olguların oranının %13,1 (n=8) olduğu gözlenmiştir (Tablo 4-4).

4.2. Kadınların Cinsel Fonksiyon Ve Pelvik Taban Fonksiyonlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4-5: Kadınların Gebelik Öncesi ve 1. Trimesterdeki Cinsel Fonksiyonlarına İlişkin Verilerin Dağılımı (n=169)

		Min-Mak	Ort±SD
Görüşme Esnasında Gebelik Haftası		2-13	10,14±2,21
		n	%
Gebelikten Önce Cinsel İlişki Sırasında Sorun Yaşama	Evet	47	27,8
	Hayır	122	72,2
Gebelikten Önce Cinsel İlişki Sırasında Yaşanan Sorun	İsteksizlik	19	40,4
	Ağrı	27	57,4
	Korku	1	2,1
Gebelikten Önce Yaşanan Cinsel Sorun ile İlgili Yardım Alma	Evet	11	23,4
	Hayır	36	76,6
Gebelikten Önce Cinsel İlişki Sıklığı	Hiç Cinsel İlişkiye Girmedim	2	1,2
	Haftada 1 Kez	34	20,1
	Haftada 2 Kez	58	34,3
	Haftada 3 Kez	39	23,1
	Haftada 4 Kez	18	10,7
	Haftada 5 Kez	7	4,1
	Haftada 6 Kez	2	1,2
	Haftada 7 Kez	2	1,2
	Ayda 1 Kez	1	0,6
	Ayda 2 Kez	2	1,2
	Ayda 3 Kez	4	2,4
1. Trimesterde Cinsel İlişki Sırasında Sorun Yaşama	Evet	92	54,4
	Hayır	77	45,6
1. Trimesterde Cinsel İlişki Sırasında Yaşanan Sorun	İsteksizlik	25	27,2
	Bebeğe Zarar Vermekten Korkma	25	27,2
	Kanama	2	1,2
	Düşük Tehdidi	8	4,7
	Mide Bulantısı	11	6,5
	Doktor İstemi	2	1,2
	Ağrı	16	9,5
	Yanma olması	2	1,2
	Sinirlilik	1	0,1
1. Trimesterde Cinsel İlişki Sıklığı	Hiç Cinsel İlişkiye Girmedim	40	23,7
	Haftada 1 Kez	60	35,5
	Haftada 2 Kez	24	14,2
	Haftada 3 Kez	10	5,9
	Haftada 4 Kez	3	1,8
	Ayda 1 Kez	6	3,6
	Ayda 2 Kez	21	12,4
	Ayda 3 Kez	5	3,0

Çalışmaya katılan kadınların görüşme esnasında gebelik haftaları 2 ile 13 arasında değişmekte olup ortalama $10,14 \pm 2,21$ haftadır. Kadınların tamamı 1. trimesterdedir (Tablo 4-5).

Kadınların %27,8 (n=47)'i gebelikten önce cinsel ilişkiye girmede sıkıntı yaşadığını bildirmiş ve bu kadınların yaşadıkları sıkıntılarının %57,4 (n=27) oranında ağrı, %40,4 (n=19) oranında isteksizlik ve %2,1 (n=1) oranında korku olduğu saptanmıştır. Bu olguların %23,4 (n=11) 'ü ise yaşanan cinsel sıkıntı ile ilgili yardım almıştır (Tablo 4-5).

Gebelikten önce hiç cinsel ilişkiye girmeyenlerin oranının %1,2 (n=2), haftada 1 kez ilişkiye girenlerin oranının %20,1 (n=34), haftada 2 kez ilişkiye girenlerin oranının %34,3 (n=58), haftada 3 kez ilişkiye girenlerin oranının %23,1 (n=39), haftada 4 kez ilişkiye girenlerin oranının %10,7 (n=18), haftada 5 kez ilişkiye girenlerin oranının %4,1 (n=7), haftada 6 kez ilişkiye girenlerin oranının %1,2 (n=2), haftada 7 kez ilişkiye girenlerin oranının %1,2 (n=2), ayda 1 kez ilişkiye girenlerin oranının %0,6 (n=1), ayda 2 kez ilişkiye girenlerin oranının %1,2 (n=2), ayda 3 kez ilişkiye girenlerin oranının ise %2,4 (n=4) olduğu saptanmıştır (Tablo 4-5).

Gebeliğin 1. trimesterinde cinsel ilişkiye girmekte sıkıntı yaşayanların oranının %54,4 (n=92) olduğu saptanmıştır. Sıkıntı yaşanma nedenleri ise sıklık sırasıyla, %27,2 (n=25) isteksizlik, %27,2 (n=25) bebeğe zarar gelmesinde korkmak, %9,5 (n=16) cinsel ilişki sırasında ağrı olması, %6,5 (n=11) mide bulantısı olması, %4,7 (n=8) düşük tehdidi olması iken, diğer nedenler kanama, doktor istemi, yanma olması, sinirlilik olarak belirlenmiştir (Tablo 4-5).

1. trimesterdeki cinsel ilişki sıklığı sorgulandığında ise kadınların %23,7 (n=40)'si hiç cinsel ilişkiye girmezken, %35,5 (n=60)'inin haftada 1 kez, %14,2 (n=24)'sinin haftada 2 kez, %5,9 (n=10)'unun haftada 3 kez, %1,8 (n=3)'inin haftada 4 kez, %3,6 (n=6)'sının ayda 1 kez, %12,4 (n=21)'ünün ayda 2 kez, %3 (n=5)'ünün ise ayda 3 kez cinsel ilişkiye girdiği saptanmıştır (Tablo 4-5).

Tablo 4-6: Kadınların Gebelik Öncesi ve 1. Trimesterdeki İdrar ve Dışkı Kaçırma Durumlarına İlişkin Verilerin Dağılımı (n=169)

		n	%
Gebelikten Önce İdrar Kaçırma	Evet	17	10,1
	Hayır	152	89,9
Gebelikten Önce İdrar Kaçırma Şikayetini Tanımlaması	Hapşırma/ Öksürük ile Kaçırma	12	70,6
	Tuvalete Yetişememe	5	29,4
Gebelikten Önce İdrar Kaçırma ile İlgili Tedavi Alma	Evet	1	5,9
	Hayır	16	94,1
Gebelikten Önce Dışkı Kaçırma	Evet	2	1,2
	Hayır	167	98,8
Dışkı Kaçırma ile İlgili Tedavi Alma	Hayır	2	100,0
Birinci Trimesterde İdrar Kaçırma	Evet	61	36,1
	Hayır	108	63,9
Birinci Trimesterde Dışkı Kaçırma	Evet	2	1,2
	Hayır	167	98,8

Gebelikten önce idrar kaçırma şikayeti olan olguların oranının %10,1 (n=17) olduğu saptanmıştır. İdrar kaçırma şikayeti bulunan kadınlardan kendi ifadeleri ile şikayeti tanımlamaları istendiğinde %70,6 (n=12)'sı hapşırma ve öksürük ile kaçırma ve %29,4 (n=5)'ü ise tuvalete yetişememe olarak tanımlamışlardır. Gebelikten önce idrar kaçırma şikayeti yaşayan 17 kadından yalnızca 1 (%5,9)'i tedavi almıştır (Tablo 4-6).

Gebelikten önce dışkı kaçırma problemi yaşayanların %1,2 (n=2) olduğu ve bu olguların dışkı kaçırma ile ilgili tedavi almadıkları saptanmıştır (Tablo 4-6).

1. trimesterde idrar kaçırma problemi olanların oranının %36,1 (n=61), dışkı kaçırma problemi olanların oranının ise %1,2 (n=2) olduğu saptanmıştır (Tablo 4-6).

Tablo 4-7: Kadınların 3. Trimesterde Cinsel Fonksiyon, İdrar ve Dışkı Kaçırma Durumlarına İlişkin Verilerin Dağılımı (n=96)

		Min-Mak	Ort±SD
Görüşme Esnasındaki Gebelik Haftası		27-34	30,43±2,14
		n	%
3. Trimesterde Cinsel İlişki Sırasında Sorun Yaşama	Evet	67	69,8
	Hayır	29	30,2
3. Trimesterde Cinsel İlişki Sırasında Yaşanan Sorun	İsteksizlik	9	13,4
	Ağrı	26	38,8
	Bebegin Zarar Görmesi Korkusu	27	40,3
	Karnının Büyümesi	5	7,5
3. Trimesterde Cinsel İlişki Sıklığı	Hiç Cinsel İlişkiye Girmedim	31	32,3
	Haftada 1 Kez	28	29,2
	Haftada 2 Kez	5	5,2
	Haftada 3 Kez	13	13,5
	Ayda 1 Kez	9	9,4
	Ayda 2 Kez	10	10,4
3. Trimesterde İdrar Kaçırma	Evet	45	46,9
	Hayır	51	53,1
3. Trimesterde Dışkı Kaçırma	Evet	1	1,1
	Hayır	95	98,9

Görüşme esnasında olguların gebelik haftaları 27 ile 34 arasında değişmekte olup ortalama 30,43±2,14 haftadır. Kadınların tamamı 3. trimesterdedir (Tablo 4-7).

Üçüncü trimesterde cinsel ilişkiye girmekte sıkıntı yaşayanların oranının %69,8 (n=67) olduğu belirlenmiş ve yaşadıkları cinsel sıkıntıların ise %40,3 (n=27) oranında bebeğin zarar görmesi korkusu, %38,8 (n=26) oranında cinsel ilişki sırasında ağrı olması, %13,4 (n=9) oranında isteksizlik, %7,5 (n=5) oranında karnının büyümesi olduğu saptanmıştır (Tablo 4-7).

Kadınların üçüncü trimesterde cinsel ilişki sıklığına bakıldığında %32,3 (n=31)'ünün hiç cinsel ilişkiye girmedeği, %29,2 (n=28)'sinin haftada 1 kez, %5,2 (n=5)'sinin haftada 2 kez %13,5 (n=13)'inin haftada 3 kez, %9,4 (n=9)'ünün ayda 1 kez ve %10,4 (n=10)'ünün ayda 2 kez cinsel ilişkiye girdiği belirlenmiştir (Tablo 4-7).

Üçüncü trimesterde idrar kaçırma gelişen olguların oranı %46,9 (n=45) iken, dışkı kaçırma problemi yaşan olguların oranının %1,1 (n=1) olduğu saptanmıştır (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Kadınların Postpartum 4. Ay Cinsel Fonksiyon, İdrar ve Dışkı Kaçırma Durumlarına İlişkin Verilerin Dağılımı (n=61)

		Min-Mak	Ort±SD
Bebeğin Doğum Kilosu (gram)		2680-3670	3249,34±306,77
Bebeğin Baş Çevresi (cm)		33-35	34,26±0,63
Postpartum Kilo (kg)		49-75	62,79±7,42
Postpartum VKİ (kg/m²)		17,36-36,17	24,35±3,28
Postpartum Cinsel İlişkiye Başlama Zamanı (gün)		40-90	48,15±14,37
Postpartum Hastanede Kalınan Süre (gün)		1-3	1,89±0,65
		n	%
Doğumun Gerçekleşme Şekli	NSVD	6	9,8
	Vajinal Doğum+Epizyotomi	44	72,1
	Sezeryan	11	18,1
Sezeryan Endikasyonu	Fetal Distres	6	54,5
	İlerlemeyen Travay	5	45,5
Fundal Basınç Yapılma Durumu	Evet	44	72,1
	Hayır	17	27,9
Emzirme Durumu	Sadece anne sütü	55	90,2
	Anne sütü +Ek gıda	6	9,8
Postpartum Dönemde Cinsel İlişki Sıklığı	Haftada 1 kez	28	45,9
	Haftada 2 kez	27	44,3
	Haftada 3 kez	6	9,8
Postpartum Dönemde Cinsel İlişkiye Başlamada Sorun Yaşama	Evet	5	8,2
	Hayır	56	91,8
Postpartum Dönemde Cinsel İlişkiye Başlamada Yaşanılan Sorun	Ağrı	5	100,0
Postpartum Dönemde İdrar Kaçırma	Evet	7	11,5
	Hayır	54	88,5
Postpartum Dönemde Dışkı Kaçırma	Evet	1	1,6
	Hayır	60	98,4
Postpartum Dönemde Kullanılan Kontraseptif Yöntem	RIA	11	18,1
	Prezervatif	44	72,1
	Geri Çekme	6	9,8

Üçüncü görüşme kadınların tamamında postpartum 4. ayda gerçekleştirilmiştir.

Bebeklerin doğum ağırlıkları 2680 ile 3670 gram arasında değişmekte olup ortalama $3249,34 \pm 306,77$ gram, baş çevreleri 33 ile 35 cm arasında olup ortalama $34,26 \pm 0,63$ cm'dir (Tablo 4-8).

Kadınların postpartum 4. aydaki ağırlıkları ise 49 ile 75 kg arasında değişmekte olup ortalama $62,79 \pm 7,42$ kg iken, postpartum VKİ değerleri 17,36 ile 36,17 arasında değişmekte olup ortalama $24,35 \pm 3,28$ kg/m²'dir (Tablo 4-8).

Kadınların doğum gerçekleştirme şekilleri incelendiğinde %9,8 (n=6)'inin normal spontan vajinal doğum, %72,1 (n=44)'inin vajinal doğum+epizyotomi, %18,1 (n=11)'inin ise sezaryen doğum olduğu gözlenmiştir. Sezaryen doğum gerçekleştirilen olguların sezaryen endikasyonları ise %54,5 (n=6) fetal distres, %45,5 (n=5) ilerlemeyen travaydır. Vajinal doğum gerçekleştiren kadınların %72,1 (n=44)'inde fundal basınç yapılmıştır (Tablo 4-8).

Kadınların %90,2 (n=55)'si bebeğini sadece anne sütü ile beslerken, %9,8 (n=6)'inin ise anne sütünün yanında ek gıda da kullandığı saptanmıştır (Tablo 4-8).

Çalışmaya katılan kadınların doğumdan sonra cinsel ilişkiye başlama süreleri 40 ile 90 gün arasında değişmekte olup ortalama $48,15 \pm 14,37$ gündür. Olguların cinsel ilişki sıklıkları incelendiğinde %45,9 (n=28)'ünün haftada 1 kez, %44,3 (n=27)'ünün haftada 2 kez, %9,8 (n=6)'inin ise haftada 3 kez cinsel ilişkiye girdiği saptanmıştır (Tablo 4-8).

Postpartum dönemde cinsel ilişkiye başlamada sorun yaşayan kadınların oranının %8,2 (n=5) olduğu, bu kadınların tamamında yaşanan sorunun cinsel ilişki sırasında ağrı olduğu saptanmıştır (Tablo 4-8).

Postpartum dönemde idrar kaçırma problemi olan kadınların oranının %11,5 (n=7), dışkı kaçırma problemi olan olguların oranının %1,6 (n=1) olduğu saptanmıştır (Tablo 4-8).

Kadınların postpartum dönemde kullandıkları kontraseptif yöntemler incelendiğinde, %18,1 (n=11)'inin RİA, %72,1 (n=44)'inin prezervatif, %9,8 (n=6)'inin ise geri çekme yöntemi kullandığı saptanmıştır. Kadınların postpartum hastanede kalma süreleri 1 ile 3 gün arasında değişmekte olup ortalama $1,89 \pm 0,65$ gündür (Tablo 4-8).

4.3. Kadınların BESAQ, FSFI, UDI-6 VE IIQ-7 Ölçekleri Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4-9: Kadınların BESAQ, FSFI, UDI-6, IIQ-7 ve FIQL Ölçekleri ve Alt Gruplarından Aldıkları Puanların Dağılımları

		n	Min-Mak	Ort±SD
BESAQ	1. Trimester	169	0,29-3,39	1,32±0,60
	3. Trimester	96	0,82-2,18	1,25±0,34
	Postpartum	61	0,79-2,18	1,53±0,47
FSFI - Toplam	1. Trimester	169	2,00-33,20	20,01±8,55
	3. Trimester	96	2,00-30,20	15,79±9,94
	Postpartum	61	7,40-29,60	20,77±7,21
FSFI - Cinsel İstek	1. Trimester	169	1,20-6,00	2,81±1,11
	3. Trimester	96	1,20-4,80	2,60±1,18
	Postpartum	61	1,20-4,80	2,56±1,20
FSFI - Uyarılma	1. Trimester	169	0,00-5,40	2,88±1,51
	3. Trimester	96	0,00-4,80	2,13±1,61
	Postpartum	61	0,90-5,10	2,86±1,64
FSFI - Lubrikasyon	1. Trimester	169	0,00-6,00	3,69±1,85
	3. Trimester	96	0,00-6,00	2,76±2,06
	Postpartum	61	2,10-6,00	4,80±0,97
FSFI - Orgazm	1. Trimester	169	0,00-6,00	3,46±1,82
	3. Trimester	96	0,00-5,60	2,50±1,95
	Postpartum	61	0,00-6,00	3,19±2,04
FSFI - Doyum	1. Trimester	169	0,80±6,00	3,90±1,66
	3. Trimester	96	0,80±5,20	2,89±1,60
	Postpartum	61	0,80-5,20	3,04±1,47
FSFI - Ağrı	1. Trimester	169	0,00-6,00	3,27±2,24
	3. Trimester	96	0,00-6,00	2,90±2,37
	Postpartum	61	0,00-6,00	4,33±1,75
UDI-6- Toplam	1. Trimester	169	0,00-100,00	21,24±20,81
	3. Trimester	96	0,00-55,56	30,21±13,96
	Postpartum	61	0,00-50,00	25,14±13,74
UDI-6- İrritatif / Urge Semptomlar	1. Trimester	169	0,00-33,33	11,04±9,81
	3. Trimester	96	0,00-27,78	16,72±6,22
	Postpartum	61	0,00-22,22	13,93±6,92
UDI-6- Stres Semptomları	1. Trimester	169	0,00-33,33	4,83±7,94
	3. Trimester	96	0,00-22,22	7,29±8,43
	Postpartum	61	0,00-22,22	8,38±5,88
UDI-6- Obstrüktif / Rahatsız Edici ya da İşeme Güçlüğü Oluşturan Semptomlar	1. Trimester	169	0,00-33,33	5,26±7,79
	3. Trimester	96	0,00-22,22	6,19±5,69
	Postpartum	61	0,00-11,11	2,82±4,26
IIQ-7- Toplam	1. Trimester	169	0,00-100,00	3,47±12,31
	3. Trimester	96	0,00-47,62	3,77±10,81
	Postpartum	61	0,00-4,76	0,47±1,43
IIQ-7- Fiziksel Aktivite	1. Trimester	169	0,00-28,57	1,13±4,07
	3. Trimester	96	0,00-14,29	2,03±4,30
	Postpartum	61	0,00-4,76	0,47±1,43
IIQ-7- Yolculuk	1. Trimester	169	0,00-28,57	0,84±3,61
	3. Trimester	96	0,00-14,29	0,74±3,19
	Postpartum	61	0,00-0,00	0,00±0,00
IIQ-7- Sosyal İlişkiler	1. Trimester	169	0,00-14,29	0,45±2,03
	3. Trimester	96	0,00-4,76	0,25±1,06
	Postpartum	61	0,00-0,00	0,00±0,00
IIQ-7- Emosyonel Sağlık	1. Trimester	169	0,00-28,57	1,04±3,87
	3. Trimester	96	0,00-14,29	0,74±3,19
	Postpartum	61	0,00-0,00	0,00±0,00
FIQL	1. Trimester	169	72,00-118,00	15,78±0,88
	3. Trimester	96	86,00-117,00	15,91±0,44
	Postpartum	61	86,00-116,00	15,84±0,54

Kadınların 1. trimesterde elde edilen BESAQ puanları 0,29 ile 3,39 arasında değişmekte olup ortalama $1,32 \pm 0,60$ iken, 3. trimesterde elde edilen puanları 0,82 ile 2,18 arasında değişmekte olup ortalama $1,25 \pm 0,34$ ve postpartum 4. ayda elde edilen puanlar 0,79 ile 2,18 arasında değişmekte olup ortalama $1,53 \pm 0,47$ olarak gözlenmiştir (Tablo 4-9).

Kadınların 1. trimesterde elde edilen FSFI toplam puanları 2 ile 33,20 arasında değişmekte olup ortalama $20,01 \pm 8,55$ iken, 3. trimesterde elde edilen puanları 2 ile 30,20 arasında değişmekte olup ortalama $15,79 \pm 9,94$ ve postpartum 4. ayda elde edilen puanlar 7,40 ile 29,60 arasında değişmekte olup ortalama $20,77 \pm 7,21$ olarak gözlenmiştir. Ölçeğin alt ölçeklerinden elde edilen puanlar Tablo 4-9'da gösterilmiştir.

Kadınların 1. trimesterde elde edilen UDI-6 puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama $21,24 \pm 20,81$ iken, 3. trimesterde elde edilen puanları 0 ile 55,56 arasında değişmekte olup ortalama $30,21 \pm 13,96$ postpartum 4. ayda elde edilen puanlar 0 ile 50 arasında değişmekte olup ortalama $25,14 \pm 13,74$ olarak gözlenmiştir. Ölçeğin alt ölçeklerinden elde edilen puanlar Tablo 4-9'da gösterilmiştir.

Kadınların 1. trimesterde elde edilen IIQ-7 puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama $3,47 \pm 12,31$ iken, 3. trimesterde elde edilen puanları 0 ile 47,62 arasında değişmekte olup ortalama $3,77 \pm 10,81$ ve postpartum 4. ayda elde edilen puanlar 0 ile 4,76 arasında değişmekte olup ortalama $0,47 \pm 1,43$ olarak gözlenmiştir. Ölçeğin alt ölçeklerinden elde edilen puanlar Tablo 4-9'da gösterilmiştir.

Kadınların 1. trimesterde elde edilen FIQL toplam puanları 72,00 ile 118,00 arasında değişmekte olup ortalama $15,78 \pm 0,88$ iken, 3. trimesterde elde edilen puanları 86,00 ile 117,00 arasında değişmekte olup ortalama $15,91 \pm 0,44$ ve postpartum 4. ayda elde edilen değerler 86,00 ile 116,00 arasında değişmekte olup ortalama $15,84 \pm 0,54$ olarak gözlenmiştir. Fekal inkontinansı olan kadın sayısı 1. trimesterde 2, 3. trimester ve postpartum 4. ayda ise 1 kişidir. Tablo 4-9'da görülen FIQL ortalama değerleri bu kadınların ölçek puan ortalamalarıdır.

Tablo 4-10: BESAQ Anketi Değerlendirmeleri (n=61)

BESAQ						
	Min	Mak	Medyan	Ort±SD		
1. Trimester ¹	0,29	2,71	1,18	1,29±0,51	1,2<3	
3. Trimester ²	0,82	2,18	1,18	1,27±0,36		
Postpartum 4.ay ³	0,79	2,18	1,64	1,52±0,47		
^a χ ² ; p			12,184; 0,002**			
Post-Hoc	Min	Mak	Medyan	Ort±SD	z	p
Fark 3. Trimester – 1. Trimester	-1,29	0,93	0,00	-0,03±0,51	-0,164	0,870
Fark Postpartum 4. ay – 1. Trimester	-1,32	1,43	0,21	0,23±0,60	-2,881	0,004**
Fark Postpartum 4. ay – 3. Trimester	-0,64	1,29	0,14	0,26±0,45	-4,046	0,001**

^aFriedman Test^bWilcoxon Signed Ranks Test

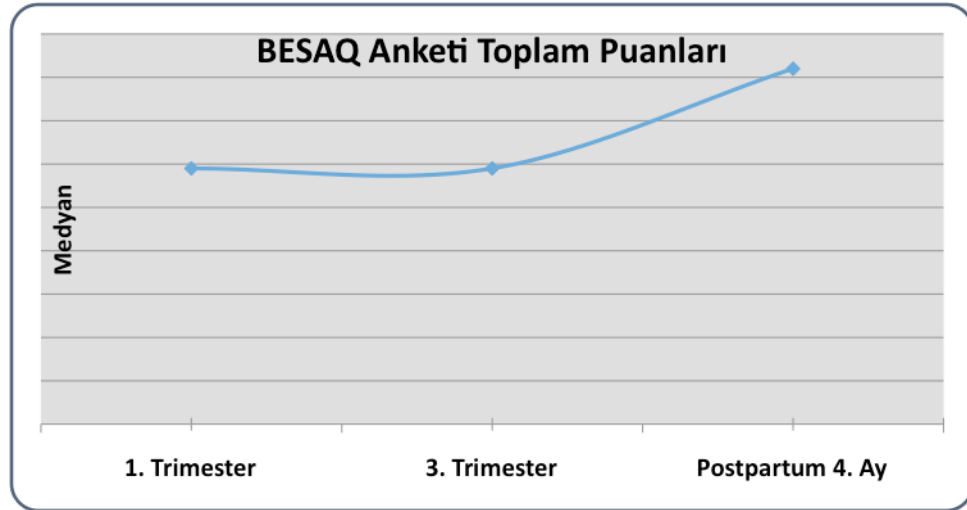
**p<0,01

BESAQ anketinin 1. trimester, 3. trimester ve postpartum 4. ay ölçüm puanlarında gözlenen değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (p=0,002; p<0,01; Tablo 4-10; Şekil 4-1).

Kadınların 1. trimester puanlarına göre 3. trimester puanlarında saptanan ortalama 0,03±0,51 birimlik düşüş yönündeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir (p= 0,870; p>0,05; Tablo 4-10).

1. trimester puanlarına göre postpartum 4. ay puanlarında saptanan ortalama 0,23±0,60 birimlik artış yönündeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (p=0,004; p<0,01). Kadınların 1. trimesterdeki oranlarına göre postpartum 4. ayda cinsel ilişki esnasında bilinçli odaklanma ve kaçınma oranının arttığı belirlenmiştir (Tablo 4-10).

3. trimester puanlarına göre postpartum 4. ay puanlarında saptanan ortalama 0,26±0,45 birimlik artış yönündeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (p=0,001; p<0,01; Tablo 4-10). Kadınların 3. trimestere kıyasla postpartum 4. ayda cinsel ilişki esnasında bilinçli odaklanma ve kaçınma oranının arttığı saptanmıştır. Doğum sonrası kadınların beden imajı olumsuz olarak etkilenmiştir.



Şekil 4-1: BESAQ Anketi Toplam Puanlarının Dağılımı

Tablo 4-11: FSFI Ölçeği Değerlendirmeleri (n=61)

FSFI					
	Min	Mak	Ort±SD		
1. Trimester ¹	2,00	33,20	20,50±8,33	1,3>2	
3. Trimester ²	2,00	30,20	16,71±9,75		
Postpartum 4. ay ³	7,40	29,60	20,77±7,21		
^a F; p			4,462; 0,016*		
Post-Hoc	Min	Mak	Ort±SD	t	p
Fark 3. Trimester – 1. Trimester	-26,70	25,90	-3,79±10,60	2,790	0,021*
Fark Postpartum 4. ay – 1. Trimester	-20,40	27,50	0,27±10,14	-0,211	1,000
Fark Postpartum 4. ay – 3. Trimester	-14,90	27,50	4,06±12,18	-2,605	0,035*

^aRepeated Measures ANOVA Test

^bLSD Test

*p<0,05

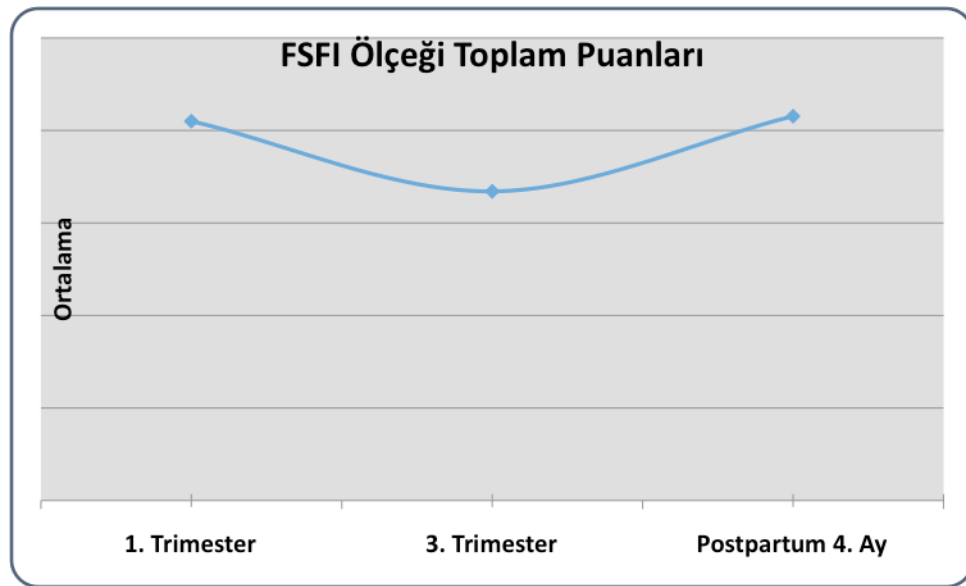
FSFI ölçeğinin 1. trimester, 3. trimester ve postpartum 4. ay puanlarında gözlenen değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (p=0,016; p<0,05; Tablo 4-11; Şekil 4-2). Kadınların cinsel fonksiyonunun gebeliğin 3. trimesterinde olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir.

Kadınların 1. trimester puanlarına göre 3. trimester puanlarında saptanan ortalama $3,79 \pm 10,60$ birimlik düşüş yönündeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p=0,021$; $p<0,05$; Tablo 4-11). Kadınların cinsel fonksiyonunun gebeliğin 3. trimesterinde azalmış olduğu saptanmıştır.

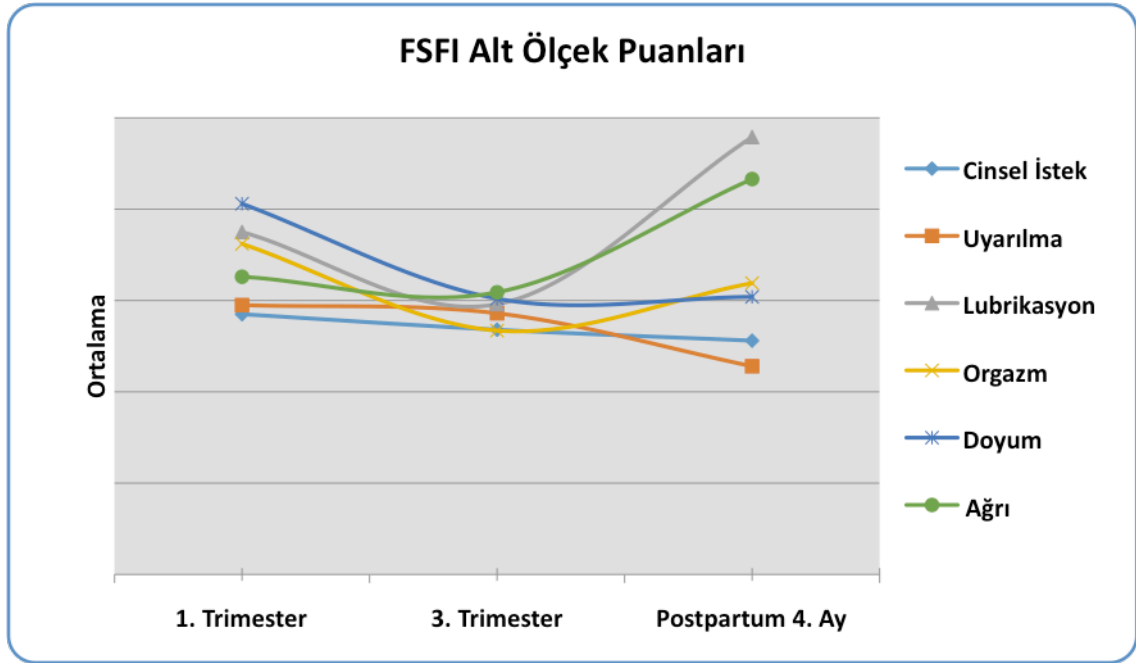
Kadınların 1. trimester puanlarına göre postpartum 4. ay puanlarında saptanan ortalama $0,27 \pm 10,14$ birimlik artış yönündeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p=1,000$; $p>0,05$; Tablo 4-11).

Kadınların 3. trimester puanlarına göre postpartum 4. ay puanlarında saptanan ortalama $4,06 \pm 12,18$ birimlik artış yönündeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p=0,035$; $p<0,05$; Tablo 4-11). Kadınların cinsel fonksiyon puanları artmıştır. Cinsel fonksiyonları olumlu yönde değişmiştir.

FSFI alt ölçeği toplam puanlarının dağılımı Şekil 4-3' de gösterilmektedir.



Şekil 4-2: FSFI Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı



Şekil 4-3: FSFI Alt Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Tablo 4-12: UDI-6 Ölçeği Değerlendirmeleri (n=61)

UDI-6						
	Min	Mak	Medyan	Ort±SD		
1. Trimester ¹	0,00	66,67	22,22	18,85±17,01	1<2,3	
3. Trimester ²	0,00	55,56	27,78	29,33±13,76		
Postpartum 4. ay ³	0,00	50,00	22,22	25,14±13,74		
^a χ^2 ; <i>p</i>				12,908; 0,001**		
Post-Hoc	Min	Mak	Medyan	Ort±SD	<i>z</i>	<i>p</i>
Fark 3. Trimester – 1. Trimester	-61,11	50,00	11,11	10,47±21,30	-3,700	0,001**
Fark Postpartum 4. ay – 1. Trimester	-55,56	50,00	5,56	6,28±22,12	-2,173	0,030*
Fark Postpartum 4. ay – 3. Trimester	-55,56	33,33	-5,56	-4,19±18,39	-1,543	0,123

^aFriedman Test

^bWilcoxon Signed Ranks Test

*p<0,05

**p<0,01

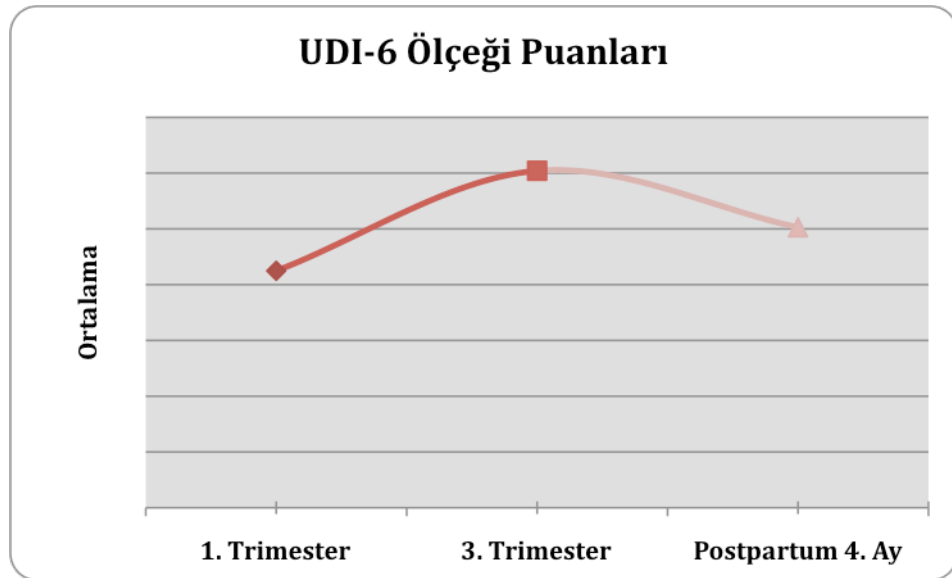
UDI-6 ölçeğinin 1. trimester, 3. trimester ve postpartum 4. ay puanlarında gözlenen değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p=0,002$; $p<0,01$; Tablo 4-12; Şekil 4-4). Kadınların UDI-6 toplam puanlarına göre 1. trimesterde yaşam kaliteleri en yüksek düzeydedir.

1. trimester puanlarına göre 3. trimester puanlarında saptanan ortalama $10,47\pm 21,30$ birimlik artış yönündeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$; Tablo 4-12). Kadınların yaşam kalitesi 3. trimesterde, 1. trimestere göre daha fazla olumsuz yönde etkilenmiştir.

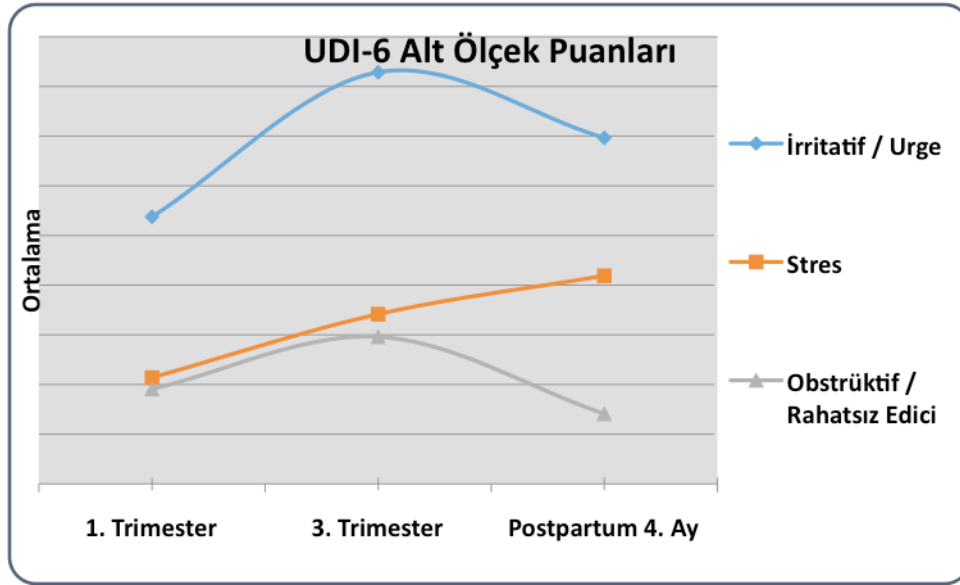
1. trimester puanlarına göre postpartum 4. ay puanlarında saptanan ortalama $6,28\pm 22,12$ birimlik artış yönündeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p=0,030$; $p<0,05$; Tablo 4-12). Kadınların yaşam kalitesi 3. trimesterde, postpartum 4. aya göre daha fazla olumsuz yönde etkilenmiştir.

3. trimester puanlarına göre postpartum 4. ay puanlarında saptanan ortalama $4,19\pm 18,39$ birimlik düşüş yönündeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p=0,123$; $p>0,05$; Tablo 4-12).

UDI-6 alt ölçeği toplam puanlarının dağılımı Şekil 4-5' de gösterilmektedir.



Şekil 4-4: UDI-6 Ölçeği Puanlarının Dağılımı



Şekil 4-5: UDI-6 Alt Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Tablo 4-13: IIQ-7 Ölçeği Değerlendirmeleri (n=61)

IIQ-7						
	Min	Mak	Medyan	Ort±SD		
1. Trimester ¹	0,00	19,05	0,00	1,17±3,55	2>3	
3. Trimester ²	0,00	47,62	0,00	3,51±10,54		
Postpartum 4.ay ³	0,00	4,76	0,00	0,47±1,43		
^a $\chi^2; p$			8,633; 0,013*			
^b Post-Hoc	Min	Mak	Medyan	Ort±SD	z	p
Fark 3. Trimester–						
1. Trimester	-14,29	47,62	0,00	2,34±9,78	-1,821	0,069
Fark Postpartum 4. ay–						
1. Trimester	-19,05	4,76	0,00	-0,70±3,67	-1,393	0,164
Fark Postpartum 4. ay–						
3. Trimester	-47,62	4,76	0,00	-3,04±10,51	-2,754	0,006**

^aFriedman Test

^bWilcoxon Signed Ranks Test

**p<0,01

IIQ-7 ölçeğinin 1. trimester, 3. trimester ve postpartum 4. ay puanlarında gözlenen değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (p=0,013; p<0,05;

Tablo 4-13; Şekil 4-6). Kadınların postpartum 4. ay yaşam kaliteleri, 3. trimestere göre olumlu yönde değişmiştir.

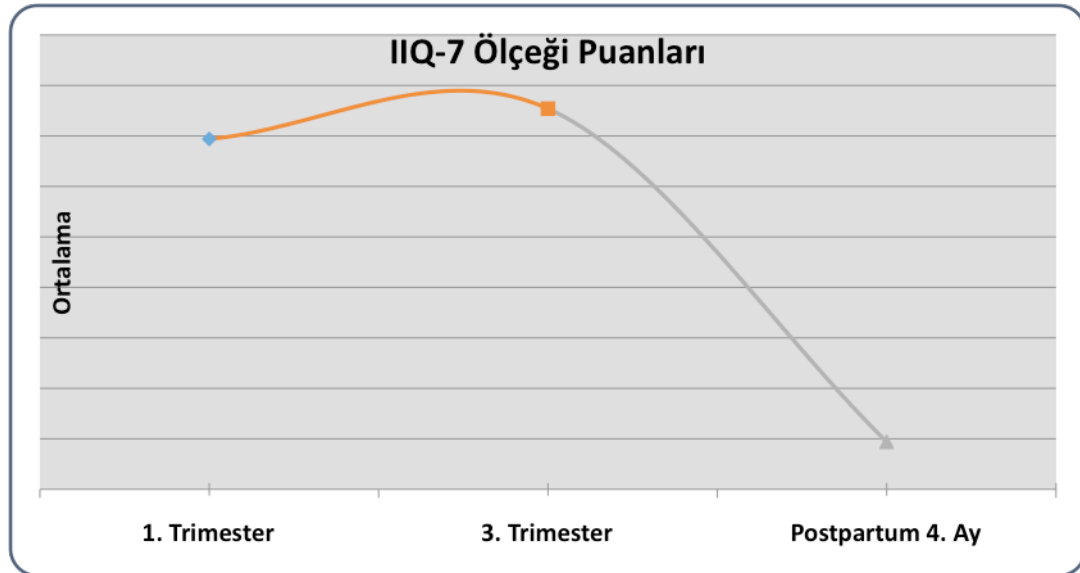
1. trimester puanlarına göre 3. trimester puanlarında saptanan ortalama $2,34 \pm 9,78$ birimlik artış yönündeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p=0,069$; $p>0,05$; Tablo 4-13).

1. trimester puanlarına göre postpartum 4. ay puanlarında saptanan ortalama $0,70 \pm 3,67$ birimlik düşüş yönündeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p=0,164$; $p>0,05$; Tablo 4-13).

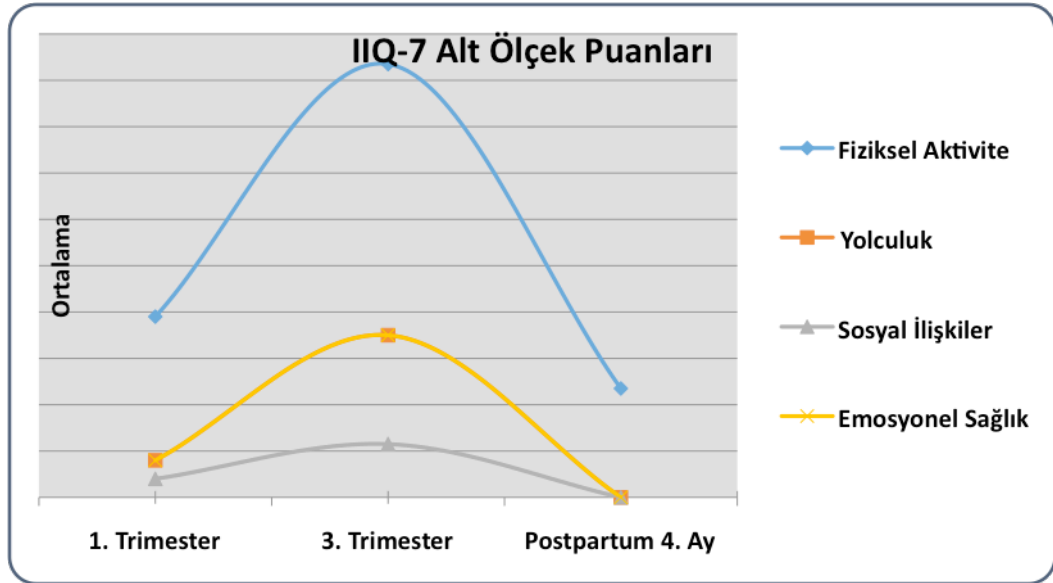
3. trimester puanlarına göre postpartum 4. ay puanlarında saptanan ortalama $3,04 \pm 10,51$ birimlik düşüş yönündeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p=0,006$; $p<0,01$; Tablo 4-13).

Kadınların IIQ-7 toplam puan ortalamalarına göre 3. trimesterde yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmiştir.

IIQ-7 alt ölçeği toplam puanlarının dağılımı Şekil 4-7' de gösterilmektedir.



Şekil 4-6: IIQ-7 Ölçeği Puanlarının Dağılımı



Şekil 4-7: IIQ-7 Alt Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Tablo 4-14: 1. Trimester, 3. Trimester ve Postpartum BESAQ ile FSFI Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

	BESAQ					
	1. Trimester		3. Trimester		Postpartum	
	(n=169)		(n=96)		(n=61)	
	r	p	r	p	r	p
FSFI Toplam	-0,264	0,001**	0,132	0,199	0,288	0,025*
Cinsel istek	-0,155	0,044*	0,023	0,826	0,365	0,004**
Uyarılma	-0,177	0,021*	0,052	0,612	0,290	0,024*
Lubrikasyon	-0,224	0,003**	0,140	0,174	-0,044	0,735
Orgazm	-0,155	0,044*	0,240	0,019*	0,266	0,038*
Doyum	-0,265	0,001**	0,240	0,018*	0,330	0,009**
Ağrı	-0,223	0,004**	0,137	0,185	-0,361	0,004**

r:Spearman Korelasyon Analizi

*p<0,05

**p<0,01

BESAQ anketinden elde edilen puanlar ile FSFI ölçeği toplam puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan analiz sonuçları Tablo 4-14'de görülmektedir.

BESAQ anketinden elde edilen puanlar ile FSFI ölçeği toplam puanları arasında 1. trimesterde istatistiksel olarak negatif yönde zayıf bir ilişki (0.264) gözlenirken, postpartumda ise pozitif yönde zayıf bir ilişki (0.288) gözlenmiştir (sırasıyla; r:-0,264; r:0,288; p=0,001; p=0,025; p<0,05). 3. trimesterde elde edilen puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir (p>0,05; Tablo 4-14).

Gebeliğin 1. trimesterinde cinsel ilişki esnasındaki beden imajı ile cinsel fonksiyon arasında negatif yönde zayıf bir ilişki belirlenmiştir. BESAQ puanı arttıkça yani bilinçli odaklanma ve kaçınma artınca; FSFI puanı azalmıştır yani cinsel fonksiyon olumsuz yönde etkilenmiştir. Postpartum 4. ayda ise cinsel ilişki esnasındaki beden imajı ile cinsel fonksiyon arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki belirlenmiştir. BESAQ puanı arttıkça yani bilinçli odaklanma ve kaçınma artınca; FSFI puanı artmıştır yani cinsel fonksiyon olumlu yönde etkilenmiştir.

BESAQ anketinden elde edilen puanlar ile FSFI – Cinsel istek alt boyut puanları arasında 1.trimesterde istatistiksel olarak negatif yönde zayıf bir ilişki gözlenirken,

postpartum 4. ayda ise pozitif yönde zayıf bir ilişki gözlenmiştir (sırasıyla; $r:-0,155$; $r:0,365$; $p=0,044$; $p=0,004$; $p<0,05$). 3. trimesterde elde edilen puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$).

BESAQ anketinden elde edilen puanlar ile FSFI – Uyarılma alt boyut puanları arasında 1.trimesterde negatif yönde zayıf bir ilişki gözlenirken, postpartumda ise pozitif yönde zayıf bir ilişki gözlenmiştir (sırasıyla; $r:-0,177$; $r:0,290$; $p=0,021$; $p=0,024$; $p<0,05$). 3. trimesterde elde edilen puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$; Tablo 4-14).

BESAQ anketinden elde edilen puanlar ile FSFI – Lubrikasyon alt boyut puanları arasında 1.trimesterde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir ($r:-0,224$; $p=0,003$; $p<0,01$). 3. trimesterde ve postpartumda ise elde edilen puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$; Tablo 4-14).

BESAQ anketinden elde edilen puanlar ile FSFI – Orgazm alt boyut puanları arasında 1.trimesterde negatif yönde, 3. trimesterde pozitif yönde, postpartumda ise pozitif yönde zayıf bir ilişki gözlenmiştir (sırasıyla; $r:-0,155$; $r:0,240$; $r:0,266$; $p=0,044$; $p=0,019$; $p=0,038$; $p<0,05$; Tablo 4-14).

BESAQ anketinden elde edilen puanlar ile FSFI – Doyum alt boyut puanları arasında 1.trimesterde negatif yönde, 3. trimesterde pozitif yönde, postpartumda ise pozitif yönde zayıf bir ilişki gözlenmiştir (sırasıyla; $r:-0,265$; $r:0,240$; $r:0,330$; $p=0,001$; $p=0,018$; $p=0,009$; $p<0,05$; Tablo 4-14).

BESAQ anketinden elde edilen puanlar ile FSFI – Ağrı alt boyut puanları arasında 1.trimesterde ve postpartum 4. haftada negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki gözlenmiştir (sırasıyla; $r:-0,223$; $r:-0,361$; $p=0,004$; $p=0,004$; $p<0,01$). 3. trimesterde elde edilen puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$; Tablo 4-14).

Gebelik ve postpartum dönemde, cinsel fonksiyon ile beden imajı arasında zayıf bir ilişki olduğu söylenebilir.

4.4. Kadınların Tanımlayıcı, Obstetrik Özellikleri ve BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçek Puanları İle Yapılan Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4-15: Yaş ile BESAQ, FSFI, UDI-6, IIQ-7 Ölçeklerinin İlişkisi (n=61)

Postpartum 4. ay - 1. Trimester Farkı	Yaş	
	r	p
BESAQ	0,006	0,964
FSFI	0,007	0,958
UDI-6	0,043	0,741
IIQ-7	0,143	0,273

r: Spearman Korelasyon Analizi

*p<0,05

**p<0,01

Kadınların yaşları ile BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 ölçeklerinin postpartum 4. ay ve 1. trimester toplam puanları değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir (p>0,05; Tablo 4-15).

Tablo 4-16: Eğitim Düzeylerine Göre BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçeklerinin Puanlarında Gözlenen Değişimin Karşılaştırılması (n=61)

Postpartum 4. ay– 1. Trimester Farkı	Eğitim				z	p
	İlkokul ve Altı		Ortaokul ve Üstü			
	(n=29)		(n=32)			
	Ort±SD	medyan	Ort±SD	medyan		
BESAQ	0,10±0,66	0,11	0,35±0,52	0,29	-1,416	0,157
FSFI	2,11±11,31	0,30	-1,39±8,80	-1,85	-0,852	0,394
UDI-6	1,34±24,15	0,00	10,76±19,40	8,33	-1,418	0,156
IIQ-7	-0,82±3,83	0,00	-0,60±3,58	0,00	-0,356	0,722

Mann Whitney U Test

*p<0,05

**p<0,01

Eğitim düzeyi ilkökul ve altı olan olgular ile ortaokul ve üstü olan olgular arasında BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 ölçeklerinin postpartum 4. ay ve 1. trimesterdeki puanlarında gözlenen değişimler bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir (p>0,05; Tablo 4-16).

Tablo 4-17: Çalışma Durumuna Göre BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçeklerinin Puanlarında Gözlenen Değişimin Karşılaştırılması (n=61)

Postpartum – 1. Trimester Farkı	Çalışma Durumu				z	p
	Çalışmayan (n=40)		Çalışan (n=21)			
	Ort±SD	medyan	Ort±SD	medyan		
BESAQ	0,23±0,63	0,27	0,24±0,54	0,07	-0,197	0,844
FSFI	0,79±10,26	0,05	-0,70±10,08	-2,70	-0,622	0,534
UDI-6	3,89±21,51	0,00	10,85±23,07	16,67	-1,369	0,171
IIQ-7	-1,07±4,38	0,00	0,00±1,51	0,00	-0,714	0,475
Mann Whitney U Test	*p<0,05		**p<0,01			

Çalışma durumuna göre; çalışmayan ve çalışan olgular arasında BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 ölçeklerinin postpartum ve 1. trimesterdeki puanlarında gözlenen değişimler bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0,05$; Tablo 4-17).

Tablo 4-18: Gravida ile BESAQ, FSFI, UDI-6, IIQ-7 Ölçeklerinin İlişkisi (n=61)

Postpartum 4. ay – 1. Trimester Farkı	Gravida	
	r	p
BESAQ	0,035	0,787
FSFI	0,061	0,639
UDI-6	-0,234	0,070
IIQ-7	-0,039	0,764

r: Spearman Korelasyon Analizi

**p<0,01

Kadınların gravida sayıları ile BESAQ, FSFI, UDI-6, IIQ-7 ölçeklerinin 1. trimester ve postpartum 4. ay toplam puan değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$; Tablo 4-18).

Tablo 4-19: Multipar ve Nullipar Olgularda BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçeklerinin Puanlarında Gözlenen Değişimin Karşılaştırılması (n=61)

Postpartum 4. ay– 1. Trimester Farkı	Parite				z	p
	Nullipar (n=30)		Multipar (n=31)			
	Ort±SD	medyan	Ort±SD	medyan		
BESAQ	0,20±0,74	0,27	0,27±0,43	0,07	-0,411	0,681
FSFI	0,08±10,51	-1,55	0,46±9,94	-0,80	-0,130	0,897
UDI-6	8,70±24,49	13,89	3,94±19,68	0,00	-1,315	0,188
IIQ-7	-0,63±3,48	0,00	-0,77±3,91	0,00	-0,258	0,796

Mann Whitney U Test

**p<0,01

Parite değerlerine göre; multipar ve nullipar olgular arasında BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 ölçeklerinin postpartum 4. ay ve 1. trimesterdeki puanlarında gözlenen değişimler bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir (p>0,05; Tablo 4-19).

Tablo 4-20: 1. Trimester Kilo ile BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ7 Ölçeklerinin İlişkisi (n=61)

Postpartum 4. ay– 1. Trimester Farkı	1. Trimester Kilosu	
	r	p
BESAQ	-0,017	0,895
FSFI	-0,057	0,661
UDI-6	-0,044	0,736
IIQ-7	-0,056	0,666

r: Spearman Korelasyon Analizi

**p<0,01

Kadınların 1. trimester kiloları ile BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 ölçeklerinin 1. trimester ve postpartum 4. ay toplam puan değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir (p>0,05; Tablo 4-20).

Tablo 4-21: VKİ ile Ölçek Puanlarının İlişisinin Değerlendirilmesi (n=61)

	VKİ					
	1. Trimester		Postpartum 4.ay		Fark (Postpartum 4. ay -1. Trimester)	
	r	p	r	p	r	p
BESAQ	0,064	0,624	-0,205	0,113	-0,092	0,482
FSFI	-0,051	0,699	-0,395	0,002*	-0,112	0,391
UDI-6	0,244	0,058	-0,051	0,695	0,024	0,857
IIQ-7	0,108	0,407	-0,299	0,019*	-0,092	0,479

r:Spearman Korelasyon Analizi

*p<0,05

Birinci trimestere göre; VKİ değerleri ile BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$; Tablo 4-21).

Postpartum 4. aya göre; VKİ değerleri ile BESAQ ve UDI-6 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$; Tablo 4-21).

VKİ değerleri ile FSFI puanları arasında ise negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki gözlenmiştir ($r:-0,395$; $p=0,002$; $p<0,01$; Tablo 4-21). VKİ azaldıkça, cinsel fonksiyonu olumlu yönde etkilenmektedir.

VKİ değerleri ile IIQ-7 puanları arasında ise negatif yönde (VKİ arttıkça IIQ-7 puanları düşecek şekilde) istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki gözlenmiştir ($r:-0,299$; $p=0,019$; $p<0,05$; Tablo 4-21). VKİ azaldıkça, idrar kaçırmaya bağlı yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir.

Postpartum 4. ay ve 1. trimester arasındaki değişimlere (fark) göre; VKİ değerlerindeki değişim ile BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 puanlarındaki değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$; Tablo 4-21).

Tablo 4-22: Görüşmelere Göre Cinsel İlişki Sıklığı Değişimi Değerlendirmeleri

	Cinsel İlişki Sıklığı (1 ayda)				
	Min	Mak	Medya n	Ort±SD	
1. Trimester¹	0,00	24,00	8,00	9,95±5,06	2 < 3 < 1
3. Trimester²	0,00	12,00	4,00	3,75±4,03	
Postpartum 4. ay³	4,00	12,00	8,00	6,56±2,64	
^a χ^2 ; p					50,721; 0,001**
^b Post-Hoc	Min	Mak	Medyan	z	p
Fark 3. Trimester – 1. Trimester	-20,00	8,00	-8,00	-6,20±5,47	0,001**
Fark Postpartum 4. ay – 1. Trimester	-20,00	8,00	-4,00	-3,39±5,61	0,001**
Fark Postpartum 4. ay – 3. Trimester	-8,00	12,00	4,00	2,80±4,88	0,001**

^aFriedman Test^bWilcoxon Signed Ranks Test

**p<0,01

Kadınların 1. trimester, 3. trimester ve postpartum 4. ay ölçümlerinde cinsel ilişki sıklıklarında gözlenen değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (p=0,001; p<0,01; Tablo 4-22). Gebelik ve doğum kadınların cinsel fonksiyonunu olumsuz yönde etkilemektedir.

1. trimester puanlarına göre 3. trimester sıklığında saptanan ortalama 6,20±5,47 birimlik düşüş yönündeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (p=0,001; p<0,01; Tablo 4-22). Kadınların cinsel fonksiyonu gebeliğin 3. trimesterinde olumsuz yönde etkilenmiştir.

1. trimester puanlarına göre postpartum 4. ay puanlarında saptanan ortalama 3,39±5,61 birimlik düşüş yönündeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (p=0,001; p<0,01; Tablo 4-22). Kadınların cinsel fonksiyonu, postpartum 4. ayda gebeliğin 1. trimesterine göre daha olumsuz yönde etkilenmiştir.

3. trimester puanlarına göre postpartum 4. ay puanlarında saptanan ortalama 2,80±4,88 birimlik artış yönündeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu

gözlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,0$; Tablo 4-22). Kadınların cinsel fonksiyonu, postpartum 4. ayda gebeliğin 3. trimesterine göre daha olumlu yönde etkilenmiştir.

Tablo 4-23: Cinsel İlişkide Sorun Yaşama Oranlarının Değerlendirmeleri

	Cinsel ilişkide sorun yaşama		^b Post-Hoc
	Var	Yok	
(n=61)	n (%)	n (%)	
Gebelikten Önce	17 (27,9)	44 (72,1)	4 < 1 < 2,3
1. Trimester	31 (50,8)	30 (49,2)	
3. Trimester	40 (65,6)	21 (34,4)	
Postpartum 4. ay	5 (8,2)	56 (91,8)	
	^a χ^2 ; p	53,792; 0,001**	

^aFriedman Test

^bWilcoxon Signed Ranks Test

** $p<0,01$

Kadınların cinsel ilişkide gebelik öncesi, gebelik ve postpartum dönemde sorun yaşama durumları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde postpartum dönemde sorun yaşama oranının azaldığı belirlenmiştir. Gebelik döneminde cinsel ilişki sırasında sorun yaşama gebelik öncesine ve postpartum döneme göre daha fazladır (Tablo 4-23).

Tablo 4-24: Cinsel İlişki Sıklığı ile Bebek Doğum Kilosu, Emzirme Durumu ve Doğum Şekli Değerlendirmeleri (n=61)

	Postpartum 4. Ay Cinsel İlişki Sıklığı		^a <i>t</i>	<i>p</i>
	Haftada 1 Kez	Haftada 2-3 Kez		
	(n=28)	(n=33)		
	Ort±SD	Ort±SD		
Bebek Doğum Kilosu	3410,00±190,96	3113,03±322,40	4,451	0,001**
	n (%)	n (%)	χ^2	<i>p</i>
Emzirme Durumu			^b5,646	0,027*
Sadece Anne sütü	28 (100,0)	27 (81,8)		
Anne sütü + Ek gıda	0 (0,0)	6 (18,2)		
Doğum Şekli			^c0,000	1,000
Vajinal				
Doğum+Epizyotomi	23 (82,1)	27 (81,8)		
Sezaryen	5 (17,9)	6 (18,2)		

^aStudent t Test

^bFisher Exact Test

^cYates' Continuity Correction Test

*p<0,05

**p<0,01

Cinsel ilişki sıklığı ile bebeklerin doğum kilosu arasındaki ilişki karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,001; p<0,01; Tablo 4-24). Haftada 2-3 kez cinsel ilişkide bulunan kadınların bebeklerinin kilosunun daha az olduğu saptanmıştır.

Cinsel ilişki sıklığı haftada 2-3 kez olan olgularda anne sütü + ek gıda görülme oranı cinsel ilişki sıklığı haftada 1 kez olan olgularda görülme oranından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,027; p<0,05; Tablo 4-24). Bebeğine anne sütü + ek gıda veren olgularda cinsel ilişki sıklığı artış göstermiştir.

Cinsel ilişki sıklığı grupları arasında doğum şekli bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=1,000; p>0,05; Tablo 4-24).

Tablo 4-25: İdrar ve Dışkı Kaçırma Problemlerinin Gözlenme Oranlarının Değerlendirmeleri (n=61)

	İdrar Kaçırma Problemi		Dışkı Kaçırma Problemi	
	Var	Yok	Var	Yok
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Gebelikten Önce	3 (4,9)	58 (95,1)	1 (1,6)	60 (98,4)
1. Trimester	21 (34,4)	40 (85,6)	1 (1,6)	60 (98,4)
3. Trimester	26 (42,6)	35 (57,4)	1 (1,6)	60 (98,4)
Postpartum 4. ay	7 (11,5)	54 (88,5)	1 (1,6)	60 (98,4)
$\chi^2 / z ; p$	$6,000; 0,112$		$^a-$	

^aFriedman Test

^bWilcoxon Signed Ranks Test

- Tüm ölçümlerde oranlar birebir aynı olduğu için hesaplanamamıştır

Kadınların gebelik öncesi, 1. trimester, 3. trimester ve postpartum 4. ay ölçümlerine göre idrar kaçırma problemi görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p=0,112$; $p>0,05$; Tablo 4-25). En fazla idrar kaçırma oranı 3. trimesterde gözlenmiştir.

Kadınların gebelik öncesi, 1. trimester, 3. trimester ve postpartum 4. ay ölçümlerinde gözlenen dışkı kaçırma oranları tüm ölçümlerde birebir ($n=1$) aynıdır. Bu sebeple değişimin istatistiksel hesaplaması gerçekleştirilememiştir (Tablo 4-25).

Tablo 4-26: İdrar Kaçırma Durumu ile Bebek Doğum Kilosu, Emzirme Durumu ve Doğum Şekli Değerlendirmeleri (n=61)

	Postpartum İdrar Kaçırma Problemi		^a z	p
	Yok (n=54)	Var (n=7)		
	Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)		
Bebek Doğum Kilosu	3264,07±321,03 (3280,00)	3135,71±117,17 (3180,00)	-1,920	0,055
	n (%)	n (%)	^bχ²	p
Emzirme Durumu			0,863	1,000
Sadece Anne sütü	48 (88,9)	7 (10,00)		
Anne sütü+ Ek gıda	6 (11,1)	0 (0,0)		
Doğum Şekli			1,740	0,332
Vajinal Doğum+Epizyotomi	43 (79,6)	7 (100,0)		
Sezaryen	11 (20,4)	0 (0,0)		

^aMann Whitney U Test

^bFisher Exact Test

^cFisher-Freeman-Halton Exact Test

İdrar kaçırma problemi yaşama durumuna göre bebeklerin doğum kiloları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir (p>0,05; Tablo 4-26).

İdrar kaçırma problemi yaşayan olgular ve bu problemi yaşamayan olgular arasında emzirme durumu ve doğum şekli dağılımları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05; Tablo 4-23).

5. TARTIŞMA

Gebeliğin cinsel fonksiyon, beden imajı ve pelvik taban fonksiyonları üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda dört bölümde ele alınarak tartışılmıştır:

5.1. Kadınların Tanımlayıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

5.2. Kadınların Cinsel Fonksiyon ve Pelvik Taban Fonksiyonlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

5.3. Kadınların BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

5.4. Kadınların Tanımlayıcı, Obstetrik Özellikleri ve BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçek Puanları İle Yapılan Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

5.1. Kadınların Tanımlayıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Çalışma kapsamında üç kez görüşülen 61 kadının tamamı evli olup yaşları ortalama $26,21 \pm 5,68$ yıldır (Tablo 4-2). Gebelerde cinsellik, pelvik taban ve beden imajına yönelik Pauls ve ark. (2008) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da yaş ortalaması 24 ± 5 dir. TNSA 2008 verilerine göre kadınlarda ilk evlenme yaşı 24,1'e yükselmiştir. Çalışma bulguları benzer çalışma ve TNSA 2008 verileri ile uyumludur.

TNSA 2008 verilerine göre üreme çağındaki kadınların %18'inin hiç eğitimi yoktur ya da ilköğretim birinci kademeyi tamamlamamışlardır. Diğer taraftan, her beş kadından biri (yüzde 21) en az lise mezunudur. Bu çalışmada olguların eğitim durumunun okur yazar olmayanların oranının %5,9 (n=10), okur yazar olanların oranının %2,4 (n=4), ilkokul olanların oranının %40,2 (n=68), ortaokul olanların oranının %20,7 (n=35), lise olanların oranının %17,8 (n=30), önlisans ya da lisans olanların oranının ise %13,0 (n=22) olduğu gözlenmiştir (Tablo 4-1). Bu araştırmada eğitim durumunun TNSA 2008 verilerine göre biraz daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farkın çalışmayı kentsel alanda yaşayan kişilerin oluşturmasından ve

uygulanacak ölçekleri anlayıp kavrayabilme yeteneğine sahip olan kişilerin çalışmaya alınmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

TNSA 2008 verilerine göre erkekler ve kadınlar arasındaki eğitime katılım farklılıklarının halen devam ettiği görülmektedir. Genel olarak, kadınlar erkeklerden daha az eğitilidir. Çalışmada eşlerin eğitim durumunun okur yazar olma durumuna göre kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma verileri TNSA 2008 verileri ile paraleldir (Tablo 4-1).

TNSA 2008 verilerine göre üreme çağındaki kadınların %65'inin yeterli ve %35'inin dar gelire sahip olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada da tüm katılımcılarda geliri giderinden az olanların oranı %37,9 (n=64), geliri giderine denk olanların oranının %59,2 (n=100) olduğu gözlenmiştir (Tablo 4-1). Bu durum katılımcıların %64,5'inin (n=109) çalışmamasının aile ekonomisini etkilemesi nedeniyle olabileceği düşüncesini desteklemektedir.

TNSA 2008 İleri Analiz Çalışması (2010) sonuçlarına göre Türkiye'de annelerin boy ortalaması 156,9 cm, kilo ortalaması 65,5 kg'dır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2010) Sağlık Araştırması sonuçlarına göre Türkiye'deki kadınların boy ortalamaları 161,4 cm, kilo ortalamaları 66,9 kg olarak bulunmuştur. Boy ve kilo açısından bulgular karşılaştırıldığında çalışma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir (Tablo 4-1).

Gebelik boyunca ve doğumda şişman ve obez olan annelerin antenatal, intrapartum, postpartum ve neonatal komplikasyonlar açısından önemli risk altında olduğu bilinmektedir (Yanikkerem ve Mutlu 2012). Genel olarak 1. trimester sonunda gebenin bir ya da iki kilo alması ve bu dönemden sonra da gebeliğin sonuna kadar her hafta 500 gram (ayda iki kilo almaya devam etmesi istenilen bir durumdur. Bu çalışmada da olgular 1. trimesterde beden kitle indeksine göre değerlendirildiğinde; %3,0'ünün (n=5) zayıf, %50,3'ünün (n=85) normal kilolu, %38,5'inin (n=65) fazla kilolu, %8,3'ünün (n=14) ise şişman olduğu gözlenmiştir (Tablo 4-1). Gebelikte fazla kilo alımının düşük sosyoekonomik düzeye sahip ve daha az eğitilmiş kadınlarda görülmesi çalışma bulgularını desteklemektedir.

TNSA 2008 verilerine göre günümüzdeki doğurganlık düzeyine göre, Türkiye'de bir kadın doğurganlık çağının sonuna geldiğinde ortalama 2.16 doğum

yapmaktadır. Bu çalışmada da benzer olarak olguların toplam gebelik sayıları (gravida) 1 ile 8 arasında değişmekte olup ortalama $2,02 \pm 1,21$ olarak bulunmuştur (Tablo 4-3).

Gebelikte bulantı ve kusma gebelerin yaklaşık 2/3 sinde görülür (ACNM 2006). Tipik olarak semptomlar son menstrual periyoddan 5-6 hafta sonra başlar, 8.-12. haftada zirveye ulaşır ve daha sonra giderek şiddetini kaybeder. Mide bulantısı ve kusma şikayeti olan gebelerin %90'ı 1. trimesterdedir (Dobrucalı 2007). Çalışmada da benzer şekilde sorun gebeliğinde yaşayan olgularda en sık gözlenen sorun %63,3 (n=57) oranında mide bulantısı ve kusmadır. Bulgular literatürle paralellik göstermektedir (Tablo 4-3).

5.2. Kadınların Cinsel Fonksiyon Ve Pelvik Taban Fonksiyonlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu (KCFB) organik, psikolojik ve sosyal pek çok nedene bağlı oluşan, çok boyutlu bir sağlık sorunudur ve prevalansı sanıldandan daha yüksektir. Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınların %30-50'sinde KCFB olduğu belirtilmektedir (Berman ve Goldstein 2001). Amerika Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması'nda 1749 kadının %43'ünde cinsel işlev bozukluğu saptandığı bildirilmiştir. Ülkemizde ise Çayan ve ark. (2001)'nin 179 kadında yaptığı çalışmada KCFB' nin yaş ilerledikçe arttığı saptanmıştır (18-27 yaş arası %21,7, 28-37 yaş arası %25,5, 38-47 yaş arası %53,5, 48-57 yaş arası %65,9, 58-67 yaş arası %92,9). Bu çalışmada gebelikten önce cinsel ilişkiye girmede sıkıntı yaşayan olguların oranının %27,8 (n=47) olduğu saptanmıştır. Bulgular literatürle benzerlik göstermektedir (Tablo 4-5).

Öksüz and Malhan tarafından 2006 yılında yapılan çalışmada ülkemizde, 18-55 yaş arasındaki 518 kadın ile yapılan bir araştırmada kadınların %42,9'unun cinsel ilişki esnasında ağrı problemi deneyimlediği rapor edilmiştir. Bu oranlar, diğer ülkelerde topluma dayalı olarak fertil kadınlar ile yapılan çalışmalarda bildirilen dispareni görülme sıklığından (%8-21) oldukça yüksektir. Bu çalışmada da olguların gebelikten önce yaşadıkları sıkıntının en fazla oranda %57,4 (n=27) ağrı olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre dispareninin ülkemizde ciddi bir kadın sağlığı sorunu olduğu söylenebilir (Tablo 4-5).

Yeniell ve Petri (2014) tarafından gebelik, doğum ve cinsel fonksiyon ile ilgili 1960 ve 2012 yılları arasında yapılan tüm prospektif, retrospektif ve randomize çalışmaların incelendiği bir derlemede cinsel fonksiyonun gebelikte kötüleştiğinden ve

gebelik ilerledikçe cinsel fonksiyonun azaldığından bahsedilmektedir. Gebelikte cinsel ilişki arzu ve isteği azaltmakta ve cinsel ilişki esnasında ağrı artış göstermektedir. Karaçam ve Çalışır (2012) tarafından 391 gebe kadın üzerinde yapılan bir çalışmada ise kadınların %21'i gebelikleri süresince cinsel ilişkide bulunmadıklarını bildirmişlerdir. Tayland'da yapılan bir çalışmada gebelerin %94,3'ünde cinsel disfonksiyon bulunduğu tespit edilmiştir (Kerdarunsuksri ve Manusirivithaya 2010). Bu çalışmada da benzer şekilde gebeliğin birinci trimesterında kadınların %23,7'si ve 3. trimesterında %32,3'ü hiç cinsel ilişkiye girmediklerini ifade etmişleridir. Çalışmada literatürle paralel olarak gebeliğin cinselliği olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Tablo 4-5).

Literatürde gebelikte oluşan bulantı, kusma, halsizlik, dispareni, uykuya meyil, uterusun büyümesi, çiftin fetüse konsantre olması, korku, sosyal normlar gibi faktörlerin gebelikte cinsel ilişkiye girmeyi engellediği belirtilmektedir (Yeniel ve Petri 2014). Koyun (2012)'un araştırmasında gebelikte cinsel ilişkinin bebeğe zarar vereceği düşüncesine sahip olan gebelerin oranı %59'dur. Eryılmaz ve ark. (2002)'nin çalışmalarında gebelerin %61,4'ü gebelikte cinsel ilişkiyi riskli bulmaktadırlar. Bartellas ve ark. (2000)'nin çalışmasında da gebelerin %49'unun cinsel ilişkinin gebeliğe zarar verebileceği konusunda endişeli oldukları bulunmuştur. Kerdarunsuksri ve Manusirivithaya (2010) tarafından yapılan bir çalışmada, gebelerin %47'sinde cinsel ilişkinin fetus için zararlı olabileceği düşüncesine sahip oldukları tespit edilmiştir. Çalışmada da cinsel ilişkiye girmeme nedenleri bebeğe zarar vermektan korkma ve ağrı nedenler arasında en fazla görülmüştür. Çalışma bulguları literatür ile uyum göstermektedir (Tablo 4-5).

Xu ve ark. tarafından 2003 yılında yapılan çalışmada %94,7 kadın doğumdan sonra 6 ay içinde cinsel ilişkiye başlamıştır. Doğumdan sonra ilk 3 ayda cinsel problem yaşama durumu %70,6, altıncı ayda bu oran %34,2'ye düşmüştür ama gebelik öncesi düzeye ulaşmamıştır. Yeniel ve Petri (2014) doğumdan sonra ilk 3 ayda cinsel sorunların yavaş yavaş düzelmeye başladığını ve ancak postpartum 6. ayda düzeldiğini belirtmişlerdir. Çalışmada katılımcıların doğumdan sonra ortalama $48,15 \pm 14,37$ gün sonra cinsel ilişkiye girdikleri ve cinsel ilişki esnasında sorun yaşama oranının %8,2'ye düştüğü bulunmuştur (Tablo 4-8). Bilgin ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışma da olguların postpartum cinsel ilişkiye başlama zamanları 7.04 ± 1.24 hafta olarak bulunmuştur. Ülkemizde de postpartum dönemde cinsel ilişkiye başlama çoğunlukla

postpartum 40. günden sonradır (İncesu 2006). Bu nedenle çalışma sonuçları bu durumla paralellik göstermektedir.

Doğum şekli ve cinsel ilişkiye başlama zamanı ile ilgili Lurie ve ark. (2013) tarafından 4362 kadının postpartum cinsel yaşamın değerlendirildiği prospektif bir çalışmada kadınların bildirdikleri cinsel aktiviteye başlama zamanları ortalama olarak vajinal yolla epizyotomisiz doğum yapan grupta 4.5 ± 1.8 hafta, vajinal yolla epizyotomili doğum yapan grupta 7.9 ± 3.0 hafta, alet yardımıyla doğumu gerçekleştiren grupta 7.3 ± 3.4 hafta, acil sezaryen olan grupta 6.1 ± 2.4 hafta ve kendi isteği ile sezaryen olan grupta 6.1 ± 2.6 hafta olarak bulunmuştur ($p=0.013$). Yapılan çoklu karşılaştırma Posthoc testinde ise cinsel aktiviteye başlama süresi vajinal yolla epizyotomisiz doğum yapan kadınlarda, epizyotomisi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha erken bulunmuştur ($p=0.013$). Çalışmada sezeryan doğum oranının az olması nedeniyle doğum şekli ile cinsel ilişkiye başlama zamanı açısından karşılaştırma yapılamamış ancak doğum şekli ile cinsel ilişki sıklığı değerlendirildiğinde de anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Gebelik kadın vücudunda fiziksel (fizyolojik ve anatomik), hormonal ve psikolojik değişikliklere yol açan uzun bir süreçtir. Relaksin ve progesteron hormonunun etkileri, büyüyen uterus, maternal kilo, pelvik bağ dokusu ve kollojen yapısındaki değişiklikler pelvik taban disfonksiyonuna neden olmaktadır. Easen ve ark. (2004) yaptıkları 949 olguluk prospektif çalışmada üriner inkontinans oranları; gebelik öncesi %22,3, gebelikte %65,1, gebelik sonrası %31,1 olarak belirtilmiştir. Literatürde gebelikte inkontinans prevalansı %26–58 arasında bildirilmiştir. Doğum sonrası ilk bir yıl içerisinde yapılan çalışmalarda üriner inkontinans prevalansı %13–38 oranında bildirilmektedir (Dinç ve ark. 2002; Peyrad ve ark. 2002; Smith ve Drutz 2002; Wesnes ve ark. 2007). Sangsawang ve Sangsawang (2013) tarafından 534 makalenin incelendiği bir derlemede ise gebelikte SÜİ'nin ortalama prevelansı %41 (%18,6- %60) olarak bulunmuştur. Svare ve ark. (2014) gebelik esnasında idrar kaçıran kadınlarda gebelik sonrası idrar kaçırma riskinin 4,7 (OR 4,7) kat fazla olduğunu belirlemişlerdir. Çalışmamızda gebelik öncesi idrar kaçırma oranı %10,1, gebeliğin 1. trimesterında %36,1 (Tablo 4-6), gebeliğin 3. trimesterında % 46,9 (Tablo 4-7), postpartum 4. ayda ise %11,5 (Tablo 4-8) oranında görülmüştür. Çalışma bulguları literatür ile uyumludur.

Fekal inkontinans yetişkin popülasyonunun %1.5-2'sinde görülebilir. Eğer lekelenmeyi içerirse bu oran %5'lere yükselir. Vajinal doğum sonrası anal inkontinans, olguların % 0.04 ile %5 'i arasında izlenirken bu oran anal sfinkter hasarlanmasında (onarılrsa dahi) %17 ile %57'ye yükselmektedir (Sultan ve ark.1993). Chan ve ark. (2013) yaptığı çalışmada ilk doğumdan 12 ay sonra kadınlarda görülen üriner ve fekal inkontinans prevalansını değerlendirdikleri çalışmada fekal inkontinans oranı %4,0 olarak belirtilmiştir. Çalışmada da 61 olgu arasında fekal inkontinans oranı %1,6 (n=1) olarak saptanmış olup literatürle paralellik göstermektedir (Tablo 4-8).

5.3. Kadınların BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçekleri Puanlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Beden imajı kişinin cinsel yaşam kalitesi dahil olmak üzere kadın ve erkeklerin yaşam kalitesinin ayrılmaz bir parçasıdır. Cinsel ilişki esnasında endişeli davranma, vücut görüntüsüne bilinçli odaklanma ve belli pozisyonlardan kaçınma cinsel işleve zarar veren davranışlardır (Cash ve ark. 2004). Literatür bilgisiyle paralel olarak bu çalışma da cinsel ilişki esnasındaki beden imajı ile cinsel fonksiyon arasında negatif yönde zayıf bir ilişki belirlenmiştir. Bilinçli odaklanma ve kaçınma azaldıkça cinsel fonksiyon düzelmektedir (Tablo 4-14).

Brennan ve ark. (2010) beden algısının cinsiyete göre farklılığını değerlendirdikleri çalışmada 17- 40 yaş arasındaki 97 kadın katılımcının BESAQ anketinden ortalama $1,43 \pm 0,78$ puan alarak erkeklere göre cinsel ilişki esnasında daha fazla bilinçli odaklanma ve kaçınma gösterdiklerini saptamışlardır. Çalışmada da gebelikte düşüş gösteren BESAQ anket ortalama puanının en fazla postpartum dönemde $1,53 \pm 0,47$ olduğu saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak postpartum dönemin kadının beden imajı algısını daha fazla olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Cash ve ark. (2004)'nın yaptığı çalışmada VKİ ile BESAQ puanı arasında korelasyona bakıldığında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kilo artışı ile BESAQ ölçeğinde puan artışı olmakta, bilinçli odaklanma ve kaçınma artmaktadır (Cash ve ark. 2004). Bu çalışmada VKİ değeri ile BESAQ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4-21). Fakat kadınların 3. trimesterdeki BESAQ oranı $0,26 \pm 0,45$ birimlik artış göstermiş 1. trimester ve postpartum 4. aya göre anlamlı şekilde artmıştır. Kadınların 3. trimesterde kilo artışıyla paralel olarak BESAQ puanlarının arttığı söylenebilir (Tablo 4-10).

Demirci ve ark. tarafından (2012) yapılan 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkilerini değerlendiren çalışmada, her dört kadından birinde (%26.6) üriner inkontinans olduğu, üriner inkontinanslı kadınların psikososyal sağlıkları başta olmak üzere yaşam kalitelerinin de önemli ölçüde olumsuz etkilendiği görülmüştür. Üriner inkontinanslı kadınların yaşam kalitesi düzeyleri inkontinans olmayanlardan daha düşük olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada da kadınların 3. trimesterde UDI-6 toplam puan ortalaması en yüksek düzeyde olup, yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenirken, postpartum 4. ayda UDI-6 toplam puan ortalaması azalmış ve yaşam kalitesi yükselmiştir (Tablo 4-12). Benzer şekilde kadınların IIQ-7 toplam puan ortalamalarına göre 3. trimesterde yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmiştir ($p=0,006$; $p<0,01$; Tablo 4-13). Çalışma bulguları literatür ile paralellik göstermektedir.

Özkan ve arkadaşları tarafından (2009) gebelik ve bazı sosyodemografik özelliklerin cinsel fonksiyon üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada FSFI toplam puanları 1. trimesterde $21,4 \pm 10,18$, 3. trimesterde $16,3 \pm 11,08$ olarak bulunmuştur. Chang ve ark. (2011)'nin çalışmasında da FSFI toplam puan ortalamaları 3. trimesterde, 1. ve 2. trimestere oranla anlamlı şekilde azalmıştır. Çalışma verileri literatür ile uyumludur. FSFI puanları gebelikte etkilenmektedir (Tablo 4-9).

5.4. Kadınların Tanımlayıcı, Obstetrik Özellikleri ve BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 Ölçek Puanları İle Yapılan Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Yaş aynı zamanda pelvik taban fonksiyonlarını da etkiler ve üriner inkontinans risk faktörleri arasında önemli bir yer tutar (Koçak ve ark. 2005). Benlioğlu'nun 15 yaş ve üzeri 4506 kadın üzerinde yaptığı çalışmada üriner inkontinans prevalansı %18.8 olarak (Benlioğlu 2006) Koçak ve ark. (2005) çalışmasında 18 yaş üzerindeki 1012 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada üriner inkontinans prevalansı %27,6 olarak ve Demirci ve arkadaşlarının 18 yaş üstü 259 kadınla yaptığı çalışmada üriner inkontinans %26,6 oranında bulunmuştur. Rortveit ve ark. (2003) çalışmasına göre, üriner inkontinanslı olan kadınların yaklaşık %61'inde sıkışma veya mikst tip inkontinans mevcuttur. Kadınlardaki üriner inkontinans sıklığı ≤ 39 yaş 293(%7,3); 40-59 yaş arası 685(%13,6); ≥ 60 yaş 697(%19,3) olarak belirtilmiştir. Yaş ile birlikte üriner inkontinans artış göstermektedir. Çalışma kapsamında 169 kadının gebelikten önce yalnızca %10,1 üriner inkontinans belirtmişlerdir (Tablo 4-6). Çalışma bulguları Rortveit ve arkadaşlarının (2003) çalışması ile uyumlu olup diğer çalışma bulgularından farklı

olmasının nedeni üriner inkontinans risk faktörlerinin (gebelik, doğum, obezite vb) çalışma gruplarında farklı olmasından kaynaklanabilir.

Minassian ve ark. (2003)'nın kadınlarda yaş gruplarına göre üriner inkontinans prevalansı belirledikleri, 13 çalışmanın gözden geçirildiği, bir meta analiz çalışmasında üriner inkontinans prevalansının hayatın özellikle beşinci (%33) ve sekizinci (%34) dekadında pik yaptığı saptanmıştır. Rortveit ve ark. (2003) yaş grubu ve doğum sayısına göre inkontinans prevalansını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada genç (20-34 yaş) ve orta yaşta (35-64 yaş) ilk doğumdan sonra istatistiksel olarak anlamlı oranda üriner inkontinans oranı artış göstermektedir. Çalışmada yaş ile üriner inkontinans açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların yaş aralığının fazla olmaması bunun nedeni olarak ifade edilebilir.

Demirci ve ark. (2012), Benlioğlu (2006), Özerdoğan ve Beji (2003) ve Koçak ve ark. (2005) yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyinin üriner inkontinansı olan grupta daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda eğitim ile üriner inkontinansa yönelik UDI-6 ve IIQ-7 ölçek puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4-16). Örneklem sayısının ve çalışmanın yapıldığı yerlerin farklı olmasından kaynaklanabilir. Özkan ve ark. (2009)'nın çalışmasında da gebe kadınların eğitim düzeyi, mesleği ile cinsel fonksiyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu çalışmada da benzer şekilde eğitim ile FSFI puanı arasında ilişki bulunmamıştır.

Nullipar kadınlarda gebelik öncesinde üriner inkontinans %11 olarak saptanmıştır (Brown ve ark. 2010, MacLennan ve ark. 2000). Solans-Domenech ve ark. (2010) yaptığı çalışmada stres ve miks tip üriner inkontinansın artması gebelikte üriner inkontinans prevalansını önemli ölçüde arttırmaktadır (Solans-Domenech ve ark. 2010). Francis tarafından İngiltere'de 400 gebe ile yapılan çalışmada gebelik döneminde üriner inkontinans nulliparlarda %53, multiparlarda %85, Groutz ve ark. tarafından postpartum 3. günde 300 kadın ile yapılan çalışmada nulliparlarda %49, multiparlarda %50, Hojberg ve ark. (1999) tarafından 7795 gebe ile 2. trimesterde yapılan anket çalışmasında nulliparlarda %4, multiparlarda %14-16 arası, Hvidman ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmada nulliparlarda %20, multiparlarda %24 olarak, Scarpa ve ark. (2006) tarafından 3. trimesterdeki 340 kadınla yapılan kesitsel çalışmada nulliparlarda %46, multiparlarda %55-64 arası ve Wesnes ve ark. (2007) tarafından 43279 gebe ile 3. trimesterde yapılan bir kohort çalışmasında ise nulliparlarda %48,

multiparlarda yapılan %67 oranında üriner inkontinans saptanmıştır. Ayrıca Herrmann ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada özellikle üçüncü doğum ve sonrasında üriner inkontinansın anlamlı olarak daha yaygın olduğunu saptamışlardır. Çalışmada literatür verilerine benzer şekilde gravida ve parite ile inkontinans arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Postpartum dönemde çalışmaya katılan kadın sayısının diğer çalışmalara oranla çok daha az olması anlamlılık saptanmamasına neden olmuş olabilir.

Gebelikte cinsel aktivitenin devam ettiği fakat kadınların büyük kısmında özellikle son trimesterde cinsel ilişki sıklığında ve cinsel istekte azalma olmaktadır (Gökyıldız and Beji 2005). Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin cinsel ilişki sıklıkları incelendiğinde; büyük çoğunluğunun (%61.7) haftada 1-2 kez cinsel ilişkisinin olduğu belirlenmiştir. Bunu sırasıyla ayda 1-2 (%15.3) ve ayda 1'den az (%9.6) cinsel ilişki sıklığı izlemektedir. Efe (2006)'nin yaptığı gebeliğin cinsellik üzerindeki etkilerini değerlendiren tez çalışmasında trimesterler kendi aralarında karşılaştırıldığında, trimester ilerledikçe cinsel ilişki sıklığında azalma saptanmıştır. Bartellas ve ark. (2000)'nin gebelerin gebelik öncesi ile gebelikte cinsel ilişkiye girme sıklıklarını karşılaştırdıkları çalışmalarında gebelerin %71'inin cinsel ilişki sıklıklarının azaldığı, bir başka çalışmada ise her beş gebeden birinin son dört hafta içinde hiç cinsel ilişkide bulunmadıkları belirlenmiştir (Kerdarunsuksri ve Manusirivithaya 2011). Koyun (2012)'un yaptığı çalışmada da gebelerin %65'i gebelikte cinsel ilişki sıklıklarının azaldığını ifade etmişlerdir. Ayrıca %18'i hiç cinsel ilişkiye girmemiş ve %36'sı ise cinsel isteksizlik yaşadığını belirtmiştir. Çalışmada literatürle uyumlu olarak 3. trimesterde cinsel ilişki sıklığı anlamlı şekilde düşmüştür (Tablo 4-22).

Acar'ın (2008) doğum sonu dönemdeki kadınların cinsel işlevlerini etkileyen faktörleri araştırdığı tez çalışmasında emziren kadınlarda cinsel istek puanı emzirmeyenlere göre belirgin şekilde düşüktür. Aynı şekilde emziren kadınlarda biberonla besleyenlere göre cinsel istekte azalma görülmektedir. Çalışmada da benzer şekilde bebeğine anne sütü + ek gıda veren olgularda sadece emziren olgulara göre cinsel ilişki sıklığı artış göstermiştir (Tablo 4-24).

Üriner inkontinans insidansının trimesterlere göre değerlendirildiği çalışmalarda üriner inkontinans 1. trimesterde düşük, 2. trimesterde hızla yükselme gösteriyor, 3. trimesterde ise yavaşta olsa yükselmeye devam ediyor (Marshall ve ark. 1998, Morkved ve Bo 1999, Solans-Domenech ve ark. 2010). Çalışmamızda kadınların

gebelik öncesi, 1. trimester, 3. trimester ve postpartum 4. ay ölçümlerine göre idrar kaçırma problemi görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p=0,112$; $p>0,05$). Ancak literatürle uyumlu olarak en fazla idrar kaçırma oranı 3. trimesterde gözlenmiştir (Tablo 4-25).

Klein ve ark. (2009) sezaryen ve normal vajinal doğum yapmış kadınların 12. ve 18. aydaki FSFI skorlarını karşılaştırdıkları çalışmada doğum şeklinin cinsel fonksiyon üzerine etkisi olmadığını gözlemlemişlerdir. Ayrıca Arslan ve ark. (2004) yaptığı derlemede belirtilen çalışmalarda ise postpartum 6. ayda dispareninin azalmakla birlikte kadınların %22'sinde halen devam ettiği belirtilmiştir. Buhling ve ark. (2006)'nın doğum şekline göre dispareni oranını değerlendirdikleri çalışmada postpartum 6. ayda dispareni görülme oranı normal vajinal doğumda %3,4, sezaryende ise %3,4 olarak bildirmiş ve doğum şekli ile dispareni arasında anlamlı fark bulunmadığını belirtmişlerdir. Çalışmada da literatürle uyumlu şekilde cinsel ilişki sıklığı ile doğum şekli bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiş olup postpartum 4. ayda kadınların tamamında yaşanan sorunun cinsel ilişki sırasında ağrı olduğu saptanmıştır (Tablo 4-8).

Doğum eyleminin 2. devresinde fetus başının üretraya yaptığı basınç, eylem ve doğum travması sonucu mesanede oluşan ödem ve tonüs kaybı, doğum eylemi sırasında kullanılan analjezik ve anesteziik maddeler nedeniyle mesane distansiyonu gelişebilir. 3400 gr.'dan daha ağır bebek veya 37 cm. den geniş baş çevresi olan bebekler pelvik taban kasları ve pudental sinirlerde aşırı gerilme, bası ve travmaya neden olabilirler. Vajinal doğumdan sonra gelişen doku hasarının, mesane boynu desteğini zayıflatması sonucu stres inkontinans gelişebilir (Cutner ve Wilson 2000, Haslam ve ark. 1997, Thomason ve ark. 2006). Literatürde doğum şeklinin üriner inkontinansı etkileri bilinmektedir. Sezaryen oranının fazla olduğu postpartum üriner inkontinans değerlendiren çalışmalarda üriner inkontinans oranı vajinal doğuma göre düşük çıkmıştır. Vajinal doğum esansındaki bebek başının pelvik taban ve üretraya yapmış olduğu basınç üriner inkontinans oranını etkilemektedir. Çalışmamızda doğum şekli ve üriner inkontinans arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun nedeni postpartum değerlendirme yaptığımız gruptaki örneklem sayısının az olmasından kaynaklanmaktadır.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırma, gebeliğin cinsel fonksiyon, beden imajı ve pelvik taban fonksiyonları üzerine etkisini değerlendirmek ve gebelikteki bakım gereksinimlerinin karşılanmasında rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla tanımlayıcı ve prospektif tipte planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1), Kadın Cinsel Fonksiyon Anketi (The Female Sexual Function Index-FSFI) (Ek-2), Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Fecal Incontinence Quality of Life Scale- FIQL) (Ek-3), Ürogenital Distres Envanteri (Urogenital Distress Inventory Short Form – UDI-6) ve İnkontinans Etki Soru Formu (Incontinence Impact Questionnaire Short Form – IIQ-7) (Ek-5) ve Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketi (The Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire–BESAQ) (Ek-6) çalışma kriterlerine uyan katılımcılar tarafından doldurulmuştur.

Çalışmada Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketi (The Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire–BESAQ)’ nin Türkçe dil geçerliği ve güvenilirliği saptanmıştır. Çalışma sonucunda aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır:

Çalışma sonuçları incelendiğinde;

Olguların yaşlarının 18 ile 39 arasında değişmekte olup ortalama $26,21 \pm 5,68$ olduğu,

Olguların tamamının evli ve ortalama $4,78 \pm 4,50$ yıllık evli olduğu,

Kadınların ortalama $7,67 \pm 3,89$ yıl eğitime sahip olduğu ve %47,5 (n=29)’unun ilkokul ve altı, %52,4 (n=32)’ünün ortaokul ve üstü eğitime sahip olduğu,

Kadınların %65,6 (n=40)’sının çalışmadığı ve %83,6 (n=51)’sının sosyal güvencesi olduğu,

Üç görüşme yapılan 61 kadının 1. trimester vücut kitle indeksi değerinin ortalama $24,85 \pm 3,94$ kg/m² olduğu, %49,2 (n=30)’sinin normal kilolu, %39,3 (n=24)’ünün fazla kilolu olduğu,

Kadınların %49,2 (n=30)’unun nullipar, %50,8 (n=31)’sinin multipar olduğu, gebelik sayıları (gravida) 1 ile 8 arasında değişmekte olup ortalama $1,85 \pm 1,20$ olduğu,

Gebelikte sorun yaşayan olguların oranının %44,3 (n=27) olduğu ve en yüksek oranda (%24,6) mide bulantısı ve kusma şikayeti yaşadıkları,

Gebelikten önce kadınların %27,8 (n=47)'inin cinsel ilişkiye girmede sıkıntı yaşadığı, yaşadıkları sıkıntılarının en fazla %57,4 (n=27) oranında ağrı olduğu,

Gebeliğin 1. trimesterinde cinsel ilişkiye girmekte sıkıntı yaşayanların oranının %54,4 olduğu ve yaşadıkları sorunun en yüksek oranda %27,2 (n=25) isteksizlik, %27,2 (n=25) bebeğe zarar gelmesinde korkmak olduğu,

Üçüncü trimesterde cinsel ilişkiye girmekte sıkıntı yaşayanların oranının %69,8 (n=67) olduğu ve yaşadıkları cinsel sıkıntının %40,3 (n=27) oranında bebeğin zarar görmesi korkusu, %38,8 (n=26) oranında cinsel ilişki sırasında ağrı olduğu,

Postpartum dönemde cinsel ilişkiye başlamada sorun yaşayan kadınların oranının %8,2 (n=5) olduğu, bu kadınların tamamında yaşanan sorunun cinsel ilişki sırasında ağrı olduğu,

1. trimesterde gebelerin %23,7 (n=40)'sinin, üçüncü trimesterde %32,3 (n=31)'ünün, hiç cinsel ilişkiye girmediği,

Postpartum dönemde cinsel ilişkiye başlama süresinin ortalama $48,15 \pm 14,37$ gün olduğu,

Postpartum dönemde cinsel ilişki sıklıkları incelendiğinde %45,9 (n=28)'unun haftada 1 kez, %44,3 (n=27)'ünün haftada 2 kez, %9,8 (n=6)'inin ise haftada 3 kez cinsel ilişkiye girdiği,

Kadınlarda idrar kaçırma oranının gebelikten önce %10,1 (n=17), 1. trimesterde %36,1 (n=61), üçüncü trimesterde %46,9 (n=45), Postpartum dönemde %11,5 (n=7) olduğu,

Bebeklerin doğum ağırlıklarının ortalama $3249,34 \pm 306,77$ gr, baş çevrelerinin ortalama $34,26 \pm 0,63$ cm olduğu,

Vajinal doğum gerçekleştiren kadınların %72,1 (n=44)'inde fundal basınç yapıldığı,

Kadınların doğum gerçekleştirme şekilleri incelendiğinde %9,8 (n=6)'inin normal spontan vajinal doğum, %72,1 (n=44)'inin vajinal doğum+epizyotomi, %18,1 (n=11)'inin ise sezaryen doğum olduğu,

Kadınların %90,2 (n=55)'si bebeğini sadece anne sütü ile beslerken, %9,8 (n=6)'inin ise anne sütünün yanında ek gıda da kullandığı,

Kadınların postpartum dönemde kontraseptif yöntemlerden %18,1 (n=11) RİA, %72,1 (n=44) prezervatif, %9,8 (n=6) ise geri çekme yöntemi kullandığı,

Kadınların BESAQ puan ortalamalarının 1. trimesterde $1,32 \pm 0,60$, 3. trimesterde $1,25 \pm 0,34$ ve postpartum 4. ayda $1,53 \pm 0,47$ olduğu,

Kadınların FSFI puan ortalamalarının 1. trimesterde $20,01 \pm 8,55$, 3. trimesterde $15,79 \pm 9,94$, postpartum 4. ayda $20,77 \pm 7,21$ olduğu,

Kadınların UDI-6 puan ortalamalarının 1. trimesterde $21,24 \pm 20,81$, 3. trimesterde $30,21 \pm 13,96$, postpartum 4. ayda $25,14 \pm 13,74$ olduğu,

Kadınların IIQ-7 puan ortalamalarının 1. trimesterde $3,47 \pm 12,31$, 3. trimesterde $3,77 \pm 10,81$, postpartum 4. ayda $0,47 \pm 1,43$ olduğu,

Kadınların FIQL puan ortalamalarının 1. trimesterde $15,78 \pm 0,88$, 3. trimesterde $15,91 \pm 0,44$ ve postpartum 4. ayda $15,84 \pm 0,54$ olduğu,

Kadınların 1. trimesterdeki oranlarına göre postpartum 4. ayda cinsel ilişki esnasında bilinçli odaklanma ve kaçınma oranının arttığı,

Kadınlarda 3. trimestere kıyasla postpartum 4. ayda cinsel ilişki esnasında bilinçli odaklanma ve kaçınma oranının arttığı,

Doğum sonrası kadınların cinsellik esnasındaki beden imajının olumsuz olarak etkilendiği,

Kadınların cinsel fonksiyonunun gebeliğin 3. trimesterinde olumsuz yönde etkilendiği,

Kadınların cinsel fonksiyonunun gebeliğin 1. trimesterine göre gebeliğin 3. trimesterinde azalmış olduğu,

Kadınların cinsel fonksiyon puanlarının postpartum 4. ayda arttığı ve olumlu yönde değiştiği,

Kadınların UDI-6 toplam puanlarına göre yaşam kalitelerinin 1. trimesterde, 3. trimester ve postpartum 4. aya göre en yüksek düzeyde olduğu,

UDI-6 toplam puanlarına göre kadınların yaşam kalitesinin 3. trimesterde, 1. trimestere ve postpartum 4. aya göre daha fazla olumsuz yönde etkilendiği,

IIQ-7 ölçeği puanına göre kadınların postpartum 4. ayda yaşam kalitelerinin, 3. trimestere göre olumlu yönde değiştiği,

Kadınların IIQ-7 toplam puan ortalamalarına göre 3. trimesterde yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği,

Gebeliğin 1. trimesterinde cinsel ilişki esnasındaki beden imajı ile cinsel fonksiyon arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu ve bilinçli odaklanma ve kaçınma arttıkça FSFI puanının azaldığı ve cinsel fonksiyonun olumsuz etkilendiği,

Postpartum 4. ayda ise cinsel ilişki esnasındaki beden imajı ile cinsel fonksiyon arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu ve bilinçli odaklanma ve kaçınma arttıkça cinsel fonksiyon azaldığı yani cinsel fonksiyonun olumlu yönde etkilendiği,

Gebelik ve postpartum dönemde, cinsel fonksiyon ile beden imajı arasında zayıf bir ilişki olduğu,

Kadınların yaşları, eğitimi, çalışma durumu, paritesi ve 1. trimester kilosu ile BESAQ, FSFI, UDI-6 ve IIQ-7 ölçeklerinin postpartum 4. ay ve 1. trimester toplam puanları değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı,

VKİ değerleri ile FSFI puanları arasında ise negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki olduğu ($r:-0,395$; $p=0,002$; $p<0,01$; Tablo 4-21) ve VKİ azaldıkça, cinsel fonksiyonun olumlu yönde etkilendiği,

VKİ değerleri ile IIQ-7 puanları arasında ise negatif yönde (VKİ arttıkça IIQ-7 puanları düşecek şekilde) istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki olduğu ($r:-0,299$; $p=0,019$; $p<0,05$; Tablo 4-21) ve VKİ azaldıkça, idrar kaçırmaya bağlı yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilendiği,

Kadınların 1. trimester, 3. trimester ve postpartum 4. ay ölçümlerinde cinsel ilişki sıklıklarında gözlenen değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0,001$; $p<0,01$; Tablo 4-22) ve gebelik ve doğum kadınların cinsel fonksiyonunu olumsuz yönde etkilediği,

Kadınların cinsel fonksiyonun gebeliğin 3. trimesterinde olumsuz yönde etkilendiği,

Kadınların cinsel fonksiyonun, postpartum 4. ayda gebeliğin 1. trimesterine göre daha olumsuz yönde etkilendiği,

Kadınların cinsel fonksiyonun, postpartum 4. ayda gebeliğin 3. trimesterine göre daha olumlu yönde etkilendiği,

Gebelik döneminde cinsel ilişki sırasında sorun yaşama gebelik öncesi ve postpartum döneme göre daha fazla olduğu,

Cinsel ilişki sıklığı ile bebeklerin doğum kilosu arasındaki ilişki karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p=0,001$; $p<0,01$; Tablo 4-24) ve haftada 2-3 kez cinsel ilişkide bulunan kadınların bebeklerinin daha az kilosu olduğu,

Bebeğine anne sütü + ek gıda veren olgularda cinsel ilişki sıklığının artış gösterdiği,

Kadınların gebelik öncesi, 1. trimester, 3. trimester ve postpartum 4. ay ölçümlerine göre idrar kaçırma problemi görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($p=0,112$; $p>0,05$; Tablo 4-25) ve en fazla idrar kaçırma oranının 3. trimesterde olduğu,

İdrar kaçırma problemi yaşama durumuna göre bebek kiloları, emzirme ve doğum şekilleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$; Tablo 4-26) saptandı.

Bu araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

Antenatal bakım hizmeti veren sağlık ekibi üyelerinin gebelere bütüncül yaklaşması,

Antenatal değerlendirme esnasında gebelerin cinsel ilişki sıklığı, cinsel ilişki esnasında sorun yaşama, idrar kaçırma ve dışkı kaçırma açısından anamnezinin alınması,

Antenatal dönemde gebelere cinsel fonksiyon ve pelvik taban fonksiyonları konularında eğitim verilmesi, bakım stratejilerinin geliştirilmesi,

Kegel egzersizlerinin öğretilmesi,

Postpartum dönemdeki kadına gerekli danışmanlık hizmetinin verilerek, etkilenen cinsel yaşamının, cinsel ilişki esnasındaki beden imajının ve pelvik taban fonksiyonlarının geliştirilmesine katkıda bulunması,

Sağlıklı ve doyumlu cinselliğin sürdürülmesine katkıda bulunulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abramowitz, L., Sobhani, I., Ganansia, R., Vuagnat, A., Benifla, J.L., Darai, E., Madelenat, P., Mignon, M. (2000). Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Result of a prospective study. *Dis Colon Rectum*. 43: 590-596
- Abrams, P., Cardoza, L., Faal, M. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol* 187:116, 2002.
- Acar, Z. ve Taşkın, L. (2009). Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlevleri ve Etkileyen Faktörler, 6. *Ulusal Üreme Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı*, Poster No: SS-014, 116.
- Acar, Z. (2008). Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlevleri ve Etkileyen Faktörler. Danışman: Lale Taşkın, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- ACOG The American College of Obstetricians and Gynecologists (2004). Chronic Pelvic Pain Vol: 101 No:3 589-605.
- Akgül, A. ve Çevik, O. (2005). İstatistik Analiz Teknikleri. Ankara: Emek Ofset
- American College of Nurse-Midwives ACNM (2006). Nausea and vomiting during pregnancy. Journal of Midwifery & Women's Health <http://www.midwife.org/ACNM/files/ccLibraryFiles/Filename/000000000650/Nausea%20and%20Vomiting%20During%20Pregnancy.pdf>
- Arslan, H., Potur, D. ve Bilgin, N. (2004). Postpartum Disparoni Gelişimini Etkileyen Faktörler ve Koruyucu Önlemler. *Androloji Bülteni*, 18, 266-268.
- Aygin, D. ve Aslan, F.E. (2005). Kadın Cinsel İşlev Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 25: 393- 399
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R. ve Manyonda, I. (2000). Women sexual health after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 107(2); 186-195.

- Bartellas, E., Crane, J.M., Daley, M., Bannett, K.A., Hutchens D (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *British Journal of Obset.and Gynaecology*; 107: 964-969.
- Bayram, G.O. (2005). Histerektominin Cinsel Yaşam Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi. Danışman Nevin Hotun Şahin. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Bayram, G.O. (2009). İnfertilitenin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. Danışman: Nezihe K. Beji, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İstanbul.
- Beji, N.K., Yalçın, O. ve Ayyıldız, H.E. (2002). The Effect of Pelvic Floor Training on Sexual Function of Treated Patient. *Nursing Standard*, 16:19, 33-36
- Bello, F.A., Olayemi, O., Aimakhu, C.O., et al. (2011). Effect of Pregnancy and Childbirth on Sexuality of Women in Ibadan, *Nigeria International Scholarly Research Network ISRN Obstetrics and Gynecology* Volume 2011 Article ID 856586, 6 pages.
- Benlioğlu, C. (2006). Kahramanmaraş İİ Merkezli 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalans Çalışması, Uzmanlık Tezi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi. Üroloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.
- Berman, J.R. ve Goldstein, I. (2001). Female sexual dysfunction. *Urol Clin North Am*, 28(2): 404-416.
- Bilgin, N., Potur, D., Arslan, H. (2004). Postpartum Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşamını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *AndrolojiBülteni*, s:75-81, Erişim <http://www.androloji.org.tr/images/file/36.%20Say%C3%84%C2%B1/K2.pdf>
- Bø, K., Haakstad, A.H. ve Voldner, N. (2007). Do pregnant women exercise their pelvic floor muscles? *Int Urogynecol J*, 18: 733-736.
- Brennan, M.A., Lalonde, C.E., Bain, J.L. (2010). Body Image Perceptions: Do Gender Differences Exist? *Psi Chi Journal of Undergraduate research, Psi Chi, The International Honor Society in Psychology*, Vol. 15, No. 3/ISSN 1089-4136)

Brincat, C., Lewicky-Gaupp, C., Patel, D., Sampsel, C., Miller, J., Delancey J.O. ve ark. (2009). Fecal incontinence in pregnancy and post partum. *Int J Gynaecol Obstet*. 106(3):236-8.

Brown, S.J., Donath, S., MacArthur, C., McDonald, E.A., Krastev, A.H. (2010). Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, Vol.21, No.2 (Feb 2010), pp. 193-202, ISSN 1433-3023

Buckley, B.S. ve Lapitan, M.C. (2008) Epidemiology Committee of the Fourth International Consultation on Incontinence, Paris, Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children-Current evidence: findings of Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology*. 76(2): 265-270.

Buhling, K.J., Schmidt, S., Robinson, J.N., Klapp, C., Siebert, G., Dudenhausen, J.W. (2006). Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 124: 42-46

Cash, T.F., Maikkula, C.L. ve Yamamiya, Y. (2004). "Barring the Body in the Bedroom" Body Image, Sexual Self-Schemas, and Sexual Functioning among College Women and Men. *Electronic Journal of Human Sexuality*, Volume 7, June 29.

Chan, S.S.C., Cheung R.Y.K., Yiu K.W., Chung T.K.H. (2013). Prevalence of urinary and fecal incontinence in Chinese women during and after their first pregnancy. *International Urogynecology Journal* September 2013, Volume 24, Issue 9, pp 1473-1479

Chang, S.R., Chen K.H., Lin H.H., Yu H.J. (2011). Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *J Sex Med*. 8(10): 2859-67

Chirarelli, P., Brown, W., Mcelduff, P. (1999) Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *Neurourol Urodyn* 18:567-77.

Chong, A.K. ve Hoffman, B. (2006). Fecal incontinence related to pregnancy *Gastrointest Endosc Clin N Am*. Jan;16 (1) : 71-81.

Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı (CSÜS) Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı El Kitabı, (2005) Ankara: 19- 32.

Coşkun, D. (2003). İlk gebelikte beden imajının algılanma durumunun değerlendirilmesi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Cutner, A. ve Wilson, R.K. (2000). Lower urinary tract in pregnancy. Stanton, Monga, A.K. (Eds.). *Clinical Urogynecology*, Churchill Livingstone, London, 473-483.

Çam, C., Karateke, A., Sakallı, M. (2007). Validation of the short forms of Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and Urogenital Distress Inventory (UDI-6) in a Turkish Population. *Neurourology Urodynamics*. 26:129-33.

Çayan, S., Akbay, E., Canpolat, B., Acar, D., Bozlu, M., Ulusoy, E. (2001) Kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları prevalansı ve risk faktörleri, 4. *Ulusal Androloji Kongresi*, P1, s 24, Ankara.

De Judicibus, M.A. ve Mc Cabe, M.P. (2002). Psychological Factors and the Sexuality of Pregnant and Postpartum Women, *Journal of Sex Research*, May 39(2).

Dedeli, Ö. (2006). Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Gaita İnkontinansı anketinin geçerlilik ve güvenilirliği Çalışması. Ege Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Demirci, N., Aba Y.A., Süzer, F., Karadağ, F., Ataman H. (2012). 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:7, Sayı:19, 33-34.

Dikencik, B.K. (2003). Jinekolojik Kanser ve Cinsel Disfonksiyon. In: *Kadın ve Erkek Cinsel Sağlığı Kursu*. 2. Uluslararası- 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 79-89.

Dinç, A., Beji, N.K. ve Yalçın, O. (2009). Effect of pelvic floor muscle exercises in the treatment of urinary incontinence during pregnancy. *Int Urogynecol J*. 20:1223–1231

Dinç, A., Beji N.K., Yalçın, O. (2002) Urinary İncontinence in Pregnancy. *27.th Annual Meeting of the International Urogynecological Association, Abstract Book*, August 22-24 Prague, Czech Republic, p. 46.

- Dobrucalı, A. (2007). Gebelikte Gastrointestinal Sistem Hastalıkları. Türkiye’de sık karşılaşılan Hastalıklar. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi* No:58.
- Durat, G., Aygin, D. ve Şen, S. (2007). Doğum Sonrası Dönemde Fizyolojik, Ruhsal Değişiklikler ve Cinsellik, *Androloji Bülteni*, 31, 358–361.
- Eason, E., Labrecque, M., Marcoux, S., Mondor, M. (2004). Effects of carrying a pregnancy and of method of delivery on urinary incontinence: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, Vol.4, No.1, pp. 4, ISSN 1471-2393
- Efe, H. (2006) Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerindeki etkileri. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. İstanbul.
- Erbil, N., Şenkul, A., Başaran, G.F., Sağlam, Y., Gezer, M. (2012) Body Image Among Turkish Women During the First Year Postpartum. *Health Care for Women International*, 33:125–137, 2012
- Eryılmaz, G., Ege, E., Zincir, H. (2002). Gebelikte cinsel yaşamı etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (1): 11-18.
- Evans, E. (2008). Postpartum body image. Retrieved from <http://nuturepdx.blogspot.com/2008/04/postpartum-body-image.html>
- Francis, W.J.A. (1960). The onset of stress incontinence. *J Obstet Gynaecol Br Empire*, Vol.67, pp. 899-903, ISSN 0307-1871
- Geçkil, E., Şahin, T., Ege, E. (2009). Traditional postpartum practices of women and infants and the factors influencing such practices in South Eastern Turkey. *Midwifery*, 25, 62–71.
- Gibbs, R., Karlan, B.Y., Haney, A.F., Nygaard I. (2010). Danforth’s Obstetrics and Gynecology.
- Gjerdingen, D., Fontaine, P., Crow, S., McGovern, P., Center, B., Miner, M. (2009). Predictors of mothers’ postpartum body dissatisfaction. *Women Health*, 49, 491–504.

- Goodwin, A., Astbury, J., McMeeken, J. (2000) Body image and psychosocial well-being in pregnancy: A comparison exercisers and non-exercisers. *Aus N Z J Obstet Gynecol* 40(4): 442-7.
- Gökyıldız, Ş. (2008). Kronik Pelvik Ağrı Şikâyeti Olan Hastalarda Tibial Sinir Uyarısı Tedavisinin (Nöromodülasyon) Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.
- Gökyıldız, Ş. (2001). Gebeliğin Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkileri. Danışman Nezihe Kızılkaya Beji. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Gökyıldız, Ş. ve Beji N.K. (2005) The effects of pregnancy on sexual life. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 31, 201-215
- Gözüm, S. ve Aksayan, S. (2002). Kùltürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II. Psikometrik Özellikler ve Kùltürlerarası Karşılaştıma. *HEMAR-G*, 4(2), 9-20.
- Granese, R. ve Adile, B. (2006). Urinary incontinence in pregnancy and in puerperium: 3 months follow-up after delivery, *Obstetrics & Gynecology*, 863-872.
- Groutz, A., Gordon, D., Keidar, R., Lessing, J.B., Wolman, I., David, M.P., Chen, B. (1999). Stress urinary incontinence: prevalence among nulliparous compared with primiparous and grand multiparous premenopausal women. *Neurourol Urodyn*, Vol.18, No.5, pp. 419-425
- Gunter, J. (2003). Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 58(9):615-623.
- Gümüş, A., Çevik, N., Hataf, S.H., Biçen, Ş., Kesgin, G., Malak A.T. (2011) Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler. *Anatol J Clin Investig*, 5(1):7-14.
- Haslam, J., Thapson, J., Oliver, H., Bridges, N. (1997). Sims Portex Teaching Pack for Continence Advisors, Volume II.
- Herrmann, V., Scarpa, K., Palma, P.C.R., Riccetto, C.Z. (2008) Stress urinary incontinence 3 years after pregnancy: correlation to mode of delivery and parity. *Int Urogynecol J* ; 20(3): 281-8

- Hojberg, K.E.; Salvig, J.D.; Winslow, N.A.; Lose, G. & Secher, N.J. (1999). Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. *Br J Obstet Gynaecol*, Vol.106, No.8 (Aug 1999), pp. 842-850, ISSN 0306-5456
- Howard, F.M. (2003a) Chronic Pelvic Pain. *The American Collage of Obstetricians and Gynecologists*. 101 (3) 594 – 611
- Howard, F.M. (2003b) The Role of Laparoscopy in the Chronic Pelvic Pain Patient. *Clinical Obstetrics and Gynecology*.46 (4): 749 – 766
- Hvidman, L., Foldspang, A., Mommsen, S., Nielsen, J.B. (2003). Postpartum urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*, Vol.82, No.6 (Jun 2003), pp. 556-563
- <http://www.fsfi-questionnaire.com/FSFI%20Scoring%20Appendix.pdf>Erişim tarihi: 12.12.2013
- İncesu, C. (2004). Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, Ek 3:3-13.
- İncesu, C. (2006). Cinsel Yaşam ve Sorunları, *Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Araştırması Kitapları*, 11–29.
- Jamieson, D.J, Steege, J.F. (1996) The prevalance of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain and irritabl bowel syndome in primary care practices. *Obstet Gynecol*. 87: 55- 8
- Karaçam, Z. (2008). Epizyotominin Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Fonksiyona Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 1: 38-46.
- Karaçam, Z. ve Çalışır H. (2012). Factors associated with parenting behavior of mothers in the early postpartum period in Turkey, *Nursing & Health Sciences*, 13 (4), 488-494.
- Karasar, N. (1995). Bilimsel Araştırma Yöntemi, 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık, 7. Baskı, Ankara, ss:116-129, 147-153.
- Kerdarunsuksri, A. ve Manusirivithaya, S. (2010). Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. *J Med Assoc Thai*, 93 (3) : 265-71

- Klein, K., Worda, C., Leipold, H., Gruber, C., Husslein, P., Wenzl, R. (2009). Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *J Womens Health (Larchmt)* 18: 1227-31
- Koçak, I., Okay, P., Dündar, M., Erol, H., Befler, E. (2005). Female urinary incontinence in the west of Turkey; prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol*, 48(4): 634-41.
- Koyun A. (2012). Gebelikte Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* Cilt: 3, Sayı: 3, 170-175.
- Koyuncu, T. ve ark. (2012). Alpu’da 18-64 yaş grubu kadınlar arasında kronik pelvik ağrı sıklığı ve kaygı düzeyi, 15. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*
- Kroon, N. ve Reginald, P. (2005). Medical management of chronic pelvic pain. *Current Obstetrics&Gynecology*, 15:285-290.
- Kumtepe, Y. (2009). Pelvis tabanı, gebelik ve doğum. *Temel Ürojinekoloji*. ed. Önay Yalçın Bölüm 7 61-65. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Latthe, P., Mignini, L., Gray, R., Hills, R., Khan, K. (2006). Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *Bmj*. 332:749-755
- Lurie, S., Aizenberg, M., Sulema, V., Boaz, M., Kovo, M., Golan, A., Sadan, O. (2013) Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet*
- MacLennan, A.H., Taylor, A.W., Wilson, D.H., Wilson, D. (2000). The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG*, Vol.107, No.12, pp. 1460-1470
- Mahmoud, A., Al Bustan, H.S.D., N.F. El Tomi, Faiwalla MF, Manav V. (1995). Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti Women. *Arch Sex Behav*; 24:207-215.
- Morkved, S. ve Bo, K. (1999). Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, Vol.10, No.6, pp. 394- 398
- Marshall, K., Thompson, K.A., Walsh, D.M., Baxter, G.D. (1998). Incidence of urinary incontinence and constipation during pregnancy and postpartum: survey of

current findings at the Rotunda Lying-In Hospital. *Br J Obstet Gynaecol*, Vol.105, No.4, pp. 400-402

Mascarenhas, T. (2001) Lower urinary tract symptoms in pregnancy and after childbirth: A retrospective study, *International Urogynecology Journal*, 12(3): 168, 236.

Mathias, S.D., Kuppermann, M., Liberman, R.F., Lipschutz, R.C., Steege, J.F. (1996) Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* ;87:321-327

McKinnie, V., Swift, S.E., Wang, W., Woodman, P., O'Boyle, A., Kahn, M. ve ark. (2005). The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 193(2):512-7.

Meston, C.M. ve Degoratis, L.R. (2002) Validated instruments for assessing female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy* 28(1), 155-164

Minassian, S.S., Woodland, M.B. (2009) Obstetrik ve Jinekoloji klinisyen rehberi. Kronik Pelvik Ağrı Çeviri Editörü: Ruşen Aykaç. Kısım 2, Bölüm 10, sf 88-98 Veri Medikal Yayıncılık.

Minassian, V.A., Drutz H.P., Al-Badr, A. (2003). Urinary incontinence as worldwide problem. *Int J Gynecol Obstet*, 82: 327-38

Moore, J.ve Kennedy, S. (2000). Causes of chronic pelvic pain. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14(3): 389-402.

Naim, M. ve Bhutto, E. (2000). Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *J Pak Med Assoc*; 50: 33-38.

Norton, P., ve Brubaker, L. (2006) Urinary incontinence in women. *Lancet* 2006;367(9504):57-67.

Nygaard, I.E., Rao, S.S., Dawson, J.D. (1997) Anal incontinence after anal sphincter disruption: a 30-year retrospective cohort study. *Obstet Gynecol*. 89:896-901.

Oruç, S., Esen, A., Laçın, S., Adıgüzel, H., Uyar, Y., Koyuncu, F. (1999). Sexual behavior during pregnancy. *Aust NZJ Obstet Gynaecol*; 39: 48-50.

Oz, F. (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara, Mattek Matbaacılık Basım, 2010: 68-92.

Öksüz, E., ve Malhan, S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in turkish women. *The Journal of Urology* 175: 654-658.

Öner, N. (1997). Türkiye’de kullanılan psikolojik testler: Bir başvuru kaynağı. 3. Baskı. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası. İstanbul.

Özerdoğan, N., Beji, N.K. (2003) The Prevalence, Risk Factors of Urinary Incontinence and Its Influence on the Quality of Life in 20 Years or Older of Women in Eskişehir, Afyon, Kütahya , Bilecik Cities of Turkey. *33th Annual Meeting International Continence Society*, October 5-9 Florence, Italy, p: 251.

Özorhan, E,Y. (2012). Gebelerin gebelik sürecinde beden imajını algılama durumlarının belirlenmesi. Danışman: Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans Tezi. Erzurum.

Pauls, R.N., Occhino, J.A., Dryfhout, V.L. (2008). Effects of pregnancy on female sexual function and body image: A prospective study. *J Sex Med* 5(8):1915-22

Peyrad, L., Haillot, O., Bruyere, F., Boutin, J.M., Bertrand, P. ve Lanson, Y. (2002). Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU International*, 89: 61-66.

Rallis, S., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J. (2007). Predictors of body image during the first year postpartum: A prospective study. *Women & Health*, 4, 87–104.

Reis, N. (2003). Jinekolojik Kanser ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri C.Ü. *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(2) 35

Reiter, R.C., Gambone, J.C. (1990). Demografic and historical variables in women with CPP. *Obstet Gynecol*, 75: 428–432.

Rockwood, T.H., Church, J.M., Fleshman, J.W. ve ark. (2000). *Fecal Incontinence Quality of Life Scale*. Dis Colon Rectum, January , 9-16.

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., ve ark. (2000). The female sexual function index (FSFI): multidimensional self-report

instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(2),191-208.

Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S; Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348:900-907.

Salter, M. (2000). *Altered Body Image The Nurse's Role*. New York: Baillire Tindall. 2-3, 92-93.

Sangsawang B., Sangsawang N. (2013). Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *International Urogynecology Journal*. Volume 24, Issue 6, pp 901-912

Sayle, A.E., Savitz, D.A., Thorp, J.M. et al. (2001). Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol* 97: 283.

Scarpa, K.P., Herrmann, V., Palma, P.C., Riccetto, C.L., Morais, S.S. (2006). Prevalence and correlates of stress urinary incontinence during pregnancy: a survey at UNICAMP Medical School, Sao Paulo, Brazil. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, Vol.17, No.3, pp. 219-223

Schorge, J.O., Schaffer, J.I., Halvorson, L.M, Hoffman, B.L, Bradshaw, K.D., Cunningham, F.G . (2010) *Williams Gynecology*

Smith, K.M. ve Drutz, H.P. (2002). The effect of pregnancy and childbirth on the lower urinary tract and pelvic floor. *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Pelvic Surgery* page 69-78.

Solans-Domenech, M., Sanchez, E., Espuna-Pons, M. (2010). Urinary and Anal Incontinence During Pregnancy and Postpartum: Incidence, Severity, and Risk Factors. *Obstet Gynecol*, Vol.115, No.3, pp. 618-628.

Sottner, O., Zahumensky, M., Krcmar, H., Brtnicka, H., Kolarik D., Driak, D. ve ark. (2006). Urinary Incontinence in a Group of Primiparous Women in the Czech Republic. *Gynecol Obstet Invest*, 62(1)

Sultan, A.H., Kam, M.A., Hudson, C.N., Thomas, J.M., Bartram, C.I. (1993) Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med*. 1993;329:1905-11.

- Svare, J.A., Hansen, B.B., Lose G. (2014). Risk factors for urinary incontinence 1 year after the first vaginal delivery in a cohort of primiparous Danish women. *Int Urogynecol J.* 25 (1): 47-51
- Talbot, E. (1995). Principles and Practice of Nursing Research. USA: Mosby Year Book.
- Tan, P.C., Yow, C.M., Omar, S.Z. (2007). Effect of coital activity on onset of labor in women scheduled for labor induction. *Obstet Gynecol* 110: 820.
- Taşkın, L., Kukulu, K. (2011) Kadın Sağlığına Giriş. In Taşkın L (ed). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 1-17.
- Thomason, A.D., Miller, J.M., Delancy, J. (2006). Urinary incontinence symptoms during and after pregnancy in continent and incontinent primiparas. *Int. Urogynecol J.* 192(6): 124-8.
- Timby, B.K., Simth, N.E. (2005). Essential of Nursing: Care of Adults and Children. *Lippincott Williams & Wilkins*, 105.
- TNSA (2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara. Erişim 27.11.13 www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008
- TNSA 2008 İleri Analiz Çalışması. (2010). Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık. Ankara: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/tnsa2008_ileri_analiz_sunumu.pdf
- TÜİK (2010). Sağlık Araştırması 2010. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 27.11.13
- Uebersax, J.S., Wyman, J.F. ve Shumaker, S.A. (1995). Short forms to assess quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Neurourol Urodyn* 14:131–139.
- Van Brummen, H.J., Bruinse, H.W., Van de POL, G., Heintz, A.P., Van Der Vaart, C.H. (2006) Defecatory symptoms during and after the first pregnancy: prevalence and associated factors. *Int Urogynecol J Pelvik Floor Dysfunct* 17:224-30.
- Viktrup, L. ve Lose G. (2001) The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. *Am J. Obstet. Gynecol.* 185, 82-7.

- Wesnes, S.L., Rotweit, G., Bo, K. ve Hurskeor, S. (2007). Urinar incontinence during pregnancy. *Obstetrics& Gynecology*, 109: 922-928.
- Whitehead, W.E. (2005). Fekal inkontinans tanı ve tedavisi: Eğer sormazsanız söylemezler. *Gastroenterology Türkçe Baskı*, 1:231.
- Wiederman, M.W. (2002). Body image and sexual functioning. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 287-294). New York: Guilford Press.
- Wiegel, M., Meston, C. ve Rosen, R. (2005). The female sexual function index (FSFI): cross validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(1), 1-20.
- Xu, X.Y., Yao, Z.W., Wang, H.Y., Zhou, Zhang L.W. (2003). Women's postpartum sexuality and delivery types. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 38(4), 219-22.
- Yanikkerem, E. ve Mutlu, S. (2012) Maternal Obezitenin Sonuçları ve Önleme Stratejileri *TAF Preventive Medicine Bulletin*, : 11(3) 353-364.
- Yeniel A.O. ve Petri E. (2014). Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International Urogynecology Journal*, Volume 25, Issue 1, pp 5-14
- Yörükoğlu, K. (2003) Sporun 15 -17 yaş çocukların benlik kavramları ve beden algılarına etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya.
- Yüksel, N. (2001). Ruhsal Hastalıklar. 2. Ed. Çizgi Tıp Yayınevi, 560-571, Ankara.
- Zondervan, K.T., Yudkin, P.L., Vessey, M.P. (2001). Chronic pelvic pain in the community: Symptoms, investigations and diagnoses *Am J Obstet Gynecol*.184:1149-55

FORMLAR

EK-1: Gönüllü Onam Formu

Bu çalışma ile gebeliğin cinsel fonksiyon, beden imajı ve pelvik taban fonksiyonları üzerine etkisini incelemek öngörülmektedir. Bu araştırmada araştırmacılar tarafından oluşturulan kadınların demografik özelliklerini ve jinekolojik-obstetrik özelliklerini belirlemek amacıyla bir “Tanıtıcı Bilgi Formu” , Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (Female Sexual Function Index-FSFI), Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Fecal Incontinence Quality of Life Scale-FIQL), İnkontinans Etki Soru Formu-7 (Incontinence Impact Questionnaire Short Form- IIQ-7) ve Urogenital Distress Envanteri- 6 (Urogenital Distress Inventory Short Form – UDI-6), Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketi (The Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire- BESAQ) uygulanacaktır.

Bu çalışmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. İsminiz saklı tutulacaktır ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında ortaya çıkan, size ait bir bilgi söz konusu olduğunda bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Tarih:

Katılımcının adı-soyadı ve imzası:

Araştırmacının adı-soyadı: Msc. Hüsniye DİNÇ

Araştırmacının çalıştığı kurum: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Tel no: 0 212 414 15 00 / 40144

EK-2: TANITICI BİLGİ FORMU

Bu çalışma gebeliğin cinsel fonksiyon, beden imajı ve pelvik taban fonksiyonları üzerine etkisini incelemek amacı ile planlanmıştır. Çalışma sırasında verdiğiniz bilgiler, gizli kalacaktır. Alınan Ad Soyad ve İletişim Bilgileri 2. ve 3. görüşmede size ulaşmak amacıyla alınmaktadır. Sorulara doğru yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmamızın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Katılımcının Adı Soyadı:

MSc. Hüsniye Dinç

Adres ve Telefon:

1. Yaşınız:.....
2. Medeni Durumunuz: 1)Bekar 2) Evli 3) Diğer
3. Kaç yıllık evlisiniz:.....
4. Eğitim Durumunuz (yıl):.....
1) Okuryazar değil 2) Okuryazar 3)İlkokul 4)Ortaokul 5)Lise 6) Önlisans/Lisans
5. Eşinizin Eğitim Durumu:
1) Okuryazar değil 2) Okuryazar 3)İlkokul 4)Ortaokul 5)Lise 6) Önlisans/Lisans
6. Mesleğiniz:.....
7. Çalışma Durumunuz: 1) Hiç çalışmadım 2) Çalışıyor 3) Doğum nedeniyle bıraktım
8. Sosyal güvenceniz: 1) Var 2) Yok
9. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
1) Gelirim giderimden az 2) Gelirim giderime denk 3)Gelirim giderimden fazla
10. G:..... P:..... A: D&C:.....
11. Boy..... Kilo.....Gebelikten önceki kilonuz..... BMİ.....
12. Gebeliğinizde sorun yaşıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
13. Yanıtınız evet ise yaşadığınız sorun nedir?.....
14. Kronik bir hasatlığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır
15. Yanıtınız “Evet” ise ne?.....
16. Önceden kullandığınız bir ilaç var mı? 1) Evet 2) Hayır
17. Gebeliğiniz süresince planlanan doğum şekli ne idi? 1) NSVD 2) Sezaryen

1. GÖRÜŞME : 1. TRİMESTER

Cinsel İlişki

18. Gebelikten önce cinsel ilişkiye girmekte sıkıntı yaşıyor muydunuz? 1)Evet 2) Hayır
19. Yanıtınız “Evet” ise gebelikten önce bu sorunuz ne idi?
20. Yanıtınız “Evet” ise gebelikten önce bu sorun aşağıdakilerden hangisiydi?
1) İstek 2) Uyarılma 3) Kayganlaşma 4) Orgazm 5) Doyum 6) Ağrı
21. Yanıtınız “Evet” ise gebelikten önce bu sorunuzla ilgili yardım aldınız mı?
1) Evet 2) Hayır
22. Gebelikten önceki cinsel ilişki sıklığı? kez/ Haftada kez/Ayda
23. Gebeliğin bu döneminde (1.trimester) iken cinsel ilişkiye girmekte sıkıntı yaşıyor musunuz? 1)Evet 2) Hayır
24. Yanıtınız “Evet” ise neden?.....
25. Şuandaki cinsel ilişki sıklığı? kez/ Haftada kez/Ayda

Üriner İnkontinans

26. Gebelikten önce idrar kaçırma şikâyetiniz var mıydı? 1) Evet 2) Hayır
27. Yanıtınız “Evet” ise şikâyetinizi tanımlar mısınız?
28. Yanıtınız “Evet” ise gebelikten önce idrar kaçırmayla ilgili tedavi gördünüz mü?
1) Evet 2) Hayır
29. Gebeliğin bu döneminde (1.trimester) gelişen idrar kaçırma probleminiz var mı?
1) Evet 2) Hayır

Fekal inkontinans

30. Gebelikten önce gaz kaçırma /tutamama probleminiz var mıydı? 1) Evet 2) Hayır
31. Gebelikten önce dışkı kaçırma şikâyetiniz var mıydı? 1) Evet 2) Hayır
32. Yanıtınız “Evet” ise gebelikten önce dışkı kaçırmayla ilgili tedavi gördünüz mü?
1) Evet 2) Hayır
33. Gebeliğin bu döneminde (1.trimester) gelişen dışkı kaçırma probleminiz var mı?
1) Evet 2) Hayır

2. GÖRÜŞME : 3. TRİMESTER

Cinsel İlişki

34. Gebeliğin bu döneminde (3.trimester) iken cinsel ilişkiye girmekte sıkıntı yaşıyor musunuz?1)Evet 2) Hayır
35. Yanıtınız “Evet” ise neden?.....
36. Şuandaki cinsel ilişki sıklığı? kez/ Haftada kez/Ayda

Üriner İnkontinans

37. Gebelikte bu döneminde (3. trimester) gelişen idrar kaçırma probleminiz var mı?
1) Evet 2) Hayır

Fekal inkontinans

38. Gebeliğin bu döneminde (3. trimester) gelişen dışkı kaçırma probleminiz var mı?
1) Evet 2) Hayır

3. GÖRÜŞME: (POSTPARTUM 4. AY):

39. Doğum yaptığınız tarih?.....
40. Bebek kilosu?..... Baş çevresi?.....
41. Kilonuz?.....
42. Doğum şekliniz?
- 1) NSVD
 - 2) Vajinal Doğum+Epizyotomi
 - 3) Vajinal Doğum+ Vakum uygulaması / Forseps
 - 4) Sezeryan
43. Sezeryan yapıldı ise endikasyonu?.....
44. Plasenta ayrılırken elle halas yapıldı mı? 1) Evet 2) Hayır
45. Fundal basınç yapıldı mı? 1) Evet 2) Hayır
46. Emzirme durumunuz? 1) Emziriyorum 2) Emzirme+Ek gıda 3) Bebek maması
47. Doğum sonrası cinsel ilişkiye ne zaman başladınız?.....
48. Haftada kaç kez cinsel ilişkide bulunuyorsunuz?.....
49. Doğum sonu dönemde cinsel ilişkiye başlamada problem yaşadınız mı?
- 1) Evet 2) Hayır
50. Yanıtınız “Evet”ise yaşadığınız sıkıntı?.....
51. Doğum sonrası idrar kaçırma probleminiz oldu mu? 1) Evet 2) Hayır
52. Doğum sonrası gaz kaçırma/ gaz tutamama probleminiz oldu mu? 1) Evet 2) Hayır
53. Doğum sonrası dışkı kaçırma probleminiz oldu mu? 1) Evet 2) Hayır
54. Doğum sonu dönemde kontraseptif yöntem olarak ne kullanıyorsunuz?
1. Oral kontraseptif
 2. RİA
 3. Prezervatif
 4. Geri çekme
 5. Tübligasyon yapıldı
 6. Norplant
 7. Diğer.....
55. Doğum için hastanede kalma süreniz?.....

EK-3: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (The Female Sexual Function Index- FSFI)

1. Son 4 hafta içinde **ne sıklıkla** cinsel istek veya ilgi duyduunuz?
 - ☐ Hemen her zaman veya her zaman
 - ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
2. Son 4 hafta içinde cinsel istek veya **İlgi düzeyinizi** (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?
 - ☐ Çok yüksek
 - ☐ Yüksek
 - ☐ Orta
 - ☐ Düşük
 - ☐ Çok düşük veya hiç
3. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **ne sıklıkla uyarıldığınızı** hissettiniz?
 - ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
 - ☐ Hemen her zaman veya her zaman
 - ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
4. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **uyarılma düzeyinizi** nasıl değerlendirirsiniz?
 - ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - ☐ Çok yüksek
 - ☐ Yüksek
 - ☐ Orta
 - ☐ Düşük
 - ☐ Çok düşük veya hiç

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

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

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Hemen her zaman veya her zaman
- ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
- ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Hemen her zaman veya her zaman
- ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
- ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok zor veya imkansızdı
- ☐ Çok zor
- ☐ Zor
- ☐ Biraz zor
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Hemen her zaman veya her zaman
- ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
- ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok zor veya imkansızdı
- ☐ Çok zor
- ☐ Zor
- ☐ Biraz zor
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Hemen her zaman veya her zaman
- ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
- ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok zor veya imkansızdı
- ☐ Çok zor
- ☐ Zor
- ☐ Biraz zor
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında siz veya eşiniz arasındaki **duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde eşinizle (partnerinizle) cinsel ilişkiniz **ne kadar tatminkardı?**

- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

16. Son 4 hafta içinde genel olarak cinsel hayatınız sizin için **ne kadar tatminkardı?**

- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

17. Son 4 hafta içinde vaginal giriş (duhul) **sırasında** ne sıklıkta **ağrı veya rahatsızlık** duydunuz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Hemen her zaman veya her zaman
- ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
- ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içinde vaginal girişi (duhulu) **takiben** ne sıklıkta **ağrı veya rahatsızlık** duydunuz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Hemen her zaman veya her zaman
- ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
- ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içinde vaginal girişi (duhul) sırasında veya sonrasında duyduğunuz **ağrı veya rahatsızlığın derecesini** nasıl değerlendiririsiniz?

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

EK-4: Fekal İnkontinansa Yaşam Kalitesi Ölçeği (Fecal Incontinence Quality of Life Scale- FIQL)

SORU 1- Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1- Mükemmel

2- Çok iyi

3- İyi

4- Yetersiz

5- Kötü

SORU 2- Aşağıdaki her madde (ifade) için, istemsiz dışkı kaçırmaya bağlı olarak, zamanınızın ne kadarında endişelendiğinizi lütfen işaretleyiniz (Eğer istemsiz dışkı kaçırmaya dışı nedenler sizi endişelendiriyorsa “uygun değil” kısmını işaretleyiniz.) İstemsiz dışkı kaçırmaya bağlı olarak;	Zamanımın çoğunda	Zamanımın birazında	Zamanımın çok azında	Hiçbir zaman	Uygun değil
a) Dışarı çıkmaktan korkarım					
b) Arkadaşımı ziyaret etmeye çekinirim					
c) Evin dışında geceyi geçirmekten (ev dışında başka bir yerde kalmaktan) çekinirim					
d) Sinemaya/camiye gitmek gibi aktiviteleri yapmak, dışarı çıkmak benim için zordur					
e) Dışarı çıkmadan önce yemek yemem					
f) Evden uzak olduğum zaman mümkün olduğunca tuvalete yakın bir yerde kalmaya çalışırım					
g) Barsak (dışkılama) alışkanlığım (düzenim) çerçevesinde günlük aktivitelerimi planlamak önemlidir					
h) Seyahat etmekten çekinirim					
i) Vaktinde tuvalete gidememekten çekinirim					
j) Barsaklarım üzerinde kontrolüm olmadığını düşünürüm					
k) Tuvalete giderken, uygun süre barsak hareketlerimi tutamayabilirim					
l) Geldiğini bilmeden dışkıyı kaçırabilirim					
m) Tuvalete çok yakın bir yerde oturarak, dışkı kaçırmalarını önlemeye çalışırım					

SORU 3- İstemsiz dışkı kaçırmaya bağlı olarak aşağıdaki ifadelerin(maddelerin) her birine “katılma” veya “katılmama” düzeyinizi işaretleyiniz. (Eğer istemsiz dışkı kaçırmaya dışı nedenler sizi endişelendiriyorsa “uygun değil” kısmını işaretleyiniz.)

İstemsiz dışkı kaçırmaya bağlı olarak;	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Uygun değil
a) Utanırım					
b) Yapmak istediğim şeylerin çoğunu yapamam					
c) Dışkı kaçırmaya olur diye endişelenirim					
d) Deprese hissedirim					
e) Diğer kişiler üzerimden dışkı kokusu alır diye endişelenirim					
f) Sağlıklı (normal) biri değilmişim gibi hissedirim					
g) Yaşamdan daha az keyif alırım					
h) İstedğimden daha az sex yaparım					
i) Diğer kişilerden farklı hissedirim					
j) Dışkı kaçırmaya ihtimali aklıma sürekli meşgul eder					
k) Sex yapmaktan çekinirim					
l) Uçakla veya trenle yolculuk etmekten çekinirim					
m) Dışarıda yemek yemekten çekinirim					
n) Yeni bir yere gittiğimde, özellikle tuvaletin nerede olduğunu belirlemeye çalışırım					

SORU 4- Geçtiğimiz ay boyunca, kendinizi üzgün, umutsuz, bezgin hissettiniz mi? Ya da hiçbir şeyin değerli olmadığı konusunda sizi endişelendiren problemlerinizi oldu mu?

1. Aşırı derecede çok (vazgeçme noktasına getiren derece)
2. Çok
3. Epey
4. Biraz (Beni rahatsız etmeye yetecek kadar)
5. Azıcık
6. Hiç

EK-5: Ürogenital Distres Envanteri (Urogenital Distress Inventory Short Form – UDI-6) ve İnkontinans Etki Soru Formu (Incontinence Impact Questionnaire Short Form – IIQ-7)

İsim:.....

Tarih:...../...../.....

IIQ-7	İdrarınızı kaçırmak veya organlarınızda sarkma olması aşağıdakilerden hangisini etkiledi:	Hiç	Hafif	Orta	Çok
1	Ufak tefek ev işlerini yapabilmenizi etkiledi mi?				
2	Yürüme, yüzme veya egzersiz (spor) gibi fiziksel etkinlikler yapabilmenizi etkiledi mi?				
3	Eğlence amaçlı etkinliklere (sinema,konser, düğün vb.) katılmanızı etkiledi mi?				
4	Otomobil veya otobüs ile 30 dakikadan daha fazla seyahat edebilmenizi etkiledi mi?				
5	Evin dışındaki sosyal etkinliklere (arkadaş toplantısı, alışveriş vb) katılabilmemenizi etkiledi mi?				
6	Ruhsal sağlığınıza (sinirlilik, depresyon vb.) etkiledi mi?				
7	Hüsran duygusu (düş kırıklığı) hissetmenize yol açtı mı?				

UDI-6	Aşağıdaki durumlar başınıza geliyor mu? Eğer geliyorsa ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç	Hafif	Orta	Çok
1	Sık idrara çıkma?				
2	Birdenbire gelen idrar yapma hissi ile birlikte (idrarı tutamayıp) idrar kaçırmama?				
3	Öksürme veya hapşırma gibi fiziksel aktivite esnasında idrar kaçırmama?				
4	Damla damla, az miktarda idrar kaçırmama?				
5	İdrar torbanızı boşaltmada güçlük?				
6	Karnınızın alt kısmında veya cinsel bölgenizde ağrı veya rahatsızlık hissi?				

EK-6: Cinsel İlişki Esnasında Bedeni Algılama Anketi (The Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire –BESAQ)

Aşağıdaki listede cinsel ilişki esnasında bireyin deneyimlediği ya da sahip olduğu (aklını meşgul eden) duygu ve düşüncelerle ilgili ifadeler listelenmiştir. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve cinsel ilişki esnasındaki deneyimlerinizin nasıl olduğunu tanımlayınız. Aşağıdaki ölçeği kullanarak 0 ile 4 arasında değerlerden oluşan, dürüstçe verdiğiniz yanıtları her ifadenin sol tarafında bulunan boşluğa yazınız.

0= Asla 1= Nadiren 2= Bazen 3= Sık sık 4= Her zaman

	1. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumun tutukluğuyla ilgili bir şeyleri fark edeceğini düşünüyorum.
	2. Cinsel ilişki esnasında partnerim vücudumun çekici olmayan yönlerini bulacak diye kaygılanırım.
	3. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümün nasıl olduğuna dikkat etmem.
	4. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümle ilgili bir şeyler beni çekingen yapar.
	5. Partnerim üzerimde kileri çıkarırken rahatımdır.
	6. Cinsel ilişki esnasında vücudumu çarşaf ya da örtü altına saklamayı tercih ederim.
	7. Cinsel ilişki esnasında partnerimin cinsel organıma bakması konusunda rahatımdır (Bakmasından rahatsız olmam).
	8. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumu itici bulacağı konusunda kaygılanırım.
	9. Cinsel ilişki esnasında partnerim cinsel organımın görüntü veya boyutunu yetersiz ya da gösterişsiz bulacağı için kaygılanırım.
	10. Partnerim beni çıplak gördüğü zaman hiçbir şey saklamam.
	11. Cinsel ilişki esnasında vücudumun seksi görüldüğünü düşünürüm.
	12. Cinsel ilişki esnasında partnerimin beni tamamen çıplak görmesinden hoşlanmam.
	13. Partnerimin beni elbiselerim olmadan gördüğünde heyecanlandığını tahmin ederim.
	14. Cinsel ilişki esnasında elbisemin belli kısımlarını çıkarmamayı tercih ederim.
	15. Cinsel ilişki esnasında vücudumun farkındayım.
	16. Cinsel ilişki esnasında partnerim genitallerimin koku ve görüntüsünü itici bulacağı için kaygılanırım.
	17. Cinsel ilişki esnasında vücudumun belli bölgelerini saklamaya çalışırım.
	18. Cinsel ilişki esnasında vücudumun bazı bölümlerinin seksi olamayacak kadar gösterişsiz olduğunu düşünürüm.
	19. Vücudumda sevişme esnasında partnerimin görmesini istemediğim bölümler vardır.
	20. Cinsel ilişki esnasında vücut görüntümün nasıl olduğu hakkında partnerimin düşündükleri için kaygılanırım.
	21. Cinsel ilişki esnasında vücuduma dokunulduğunda nasıl hissedeceğimin, partnerimin ilgisinin kaybolmasını sağlamasından kaygılanırım.
	22. Cinsel ilişki esnasında kilomu düşünmemek zor.
	23. Sevişirken odanın aydınlık olması kendimin farkında olmamı sağlar.
	24. Cinsel ilişki esnasında partnerime vücut bölümlerimi açma konusunda çoğunlukla rahatımdır.
	25. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücuduma bakmasından hoşlanırım.
	26. Cinsel ilişki esnasında partnerimin vücudumda görmesini istemediğim yerleri saklamak için belli poz veya pozisyonlardan kaçınırım.
	27. Cinsel ilişki esnasında vücudumun belli bölümlerinin nasıl görüldüğü düşünceleri dikkatimi dağıtır.
	28. Cinsel ilişki öncesinde veya sonrasında partnerimin yanında çıplak dolaşırken rahatımdır.

The Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire

The 28-item BESAQ is a scientifically validated self-report assessment of body- image experiences in the context of sexual relations. Specifically, the BESAQ measures the extent to which, during sex, persons experience a self-conscious or anxious attentional focus on their body's appearance and report desires/attempts to avoid the exposure of certain aspects of their body to sexual partners.

The complete questionnaire with instructions and response format (5-point frequency rating scale) is provided on the following two pages. Its use in research or clinical settings presupposes that the user has purchased it from the author at www.body-images.com. Conditions of use are specified on the website.

A peer-reviewed article describing the BESAQ's validation is retrievable at no cost from the *Electronic Journal of Human Sexuality* at www.elhs.org.

Cash, TF, Maikkula, CL, & Yamamiya, Y. (2004, June 29). "Baring the Body in the Bedroom": Body Image, Sexual Self-Schemas, and Sexual Functioning among College Women and Men. *Electronic Journal of Human Sexuality*, <http://www.ejhs.org/volume7/bodyimage.html>.

BESAQ SCORING:

The internally consistent measure is scored as a single mean of the 28 items (Cronbach's alphas = .95 for men and .96 for women).

Nine items that are written in the contraindicative direction must first be reverse-scored as follows (in SPSS syntax, where BESAQ items are Q1 to Q28): RECODE Q3 Q5 Q7 Q10 Q11 Q13 Q24 Q25 Q28 (0 = 4) (1 = 3) (3 = 1) (4 = 0).

Then, compute the average of the 28 items as follows (in SPSS syntax):

COMPUTE BESAQ = MEAN (Q1 TO Q28).

If there are missing data on no more than three items, you may impute the BESAQ score by substituting the respondent's mean for the missing items.

Normative Data (Cash et al., 2004): College men M = 1.00 (SD = 0.67) College women M = 1.12 (SD = 0.75)

BESAQ Questionnaire

Below is a list of statements regarding thoughts and behaviors that an individual may experience or engage in during sexual relations. Read each statement carefully and identify how characteristic it is of you and your experiences during sexual activity. Indicate your honest answers by entering a value from 0 to 4 to the left of each statement, using the following scale:

Never	Rarely	Sometimes	Often	Always or almost always
0	1	2	3	4

___ 1. During sexual activity I am thinking that my partner will notice something about my body that is a turn-off.

___ 2. During sex I worry that my partner will find aspects of my physique unappealing.

___ 3. During sexual activity I am unaware of how my body looks.

___ 4. During sexual activity something about the way my body looks make me feel inhibited.

___ 5. I am comfortable while being undressed by my partner.

___ 6. I prefer to keep my body hidden under a sheet or blanket during sex.

___ 7. I am comfortable with my partner looking at my genitals during sexual activity.

___ 8. When we're having sex, I worry that my partner will find my body repulsive.

___ 9. During sexual activity I worry that my partner will think the size or appearance of my sex organs is inadequate or unattractive.

___ 10. When it comes to my partner seeing me naked, I have nothing to hide.

___ 11. During sexual activity I have thoughts that my body looks sexy.

___ 12. I don't like my partner to see me completely naked during sexual activity.

- ___ 13. I expect my partner to be excited by seeing me without my clothes.
- ___ 14. I prefer to keep certain articles of clothing on during sex.
- ___ 15. I am self-conscious about my body during sexual activity.
- ___ 16. During sex I worry that my partner will find the appearance or odor of my genitals repulsive.
- ___ 17. During sexual activity I try to hide certain areas of my body.
- ___ 18. During sexual activity I keep thinking that parts of my body are too unattractive to be sexy.
- ___ 19. There are parts of my body I don't want my partner to see when we are having sex.
- ___ 20. During sexual activity I worry about what my partner thinks about how my body looks.
- ___ 21. During sexual activity I worry that my partner could be turned-off by how parts of my body feel to his/her touch.
- ___ 22. During sexual activity it's hard for me not to think about my weight.
- ___ 23. I feel self-conscious if the room is too well lit when I am having sex.
- ___ 24. I am generally comfortable having parts of my body exposed to my partner during sexual activity.
- ___ 25. During sex I enjoy having my partner look at my body.
- ___ 26. During sex there are certain poses or positions I avoid, because of the way my body would look to my partner.
- ___ 27. During sexual activity I am distracted by thoughts of how certain parts of my body look.
- ___ 28. Prior to or following sex, I am comfortable walking naked in my partner's view.

ETİK KURUL KARARI

EK-7: S.B. Şişli Etfal EAH İzin Yazısı



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı



Sayı : 732
Konu :

Tarih: 20.07.2009

S.B. ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisi olan Hüsniye Dinç'in "Gebeliğin cinsel fonksiyon, beden imajı ve pelvik taban fonksiyonları üzerine etkisi" başlıklı tez çalışmasını hastanenizin II. Kadın Doğum Kliniği'nde yürütmesi için gerekli iznin tarafınızdan verilmesini saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

21.7.2009

Uygundur.

Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

GELEN EVRAK KAYDI
TARİH : 20.07.2009
NO : 9272

EK-8: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurul İzni

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU



Sayı : B.30.2.İST.0.Y4.71.00/ 1634
Konu :

26.06.2009

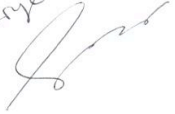
B-10

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Etik Kurulu Başkanlığı'na

Yüksekokulumuz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Nezihe Kızılkaya BEJİ'nin danışmanlığında doktora eğitimine devam eden Hüsnüye DİNÇ'in "Gebeliğin Cinsel Fonksiyon, Beden İmajı ve Pelvik Taban Fonksiyonları Üzerine Etkisi" başlıklı doktora tezi için gerekli olan iznin verilmesi hususunda gereğini saygılarımla arz ederim.


Prof.Dr. Güler AKSOY
Müdür

Ek: 2 adet Etik Kurul Dosyası

28.07.2009
İdariye ve İlgiliye




T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



Sayı : 21923
Konu :

İstanbul/...../.....
15 Temmuz 2009

İ.Ü. Florance Nightingale
Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğüne

İLGİ: 26.06.2009 tarihli, 1634 sayılı yazınıza:

Yüksekokulunuz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.NEZİHE KIZILKAYA BEJİ'nin danışmanlığında Doktora Öğrencisi HÜSNİYE DİNÇ'in yürüttüğü "Gebeliğin Cinsel Fonksiyon , Beden İmaji ve Pelvik Taban Fonksiyonları Üzerine Etkisi" konulu Doktora Tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri 07 Temmuz 2009 tarihinde toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir. Bilgilerinizi, durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini saygılarımla rica ederim.

EKİ:
1 dosya

Prof.Dr. Özgün ENVER
Vekil Dekan ve Etik
Kurul Başkanı

İstanbul, 15.07.2009
29.07.2009

Not: Yanıtlarda yazınızın gün sayısının belirtilmesi rica olunur.Tel(0212)4143000

EK-9: Ölçek İzin Yazışması (Ph.D. Thomas F. Cash)

BESAQ

Kimden: "Husniye Dinc" <husniyedinc82@yahoo.com.tr>

Kime: TCash@odu.edu

27 Haziran 2009 Cumartesi, 15:44 ● ☆

[Tam Başlıklar Basılır Görüntü](#)

Dear Dr. T.F. Cash,

We are currently working at Florence Nightingale School of Nursing in Istanbul, Turkey as academic staff. We plan to carry out a study on body images among Turkish women. While searching the relevant literature we have come across the BESAQ (Body Exposure During Sexual Activities Questionnaire) and proxy version of BESAQ, which was developed and tested by you. We would appreciate it much if you could allow us to perform the validity and reliability tests of the scale in Turkish. Thanking you in advance we look forward to hearing from you soon.

Sincerely yours,

Prof. Nezihe Kizilkaya Beji
Istanbul University , Florence Nightingale College of Nursing
34381 Sisli / Istanbul - TURKEY

MSc Hüsnüye DİNÇ
Research Assistant
Istanbul University
00 90 440 00 00/27618

Re: BESAQ

Kimden: "Dr. Tom Cash" <tom_cash@comcast.net>

Kime: "Husniye Dinc" <husniyedinc82@yahoo.com.tr>

27 Haziran 2009 Cumartesi, 18:56 ● ☆

[Tam Başlıklar Basılır Görüntü](#)

Dear Hüsnüye DİNÇ:

What you propose below is acceptable, as long as you purchase the BESAQ from my website (linked below) for a very modest fee.

Sincerely,

Thomas F. Cash, Ph.D.
Body Images Research Consulting
Naples, Florida
website: www.body-images.com

Your Body Image Assessment (BESAQ)

Kimden: "Dr. Tom Cash" <body-images@comcast.net>

Kime: husniyedinc82@yahoo.com.tr

KKK: "body-images" <body-images@comcast.net>

1 Dosya | 65KB | [Tümünü indir](#)

PDF 65KB

BESAO
With
Nergis and
Serina.pdf

[Kaydet](#)

Dear hüsniye dinç,

I thank you for your order of the body-image assessment(s) indicated below on your invoice. These materials are attached as one or more viewable/printable "pdf" (Adobe Acrobat) files. If you do not have the Acrobat Reader program on your computer, you may download it free from <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep.html>.

As you may have noticed on my website, I provide the publisher's link to our comprehensive volume "Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice" (Cash & Pruzinsky, 2002), which is available in paperback.

In July 2008, I published the second edition of "The Body Image Workbook," which presents my empirically validated cognitive-behavioral treatment program for body-image problems. For more information, visit <http://www.newharbinger.com/productdetails.cfm?PC=583>.

Finally, for your consideration, I'd like to make you aware of the peer-reviewed scientific journal "Body Image: An International Journal of Research." For more information, see the journal's website at: <http://www.elsevier.com/locate/bodyimage>.

My best wishes in your body-image research.

Sincerely,

Thomas F. Cash, Ph.D.
www.body-images.com
Body-Images Research Consulting
Naples, Florida
email: body-images@comcast.net



Jul 2, 2009 01:28:50 PDT
Transaction ID: 5B011696RY258135X

Hello Body Images Research Consulting,

You received a payment of \$15.00 USD from hüsniye dinç
(husniyedinc82@yahoo.com.tr)

Thanks for using PayPal. You can now ship any items. To see all the transaction details, log in to your PayPal account.

Important note: hüsniye dinç has provided an unconfirmed address. Please check the Transaction Details page for this payment to find out whether you will be covered by PayPal Seller Protection.

It may take a few moments for this transaction to appear in your account.

Seller Protection - Partially Eligible

Buyer
hüsniye dinç
husniyedinc82@yahoo.com.tr
00 90 212 536 43 05

Instructions to merchant
The buyer hasn't entered any instructions.

Shipping address - unconfirmed
hüsniye dinç
Gazi Mahallesi 1369 Sokak No:24
Sultangazi
istanbul, Turkey

Shipping details
You haven't added any shipping details.

Description	Unit price	Qty	Amount
The Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire (BESAQ) Item# BESAQ	\$15.00 USD	1	\$15.00 USD
			Subtotal
			Total
			\$15.00 USD
			Payment
			\$15.00 USD
Payment sent to body-images@comcast.net			

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Hüsniye	Soyadı	Dinç
Doğ.Yeri	İstanbul	Doğ.Tar.	06.05.1982
Email	husniyedinc@hotmail.com	Tel	0 (212) 414 15 00 / 40144

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü F.N.H.Y.O.	2007- ...
Yük. Lis	İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü F.N.H.Y.O.	2007
Lisans	İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu	2004
Lise	Çemberlitaş Kız Lisesi	2000

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
	Araştırma Görevlisi	İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	2011- ...
	Araştırma Görevlisi	İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu	2006-2011
	Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi	Özel Florence Nightingale Hastanesi	2004-2006

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	62,5	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	71.741	72.922	73.900

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)	İyi
SPSS	İyi

A. ULUSAL YAYINLAR

1. ULUSAL KİTAP YAZARLIĞI

.....

2. ULUSAL KİTAP BÖLÜM YAZARLIĞI

1. Beji N, Zengin M, **Dinç H.** (2009) *İnfertilite Hemşirelerinin Değişen Roller ve Eğitim Gereksinimleri*. Editör N.Kızılkaya Beji. Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği Yayını. Yayın No:1 Bölüm 17, Sayfa 255–264.
2. Karanisoğlu H, **Dinç H.** (2012) Üreme Organ Yapı ve Fonksiyon Bozuklukları. Editör Anahit M. Coşkun. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Koç Üniversitesi Yayınları SANERC Kitapları: 3, Ünite: 14 Sayfa 417–441
3. Karanisoğlu H, **Dinç H.** (2012) Klimakterik Dönem. Editör Anahit M. Coşkun. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Koç Üniversitesi Yayınları SANERC Kitapları: 3, Ünite: 15 Sayfa 443-457

3. ARAŞTIRMALAR

1. Şahin N.H., Dişsiz M., Sömek A. **Dinç H.** (2008) *Sağlık Çalışanlarının Aile İçi Şiddet Deneyimleri ve Bu Konudaki Yaklaşımlarının Belirlenmesi*. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi (HEMARGE). Cilt/ Vol:10 Sayı/No: 2008/2. Sf:17–31
2. Şahin N.H., **Dinç H.**, Dişsiz M.(2009). Gebelerin doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. Cilt 40, Sayı 2, 2009.
3. **Dinç H.** Şahin N.H. (2010) Hemşirelik/Ebelik Öğrencilerinin Kök Hücre Ve Kordon Kanı ile İlgili Bilgi Ve Yaklaşımları. SANERC Cilt 7, Sayı 1, 2010
4. Bayram G.O., **Dinç H.** (2012). Sexual harassment among health workers and students in Turkey. International journal of Human Sciences (Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi). Volume 9, No 1, ISSN:1303-5134

4. DERLEMELER

1. **Dinç H.**, Şahin N.H. (2009). Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Töre ve Namus Cinayetleri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. Cilt 17, Sayı 2, Haziran 2009.

5. ULUSAL TOPLANTILARDA BİLDİRİ/POSTER

1. Güner, E., Akkaya, N., **Dinç, H.**, Özcan N.K. (2004). *Psikiyatri Kliniğindeki Öğrenci Hemşirelerin Etkinliklerinin Değerlendirilmesi*. III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Trakya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (**Poster**).
2. Şahin, N.H., **Dinç, H.**(2007). *Hemşirelik/Ebelik Öğrencilerinin Kök Hücre Ve Kordon Kanı Ile İlgili Bilgi Ve Yaklaşımları*. VI. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. İstanbul Üniversitesi (**Poster**).
3. Bayram, G.O., **Dinç, H.**, Mercan S., Suyar, S. (2007). *İntern Ebe Öğrencilerin Klinik Uygulamada Maruz Kaldıkları Cinsel Taciz*. VI. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. İstanbul Üniversitesi (**Poster**).
4. Şahin N.H., Dişsiz M., **Dinç H.** Sömek A. (2008) *Sağlık Çalışanlarının Aile İçi Şiddet Konusunda Yaklaşımlarının Belirlenmesi*. I. Kadın Sağlığı Kongresi “Kadına Yönelik Şiddet” 20–22 Mart 2008. Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezi Ankara. (**Sözlü sunum**).
5. Bruk N., Kurtulan Ö., Gürgen H., İsufova S., Sezgin Ü., **Dinç H.** (2008) *Sağlık Alanı Ve Sağlık Alanı Dışında Eğitim Gören Üniversite Öğrencilerinde Engellilere Bakış Açısının Karşılaştırılması*. VII. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. İstanbul (**Poster**).
6. **Dinç H.**, Şahin N.H., Dişsiz M.(2009). *Kadınların Doğum Esnasındaki Korku Ve Beklentileri*. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi. 15–18 Ocak 2009. Almira Otel, Bursa (**Poster**).
7. Yılmaz T, Yazıcı S, **Dinç H.** (2009). *Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Seçmeli Dersi Değerlendirme Sonuçları*. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi 23 – 25 Nisan 2009 / Sheraton Hotel, Ankara (**Poster**).
8. **Dinç H.**, Mamuk R. (2009). *Gebe Kadınların Non Stres Test Hakkındaki Farkındalıklarının Belirlenmesi*. I. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi 02–04 Kasım 2009 Harbiye Askeri Müze ve Kültür Sitesi, İstanbul (**Poster**).

9. Eser A, Bozkurt M, Gökdağ E, Günaydın Z.P, Çelik S, **Dinç H.** (2010) *Toplumun Ebelik Mesleğini Algılamasına Bir Örnek.* 1.Ulusal & Uluslararası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi 5–7 Mayıs 2010 Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, İzmir **(Sözlü sunum)**
10. Gökdağ E, Günaydın Z.P, Bozkurt M, Eser A, Çelik S, **Dinç H.** (2010) *İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Ebelik Mesleğini Seçme Nedenleri Ve Gelecekte Beklentileri.* 1.Ulusal & Uluslararası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi 5–7 Mayıs 2010 Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, İzmir **(Sözlü sunum)**
11. **Dinç H.** Bozkurt M, Çelik S, Eser A, Gökdağ E, Günaydın Z.P, (2010) *Gebelikte Cinsel Yaşamın Değerlendirilmesi.* 1.Ulusal & Uluslararası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi 5–7 Mayıs 2010 Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, İzmir **(Sözlü sunum)**
12. **Dinç H,** İspir M. (2010) *Gebelikte Psikolojik Değişiklikler Ve Depresyona Eğilim* 1.Ulusal & Uluslararası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi 5–7 Mayıs 2010 Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, İzmir **(Poster)**
13. Mamuk R., **Dinç H.** (2011). *Kadın Sağlık Profesyonellerinin Pelvik Taban Kas Egzersizlerini Uygulama ve Öğretme Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi.* 10. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi. 03–06 Mart 2011. Karınna Otel, Bursa **(Poster)**
14. Dişsiz M., Oskay Ü., **Dinç H.** (2011). *Madde Bağımlılığının Erkek Cinsel Yaşamı Üzerine Etkileri.* 7. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 22–25 Nisan 2011, Ankara.**(Sözlü sunum- 3.'lük ödülü).**
15. **Dinç H.,** Dişsiz M., Onat G. (2011). *Preimplantasyon Genetik Tanı* 7. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 22–25 Nisan 2011, Ankara.**(Poster)**
16. Dişsiz M., Onat G., **Dinç H.** (2011). *Alkol-Madde Bağımlısı Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları* 7. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 22-25 Nisan 2011, Ankara. **(Poster)**
17. Onat G., **Dinç H.,** Dişsiz M., Donuk B. (2011). *Üreme Sağlığında İhmal Edilen Bir Grup: Kadın Sporcular.* 7. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 22–25 Nisan 2011, Ankara.**(Sözlü sunum)**

18. **Dinç H.**, Mamuk R.(2011). *Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Pelvik Taban Kas Egzersizlerini Bilme, Uygulama ve Öğretme Durumlarının Değerlendirilmesi* 16–19 Ekim 2011.Karabük Safranbolu. (**Sözlü sunum**)
19. **Dinç H.**, Beji NK. (2011). *Gebelik ve Doğumun Pelvik Tabana Etkisi*. 5. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi. 19-21 Ekim 2011. Askeri Müze Kültür Sitesi Harbiye, İstanbul (**Poster**)
20. **Dinç H.**,Küçükakın S., Yılmaz T., Akçam F., Yıldırım D. (2012). *40 Yaş Üstü Menopoz Dönemindeki Kadınların Üriner İnkontinas Açısından Değerlendirilmesi*. 3. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi. İnönü Üniveristesi Sağlık Yüksekokulu. Malatya.
21. **Dinç H.** Usta B. (2012). *Doğumsonu İlk Bir Yılda Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumunun İncelenmesi*. 3. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi. İnönü Üniveristesi Sağlık Yüksekokulu. Malatya.

6. GÜNCEL MAKALE ÖZETİ

1. **Dinç H.** Gebelik İçin Kendi Kendilerine Yardım Etme: İnfertil Çiftlerin Sağlık Arama Davranışı Üzerine Nitel Bir Çalışma. Androloji Bülteni, Eylül 2010 (42): 228-229. (Maureen Porter and Siladitya Bhattacharya Human Reproduction 2008, 23 (3): 567-572).

B. ULUSLAR ARASI YAYINLAR

1. SCI EXPANDED, SOCIAL SCIENCE CITATION INDEX (SSCI) KAPSAMINDA YAYINLAR

1. **Dinç H.**, Şahin N.H. (2009). Pregnants' Knowledge and Attitudes about Stem Cells and Cord Blood Banking. International Nursing Review. 56, 250-256

2. SCI EXPANDED, SOCIAL SCIENCE CITATION INDEX (SSCI) DIŞINDA YURTDIŞI HAKEMLİ YAYINLAR

.....

3. ULUSLAR ARASI TOPLANTILARDA BİLDİRİ/POSTER

1. Mamuk R., **Dinç H.** , Kanan N. (2011). *Evaluation of the behaviors and attitudes of health personnel in applying and teaching pelvic floor muscle exercises*. Abstract ID number: ABN12–0049 New number: P8s 12th

International European Association of Urology Nurses Meeting: 19 -21 March 2011. Vienna

2. Onat G., **Dinç H.** (2011). *Evaluation of the Postoperative Pain after Hysterectomy*. 19th International Pelvic Pain Society Annual Scientific Meeting. 25-29 May 2011 Ceylan Intercontinental Hotel, Istanbul
3. **Dinç H.** , Boyacioğlu N (2012) A Mode of Violence Against Woman: Berdel (Bridge Exchange) (Sözel Bildiri) Horatio: 2nd.European Festival Of Psychiatric Nursing 20-23.09.2012 Stockholm- Sweden

Sertifikaları:

1. Neonatal Resüsitasyon Uygulama Sertifikası (2007). İstanbul Sağlık Müdürlüğü
2. Elektronik Fetal İzlem Kursu Sertifikası (2009). I. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi Kapsamında, İstanbul.

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

- Kitap okuma, sinema ve tiyatroya gitme