



T.C.SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ÜMRANIYE

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ

DOĞUM ŞEKLİNİN CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr.İsmail BAĞLAR

Tez Danışmanı: Doç.Dr.Rahime Nida BAYIK

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2019

ÖNSÖZ

Hepimizin hayatına dokunan, bize pek çok değer katan ve yıllar sonrada adını unutamadığınız özel insanlar vardır. Öğrenciliğim ve asistanlık eğitimim süresince yetişmemde emeği geçen pek çok insan oldu ancak bunların içinde özellikle adına yer vermek ve teşekkür etmek istediğim insanlar var;

Kadın doğum ihtisası boyunca üzerimde en çok emeği geçen, sadece iyi bir hekim değil aynı zamanda mükemmel bir akademisyen ve tez danışmanım olan değerli hocam Doc. Dr. R. NİDA BAYIK'a, mütevazı kişiliği ve insana verdiği değerle örnek aldığım hocam Prof. Dr. Gürkan KIRAN'a, değerli hocalarım Prof .Dr .Erdal KAYA'ya, Doç.Dr.Murat MUHÇU'ya, Doc.Dr.Ebru ALICI DAVUTOĞLU'na,

Deneyim ve tecrübelerini benimle paylaşan ağabeylerim Uzm. Dr. Fatih ŞANLIKAN'a, Uzm. Dr. Kenan KARACA'ya ve beraber çalıştığım uzman abilerime ablalarım, kıdemlilerime, benden sonra başlayan asistan arkadaşlarıma, ebelerimize, hemşirelerimize ve tüm kadın doğum ailesine,

Ve tüm bu süreç boyunca beni hep destekleyen, hep arkamda hep yanımda hep kalbimde olan ve bana aile olma mutluluğunu yaşatan sevgili eşim Dr. Elçin Bayık Bağlar'a

Teşekkür ederim

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki tüm bilgileri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım tüm bilgi ve sonuçları bilimsel kurallara uygun olarak sunduğumu, belirttiğim sonuçlarda hiçbir değişiklik yapmadığımı, yararlandığım kaynaklarda bilimsel norm kurallarına uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin Doç. Dr. Nida Bayık danışmanlığında tarafımdan yazıldığını ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu kurallarına uyulduğunu beyan ederim.



ÖZET

Amaç: Bazı çalışmalar kadın cinsel fonksiyonlarının doğum şekliyle değişebildiğini göstermiştir. Bu çalışmamızda doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyonların doğum şekline etkilenip etkilenmediğini ve hangi doğum yönteminin cinsel fonksiyonları daha az etkilediğini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışma retrospektif kesitsel olarak planlandı. Normal doğum (n=80), epizyotomili normal doğum(n=80) ve sezaryenle doğum(n=80) yapmış toplam 240 kadının postpartum cinsel fonksiyon skorları değerlendirildi. Araştırma için gerekli verileri toplama amacı ile iki form kullanılmıştır. Katılımcıların onamı alındıktan sonra cinsel fonksiyon skoru ölçümü için postpartum üçüncü ayda istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm, doyum ve ağrı parametrelerini ölçen Female Sexual Function Index (FSFI) formu ve sosyo-demografik soru anketi uygulandı. Gruplar demografik özellikler, tıbbi özgeçmiş ve obstetrik detaylar ve vücut kitle indeksi değerleri açısından eşleştirildi. İstatistiksel analiz verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-wilk testiyle incelendi. Değişkenler arasındaki ilişki sperman-sıra korelasyon katsayısıyla incelendi. Gruplar arasındaki farklılıklar Mann Whitney, Kruskal Wallis, Pearson ki-kare, Yates düzeltilmeli ki-kare, Fisher'in kesin ki-kare testi ve Freeman-Halton testiyle karşılaştırıldı.

Bulgular: Normal doğum yapan grupta istek, uyarılma, kayganlık, orgazm ve tatmin parametreleri diğer iki gruba göre istatistiksel anlamlı olarak düşük saptandı. Ağrı skoru sonuçları kıyaslandığında sezaryenle doğum yapanlarda ortalama ağrı skoru düşük bulundu($p<0,05$). Aynı şekilde gruplar arasında yaş, VKI, gravide, parite ve evlilik süresi ortalama değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$). Bebek doğum ağırlığı bakımından gruplar arasında istatistiksel fark bulunmamıştır.

Sonuç: Doğum şekilleri karşılaştırıldığında normal doğum ve müdahaleli normal doğumun sezaryene göre postpartum üçüncü ayda cinsel fonksiyon skorlarını olumsuz etkilediği söylenebilir.

Anahtar kelime: Postpartum, cinsel fonksiyon, FSFI.

ABSTRACT

Objective: Some studies have suggested that sexual functions may be altered by delivery method. This study aimed to investigate sexual function in the postpartum period according to the mode of delivery.

Materials and Methods: A retrospective cross sectional study design was used. Postpartum sexual functions score of 240 patients who gave birth by vaginal delivery (n=80), episiotomy assisted vaginal delivery (n=80) and cesarean section (n=80) were enrolled in study. Two forms were used to collect the data. Female Sexual Function Index (FSFI) which were including desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain was performed as the sexual dysfunction assessment method. Other parameters that effect sexual functions of the patients were investigated via questionnaire at postpartum third month. The groups were matched with regard to demographic characteristics, medical history, obstetric details, and body mass index values. Shapiro-wilk test was used for statistical analysis of normal distribution of the data. The relationship between the variables was examined with the sperm-order correlation coefficient. Differences between the groups were compared with Mann Whitney, Kruskal Wallis, Pearson chi-square, chi-square, Fisher's exact chi-square test and Freeman-Halton test.

Results: Desire, arousal, lubricity, orgasm, satisfaction and pain parameters and total sexual function score were significantly low in vaginal delivery group compared to episiotomy assisted vaginal delivery group and cesarean section group ($p<0,001$ for all parameters). Pain parameters were significantly low in the cesarean section group compared to other two groups($p<0,001$). There were statistically significant differences between body mass index (BMI), age and duration of marriage ($p<0,001$).

Conclusions: Our study demonstrated that vaginal delivery and episiotomy assisted vaginal delivery adversely affects postnatal sexual functions.

Key word: Postpartum, sexual function, FSFI.

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	VI
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Cinsellik.....	3
2.2.Cinsel Yanıt Döngüsü ve Fizyolojisi.....	3
2.3.Genital Sistemin Anatomik Yapısı.....	5
2.4.Sinir Yapısı.....	6
2.5 Endokrinolojisi.....	7
3.CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI.....	8
3.1 Prevealans.....	8
3.2 Cinsel fonksiyon bozukluğu nedenleri.....	8
3.3 Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	11
4.GEBELİKDE CİNSELLİK.....	18
4.1 Gebelikde Cinsel İşlev Siklusunda Oluşan Değişiklikler.....	19
4.2. Trimesterlar boyunca oluşan değişiklikler.....	21
5.POSTPARTUM CİNSELLİK.....	24
5.1.Vajen ve perinedeki fizyolojik değişiklikler.....	24
5.2.Meme dokusundaki fizyolojik değişiklikler.....	26
5.3.Genel fizyolojik değişiklikler.....	28
5.4. Beden imaj değişiklikleri.....	29
5.5.Ailesel stres ve ruhsal sorunlar.....	30
6.KADIN CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARINDA TANI.....	35
6.1. Kadın Cinsel Fonksiyon ölçeği (FSFI- Female Suxual Function Index).....	35
7.MATERYAL VE METOD.....	37
7.1. Araştırmanın Şekli.....	37
7.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Evreni.....	37
7.3. Araştırmanın Örneklemi.....	37
7.4. Dahil etme ve hariç tutma kriterleri.....	38
7.5. Verilerin Toplanması.....	38
7.6. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index- FSFI).....	38
7.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	39
8.BULGULAR.....	40
8.1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	40
8.2.Normal Vajinal Doğum, Müdahaleli Normal Vajinal Doğum ve Sezaryenle Doğum Yapan Grupların Sosyo-Demografik Özelliklerinin ve Obstetrik öykülerinin Karşılaştırılması.....	41
8.3. Normal Vajinal Doğum, Müdahaleli Normal Vajinal Doğum ve Sezaryenle Doğum Yapan Grupların Cinsel Fonksiyon Skorlarının (FSFI) Değerlendirilmesi.....	42
9.TARTIŞMA.....	44
10.SONUÇ.....	46
11.EKLER.....	47
FORMLAR-1.....	47
FORMLAR-2.....	47
12.KAYNAKLAR.....	53

SİMGELER VE KISALTMALAR

FSFI : Female sexual function index

DSM-4 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

VIP : Vazoaktif intestinal peptit

NO : Nitrik oksit

KSD : Kadın seksüel disfonksiyonu

ICD 10 : İnternational classification of diseases, tenth edition

AFUD: American Foundation of Urologic Disease

ISSWISH: Internotional Society for the Study of Women's Sexual Health

CGRP: Calcitonin gene regulating peptide

NOS: Nitrik Oksit Sentaz

cGMP: Sitoplazmik guanilat siklazı

PDE5 : Fosfodiesteraz 5

DHT: Dihidrotestosteron

TSH: Tiroid stimulan hormon

DHEA: Dehidroepiandrostenedionu

BISF-W :Brief Indeks of Sexual Function for Women

SFQ :Sexual Function Questionnaire

FSDS: Female Sexual Distress Scale

FSH: Follikül stimulan hormon

LH: Luteninizan hormon

fT : Serbest testosteron

SHBG: Seks hormon bağlayıcı globülin

E2 : Estradiol

T: Testosteron

BJOG: British journal of obstetric and gynecology

ND: Normal doğum

ND+M: Müdahaleli normal doğum

CS: Sezaryenle doğum

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Amerikalı araştırmacı Abraham H. Maslow, 1943 yılında yaptığı çalışmasında insan gereksinimlerinin piramit şeklinde bir hiyerarşiye bağlı olduklarını ortaya atmıştır. Bu piramidin en tabanına ise fizyolojik ihtiyaç olarak cinselliği koymuştur(1). Cinsellik, bireysel yaşamın devamı için zorunlu olmayan ancak neslin devamı için gerekli olan bir ihtiyaç ve dürtüdür. Biyolojik fonksiyonlar kadar düşünce, duygu, sosyal ilişkiler, bilinç ve sorumluluklar içeren oldukça kompleks bir olaydır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre cinsellik; fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur (2). Cinsellik, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin yanı sıra ,sosyal ve kültürel etkenlerin teması ile şekillenen bir süreç olduğu için kişilerin cinsel alışkanlığının gelişimindeki en önemli etken, bireyin içinde yetiştiği toplumsal yapının, yani kültürün cinselliğe karşı bakış açısıdır (3).

Kadınlar için cinsellik arzulanabilir olma, çocuk doğurma kabiliyeti ve beden imajının göstergesi olmasıyla beraber duygusal, entellektüel ve sosyokültürel bileşenleri de içine alan bir kavramdır. Hayatın farklı evrelerinde cinsel hayat kalitesinde değişiklikler olabilmektedir. Gebelik süreci ve doğum sonrası dönem, puberte ve menopoz da dâhil olmak üzere kadının tüm yaşantısı içinde cinsel açıdan en durgun dönemdir (4).

Postpartum dönemde cinsel ilişkiye başlama zamanı kadının fiziksel olarak iyileşmesine ve her iki eşin psikolojik olarak hazır olmasına bağlıdır. Doğum sonrası cinsel ilişkinin yeniden başlaması kültürlere göre değişiklik göstermektedir. Ülkemizde doğumdan sonra cinsel ilişkiye başlama zamanı geleneksel olarak altı haftadır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda kadınların çoğunun postpartum altıncı haftada cinsel ilişkiye başladıkları bildirilmektedir (5). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre doğumdan sonraki 2-3 ay içerisinde cinsel ilişkiye başlamamış kadın oranının %13,0, 6-7 ay içerisinde ise %7,0 olduğu rapor edilmektedir. Kadınların çoğu doğum sonrası 6-8 hafta içinde cinsel ilişkiye başlasa dahi, büyük bir kısmının gebelikten önceki cinsel ilişki düzeyine ulaşabilmesi bir yılı bulabilmektedir.(4). Postpartum sürecinde cinsel ilişki ile ilgili şikayetler ortalama 3

ay (1-11 ay) devam edebilir (6). Barrett ve ark, yayınında hastaların yaklaşık %90,0'ının postpartum ilk altı haftada cinsel fonksiyonlarına geri döndüğünü, fakat %64,0'ının problem yaşadığı rapor edilmiştir. Aynı çalışmada, postpartum ilk üç ayda kadınların %83,0'ının cinsel problem yaşadığı; bu problemlerin cinsel ilişki esnasında ağrı, vajinal ıslanmada azalma, orgazm olmada zorluk, vajinal gevşeklik, libidoda azalma, genital bölgede ağrı, postkoital kanama, rahatsızlık hissi ve cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu bildirilmektedir (7).

Hormonal ve fizyolojik değişiklikler postpartum dönemde annelerin cinsel arzularında farklılık oluşturabilir. Ayrıca doğum şekli, doğum esnasında ve postpartum dönemde oluşan komplikasyonlar, kadının kas gücü ve ruhsal olarak yorulmuş olması da postpartum dönemde cinsellik hakkındaki yaklaşımlarını etkilemektedir (8).

Bu çalışmada, kliniğimizde normal vajinal doğum, epizyotomili vajinal doğum ve sezaryenle doğum yapmış kadınlarda doğum şeklinin postpartum cinsel fonksiyonlar üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Cinsellik

Cinsellik; bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal hayatının bir parçasıdır. Cinsellik yalnızca türün devamı için yapılan biyolojik bir aktivite olmamakla birlikte kişilerarası duyguların iletişimine yarayan, fiziksel ve duygusal yakınlaşmayı sağlayan temel bir işlevdir (9). Cinsellikle ilgili ilk geniş çaplı araştırma Kinsey ve arkadaşları tarafından 1938 ile 1952 yılları arasında insanın cinsel davranış biçimleri ile ilgili istatistiklerin derlemesinden oluşmaktadır.

Masters ve Johnson ise, cinselliğini ilk kez klinik şartlarda incelemiş, katılımcıların cinsel uyarılara verdikleri yanıtlar gözlemlenerek ve nesnel ölçüm tekniklerini kullanarak cinsel tepki sürecinin tüm safhalarını kayıt altına almışlardır. Ancak bu çalışmada kadın cinselliği ile ilgili pek çok konu açığa kavuşturulmuşsa da çalışma daha çok erkek cinsiyete hitap eder şekilde hazırlanmıştır (10).

2.2.Cinsel Yanıt Döngüsü ve Fizyolojisi

Günümüzde kullanılmakta olan seksüel yanıt döngüsü ise 1970' li yıllarda Helen Kaplan tarafından oluşturulmuştur (11). Kadın cinsel yanıt döngüsü 5 bölümden oluşmaktadır.

1)İstek evresi

Kadının Cinsel açıdan arzuladığı objeye doğru yöneldiği fazdır ve günler sürebilir. İstek fazında kadın arzuladığı kişiyi düşünür, onunla ilgili fantaziler kurar ve bu sırada uyarılabilir.

2) Uyarılma evresi (heyecanlanma/excitement)

Cinsel uyarı(stimulation) karşısında gelişen cinsel uyarılma (arousal) evresidir ki, uyarı fiziksel uyarı olabileceği gibi fantaziler, zihinsel uyarılar da olabilir. Kadınlarda heyecanlanma fazı, vajinal mukozanın dilatasyonu ile başlar.Cinsel uyarının ardından meydana gelen lubrike film tabakası, vajinal bazal sıvının asiditesini bir miktar düşürmektedir. Oluşan bu sıvının kayganlığı servikal sekresyonların üzerini örten sialoproteinleri bünyesine katmasıyla olur.

Kanlanma epiteli besleyen büyük damarların vazoaaktif intestinsal polipeptid (VIP) innervasyonu, transüstasyon ise calcitonin gene regulating peptid (CGRP) ile artmış olan kapiller geçirgenlik sonucu aktive olmaktadır (12,13,14). Bilinen bir vazokonstriktör olan nöropeptit-Y ise venöz drenajın azaltılmasında etkilidir. Cinsel uyarıyla klitoral, kavernoza ve labial arterlerde kan akımı artışı, intrakavernöz basınçta artış, glans klitoriste tūmesans ve genişleme labia minörde genişleme ve eversiyon oluşur. Penis farklı olarak klitoris ve vestibüler bulbuslarda tunika albuginea ile erektil doku arasında subalbugineal tabaka yoktur. Erkeklerde bu tabaka zengin bir venöz pleksus içerir, cinsel uyarı boyunca tunika albugineaya doğru genişleyerek venöz dönüşü azaltır ve penil rijiditeyi sağlar. Bu venöz pleksusun olmayışı klitoris ve vestibüler bulbuslarda tūmesansın gelişmesini, fakat rijiditenin oluşmamasına neden olur. İn vitro ve in vivo çalışmalar klitoral kavernoza düz kas relaksasyonundan sorumlu nörotransmitterin NO olduğunu göstermiştir. Buna karşın, VIP gibi diğer nöropeptitler de gösterilmiş olmasına rağmen, bunların klitoristeki fonksiyonları bilinmemektedir. (9.11)

3) Plato Fazı:

Eğer uyarılma yoğun ise plato evresi başlar. Bu evrede cinsel gerilim ve cinsel haz duygusu giderek artar ve orgazma geçilecek noktaya dek sürer. Plato evresi, uyarılmanın, kişinin orgazma geçmesini sağlayacak noktaya kadar ilerlemesi ve vazokonjesyonun en yüksek noktaya kadar ulaşmasıyla karakterizedir. 30 sn ile 30 dk arasında sürer. Göğüsler iyice gerilir ve boyutları artar. Vajina iyice uzar. Klitorisin ereksiyonu belirgin bir hal alır. Bu fazın sonuna doğru uterus kasılmaları başlar, Deride kızarıklık genişler kas geriliminde, kan basıncında ve kalp hızında artışlar olur (13).

4) Orgazm Fazı:

Cinsel gerilimin yerini gevşeme/salınma/boşalma ya bıraktığı evredir. Fizyolojik ve psikolojik zevk doruk noktasına ulaşır. Bu noktada, en önemli değişiklik vajinanın dış üçte birlik kesiminde meydana gelir. Bu bölüm, 0,8 saniyelik aralıklarla ritmik olarak pek çok kez kasılır. Fundustan başlayarak serviks doğru uterus da kasılır. Diğer değişiklikler; kan basıncında, solunumda, kalp hızında, pelvik hareketlerde ve rektal sfinkterin istemsiz kasılmasında artışı içerir. Genellikle bu evre haz duygusuyla ilişkili olarak erkekte ejakulasyon, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon ile büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Orgazm, vazokonjesyonun sonlanması, genital organlarda, göğüslerde göllen kanın bir anlamda serbest kalması ve takiben myotoninin gelişmesi olarak tanımlanabilir (11).

5) Gevşeme Fazı:

Orgazmın ardından ya da orgazm gerçekleşmemişse ilk 2 evreden sonra, yaşanan cinsel gerilimin ve oluşmuş fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde uyarılma öncesi duruma döndüğü evredir. Bu evrenin süresi, cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ve cinsel uyarının sürüp sürmemesine göre değişmektedir (6).

2.3.Genital Sistemin Anatomik Yapısı

a.Dış genital organlar

Kadın dış genitaleri ,vulva olarak bilinir. Üç temel yapı içerir:

- labial yapılar
- interlabial boşluk
- erektıl yapılar

Kadın erektıl yapılarını klitoris ve vestibüler bulbus oluşturur. Klitoris, ön labial komissürün arkasına yerleşmiştir. Vestibüler bulbus, vajinal orifisin her iki yanında labia minora derisinin hemen altında bulunan yaklaşık 3'er cm'lik yapılardır. Seksüel

arzu sırasında kanla dolar, vajinanın girişini daraltır ve seksüel ilişki sırasında penisi sıkar.

b. İç genital organlar

İç genital organlar vajina , uterus, uterin tüpler ve overlerden oluşur. Fakat seksüel anatomi içinde vagina ve uterus incelenmektedir. Vagina: vestibülden uterin servikse kadar uzanan 7-9 cm'lik silindirik organdır. Vajinal mukoza hormona duyarlı, siklik değişikliklere uğrayan, nonkeratinize çok katlı yassı hücreli epitelyumdan oluşur. Müsküler tabaka, kan damarlarının yoğun şekilde infiltire ettiği ve cinsel ilişki sırasında gevşemeye izin veren düz kaslardan oluşmaktadır. Vajen çok sayıda ruga denen mukozal katlantılar içerir ve yapılar fazlaca genişlemeye olanak sağlarken seksüel ilişkide de sürtünmeye bağlı uyarılmayı artırır. En yüksek erotik duyarlılığa sahip olan anterior vajinal duvar, posterior göre daha yoğun bir innervasyona sahiptir ve distal bölgede proksimale göre daha fazla sinir lifi bulunmaktadır. Cinsel uyarılmada uterin ve servikal glandüler sekresyonları ile vaginal kayganlaşmaya katkıda bulunur.

2.4.Sinir Yapısı

Vajinanın otonomik kontrolü, hipogastrik ve sakral pleksustan gelen sempatik ve parasempatik liflerden oluşan uterovajinal sinirler ile sağlanır. Somatik innervasyonu ise pudental sinir yoluyla olmaktadır. Klitoral sempatik innervasyonu T1-L3, parasempatik innervasyonu S2-S4 liflerinden gelir. Klitorisin somatik innervasyonu ise klitorisin dorsal siniri ve devamındaki pudental sinirden kaynaklanır.

İnternal genital yapılar; vajen, uterus, tuba uterina ve overlerdir. Pelvik taban; abdominal ve pelvik organları destekleyerek idrar ve gaita kontinansını sağlar, ayrıca koitus ve doğum işlevlerinin gerçekleşmesine izin verir. Bu yapılar pelvik organ desteği ve seksüel fonksiyonlar için büyük önem arz etmektedir (12).

2.5 Endokrinolojisi

Merkezi sinir sisteminde hipotalamus, kadın ve erkede cinsel fonksiyonlar üzerine en etkin bölgedir. Hipotalamus çiftlerin birbirleriyle olan etkileşimlerini, seks hormonlarının kontrolünü düzenleyen limbik sistemin bir parçasıdır. Dopaminerjik uyarı bu sistemi aktive ederken, seratoninerjik uyarı baskılamaktadır. Hipotalamusa iç ya da dış uyarılar ulaşır. Uyarılma görsel, duyuşsal uyarılar, dokunma, temas ve düşünme ile tetiklemektedir.

Hipotalamustaki paraventriküler nukleus vazopressin ve oksitosin üretrek diğer sistemlerle iletişim kurar, limbik sistemi etkiler. Cinsel uyarılara yanıt olarak merkezi sinir sisteminde uyarılar, medyan ön beyin demeti, mezensefalon, pons, spinal kord, pelvik pleksus yolu ile genital organlara ulaşmaktadır.

Hipogastrik (sempatik) ve pelvik (parasempatik) sinirlerden lifler alan pelvik gangliyon, mesane, üretra, vajina, uterus ve klitorise dallar verir. Pelvik gangliyonun en büyük dalı olan kavernoza dalı klitorisi innerve eder. Kavernoza sinirinin uyarılması ile klitoriste NO (Nitrik oksit) aracılı vazodilatasyon olur. Pudental sinir, perine, klitoris ve üretranın duyuşsal inervasyonunu sağlar. Östrojenin bu sinirinin duyarlılığını arttırıcı etkisi bulunmaktadır. Pelvik ve hipogastrik sinirler ise iç genital organların duyuşunu almaktadır (13,14)

Genel bir tanımla kadında orgazm, sonrasında mutluluk ve tatmin hissini vererek cinsel olarak başlatılan vazokonjesyonu sonlandıran, sıklıkla uterus ve anüs kasılmaları ve myotoni ile vajinayı çevreleyen kasların istemsiz, düzenli kasılmalarının eşlik ettiğı bilinç düzeyini değıştiren ve en yüksek dozda yoğun zevk duyma hali olarak tanımlanır. Orgazm ile kan akımı, solunum sayısı, serum prolaktin, vazopresin, oksitosin, adrenalın seviyeleri artmaktadır. Özellikle prolaktin orgazm ile artar ve 60 dakika yüksek kalabilir.

3.CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI

3.1 Prevealans

Kadın cinsel fonksiyon prevealansı ile ilgili en kapsamlı çalışma 1990'larda amerikada yapıldı (15). Çalışmada 18-59 yaş aralığında 1749 kadın değerlendirilmiş ve kadınların %43'ünde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Kadınların 1/3'ünde cinsel ilgi yokluğu 1/4'ünde orgazm olamama, 1/5'inde ıslanmada yetersizlik yaşadığı, 1/5'inde cinsellikten zevk almadığı bildirilmiştir. Literatürdeki diğer çalışmalar değerlendirildiğinde; cinsel istek bozukluğu %16-48 ve disparoni %7-68 sıklıkta değişkenlik göstermektedir (16,17)

Ülkemizde konuyla alakalı yapılan çalışmalar yetersizdir. Çayan ve arkadaşlarının yaptıkları prevalans çalışmada cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı 18-27 yaşlarda %21,7, 28-37 yaşlarda %25,5, 38-47 yaşlarda %53,5, 48-57 yaşlarda %65,9 ve 58-67 yaşlarda %92,9 olarak bildirilmiştir (18). Öksüz ve Malhan çalışmasında ise, 18-30 yaşlarındaki kadınların % 41,0'ında, 31-45 yaşlarındaki kadınların %53,1'inde, 46-55 yaşlarındaki kadınların %67,9'unda cinsel işlev bozukluğu olduğunu saptamışlardır (19). Demir ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada da, hastanede çalışan kadınların %38,0'ında cinsel işlev bozukluğunun saptandığı bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada vajinal doğum yapan kadınların cinsel işlev indeksinin diğer kadınlara göre daha düşük olduğu da belirtilmektedir (20).

3.2 Cinsel fonksiyon bozukluğu nedenleri

3.2.1. Vaskülojenik nedenler;

Pelvik bölgedeki kan akımında azalma olması durumunda vajinal duvar ve klitoral düz kaslarında incelmeye ve vajinal kuruluk meydana gelmekte. Bunun sonucunda da cinsel ilişki esnasında ağrı ve cinsel isteksizlik gelişebilmektedir. İç ve dış genital organlara kan akımının azalması sonucu iliohipogastrik/pudendal arter yatağının aterosklerozuna bağlı klitoral ve vajinal vasküler yetmezlik sendromu riski görülebilmektedir (21).

İleri yaş, sigara, hipertansiyon, menopozda östrojen seviyesinin düşmesi, diyabet, kalp hastalıkları, künt travma, pelvik cerrahi, kronik perineal basınç başlıca vaskülojenik kaynaklı cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olan faktörlerdir (22).

3.2.2 Pelvik kaslarla ilişkili nedenler

Pelvik taban kasları, levator ani, bulbokavernosus ve iskiokavernosus kasları cinsel ilişkiden doğrudan etkilenen yapılardır. Levator ani kasları, orgazm ve vajinal penetrasyon sürecinde motor yanıtı cevap vererek işlev görmektedir. Bu kasların tonuslarında azalma olması kadında anorgazmiye, inkontinansa ve uyarılmanın azalmasına neden olur (23).

Literatürde, pelvik taban kaslarının koitus öncesi hazırlık sürecinde ve orgazm sürecinde aktif olduğu, pelvik taban kaslarında meydana gelen fonksiyon azalması ya da kaybının cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Özellikle levator ani kası, pubisten koksikse kadar pelvik kaviteyi hamak şeklinde sararak, pelvik tabana önemli destek oluşturur. Pubokoksigeus, puborektalis ve ileokoksigeus kaslarının oluşturduğu levator ani kas grubunda özellikle pubokoksigeus kası “aşk kası” olarak refere edilerek, pelvik taban kaslarının cinsel fonksiyonda önemli olduğu vurgulanmaktadır (24).

3.2.3 Endokrinolojik problemler

Cinsel fonksiyonu düzenleyen steroid yapıda üç önemli hormon grubu vardır. Bunlar östrojen, androjenler ve progesterondur. Androjenler arasında testosteron, dihidrotestesteron, androstenodion ve dehidroepiandrostenodion yer alır. Hormonlar, sinir iletisi ile duyuşsal algılamayı, vasküler kan akımını, kas kontraktilesi ve kapasitesini etkileyerek cinsel fonksiyonlar üzerine doğrudan etki yaratır. Hormonların kandaki seviyelerinin düşmesi birçok dokunun fizyolojik fonksiyonu üzerinde olumsuz etki yaratır. Bu olumsuzluklar; vajina duvar kalınlığında incelmeye ve elastisitesinde azalmaya, vajinal ıslanmada gecikmeye, vajina asiditesinde düşmeye, vajinal ve üriner enfeksiyonlar, idrar kaçırma, ağırly uterus kontraksiyonları vb. sebepler olarak cinsel fonksiyonlar üzerinde olumsuz etki oluşturur (25).

3.2.4.Psikolojik sebepler

Benlik algısında azalma, kötü beden imajı, anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunlar, partnerler arası iletişim kopukluğu, kullanılan psikotrop ilaçların yan etkileri cinsel hayat kalitesi üzerine olumsuz etki yaratmaktadır. Bundan dolayı kadında cinsel istekte ve uyarılmada azalma, orgazm olmada zorlanma gibi cinsel problemler görülebilmektedir (21). Cinsel hayat bozukluğuna sebep olan psikolojik sebeplerin oluşmasında; çocukluk dönemi yaşantıları, yetiştirilme tarzı, zamanla kazanılan hayat tecrübeleri, yanlış ve yetersiz cinsel sağlık bilgi temel rol oynamaktadır (26).

3.2.5.İlac kullanımı ile ilgili sebepler

Psikolojik hastalıklarda kullanılan birçok ilaç, düzenli alkol ve madde kullanımı normal cinsel yanıtı değiştirerek fonksiyon bozukluklarına sebep olabilmektedir (27). Psikotropikler, antihipertansifler antidepresanlar gibi sık kullanılan ilaç gruplarının cinsellik üzerine olan yan etkileri bilinmektedir (28). Diüretikler, antikonvülzanlar, antiülser ilaçlar, astım ve kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar, antilipidler, antihistaminikler, kemoterapatik ajanlar, merkezi sinir sistemi üzerine etkili ilaçlar, hormon etkili ajanlar, narkotikler, sedatifler, kokain ve opiatlar da kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açan diğer ilaçlardır. Bu ilaçları kullanan kadınlarda cinsel ilişki esnasında ağrı, isteksizlik, yetersiz veya hiç uyarılamama, orgazmda gecikme veya orgazm olamama gibi problemler sıklıkla görülmektedir (26).

3.2.6. Diğer faktörler

Menapoz, yaşlanma, sistemik hastalıklar, gebelik, doğum, gebelik sonlandırma, infertilite, üreme organları cerrahisi, cinsel mitler ve sosyokültürel özellikler kadınlarda hormonal, fizyolojik, yapısal ve psikolojik değişikliklere sebep olup cinsel hayat kalitelerine olumsuz etkide bulunmaktadır (29). Orgazm, uyarılma, cinsel istek, vajinal ıslaklık sorunları, rektal ve vajinal kasılmalarda azalma, cinsel ilişki esnasında ağrı, ilişki sonrası kanamalar, cinsellikten zevk alamama gibi kadınların cinsel yaşantılarını etkileyen problemler görülmektedir (24).

3.3 Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), cinsel disfonksiyonu, ‘farklı nedenlere bağlı olarak, kişinin istediği halde cinsel ilişkiye girememesi’ olarak tanımlamıştır (13). DSM-IV tanımlamasında Cinsel Fonksiyon Bozuklukları (CFB); insandaki cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki fizyolojik süreçlerden birinde oluşan aksamaya bağlı olarak gelişen bozukluklardır (30).

DSM-IV TR’ye göre cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması;

1- Cinsel İstek Bozuklukları

a- Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu

b- Cinsel Tiksinti Bozukluğu

2- Cinsel Uyarılma Bozuklukları

3- Orgazmla İlgili Bozukluklar

4- Cinsel Ağrı Bozuklukları

a- Disparoni (genel tıbbi bir duruma bağlı olmayan)

b- Vajinismus (genel tıbbi bir duruma bağlı olmayan)

5- Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

6- Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

7- Başka Türü Adlandırılmayan Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

Mevcut olan yukarıdaki sınıflamada, diğer tıp disiplinleri ile ortak bir dilin konuşulabilmesi, gelişen teknoloji ve değişen yaşam biçimlerinin ortaya çıkardığı yeni cinsel sorunların tanımlanabilmesi, daha nesnel ölçütlerin eklenebilmesi amacıyla kanıta dayalı tıp rehber alınarak değişikliklerin yapılması amaçlanmıştır (13,30,36).

3.3.1 Cinsel İstek Bozuklukları

a. Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu

Cinsel fantezi ve düşüncelerin veya cinsel aktiviteye yanıt verme arzusunun, kişinin cinsel hayatında probleme neden olacak şekilde, kalıcı veya tekrarlayan kaybı (veya yokluğu) olarak tarif edilmiştir (13). DSM-IV'te sürekli ya da tekrarlayan tarzda, cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin azalması ya da hiç olmaması olarak tanımlanmaktadır. En sık rastlanan sorun cinsel istek bozukluğu yani libido azalmasıdır ve yaklaşık CFB olan kadınların %32'sinde görülmektedir (31).

Cinsel istek cinsel yanıt döngüsünün ilk evresidir. İstek sadece psikolojik bir durum gibi görünse de aslında hormonal imbalans ya da hastalıkların tedavisi gibi fiziksel durumlardan etkilenmektedir. Yaşlanma, gebelik, kronik hastalıklar nörolojik hastalıklar, endokrin hastalıklar, stres, beden imgesi ile ilgili kaygılar, anksiyete, depresyon, ilişkilerde sorun, cinsel travma vs. cinsel istek bozukluğuna neden olan faktörlerdir.

Cinsel istek azlığı kadınlarda cinsellikle ilgili en yaygın yakınmadır. Biyolojik güdü, yeterli özgüven, cinsellikle ilgili önceki deneyimlerin olumlu olması, uygun bir cinsel eşin olması, birlikte olunan kişi ile cinsellik dışındaki alanlarda da iyi bir ilişkinin olması gibi faktörler cinsel isteği etkeleyen önemli etkenlerdir. Bunlardan herhangi birinde sorun olması cinsel isteğin azalması sonucu ile neticelenir. Çoğunlukla diğer cinsel sorunlarla (orgasm olamama, kayganlaşma olmaması gibi) birlikte görülse de cinsel istek azlığı olan bazı kişiler cinsel olarak uyarılır ve orgazma ulaşabilirler. Kadınların yaklaşık %33'ünün hayatlarının bir döneminde cinsel ilgi ya da istek azalması yaşayabilirler (32). Cinsel temas ve doyum gereksinimi kişilere göre değişebildiği gibi aynı kişide de zaman içinde farklılıklar gösterebilir.

b. Cinsel Tiksinti Bozukluğu

Kalıcı veya tekrarlayıcı olarak, bir partnerle olan cinsel ilişkiye, fobik tiksinti hissi duyma ve ondan uzak durma ve bu durumun kişisel sıkıntıya neden olması halidir (13). DSM-IV’de devamlı ya da yineleyici biçimde, cinsel partner ile genital cinsel ilişki kurmaktan tikslenme ve bundan tümüyle kendini sakınma olarak tanımlanır. Bu bireyler kendilerine cinsel yönden yakınlık kurulmaya çalışıldığında korku, kaygı ya da iğrenme duygusu hissederler. Bu sorun travma sonrası stres bozukluğu gibi başka psikolojik sorunlarla birlikte görülebilir örneğin tecavüze uğrama ya da çocuklukta istismara uğramış olmak gibi cinsel saldırıya maruz kalınan durumlarda, cinsel birleşmenin ağrılı olduğu durumlarda ya da cinsel dürtü ile utanç, suçluluk hissetme sonucunda ortaya çıkabilir (13,31).

3.3.2. Uyarılma Bozuklukları

Sürekli veya tekrarlayıcı olarak; sübjektif heyecanın, genital (lubrikasyon/kabarıklık) veya diğer somatik yanıtların azlığı ya da yokluğu ile ortaya çıkan, yeterli cinsel heyecanı yakalayamama veya devam ettirememe ve bu durumun kişisel problemlere neden olması durumudur (13). DSM-IV tanımlamasına baktığımızda, uyarılma bozukluğu sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma-kabarma tepkisini sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene dek bunu sürdürememe olarak tanımlanmaktadır. Bu rahatsızlık belirgin sıkıntıya ve kişiler arası ilişki zorluklarına neden olur (33).

Kadınlarda, asıl problem vajinal kuruluk veya ıslanma yetersizliğidir. Uyarılma bozukluğu olan kadınlarda cinsel istek ve fantezi kurma becerileri vardır, partnerleri ile ilgili bir sorunları yoktur. Sebepleri arasında menopoz, cerrahi müdahale, tıbbi menopoz ve endokrin bozukluklar sayılabilir. Uyarılma problemleri her yaşta görülebildiği halde, bu problemlerin yaşla birlikte arttığı gösterilmiştir (34). Premenapoz ve menapoz dönemindeki kadınlarda genç kadınlara kıyasla vaginal kan akımı azdır ve genital genişleme vardır. Yaşla beraber östrojende ki azalma beraberinde vajinal kanlanmada azalma ve lubrikasyon kaybı meydana getirir, bununla birlikte dispareni ve cinsel istekte azalmada daha sık görülür.

Cinsel uyarılma bozukluğu, üç alt tipe ayrılır:

- Genital cinsel uyarılma bozukluğu, genital cinsel uyarılmanın olmadığı ya da yetersiz olduğu, minimal vulvar kabarıklık veya vajinal lubrikasyonla karakterize durumdur.
- Subjektif cinsel uyarılma bozukluğu, cinsel memnuniyet, heyecan ve uyarılma hislerinin hiçbir tip cinsel uyarı ile ortaya çıkmayacak biçimde belirgin şekilde azalması ya da yok olmasıdır.
- Kombine subjektif ve genital cinsel uyarılma bozukluğu, genital uyarılma yetersizliği veya yokluğu şikâyeti ile birlikte, cinsel uyarılmanın (subjektif cinsel heyecan ve cinsel memnuniyet) hiçbir tip cinsel uyarı ile ortaya çıkmayacak biçimde, belirgin olarak yok olması ya da azalmasıdır

3.3.3. Orgazm Bozuklukları

Uygun cinsel uyartı ve uyarılma fazı sonrası orgazma erişmenin sürekli veya tekrarlayıcı olarak zor olması, çok gecikmesi ya da olmaması ve bu durumun kişisel problemlere neden olması halidir (13). DSM-IV'e göre orgazm bozukluğu, normal cinsel uyarılma fazını takiben sürekli veya rekürren olarak orgazmda gecikme veya orgazm olamama durumu olarak tanımlanır. Bu durum cerrahi müdahale sonrası, travma veya hormonal dengesizlik neticesinde oluşabilir. Cinsel eğitim ve tecrübe yetersizliği, cinsel tekniklerin eksik ya da yanlış uygulanması ve cinsel mitlerin çok olması nedeni ile ülkemizde orgazm bozukluklarının yüksek oranlarda görüldüğünü söyleyebiliriz.

3.3.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları

1.Disparoniya

AFUD, ağrılı cinsel birleşmeyi ‘‘vaginaya tamamen giriş veya vaginaya girmeye teşebbüs ve/veya penil vaginal cinsel ilişki ile sabit veya tekrarlayan ağrı’’ şeklinde tanımlamıştır. DSM-IV’de cinsel işlev bozuklukları arasına dâhil edilmesine rağmen bu bir ağrı bozukluğu olarak düşünülmüştür. Nedenler arasında;

endometriozis, pelvik inflamatuvar hastalık (PİD), üretrit, enflamatuvar vajinit gibi fiziksel nedenler, seksüel anksiyete, hastalık, hamilelik gibi psikolojik nedenler sayılabilir.

Disparoni sonucu kadınlarda azalmış lubrikasyon, kan akımı ve klitoral hassasiyet meydana gelebilir (35). Disparoni, jinekologlar tarafından en sık gözlenen cinsel fonksiyon bozukluklarından biridir ve kadınların yaklaşık 2/3'ünü hayatları boyunca etkilediği tahmin edilmektedir.

Ağrı hissi, genital uyarımın, cinsel birleşme denemesinin ya da derin penetrasyon sonucu olarak birleşme sırasında ya da cinsel birleşmenin hemen ardından oluşabilir. Ağrı, cinsel birleşmenin süresi uzadıkça azalıp kayboluyorsa uyarılma eksikliğine bağlı olduğu ortaya çıkmaktadır. Eğer ağrı derin penetrasyonla artıyorsa etiyolojide daha çok organik nedenler düşünülmelidir. (36)

Disparoniye sebep olabilecek organik sebepler

- a. Vajen girişi ile ilgili nedenler: Nadiren hymen-epizyotomi skarları, yaşlanmaya bağlı elastikiyette azalma, bartholin glandları ve labia absesi.
- b. Klitorisle ilgili nedenler: İritasyon, infeksiyon, travma.
- c. Vajina ile ilgili nedenler: Enfeksiyonlar, hassasiyet reaksiyonları, atrofik reaksiyonlar, lubrikasyonda azalma.
- d. Diğer nedenler: Endometriozis, pelvik infeksiyonlar ve dış gebelik, hemoroid, kronik konstipasyon, üretral divertikül, pelvis tümörleri (37).

2.Vajinismus

Tekrarlayıcı veya kalıcı olarak, vajina distal 1/3 kısmının kaslarının, vajinal penetrasyonu engelleyecek şekilde, istemsiz olarak kasılması ve bu durumun kişisel sıkıntıya neden olması halidir (13,38).

DSM-IV'te vajinismus bir cinsel işlev bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır ve cinsel ağrı bozuklukları alt kategorisine dahil edilmiştir. Ana tanı kriteri; “vaginanın

dış üçte birindeki kaslarda, tekrarlayan ya da sürekli, istem dışı ve cinsel ilişkiye engel olan spazmın” olmasıdır. Vaginal kas spazmı, kolaylıkla gözlemlenebilir ve bazı vakalarda “ağrıya sebep olacak kadar şiddetli ya da uzun süreli” olarak tanımlanmıştır. Vajinismus her ne kadar bir cinsel ağrı bozukluğu olarak kabul ediliyor olsada tanısı için ağrının gerçekleşmesi gerekli değildir. DSM-IV’e göre bu bozukluk genç kadınlarda, cinselliğe karşı olumsuz yaklaşımı olan kadınlarda ve cinsel kötüye kullanım ya da travma hikayesi olan kadınlarda daha yaygındır (36,38).

Vajinismus, primer ya da sekonder olabilir (39). Sekonder olan vajinismus sıklıkla ağrılı cinsel ilişkiye bağlıdır. Bu seyrek görülen bir durum olup, kadınların %1’ini etkiler. Vajinismuslu kadınların büyük bir kısmında cinsel istek normal, vajinal ıslanma mevcuttur ve orgazmiktirler. Ancak bu kadınlar koitus yapamazlar

Vajinismusun, aile baskısı, bekaret ve adetler gibi geleneksel değer yargıları, aşırı acı, kanama ve ilk gece korkuları gibi cinsel mitler ile cinselliğin rahat konuşulmadığı toplumlarda, cinselliğe yönelik ön yargıların sergilendiği katı aile ortamlarında yetiştirme gibi unsurlardan kaynaklandığı bilinmektedir (40). Bazı kadınlarda ise çocukluk ya da ergenlik döneminde tecavüz ya da ensest öyküsü vardır (39). Boyacıoğlu’nun aktardığına göre, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cinsel İşlev Bozuklukları Değerlendirme ve Tedavi Ünitesi’nde yapılan bir araştırmada, cinsel tedavi amacıyla yapılan başvurular içinde en sık görülen bozukluk vajinismustur (41).

3.3.5. Diğer tıbbi nedenlere bağlı bozukluklar

Cinsel fonksiyon bozuklukları pek çok hastalığın tanı ve tedavi sürecinden etkilenir. Hipertansiyon ve diyabet gibi sistemik hastalıklar, kronik hastalıklar, depresyon, anksiyete bozuklukları ve psikozlar olmak üzere çeşitli psikiyatrik hastalıklar cinsel fonksiyon bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli bir rol oynarlar. (40).

3.3.6. Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

Kadının cinsel yakınma hikayesi, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde, cinsel fonksiyon bozukluklarının madde kullanımı ile tam olarak açıklanabileceğine ilişkin kanıtların olduğu durumları kapsar.

Şikayetler madde kullanımı sırasında ya da sonrasında ki bir aylık süre içinde ortaya çıktıysa, ilaç kullanımı yaşanan bozuklukla etiyolojik açıdan ilişkilidir denebilir (42).



4.GEBELİKDE CİNSELLİK

Gebelik her iki birey içinde birçok değişikliğin olduğu, farklı anların yaşandığı bir dönemdir. Doğum öncesi ve sonrası süreçte oluşan fiziksel, sosyal ve psikolojik değişimler çiftlerin cinsel yaşamlarında olumsuz etkilere sebep olabilmektedir (43). İlk trimesterinde çiftlerin yeni duruma alışma çalışmaları ve gebeliğin getirdiği fizyolojik sorunlar sebebiyle cinsellik etkilenir. İkinci trimesterde şikâyetler azalma yönündedir ve gebelik her iki birey içinde alışılan bir durum olduğundan cinsel yaşam normalleşme yönündedir. Son trimesterde ise gebeliğin ilerlemesi nedeniyle cinsel fonksiyonlarda gerileme yaşanır. Kadın için bebeğine zarar verme korkusu, kendini cinselbakımdan hazır hissetmemesi, libido azlığı, yorgunluk, halsizlik, dispareni gibi nedenlerle koitustan uzaklaşma vardır. Benzer şekilde son trimesterde erkeklerin de anneye ve fetüse zarar verme korkusu nedeniyle koitusdan uzak durmayı tercih ettikleri bildirilmektedir (44).

Cinsel alışkanlık toplumsal hafızadan etkilenir. Bazı toplumlarda gebelikde cinsel ilişki uygun görülürken, bazı toplumlarda ise kabul görmez veya tamamen yasaklanır.(45,46,47,48). Afrikada'ki bazı topluluklarda gebelik sırasında cinsel ilişkinin vajinal kanalın açılmasına yol açarak doğumu kolaylaştıracağına inanılmakta ve bu yüzden cinsel ilişkinin anne ve bebek sağlığına olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir (49,50). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise, kadınların % 74'ünün gebelik sürecinde cinsel ilişkiye girmenin doğal olduğunu belirttikleri bildirmiştir (43).

Genellikle anne ve baba adaylarına gebeliğin son bir ayında cinsel ilişkiden kaçınmaları ve doğumundan sonra cinsel ilişkiye devam etmeleri söylenmekte ve cinsel ilişkinin askıya alınmasının annenin rahatına katkıda bulunacağı düşünülmektedir (51). Bununla birlikte yapılan çalışmalarda kadınların çoğunda gebelik süresince cinsel ilişki sıklığında ve cinsel istekte azalma olduğu belirtilmektedir (52,53,54). Bunun nedenleri arasında ilk trimesterde bulantı kusma, üçüncü trimesterde karının büyümesi, psikolojik etkenler, cinsel ilişki ile ilgili fiziksel rahatsızlıklar, bebeğe zarar vereceği korkusu gibi yanlış mitler, daha önceki düşükler, cinsel pozisyonların kullanımı ile ilgili yeterli bilgi sahibi olunmaması gibi durumlar olduğu belirtilmektedir (43,45,51).

Cinsel aktiviteden sakınmanın enfeksiyon, erken doğum ve erken membran yırtığını önleyeceği düşünülürken, gerçekte gebeliğin değişik evrelerinde cinsel yaşamda farklılıklar olabileceği ancak sağlıklı bir gebelikte cinsel aktivitenin kısıtlanmasının gerekli olmadığı belirtilmektedir (55).

4.1 Gebelikte Cinsel İşlev Siklusunda Oluşan Değişiklikler

Gebelik sürecinde diğer tüm sistemlerde ki fizyolojik değişikliklerde olduğu gibi cinsel işlev siklusunda da farklılıklar meydana gelir. Birinci trimesterde, daha önce doğum yapma hikayesi olan kadınlar uyarıldığında, memelerde vazokonjesyon, gebelikten önceki döneme nazaran daha fazla belirginleşir, buna areola ve meme başı hassasiyeti eşlik eder (10).

Gebelik sürecinde memelerde 1/3 oranında büyüme olmasına rağmen hassasiyette azalma vardır. Gebe olmayan kadında uyarılma, meme ölçüsü artışına, meme başının ereksiyonuna ve areolanın pigmentize olmasına neden olurken; bu, gebe kadın için geçerli değildir (56). Gebelik sürecinde tsh, prolaktin östrojen progesteron hormon dengelerinde değişiklikler meydana gelir. TSH hormonu ile gebelik depresyonu arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmekte (57), bununla birlikte östrojen, progesteron ve prolaktin hormonlarının artışı da gebelikte bulantı, kusma, yorgunluk, kilo alma ve memede hassasiyete neden olmaktadır (58). Benzer şekilde progesteronun artışı ve vajinal mukozada meydana gelen konjesyon sebebiyle disparoni, vajina lubrikasyonda artma ve istemsiz idrar kaybı yaşanmaktadır. Hormonların neden olduğu bu fiziksel, mental ve duygusal değişiklikler cinsel yaşamı olumsuz olarak etkilemektedir (59).

Gebelikte cinsel yaşamda ortaya çıkan değişiklikler cinsel işlev siklusunun fazlarına göre aşağıda incelenmiştir.

4.1.1. İstek Fazı

Gebelik sürecinde libido seviyesi her trimesterde farklılık gösterir. Her kadın için özgül ve diğer kadınlardan farklı olsa da çoğunlukla gebe kadının cinsel isteği, 1.ve 3. trimesterlerde azalma eğilimindedir. Oysa 2. trimesterde azalmış libido düzelme ve yükselme eğilimindedir (44,46).

4.1.2. Uyarılma Fazı

Uyarılma fazında, cinsel uyarıdan önce gebelerde artmış vazokonjesyon sebebiyle internal ve eksternal organlarda konjesyon yanıt, myotonik yanıtta daha fazladır. Nulliplarlarda labia majörler gebelik öncesiyle aynı yapıdayken multiparlarda aşırı derecede büyük ve ödemli görülebilirler (46). Labia minörler ise hem nulliplarlarda hem de multiparlarda büyük olabilirler. Bu fizyolojik süreçler gebeliğin birinci ve ikinci trimesteri boyunca devam eder. Üçüncü trimesterde vazokonjesiyon artışı nedeniyle labia minörler normalden büyümüştür. Cinsel uyarıdan bağımsız olarak gebelikte artan venöz konjesiyon sebebiyle mukoid akıntıda da artış olur. Bu sekresyon artışı gebelik boyunca devam eder. Genel olarak cinsel uyarı sonrası vaginanın lubrikasyonu gebelikte daha fazla olur (10,56).

4.1.3. Plato Fazı

Plato fazda, orgazm ile labia minörlerin rengi gebelikten önceki dönemde olduğu gibi pembeden kırmızıya döner. Hem nulliplarlarda hemde multiparlarda bölgedeki artmış vazokonjesyon nedeniyle orgazmik platformda da artış görülür; gebelik süreci ilerledikçe platformdaki artış da bu doğrultuda ilerler (56,57,58).

4.1.4. Orgazm Fazı

Stabil bir faz değildir. Gebelik süresince vaginanın 1/3 distal kısmında ve uterusda kontarksiyonlar meydana gelir. Gebeliğin özellikle son 4 haftası uterusda tonikspazmlar olabilir. Goodlin'in yaptığı çalışmada gebe katılımcıların %16'sı orgazma ulaşmasa bile cinsel birleşmede uterusun kasıldığını hissetmektedir (60). Aynı çalışmada gebe kadınların %50'si orgazma ulaştıkları gibi aynı zamanda normal olmayan şekilde uterusun kasıldığını belirtmiştir. Bazen orgazmda ağrı hissedilebilir ve birleşmeden sonra da ağrı devam edebilir. Damarlarda meydana gelen daralma dinmez ve rahatsızlık hissi yaratabilir. Bazı kadınlarda pelvik konjesiyon cinsel deneyim ve orgazmı artırabilir; hatta bazı kadınlar ilk orgazmını gebelik sırasında yaşayabilirler (61).

4.1.5. Çözülme Fazı

Pelvik konjesyon orgazm süresince tamamen kaybolmaz. Gebelik ilerledikçe artan vazodilatasyonla beraber kanın geri çekilmesi daha da artış gösterir. Bu artan kanlanma sonucunda görülen şişlik, kadın dışarıdan bir uyarı almasa dahi kadının uzun süre uyarı duymasına sebep olmaktadır.

Gebe kadınların birçoğu, sürekli uyarım neticesi orgazma ulaştıkları halde, orgazmdan sonraki bu gevşeme devrindeki uyarımın uzun sürmesi sebebiyle ara ara bir çeşit doyumsuzluk duygusuna kapılmaktadırlar (62).

4.2. Trimesterlar boyunca oluşan değişiklikler

Gebelikte cinsel ilişkiye verilen yanıt oldukça kişiye özgüdür. Cinsel ilişki psikolojik faktörlerden, seks hakkındaki mitlerden, cinsel disfonksiyonlardan ve kadındaki fiziksel değişikliklerden etkilenir (63).

Gebelik boyunca kadında fiziksel ve fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Gebe kadınlarda ki progesteron hormonu gebe olmayan bir kadına oranla 10-5000 kez daha fazladır. Aynı şekilde östrojen miktarı da gebe olmayan bir kadının üç yılda ürettiği toplam östrojen miktarına kadardır. Gebe kadınların dolaşımlarında ki yüksek düzeyde progesteron ve östrojen steroid hormonları yumuşak ve pürüzsüz cilde, parlak saçlara ve gebenin kendini ruhen iyi hissetmesine neden olduğu gibi memeler ve genital organlardaki değişiklikler nedeniyle gebe cinsel ilişkiye daha hassas ve duyarlı hale gelir (64).

4.2.1. Birinci trimester:

Yapılan çalışmalarda kadınların, gebeliğin ilk üç aylık gebeliklerinin çok farkında olmadıklarından dolayı farklı derecede cinsel istek duydukları saptanmıştır.

İlk trimesterde gebe gebeliğinin çok farkında olmadığı için cinsel aktivitede değişiklik olmaz görüşüne tezat olarak cinsel ilişki sıklığında düşüş olur. Bu dönemde gastrik stres bulantı-kusma, yorgunluk, uykuya yönelim, genel fiziksel

rahatsızlık, meme ve vaginal huzursuzluk libido azalmasına neden olan önemli faktörlerdir. Bazı gebelerde kokuya duyarlılık artmış olup eşinin normal vücut ve nefes kokularına bile tahammül edemeyecek kadar ileri düzeylere ulaşabilir (64).

Cinsel ilginin azalması semptomların yoğunluğuna bağlıdır. Gebedeki salgı artışı, fiziksel ve bedensel değişikliklere paralel olarak kaygıları da cinsel aktiviteyi sınırlayabilir. Cinsel birlikteliğin bebeğe zarar verebileceği kaygısı ve düşük yapabileceği korkusu libidoyu etkilemektedir. Spontan düşük öyküsü olan kadınlara genellikle gebeliklerinin birinci trimesterlerinde ilişkiden kaçınmaları tavsiye edilir (10,59,64).

4.2.2.İkinci trimester

Kadınların hamilelikle birlikte oluşan fiziksel farklılıkları kabullenip uyum sağladığı dönemdir. Bu bakımdan belkide cinselliğe en uygun süreçtir, çünkü ilk trimesterde yaşanan halsizlik, bulantı-kusma şikayetleri azalır ve pelvik kanlanma artar. Kadın artık gebe olduğunu kabullenip gebeliğin hayatına kattığı değişiklikleri benimser. Birinci trimesterdeki rahatsız eden semptomlardan kurtulan ve psikolojik bakımdan gebeliğe uyum sağlayan kadının cinsel ilişkiye olan arzusunun arttığı gözlemlenir (64).

4.2.3.Üçüncü trimester

Üçüncü trimesterde uterusun fizyolojik büyümesine bağlı olarak önceden azalan fiziksel şikâyetler bu sefer farklı bulgularla tekrar gündeme gelir. Yorgunluk, halsizlik, mide problemleri, solunum sıkıntısı, pelvik ligament ağrıları, sık idrara çıkma, hareket kabiliyetinin azalması, memelerden süt gelmesi gibi şikayetler, koitus ve orgazm sırasında oluşan güçlü uterus kasılmaları libidonun azalmasına ve anne adayını cinselliği ikinci plana neden olabilir (65).

Doğum yaklaştıkça gebeye erken doğum, enfeksiyon korkusu, doğumda ağrı duyma korkusu ve olumsuz bir durum yaşanacağı endişesi gibi faktörler eklenir. Bazı kişiler gebeliğin geç döneminde koitusun erken doğuma neden olacağını düşünür (64). Koitus memnuniyeti son trimesterde belirgin olarak azalmaktadır. 1950-1996

yılları arasında 59 araştırmanın incelendiği meta-analiz çalışmasına göre; cinsellikten memnun olma gebelik öncesi %76-79 oranında iken birinci trimesterde %59, ikinci trimesterde %75-84 ve üçüncü trimesterde ise %40-41 olarak bulunmuştur (65). Orgazm konusunda yapılan çalışmalar farklılık göstermekle birlikte genel olarak son trimester da azalma olduğunu göstermektedir (66).

Hekim öneriler de gebelikte cinsel hayatı etkileyen bir faktördür. Gebelikte cinsel ilişki hakkında farklı öneriler vardır. Masters ve Johnson araştırmasında, 111 kadından 77'sinin hekimler tarafından son trimesterde cinsel ilişkiye girmemeleri konusunda uyarıldığını belirtilmiştir. Bu hekimlerin bazıları gebeliğin son üç ayında, bazıları ise son bir ayında koitusu yasaklamıştır (67). Solberg'in çalışmasında 260 kadının %29'una beklenen doğum tarihinden 2-8 hafta kala doktorlar tarafından koitustan kaçınmaları söylenmiştir. Kadınların yalnızca %10'u koitus için daha uygun olan, önerilen pozisyonları uygulamıştır. Hekimlerin %5'i yan yana veya arka giriş pozisyonları önermiştir (68). Cinsel ilişkiye girmemenin bir diğer sebebi de tıp dışı kişilerin yaptığı öneriler ve gebelik sürecinin herhangi bir döneminde (genellikle ilk ve üçüncü trimesterde) oluşan vajinal kanamalar olabilir (64,69).

5.POSTPARTUM CİNSELLİK

Doğum sonrası dönemde anne doğum sürecinin bitmesi ve laktasyonun başlaması ile önemli anatomik, fizyolojik ve endokrinolojik değişimler yaşamaktadır. Aynı şekilde postpartum dönemde, aileye yeni bir üyenin dahil olması da ailede yeni bir düzen oluşmuştur. Anne bu yeni düzene, annelik rolüne ve beden imajındaki değişikliklere uyum sağlamada zorlanabilmektedir (70).

Postpartum dönemde koitusa başlama zamanı kadının fiziksel olarak iyileşmesine ve her iki partnerin psikolojik olarak hazır olmasına bağlıdır. Kanama ve enfeksiyon riskinin azaldığı ikinci haftadan sonra cinsel aktiviteye başlanabilir (71). Doğum sonrası cinsel ilişkinin yeniden başlaması kültüre göre değişiklik göstermektedir. Ülkemizde doğumdan sonra cinsel ilişkide bulunma zamanı geleneksel olarak 6 haftadır (72).

Postpartum kadınlarda oluşan fizyolojik, endokrinolojik ve psikolojik değişimler kadınların cinsel hayatlarında etkileyebilmektedir. Gelvik bölgedeki travma, vajinal kanamanın varlığı, yenidoğan bebeğin getirdiği ster yükü, fiziksel yorgunluk hali, enfeksiyon korkusu, memelerin dolgunluğu, libido kaybı, çekicilik hissinde azalma duygusu ve vücut görüntüsünde değişme cinsel hayat kalitesini etkileyebilmektedir. Ayrıca birçok kadın postpartum dönemde plasentanın ayrılmasından sonra östrojen düzeyinin düşmesinden dolayı vajinal ıslaklıkta azalmaya bağlı olarak cinsel ilişki esnasında ağrı yaşamaktadırlar.

Postpartum dönemde cinsel ilişki ile ilgili rahatsızlıklar ortalama 3 ay (1-11 ay) devam edebilir (73,74,75,). Thompson ve arkadaşlarının (2002) doğum sonrası 6. ayda olan 1193 kadınla yaptıkları çalışmada, kadınların %20,0'ında cinsel problem olduğu bildirilmiştir (76).

5.1.Vajen ve perinedeki fizyolojik değişiklikler

Normal vajinal doğumdan sonra vajen dokusu gevşek ve ödemlidir, kas tonusu azalmıştır, östrojen azalması nedeni ile vajinal mukoza incelik ve rugealar azalmaya başlar ve Postpartum altıncı-sekizinci haftalarda fizyolojik boyutlara geri döner. Bu sürede vajen boyutları azalır kas tonusunu tekrar kazanır. Rugealar

postpartum yaklaşık üç-dört haftaya dek tekrar oluşur, vajene giden kan akımı ve ödemi giderek azalır. Ancak rugealar doğum yapmamış kadınlardaki gibi belirgin değildir ve çoğunlukla yassılaşmıştır (77).

Emziren annelerde vajinal mukoza, menstruasyon tekrar başlayıncaya kadar atrofik kalmaktadır. Kadın cinsel yaşam döngüsünde önemli rolü olan östrojenin doğum sonrasında düşük düzeyde olması (50 pg/ml) sempatik ve parasempatik sinirlerdeki duyarlılığı azaltmaktadır (78). Bu durumda vajen duvar kalınlığının incelmesine, cinsel ilişkiden daha çok fiziksel etki görmesine ve vajinal çevrenin daha asidik olmasına neden olur. Tüm bu değişimlerin neticesinde vajinal kuruluk ve cinsel ilişki esnasında ağrı oluşumu meydana gelişir ve bu süreç over fonksiyonları ile beraber menstrual siklus tekrar başlayana kadar devam edebilir (70,76,77)

Postpartum kadınların perineal bölgelerinde epizyotomi ya da laserasyon onarım alanları bulunabilir. Epizyotomi ülkemizde sıklıkla kullanılmaktadır. Vajinal doğum yapan kadınların %64,0'ına (ilk doğumların %95,0'ına, ikinci doğumların %48,0'ına ve üç ve daha fazla olan doğumların %12,0'ına) epizyotomi uygulandığını bildirmişlerdir (70). Amerika'da vajinal doğum yapan kadınların %13,2'sine epizyotomi (ilk doğumların %19,2'sine, birden fazla doğumu olan kadınların %8,7'sine) uygulandığını bildirilmiştir (75,77,78). Epizyotomi bölgesindeki ilk yara iyileşmesi iki-üç hafta içinde gerçekleşmektedir. Bu bölgenin tamamen iyileşmesi yaklaşık dört-altı hafta sürmektedir (77,76). Lydon-Rochelle ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların, epizyotomisi olmayanlar ve sezaryenle doğum yapan kadınlara göre daha fazla cinsel sorun, idrar kaçırma ve uzun süren postpartum ağrı yaşadıkları bildirilmiştir (79)

Doğum sırasında perineal travma veya epizyotomi müdahalesi yapılması, kadınlarda kısa ve uzun dönem morbidite ile ilişkilidir. Perineal travmalar üriner inkontinans, dispareniya ve sürekli perineal ağrı ile sonuçlanabilmektedir (79,80). Signorello ve arkadaşları farklı düzeylerde perineal cerrahi müdahale yapılan primipar kadınlarda, perineal hasarı etkileyen durumların postpartum cinsel yaşam üzerine (dispareni, cinsel ilişkiye yeniden başlama zamanı, seksüel istek, doyum ve orgazm potansiyeli) etkisini araştırmak üzere yaptıkları çalışmada, perine hasarı olan

ve cerrahi müdahale yapılan annelerin çoğunun disparoni yaşadıklarını belirlemişlerdir, aynı zamanda perineal laserasyonu fazla olan grupta bu oranın daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (81). Goetsch 'in yaptığı çalışmada da yine normal doğum yapan kadınların %42,0'ında sezeryenle doğum yapanlarında %29,0'ında doğum sonrası disparoniya geliştiği bildirilmiştir (82).

Uterus ve vajinanın destekleyici yapıları da doğum sürecinde zarar görebilir ve daha sonraki dönemde kadının hayat kalitesinin ve cinsel yaşam fonksiyonlarına olumsuz katkıda bulunabilir (77). Doğum esnasında pelvis tabanının maruz kaldığı gerilme kuvveti ve sonrasında meydana gelen deformasyonların onarılması ve eski işlemlerine dönmesive altı ay kadar sürmektedir (76,78,). Bu revizyon sürecini hızlandırmak ve kasları eski fonksiyonlarına geri döndürmek için postpartum dönemde Kegel egzersizlerini yapmaya yönlendirilmelidirler (78). Perinel kasların güçlendirilmesi doğum sonrası oluşabilecek cinsel sorunları önleyebilir (83).

Baytur ve arkadaşları pelvik kas desteğinin postpartum cinsel hayat kalitesi ve cinsel fonksiyonla üzerine olan etkilerini incelemişlerdir. Bu çalışmada, vajinal doğum yapan kadınların pelvik kaslarının sezaryenle doğum yapanlara nazaran daha güçsüz olduğu ve cinsel fonksiyon skorlarında anlamlı farklar olduğu bildirilmektedir (84). Signorello ve arkadaşları ise vajinal doğum esnasında birinci derece perineal hasar olan kadınların, majör laserasyonu ve epizyotomisi olanlara kıyasla cinsel fonksiyonlarının daha iyi olduğunu, daha rahat orgazm olabildiklerini ve cinsel ilişki esnasında daha az ağrı hissettiklerini belirlemişlerdir (81).

5.2.Meme dokusundaki fizyolojik değişiklikler

Postpartum dönemde, gebelik boyunca meme dokusunun gelişimini sağlayan hormonların (östrojen, progesteron, HCG, prolaktin, kortizol ve insülin) yoğunluğunda bir azalma olur. Bu hormonların gebelik öncesi dönemdeki düzeye dönmesi, çoğunlukla annenin emzirip emzirmediğine bağlıdır. Laktasyon oluştuğunda memedeki süt kanalları giderek dolar. Laktasyondan önce ki süreçte memeler yumuşaktır ve sarımsı süt (kolostrum: ön süt) meme ucundan akabilir. Laktasyondan sonra memeler hafif sıcak ve dolgundur. Emzirmeyen kadınlarda genellikle memeler de nodüller hissedilebilir, bu nodüller bilateral ve diffüzedir (70).

Laktasyonun beraber gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler her kadın için farklı sonuçlar doğurabilmektedir. “Meme ve cinsellik” çoğu kez birlikte değerlendirilirken, “emzirme ve cinsellik” birlikteliği o kadar da uyumlu algılanmayabilir. Ancak bunu genellemek de doğru değildir; çünkü bazı erkekler eşlerinin bebeği emzirmesinden cinsel anlamda da etkilenebilmekte, aynı şekilde bebeğin emmesiyle kadınlar da bazen cinsel doyum yaşamakta hatta bundan suçluluk duyabilmektedirler (85,86).

Postpartum dönemde memelerde oluşan değişiklikler ve memelerden süt gelmesi kadınların cinsel fonksiyonlarını etkileyebilmektedir. Doğum öncesi dönemde memelerin erotik istek uyandıran fizyolojik görünümü ve diriliği doğumdan sonra kaybolmaktadır (86). Hames in postpartum dönemde olan 42 çiftle yaptığı çalışmada, erkeklerin %59,0’ının eşlerinin emzirmeye bağlı memelerinde oluşan değişikliklerin cinsel aktivitelerini etkilemediğini, %19,0’ının ise eşlerinin memelerindeki büyüme nedeniyle cinsel aktivitelerinin arttığını ifade ettikleri bildirilmiştir (87). Frazier ve arkadaşları da emziren ve emzirmeyen kadınların eşleri ile yaptıkları çalışmada, erkeklerin büyük çoğunluğunun eşlerin emzirdikleri için kendilerini daha çok anne gibi hissettiklerini ve cinsel cazibelerini kaybettiklerini ifade ettiklerini bildirmişlerdir (88).

Emziren kadınlarda süt üretimi ön hipofiz bezinden salgılanan prolaktin ve arka hipofiz bezinden salgılanan oksitosin yardımıyla olmaktadır. Prolaktin ve oksitosin aynı zamanda cinsel fonksiyon fizyolojisinin düzenlenmesinden de sorumlu hormonlardır. Laktasyon dönemindeki kadınların prolaktin seviyeleri yüksek olduğu için cinsel isteklerinde azalma olduğu ortaya konulmuştur (89). Oksitosin hormonunun prolaktin hormonunun tersine cinsel istek üzerine arttırıcı etkisi vardır, ayrıca uterus kontraksiyonlarına neden olarak bazı kadınlarda emzirme sırasında orgazma benzer boşalma hissi yarattığı da bilinmektedir (90).

Master ve Johnson 1966 yılında emzirme ve biberonla beslemenin cinsel fonksiyon üzerine etkilerini belirleyen ilk çalışmayı yapmışlardır. Doğum sonrası altıncı ve sekizinci haftalarda emziren annelerin cinsel istek düzeylerini

emzirmeyenlerinki ile karşılaştırıldığı çalışmada, emziren annelerin cinsel isteklerinin gebelik öncesi düzeyine daha çabuk ulaştığı bildirilmektedir (10).

LaMarre ve arkadaşları, postpartum dönemde bazı kadınlarda emzirmenin cinsel doyum sağlayıcı etkisinin olabileceğini, bununda kadınlarda suçluluk duyguları yaratarak cinsel işlevlerinde azalmaya neden olabileceğini bildirmişlerdir (91).

5.3.Genel fizyolojik değişiklikler

Fertilizasyon sonrası gebeliğin devamı için kadında östrojen ve progesteron üretiminin devam etmesi gerekir. Salgılanan HCG gebeliğin yedinci haftasına kadar son siklustaki korpus luteumu devam bu dengeyi devam ettirir. Yedinci haftasından sonra bu görev korpus luteumundan plasenta geçer. Doğum sürecine kadar maternal östrojen ve progesteronun önemli bir kısmı plasentadan sağlanır. Doğumla birlikte, postpartum dönemde kadında östrojen ve progesteron düzeylerinde ciddi bir düşme olur (92).

Overlerde yeni ovulasyonun başlama zamanı emzirme kondisyonuna da bağlı olmakla beraber doğum sonu altı haftadan önce gerçekleşmez. Annenin düzenli emzirmesi durumunda bu süre daha da uzayabilir. Emzirme eylemi, düzenli meme ucu uyarımı ile GnRH üretimini etkileyerek plazma LH düzeyini baskılar. FSH salınımının doğum sonu 30 gün içinde normale dönmesine rağmen baskılanmış LH, FSH'ın da etkisiz kalmasına neden olur. LH'un yeterli düzeye ulaşmaması sonucu foliküller yeterince gelişip gerekli düzeyde östrojen salgılayamaz ve gerileyip yok olmaları sonucu ovulasyon gerçekleşmez (92,93).

Postpartum dönemde fizyolojik bir menstrual sıklusa başlama süreci uzunsürebileceği için bu dönemde genellikle östrojen azlığına bağlı cinsellikle ilgili bazı sorunlar yaşanabilir. Bunlar; cinsel arzuda azlık, libido azalma, vajinal atrofiye bağlı cinsel ilişkide ağrı ve vajinal kuruluk olarak sıralanabilir. Vajinal kuruluk için bu dönemde östrojen yoğunluklu vajinal kremler, kayganlaştırıcılar ya da kondom kullanması önerilebilir (92,93).

5.4. Beden imaj değişiklikleri

Beden imajı, kişinin kendi vücudunu algılaması ve zihninde canlandırdığı resim olarak tanımlanır. Diğer bir tanıma göre beden imajı, bireyin kendi bedeninin tüm bileşenlerini ve onların fonksiyonlarına karşı olumlu ve olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesidir. Beden imajı vucutla ilgili önceki ve yeni tüm duygu, tutum ve algılardan meydana gelmektedir. Bireyin kişiliği, değer verdikleri, diğer insanlarla olan etkileşimleri ve düşüncelerinin tümü beden imajını biçimlendirmektedir (94).

Beden imajı algısı, bireyin kendi duyguları kadar başkalarının da fikirlerinden etkilenmekte ve değişebilmektedir, oluşması gelişme süreci içinde yıllarca sürmekte, değişmekte ve çoğunlukla bu değişiklikler kabullenilmektedir. Herhangi bir nedenle bedenin bir bölümünün görünümü ya da işlevi değiştii zaman beden imajı da farklılaşmakta ve kişi kendini farklı görebilmektedir (95).

Beden imajı ile cinsellik arasında önemli bir bağ olduğu düşünülmektedir. Farklılaşan beden imajı ile alakalı korku ve endişeler cinselliği etkileyebilmektedir. Kadınlarda beden algısının düşük olması, kendilerini daha az kadınsı hissetmelerine ve cinsellikten kaçınma davranışına neden olabilmektedir (96)

Kadınlara hayatlarının ergenlik ve gebelik gibi değişik evrelerinde bedenlerinde farklı değişimleri deneyimlerler. Postpartum dış görünüşleriyle alakalı yaşadıkları farklılıkları kabul etme süreci diğer süreçlerden farklıdır. Bazı kadınlar bunun normal olduğunu kabul ederken bazıları için bu durumun kabul edilmesi kolay değildir. İlk gebeliklerini yaşayan anneler vucutlarının kendi bedenleri olmadığı düşüncesine kapılabilirler (97).

Postpartum dönemde karın kaslarının güçsüzleşmesi, normal doğum yapan annelerde perineal laserasyonlar veya epizyotominin olması ve memelerinin cinsel obje olmanın dışına çıkıp bebeğini emzirmede de rol alması kadınların beden imajını değiştirebilir. Bedenlerinde ki bunca değişim varken kadınların bunları hayatlarının bir gerçeği halinde görüp kabullenmeleri için farklı metotları vardır. Bazıları vakti gelince bu değişimlerin normalleşeceğini umarak hayatlarının çok merkezine almaz,

bazıları ise bir an önce gebelik öncesi vucut düzenlerine dönmek için çaba harcarlar. Eğer doğum süreci ile ilgili fiziksel ve duygusal hazırlıkları yeterli ise yeni beden imajlarını sevip, kabullenerek bebeklerine odaklandıkları ve vucutlarında ki değişimleri anlamaya çalıştıkları belirtilmektedir (98).

Doğum sonrası dönemde kadının kendisi ve beden imajı hakkında ki duyguları ebeveynliğe alışma sürecini ve davranışlarını etkileyebilir. Aynı şekilde kadının benlik tanımı ve beden imajı da cinselliğini etkileyebilir. Doğum sonrası dönemde cinsel hayatında değişiklik olması, annedeki endişelerin bir sebebidir. Yeni doğum yapan anne, ağrı nedeni ile yeniden cinsel yaşama başlamaya isteksiz olabilir ve cinsel ilişkinin perineal dokuların iyileşmesine zarar vereceğinden endişelenebilir (77,99).

Olsson ve arkadaşları postpartum kadınların cinsel hayatlarıyla alakalı odak grup görüşmesi ile yaptıkları çalışmalarında, postpartum dönemde kadınların beden imajı ile alakalı çok sayıda fiziksel değişiklik geçirdikleri ve bu değişikliklerle baş etmede zorluk çektikleri ifade etmişlerdir (4). Kadınların postpartum beden imajları ile hakkında bildirdikleri negatif düşünceler, memelerde ve vajinalarında(gevşek ve daha büyük hissetme) meydana gelen anatomik değişiklikler sebebiyle ile kendilerini daha az seksi hissetme, vajinal ve perineal cerrahi müdahaleler sebebiyle cinsel yaşamları hakkında kaygı duyma, emzirme döneminden itibaren memelerini erotizmden uzak görmeleri ve memelerin bu iki farklı işlevini birleştirememedir. Çalışmada bazı kadınların vucutlarındaki farklılığı pozitif algıladıklarını ve postpartum dönemde bedenlerini daha iyi keşfettiklerini, genital bölge kaslarını kullanmayı geliştirdikleri ve cinsel doyuma daha kolay ulaşmayı öğrendikleri bildirilmiştir

5.5.Ailesel stres ve ruhsal sorunlar

5.5.1. Postpartum aile stresinin cinsel yaşama etkisi

Hamilelik pek çok kadın için pozitif bir deneyimdir. Bunun yanı sıra postpartum dönem yeni aile yapısına ve bebeğine uyum sağlamaya çalışan bireyler için zor bir süreçtir. Bu dönemde kadınların annelik rolünü kabullenmesi, cinsel

hayatını da etkileyen pek çok yenilikten birisidir. Annelik rolünün tam anlamıyla kabullenilmesi ve uygulanması ile cinsel hayat kalitesi arasında güçlü bir bağ olduğu belirtilmektedir(86). Anne ve baba karakterine geçiş çiftlerde bir yandan pozitif etki yaratırken, öte yandan arkadaşlık ve cinsel yakınlık gibi konularda negatif bir etken olabilmektedir. Genellikle çocuğun aileye katılmasının evlilik kalitesinde düşüşe neden olduğu bildirilmektedir (91, 100).

Yorgunluk, kadınların gebelikte, doğum süreçleri ve postpartum dönemde en sık yaşadıkları problemlerden biridir. Aynı şekilde postpartum süreçte bitkinlik halsizlik yorgunluk gibi problemler cinsel istek kaybında da sebep olabilirler. Uykusuzluk, gece sürekli bölünen uyku periyotları ve bebegsiz geçirilen sürenin azlığı cinsel hayatı olumsuz etkileyen faktörler olarak ele alınabilir (86). De Judicibus ve McCabe kişilerle iletişim yönünden mutlu olan kadınların postpartum cinsel tatminlerinin daha fazla olduğunu, annelik karakterini daha rahat özümlediklerini ve yorgunluk oranlarının daha alt seviyede olduğunu bildirmişlerdir (101). Olsson ve arkadaşları ise, postpartum aile yaşamında meydana gelen yeniliklerin ve stresin cinsel hayatlarına etkisi hakkında kadınlarla yaptıkları çalışmada, büyük bir kısmının yorgunluk ve bebekle ilgilenmeleri sebebiyle cinselliğe zaman ayıramadıklarını, boş zaman oluştuğunda uyumayı tercih ettiklerini, koit esnasında bebeğin varlığının huzursuz edici olduğunu ve yeni ailesel düzene alışana kadar koitusu ertelediklerini bildirmişleridir (4). Aynı çalışmada bazı kadınların eşlerin beraber zaman geçirmelerinin çok önemli olduğunu, gebelik öncesi kadar sık olmasa da kaliteli bir cinsel hayata sahip olmanın onlar için önemli olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir.

5.5.2 Postpartum depresyonun etkisi

Aileye yeni bir bireyin dahil olması olumlu doyurucu bir duygu hissettirse de bu dönemde bazı annelerde duygusal problemler ortaya çıkarmaktadır. En sık karşılaşılan ve en önemli olanıysa depresyondur (102). Doğum sonrası depresyon DSM-IV“de “Duygudurum Bozuklukları” içinde yer almakta ve “Postpartum Başlangıç Belirleyicisi” başlığı altında “postpartum 4 hafta içinde epizodun başlaması’ şeklinde tanımlanmaktadır (103).

Postpartum ilk emzirme dönemi ve ilk bir yılın sonuna kadar olan zaman dilimi, postpartum psikiyatrik sorunların görülebildiği önemli bir dönemdir (104). Postpartum depresyon sıklığı %10-15 arasındadır. Bu dönemde görülen depresyon yalnızca anne için değil, tüm aile ve bebek içinde olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir, özellikle anne-bebek bağı ciddi zararlar görebilir. Depresif annelerin yaşadıkları problemlerde beklide en önemlisi bebekleri ile duygusal bağ kurmada zorluk yaşamalarıdır. Böylesi bir ortamda yetişen çocuklar sadece davranışsal ve duygusal problemler değil aynı zamanda bilişsel sorunlarda yaşayabilirler (104,105,106).

Gebelik boyunca artan progesteron ve östrojenin postpartum süreçte hızlı bir şekilde gebelik öncesindeki düzeyine dönmesi depresyon sebebi olarak gösterilmekle (107). Prolaktin düzeyi, postpartum ilk haftanın bitişine doğru östrojenin aksine artmaktadır. Düzenli emzirmeyen ya da bebeğini kaybeden annelerdeki prolaktin düzeyi düşüşü ile doğum sonrası depresyonu arasında korelasyon bulunduğu bildirilmektedir (108).

Postpartum depresyonun risk faktörlerini bulmak amacıyla birçok çalışma yapılmıştır. Bunların içinde en kapsamlı çalışma Beck “in yaptığı meta-analiz çalışmasıdır (109). Beck, postpartum depresyonu araştıran 1974-1994 arasında yapılan 44 çalışmayı incelemiştir. Bu meta-analiz ile doğum sonrası depresyonun risk faktörleri belirlenmiştir;

- Prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı,
- Geçirilmiş depresyon öyküsü,
- Çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler,
- Sosyal destek eksikliği,
- Stresli yaşam olayları,
- Annelik hüznü,

- Olumsuz evlilik ilişkileri,
- Düşük benlik saygısı,
- Bebeğin huysuzluğu,
- Annenin evlilikten memnuniyeti ve
- Sosyoekonomik durum yer almaktadır.

Doğum sonrası depresyonun bulguları postpartum iki-üç haftadan bir-iki yıla kadar değişebilmektedir (103, 110, 111). Doğum sonrası depresyon belirtileri;

- Kendini değersiz hissetme,
- Anksiyete ve hatta panik ataklar,
- Suçluluk,
- Bebekle ilgili endişeler,
- Ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlama,
- Hareket ve konuşmada yavaşlık,
- Ajitasyon veya hiperaktivite,
- Yeme (iştah) bozuklukları (çok az veya fazla yeme),
- Uyku bozuklukları,
- Düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma,
- Duygusal dengesizlik,
- Öfke hissi,
- Umutsuzluk ve yetersizlik hissi,

- Ölüm ve intiharla ilgili düşünceler,
- Konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma ve
- Seksi de içeren aktivitelerde azalmadır.

Postpartum dönemde depresyon, libido ve cinsel ilişki sıklığının önemli bir belirleyicisidir. Postpartum depresyonu olan kadınlar, olmayanlara göre daha çok cinsel sorun yaşamaktadırlar (9). Morof ve arkadaşları, postpartum depresyonu olan kadınların olmayanlara kıyasla cinsel ilişkiye az istekli olduklarını, depresyonda olanların çoğunun eşinin talebiyle cinsel ilişkiye girdiklerini bildirmişlerdir (112). Ayrıca, bu çalışmada postpartum altıncı ayda olmalarına rağmen depresyonu devam eden kadınların önemli bir bölümünün cinsel yaşamlarına tekrar başlamadıkları bildirilmiştir. Bu kadınların cinselliğe karşı alakalarını kaybettikleri, cinsel isteklerinde azalma olduğu ve cinsel aktiviteye başlamak için kendilerini henüz hazır hissetmediklerini bildirmişlerdir.

6.KADIN CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARINDA TANI

Kadın cinsel fonksiyon bozukluklarının tanısında hastanın hikayesi çok önemlidir. Risk etkenleri ve fonksiyon bozuklukları sebepleri ayrıntılı olarak değerlendirilmeli. Cinsel fonksiyon ölçümü hem hekim hemde hasta için oldukça zordur, bu nedenler kadın cinsel fonksiyon değerlerini değerlendirmek için sorgulama formları kullanılabilir. Ancak bu testlerin ilgili konuya spesifik geliştirilmeleri, geçerlilik-güvenilirliklerinin yapılmış olması şarttır (113).

Cinsel fonksiyonu değerlendiren ölçekler şunlardır:

- a. Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction
- b. Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)
- c. Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W)
- d. Female Sexual Function Index (FSFI)
- e. Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR)
- f. Simple Sexual Function Questionnaire

6.1. Kadın Cinsel Fonksiyon ölçeği (FSFI- Female Suxual Function Index)

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, kadın seksüel fonksiyonlarını ölçmede kullanılan ölçeklerden biridir (113). İstek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere 6 komponentin sorgulandığı 19 soruluk bir ankettir (114). FSFI' ın 2000 yılında Rosen ve ark. tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış cronbach alfa katsayısı 0.82, test retest güvenilirliği 0.79-0.86 bulunmuştur (9).

Aygin ve arkadaşları tarafından ölçeğin ülkemizde yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise; iç tutarlılık katsayısının 0.70-0.90, Cronbach Alfa değerinin 0.98 ve bir ay arayla gerçekleştirilen test-tekrar test güvenilirlik katsayısının 0.75 olduğu belirtilmiştir. Kadın Cinsel İşlev İndeksinin Türk kadınlarının cinsel işlev ölçümünde geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bildirilmiştir (115).

Her bir madde sıfırdan 5' e kadar puanlanmaktadır. Cinsel istek veya ilgi sıklığı ve seviyesi 1. ve 2. sorularda (puan aralığı, 1-5); uyarılma sıklığı, seviyesi, emin olma durumu ve doyumunu 3-6. sorularda (puan aralığı, 0-5); lubrikasyon(kayganlaşma)sıklığı, zorluğu,cinsel ilişkide koruyabilme sıklığı ve zorluğu 7-10. sorularda (puan aralığı, 0-5); orgazm sıklığı, zorluğu ve doyumunu 11-13. sorularda (puan aralığı, 0-5); doyum eşiyle yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamında doyum seviyesi 14-16. sorularda (puan aralığı, 0-1 ile 5); ağrı veya rahatsızlık vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı, vajinaya girişi takiben, girişte ve takiben ağrı seviyesi 17-19. sorularda (puan aralığı, 0-5) ele alınıp değerlendirilmektedir. Buna göre ölçekten alınabilecek en yüksek ham puan 95,0 en düşük ham puan ise 4,0' tür.

Basit matematiksel algoritm hesaplaması alt boyutların ve bileşik tüm ölçeğin puanlamasını belirlemek için düzenlenmiş ve faktör yükleri; istek için 0,6; uyarılma ve kayganlaşma için 0,3; orgazm, doyum ve ağrı için 0,4 olarak belirlenmiştir. Alt boyut ortalamaları faktör yükleriyle çarpıldıktan sonra ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36,0 en düşük puan ise 2,0 olarak hesaplanmıştır (115).

Pekçok çalışmada FSFI skorunun 26,55' in altında olmasının seksüel disfonksiyon için yüksek risk teşkil ettiği rapor edilmiştir (116)

7.MATERYAL VE METOD

7.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan onamı alınarak yapılmış bir çalışmadır. Çalışmada doğum şekillerinin postpartum dönemde kadın cinsel fonksiyonu üzerine olan etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu bağlamda normal vajinal doğum yapanlar, müdahaleyle vajinal doğum yapanlar ve sezaryenle doğum yapan kadınların demografik bilgileri ve cinsel fonksiyon skorları birbirleriyle karşılaştırılmıştır.

7.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Evreni

Çalışma 01 Haziran -01 Temmuz 2019 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde yapıldı. 01 Mart – 01 Nisan 2019 tarihleri arasında doğum yapmış kadınlara hastane kayıtları üzerinden telefonla ulaşılarak ön bilgilendirme yapıldı, katılmak isteyenler ve çalışma koşullarına uyanlar çalışmaya dahil edildi. Kadınlara bayan hemşire refakatinde ve mahremiyetlerine özellikle dikkat edilerek muayene odası dışında kapalı ortamda çalışma ile ilgili bilgi verildi, sözel ve yazılı onamları alındıktan sonra FSFI ve demografik bilgileri içeren anket formları uygulandı. Anket formlarının üzerine hastanın kimlik bilgileri yazılmadı bunun yerine doğum şekli ve numara içeren barkotlar eklendi, ismin karşılığı olan numaralar ayrı bir liste yazılarak kayıt tutuldu.

7.3. Araştırmanın Örneklemi

Doğum şeklinin post partum cinsel fonksiyonlar üzerine etkisini araştırmayı amaçlayan çalışmada kadınlar, normal vajinal doğum yapanlar, müdahaleyle vajinal doğum yapanlar ve sezaryenle doğum yapanlar olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Referans çalışmadan üç doğum türüne göre FSFI skoru ortalama ve standart sapmaları alındı. Bunlar $\mu_1=3,3$ $Sd=0,4$ $\mu_2=3,6$ $Sd=0,4$ $\mu_3=3,6$ $Sd=0,4$ bulundu, bu verilerle etki büyüklüğü (effect size) = 0,36 hesaplandı. Toplam örneklem büyüklüğü normal vajinal doğum(n=80), epizyotomili vajinal doğum(n=80) ve sezaryenle doğum(n=80) anlamlılık düzeyi $p=0,05$ olmak üzere toplam hasta sayısı 240 ve Power= 0,9991 olarak hesaplandı.

7.4. Dahil etme ve hariç tutma kriterleri

Dahil edilme kriterleri; Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisine yatışı yapılan ve 3 ay önce doğumunu kliniğimizde yapmış gebelerdir. Sistemik hastalıkları olanlar, daha önce vajinismus hikayesi olanlar, cinsel fonksiyon bozukluğu olanlar, erken doğum öyküsü olanlar,(anomalili çocuk sahibi olanlar, geçirilmiş pelvik operasyonu, birden fazla evlilik geçmişi, infertilite öyküsü, beden kitle indeksi 40'dan büyük olanlar, cinsel fonksiyonu etkileyebilecek ilaç kullananlar, 18 yaş altı gebe kalmış olanlar, fiziksel/mental problemleri olanlar, kocası ile ilişkilerinde sorun yaşayanlar, son 6 ay içinde yakınlarını kaybedenler çalışma dışında tutulmuştur.

7.5. Verilerin Toplanması

Araştırma için gerekli verileri toplama amacı ile iki form kullanılmıştır. Birinci form çalışmaya alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için hazırlanan sosyo-demografik bilgi formu (Ek 1), ikinci form kadınların cinsel işlevlerini sorgulamak amacıyla kullanılan Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index- FSFI) (Ek 2) dir. Formlar doldurulurken kadınlara bayan hemşire refakatinde ve mahremiyetlerine özellikle dikkat edilerek muayene odası dışında kapalı ortamda çalışma ile ilgili bilgi verildi, sözel ve yazılı onamları alındı.

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

Şablon 1. Kadın Cinsel İşlev İndeksi Puanlama Şablonu

Grup	Soru No	Puan Aralığı	Katsayı	Minimum Puan	Maksimum Puan
İstek	1,2	1-5	0,6	1,2	6,0
Uyarılma	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6,0
Lubrikasyon	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6,0
Orgazm	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6,0
Doyum	14, 15, 16	0 (veya 1)-5	0,4	0,8	6,0
Ağrı	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6,0
Toplam FSFI Skoru				2	36

FSFI 19 maddeden oluşan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunu değerlendiren likert tipi bir ölçektir. FSFI'nın Rosen ve arkadaşları tarafından geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış cronbach alfa katsayısı 0.82, test retest güvenirliği 0.79- 0.86 bulunmuştur (9). Ölçeğin Türkçe versiyonu Türk Androloji

Derneği tarafından validate edilmiştir. Ölçek arzu (istek), uyarılma, lubrikasyon (kayganlık) , orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı 6 ayrı başlıktan oluşmaktadır. Cinsel istek veya ilgi sıklığı 1. ve 2. sorularda (puan aralığı, 1-5); uyarılma sıklığı, seviyesi, emin olma durumu ve doyum 3-6. sorularda (puan aralığı, 0-5); lubrikasyon (kayganlaşma) sıklığı, zorluğu 7-10. sorularda (puan aralığı, 0-5); orgazm sıklığı, zorluğu, doyum 11-13. sorularda (puan aralığı, 0-5); doyum, eşyle yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamda doyum seviyesi 14-16. sorularda (puan aralığı, 0/1-5); ağrı veya rahatsızlık (vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı, vajinaya girişi takiben, girişte ve takiben ağrı seviyesi) 17-19. sorularda (puan aralığı, 0-5) ele alınıp değerlendirilmektedir. Düzenlenmiş faktör yüklemeleri; istek için 0,6; uyarılma ve kayganlaşma için 0,3; orgazm, doyum ve ağrı için 0,4 olarak belirlenmiştir. Alt boyut ortalamaları faktör yükleriyle çarpıldıktan sonra ölçekten alınabilecek en düşük puan iki (2) ve en yüksek puan otuz altıdır (36). Yüksek puan daha iyi fonksiyon anlamına gelmektedir (9). Çalışmamızda cevaplandırma konusunda yardım isteyenlere yönlendirici olunmadan kadın hemşire eşliğinde yardımcı olundu.

7.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics v.22 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım varsayımı olan değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma cinsinden özetlenirken, varsayımı sağlamayan değişkenler medyan [25-75 Persentil] şeklinde belirtilmiştir. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde cinsinden özetlenmiştir. İki grup karşılaştırmasında normal dağılım varsayımı sağlanmadığı durumda Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. İki'den fazla grup için normal dağılım varsayımı sağlanmadığı durumda Kruskal Wallis testi uygulanmış olup, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Dunn testi uygulanmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon katsayısından yararlanılmıştır. $P < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

8.BULGULAR

8.1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya dahil edilen 240 lohusaya ait sosyo-demografik özellikler Tablo 1’de gösterilmiştir. Ortalama yaş 28,03 $\pm$ 6,02, ortalama VKİ 26,65 $\pm$ 2,85, ortalama gravide 2.44 $\pm$ 1,35, ortalama evlilik süresi 5,99 $\pm$ 3,71 olarak saptanmıştır.

Tablo 1.Araştırmaya katılan tüm katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

N=240	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Yaş	18,00	45,00	28,03	6,02
VKİ	19,33	40,51	26,65	2,85
Gravite	1,00	8,00	2,44	1,35
Parite	0,00	5,00	1,20	1,15
Evlilik süresi	1,00	20,00	5,99	3,71

Katılımcıların eğitim ve gelir düzeyleri Tablo 2’ de gösterilmiştir. Eğitim durumuna göre kategorize edildiğinde 82 kişinin (%34,2) ilköğretim mezunu, 122 kişinin(%50,8) lise, 35 kişinin(%14,6) üniversite ve 1 (%0,4) kişinin de yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışma durumuna göre kategorize edildiğinde 48 kişinin (%20) çalıştığı geriye kalanların herhangi bir işte çalışmadıkları saptanmıştır. Gelir durumuna göre kategorize edildiğinde 73 kişinin (%30,4) kendisini düşük gelir gurubuna, 140 kişinin (%58,3) orta gelir gurubuna ve geri kalan 27 kişinin (%11,3) ise kendisini yüksek gelir gurubunda tanımladığı saptanmıştır. Doğum şekilleri ile eğitim durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Gelir durumu ve doğum şekli karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Doğum haftaları kategorize edilirken 37 haftaya kadar olanlar, 37-41 hafta arasında doğum yapanlar ve 41 hafta üstü doğum yapanlar olarak ayrılmıştı. Doğum şekli ve doğum haftaları karşılaştırıldığında da gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Üç grupta alkol ve sigara tüketimi açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Doğum şekillerine göre 3 gruba ayrılan katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik öykülerinin özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 3’da gösterilmiştir.

Tablo 2. Eğitim ve çalışma durumu

		Sayı	Yüzde (%)
Eğitim durumu	İlkokul	24	10,0
	Ortaokul	58	24,2
	Lise	122	50,8
	Üniversite	35	14,6
	Y.Lisans	1	0,4
	Toplam	240	100,0
Çalışma durumu	Çalışıyor	24	10
	Çalışmıyor	216	90
	Toplam	240	100,0
Gelir durumu	Düşük gelir	73	30,4
	Orta gelir	140	58,3
	Yüksek gelir	27	11,3
	Toplam	240	100,0

8.2.Normal Vajinal Doğum, Müdahaleli Normal Vajinal Doğum ve Sezaryenle Doğum Yapan Grupların Sosyo-Demografik Özelliklerinin ve Obstetrik öykülerinin Karşılaştırılması

Gruplar karşılaştırıldığında yaş, VKI, gravide, parite ve evlilik süresi ortalama değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$), ancak bebek doğum ağırlığı bakımından istatistiksel fark bulunmamıştır. Müdahaleli normal doğum yapanlarda ortalama yaş $25,67\pm5,56$ ($p<0,005$), ortalama VKI $25,95\pm2,38$ ($p<0,005$), ortalama gravide $1,70\pm1,06$ ($p<0,005$), ortalama parite $0,51\pm0,81$ ($p<0,005$) ve ortalama evlilik süresi $4,73\pm3,74$ ($p<0,005$) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlarla değerlendirildiğinde müdahaleli doğumların ilk gebeliği olan, yaşı genç ve VKI düşük kadınlarda daha çok uygulandığı görülmektedir.

Tablo 3. Grupların sosyo-demografik özelliklerinin ve obstetrik hikayelerinin karşılaştırılması

		Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum	P
Yaş	Normal D.	28,68	6,04	18,00	45,00	,000
	Müdahaleli D.	25,68	5,56	18,00	40,00	
	CS	29,76	5,77	18,00	40,00	
VKI	Normal D.	27,36	3,42	21,88	40,51	,008
	Müdahaleli D.	25,96	2,39	19,33	32,77	
	CS	26,64	2,49	20,96	34,08	
Gravite	Normal D.	2,88	1,33	1,00	7,00	,000
	Müdahaleli D.	1,70	1,06	1,00	5,00	
	CS	2,75	1,35	1,00	8,00	
Parite	Normal D.	1,64	1,21	,00	5,00	,000
	Müdahaleli D.	0,51	0,81	,00	3,00	
	CS	1,48	1,07	,00	5,00	
Doğum Ağırlığı	Normal D.	3277,90	413,43	1910,0	4360,0	,211
	Müdahaleli D.	3140,13	340,09	2350,0	4020,0	
	CS	3214,80	665,36	2850,0	4745,0	
Evlilik süresi	Normal D.	6,28	3,47	1,00	20,00	,000
	Müdahaleli D.	4,74	3,74	1,00	18,00	
	CS	6,96	3,63	2,00	15,00	

8.3. Normal Vajinal Doğum, Müdahaleli Normal Vajinal Doğum ve Sezaryenle Doğum Yapan Grupların Cinsel Fonksiyon Skorlarının (FSFI) Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen 240 lohusaya ait FSFI skorları Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Tüm popülasyon için FSFI skorları

N=240	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum
İstek	4,08	1,31	1,20	6,60
Uyarılma	3,87	1,44	,00	6,00
Lubrikasyon	3,99	1,30	,00	6,00
Orgazm	4,27	1,40	,00	6,00
Tatmin	4,12	1,51	,00	8,00
Ağrı	2,72	1,40	,00	6,00

FSFI skorlarının doğum şekilleri ile karşılaştırması da Tablo 5’de gösterilmiştir. Tüm popülasyonda cinsel fonksiyon skorlarının ortalama değerlerine bakıldığında istek 4,07, uyarılma 3,86, kayganlık 3,99, orgazm 4,26, tatmin 4,11, ağrı 2,71 olduğu saptanmıştır. Üç grup için cinsel fonksiyon skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(tüm parametreler için $p<0,05$). Normal doğum yapan grupta istek, uyarılma, kayganlık, orgazm ve tatmin parametreleri diğer iki gruba göre anlamlı derecede düşüktür. Sezaryenle doğum yapanlarda ortalama ağrı skoru $2,26\pm1,11$ anlamlı olarak düşüktür ($p<0,05$).

Yaş ve toplam FSFI skoru Pearson Korelasyon testine göre zayıf ve negatif yönlü ilişki göstermektedir, yaş arttıkça skor düşmektedir. Yine aynı korelasyon testi kullanılarak gravide ve parite değerleri toplam skor ile karşılaştırıldığında aralarında zayıf ancak anlamlı negatif ilişki saptanmıştır. Gravide ve parite arttıkça alınan toplam skor değeri düşmektedir.

Tablo 5. Doğum şekli ve FSFI skoru karşılaştırması

		Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum	P
İstek	Normal D	3,79	1,35	1,20	6,00	,025
	Normal D+M	4,09	1,29	1,20	6,60	
	Sezaryen D.	4,35	1,25	1,20	6,00	
Uyarılma	Normal D	3,49	1,51	,00	6,00	,008
	Normal D+M	3,94	1,29	,00	6,00	
	Sezaryen D.	4,18	1,43	,00	6,00	
Lubrikasyon	Normal D	3,70	1,35	,00	5,70	,015
	Normal D+M	4,00	1,11	,00	5,70	
	Sezaryen D.	4,29	1,38	,00	6,00	
Orgazm	Normal D	3,92	1,49	,00	6,00	,008
	Normal D+M	4,27	1,22	,00	6,00	
	Sezaryen D.	4,60	1,40	,00	6,00	
Tatmin	Normal D	3,74	1,50	,00	6,00	,025

	Normal D+M	4,26	1,36	,00	6,80	
	Sezaryen D.	4,33	1,61	,00	8,00	
Ağrı	Normal D	2,83	1,55	,00	6,00	,001
	Normal D+M	3,05	1,40	,00	6,00	
	Sezaryen D.	2,26	1,11	,00	5,20	

9.TARTIŞMA

Kadınlarda cinsel yaşam süreci nöromüsküler, hormonal, sosyo-ekonomik koşullar, genel sağlık durumu ve psikolojik faktörlerin etkisiyle değişebilen karmaşık bir süreçtir. Doğumla beraber kadının anatomisi, hormonları, aile düzeni ve eşiyle ilişkileri değişmekte bununla birlikte doğum sonu cinsel sağlığı ve davranışlarını da etkilenmektedir. Doğum sonrası dönemde kadının cinsel hayatını olumsuz etkileyecek başlıca durumlar: laktasyon, postpartum depresyon, perineal travma ve epizyotomi, pelvik taban bozukluğu, doğum sayısı ve şekli olarak sıralanabilir.

Kadın cinsel fonksiyonlarının gebelik sürecinde ve postpartum dönemde olumsuz etkilendiği bazı çalışmalarda gösterilmiştir ancak literatürde kadının cinsel doyumu ve yaşadığı cinsel problemler ile doğum sayısı ve şeklinin ilişkisi hakkında farklı görüşler bulunmaktadır. Witting ve arkadaşları 2.081 kadın ile yaptıkları çalışmada multipar kadınların daha rahat orgazma ulaştıklarını ve ilişki tatmininin daha fazla olduğunu, doğum yapmamış kadınlarda cinsel ilişki sırasında ağrı şikayetinin daha çok olduğu ve cinsel doyumun daha az olduğunu belirlemişlerdir (117). Ancak 491 kadın ile yapılan diğer bir çalışmada 4 ve üstü sayıda çocuklu kadınların daha az sayıda çocuğu olan kadınlara göre arzu düzeyi daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda ise Pearson korelasyon testi kullanılarak gravide ve parite değerleri toplam skor ile karşılaştırdık. Aralarında zayıf ancak anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır, gravide ve parite arttıkça istek, uyarılma, lubrikasyon, tatmin ve orgazmı değerlendiren FSFI skorlamasından alınan toplam skor düşmektedir.

Doğum şeklinin cinselliği etkilemesi konusunda tutarsız bilgiler, son yıllarda elektif sezaryen oranlarını yükseltmiştir (118). Halbuki Güngör ve arkadaşları primipar kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarla sezaryen doğum yapan kadınları cinsel doyumsuzluk prevalansı ve cinsel ilişki memnuniyet derecesi açısından karşılaştırmış, istatistiksel olarak anlamlı fark bulamamışlardır (5). Connolly ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada doğum yöntemi ve epizyotominin primipar kadınlarda orgazm olamama ile ilişkili olmadığını bildirilmiştir. Signorello ve ark. perineal yırtık (ikinci ve üçüncü derece) ve medyan epizyotomisi olan hastalar arasında disparoni insidansında farklılık tespit etmemişlerdi (81). Baytur ve arkadaşlarının çalışmasında da vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapan kadınlar arasında doğum yöntemi ile postpartum cinsel fonksiyon performansı arasında anlamlı fark saptamamışlardır. (84). Bir başka çalışmada ise, vajinal yolla doğum yapan kadınlarla planlı sezaryenle doğum yapan kadınlar yine FSFI kullanılarak karşılaştırılmış, toplam skor sezaryenle doğum yapanların lehine yüksek tespit edilmiştir (73). Literatürde benzer hasta popülasyonları ve aynı skalalar kullanılmasına rağmen farklı sonuçların çıkması çalışmaların farklı kültür ve inanışlarda ki toplumlarda ve farklı metodoloji kullanılmasından kaynaklanabileceği düşüncesi doğurmaktadır.

Çalışmamızda ise cinsel fonksiyon skorları (istek, uyarılma, lubrikasyon, tatmin ve orgazm) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde sezaryen doğum lehine yüksek bulunmuştur, aynı şekilde ağrı skoru da sezaryenle doğumda daha düşük sonuç vermiştir. Sezaryen skar yerinin epizyo skarına göre daha erken iyileşmesi, normal doğum yapan gruptakilerin epizyotomi suturlerin açılma korkusu, kadınların psikolojik olarak birlikteliğe hazır hissetmiyor olmaları, dini ve kültürel inanışlar ve perineal anatomisinin sezaryen doğumda nispeten daha az etkileniyor olmasının bunda etkili olduğu düşünülmüştür.

Geraldine barrett ve arkadaşlarının FSFI skoru kullanarak 484 kadın ile yaptıkları çalışmada sezaryenle doğum ve normal doğum olmak üzere iki grupta değerlendirmiş ve gruplar arasında cinsel istek, uyarılma, orgazm ve lubrikasyon ve tatmin düzeyleri bakımından fark bulamamışlardır (7). Bizim çalışmamızda ise cinsel istek için FSFI skorları normal vajinal doğum yapan lohusalarda ortalama 3,78,

müdahaleli vajinal doğum yapanlarda 4,09, sezaryenle doğum yapanlarda ise 4,34 olarak bulundu ve ($P<0,005$). Bu sonuçlar göz önüne alındığında yukarıda sıralanan sebeplere ek olarak müdahalesiz normal doğum yapan grupta mükerrer doğum oranının fazla olması ve gravide arttıkça total skor puanlarının düşük olmasının etkili olduğu düşünülmüştür.

Klein ve arkadaşlarının 999 hasta ile yaptıkları çalışmasında normal doğum ve sezaryen doğum hastalar karşılaştırılmış. Normal doğum yapanlar primipar ve multipar olarak ayrılmış. Postpartum dönemde cinsel fonksiyon değerlendirmesi yapıldığında primiparlarda cinsel fonksiyon değerleri normal doğum yapanlar sezaryen doğum yapanlardan farklı bulunmamıştır. Epizyotomisiz doğum yapan gerek primiparlar gerekse multiparlar sezaryen doğum yapan hastalardan cinsel ilişki esnasında ağrı hissetmeleri yönünden daha avantajlı bulunmuştur. Ancak normal doğum yapıp forseps uygulaması olan hastaların ağrı yönünden en kötü grubu oluşturduğu bulunmuştur (119). Signorello ve arkadaşlarının primipar kadınlarda postpartum perineal travmayla cinsel fonksiyon kaybına ilişkin çalışmasında vajinal doğum esnasında birinci derece perineal hasar olan kadınlar ile majör laserasyonu ve epizyotomisi olanlara kıyasla cinsel fonksiyonlarının daha iyi olduğunu, daha rahat orgazm olabildiklerini ve cinsel ilişki esnasında daha az ağrı hissettiklerini belirlemişlerdir (81). Bizim çalışmamızda forseps doğum uygulanana hasta mevcut değildi. Sezaryen doğum yapanlar normal doğum yapanlara göre disparoni yönünden daha avantajlı bulunmuştur.

10.SONUÇ

Postpartum dönem anne için birbiriyle bağlantılı pek çok gros anatomik ve fizyolojik değişikliğin birbirini takip ettiği karmaşık süreçtir. Toplum olarak geleneksel aile yaşantımızın cinsellik hakkında soru sormaya, konuşmaya ve sorgulamaya henüz yeterince açık olmadığımız bilinmektedir. Doğum şeklinin postpartum cinsel fonksiyonlar üzerine etkisini değerlendirdiğimiz çalışmamızda; normal vajinal doğum ve epizyolu vajinal doğum yapan lohusaların sezaryenle doğum yapanlara göre cinsel fonksiyon skorları (istek, uyarılma , lubrikasyon, tatmin ve orgazm) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde sezaryen doğum lehine yüksek bulunmuştur.

11.EKLER

EK-1

Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Yaş :
Boy :
Kilo :
Kaç yıldır evlisiniz :

Eğitim durumu: İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
Yüksek lisans/Doktora

Çalışıyor musunuz ? : Evet Hayır

Meslek:

Gelir Düzeyi: Düşük Orta Yüksek

Medeni durum: Evli Bekar Boşanmış Dul

Çocuğunuz var mı? Evet Hayır Evet ise kaç tane?

Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır

Alkol kullanıyor musunuz? Evet Hayır

Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka biri var mı?

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adres :

Telefon

:

GENEL BİLGİLER

Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı? Evet (Belirtiniz:.....)

Hayır

Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı? Evet (Belirtiniz:
.....) Hayır

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ- FSFI

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Cinsel aktivite : Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

Cinsel ilişki: Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

Cinsel uyarılma: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar

Orgazm : Bızır,hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

Teşekkür ederiz.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

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

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

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

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

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

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

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

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

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

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

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

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı ?

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

☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?**

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

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

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

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?**

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

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

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

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok çok zordu / imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu

- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmanız 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 aktivite* veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve 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 cinsel ilişkiniz sizin için ne kadar tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 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?

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

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)

- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

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

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

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

12.KAYNAKLAR

1. Maslow AH, (2000). A Theory of Human Motivation. The Maslow Business Reader (Ed. Deborah C. Stephens) (pp. 251-276). Canada: John Wiley & Sons.
2. World Health Organisation (2015). Defining Sexual Health.
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
3. Bancroft J. (2009). Models of Human Sexuality: The Role of Theory. Human Sexuality and Its Problems. (pp. 5-19). London: Elsevier Health Sciences.
4. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Woman's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. Scand J Caring Sci. 2005;19:381-7.
5. Eryılmaz HY, Abalı S, Döndar Ç, Kurnaz E (2005) Doğum sonrası dönemde kadınların cinsel fonksiyonları ve etkileyen faktörler, 4. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongresi Kitabı, 20-23 Nisan 2005, s: 198,
6. Blackburn ST (2003) Maternal, Fetal & Neonatal Physiology :A Clinical Perspective, 2 Ed., Saunders, pp: 213-215, New York. Nd
7. Barrett G, Peacock J, Victor C, Mayonda I (2005) Cesarean section and postnatal sexual health, Birth, 32 (4): 306-311.
8. Greenberg JS, Bruess CE, Haffner DW. (2002). Conception, Pregnancy, and Birth. Exploring the Dimensions of Human Sexuality 2002 Update (pp. 266-313). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

9. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2000, 26: 191-208.
10. Masters W.H., Johnson V.E. *Human sexual response*. Boston: Little, Brown & Co., 1966.
11. Kaplan HS. The anatomy and physiology of the sexual response. In: Kaplan H.S. editor. *The New Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel 1974; 27-56.
12. Tunuguntla HS, Gousse AE. Female sexual dysfunction following vaginal surgery: myth or reality? *Curr Urol Rep*. 2004 Oct;5(5):403-11.
13. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000;163:888- 893
14. Brotto LA, Luria M. Menopause, Aging, and Sexual Response in Woman. In: Rowland DL, Incrocci L, Eds. *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders*, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc, 2008: 251-281.
15. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *The Journal of American Medical Association*, 1999; 281(6):537-544.
16. Graziottin A. Prevalence and evaluation of sexual health problems-HSDD in Europe. *The Journal of Sexual Medicine*, 2007; 4(3):211-219.
17. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *The Journal of Sexual Medicine*, 2008; 5(4):777-787.

18. Çayan S, Akbay E, Bozlu M (2004) The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women, *Urol Int.* 72: 52-57.
19. Öksüz E, Malhan S (2006) Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women, *J Urol*, 175: 654-658.
20. Demir Ö, Parlakay N, Gök G, Esen AA (2007) Hastane çalışanı bayanlarda cinsel işlev bozukluğu, *Türk Üroloji Dergisi*, 33 (2): 156-160.
21. Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *American Family Physician*, 2008; 77(5):635-642
22. Goldstein I, Giraldi A, Kadioğlu A, Lusen HWV, Marson L, Nappi R. Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi ve Kadın Cinsel Disfonksiyonunun Fizyopatolojisi (Çulha M, Eryılmaz HY, Önem K, Çev.). İçinde Kadioğlu A, Usta MF, Semerci B, Aşçı R, Yaman Ö, Orhan İ. (Eds), *Seksüel Tıp*. İstanbul: İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2006:685-747.
23. DeUgarte CM, Berman L, Berman J. Female sexual dysfunction- from diagnosis to treatment. *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 2004; 2(3):139-145.
24. Lowenstein L, Gruenwald I, Gartman I, Vardi Y. Can stronger pelvic muscle floor improve sexual function? *The International Urogynecology Journal*, 2010; 21(5):553-556.
25. Önem K, Ahmedov G, Kadioğlu A. Kadın Cinsel Fonksiyon Disfonksiyonunun Patofizyolojisi. İçinde Kadioğlu, Başar A, Semerci M, Orhan B, Aşçı İ, Yaman R. (Eds.), *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı*, İstanbul: Türk Androloji Derneği Yayını; 2004:620-629.
26. Graziottin A, Dennerstein L, Alexander JL, Giraldi A, Whipple B. Classification, Etiology, and Key Issues in Female Sexual Disorders. İçinde Porst, H. Ve Buvat, J. (Eds.), *Standard Practice in Sexual Medicine*. USA: Blackwell Publishing; 2006; 305-314.

27. Philips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. American Family Physician, 2000; 62(1):127-136.
28. Yadav J, Gennarelli L, Ratakonda U. Female Sexuality and Common Sexual Dysfunctions: Evaluation and Management in A Primary Care Setting. Primary Care Update Ob/Gyns, 2001; 8(1):5-11.
29. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Seksüel Disfonksiyonun Tanımı, Sınıflaması ve Epidemiyolojisi (Çayan S, Beji NK, Tek M. Çev.). Kadioğlu A, Usta MF, Semerci B, Aşçı R, Yaman Ö, Orhan Ğ. (Eds), Seksüel Tıp. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2006:37-72.
30. Berman JR, Goldstein I. Female sexual dysfunction. Urol Clin North Am; 2001.28(2):404- 416.
31. Bancroft J. Human Sexuality and its problems. Churchill Livingstone Edinburgh. 1980.
32. Laumann ED, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States, Prevalance and Predictors, JAMA 1999; 281 (6): 5537 – 5544
33. Basson R, Weijmar Shultz WCM. Seksüel Tıp, Bölüm 22, Kadınlarda Cinsel İstek ve Uyarılma Bozuklukları ve Cinsel Ağrı 2004: s 860
34. Laumann ED, Paik A, Sexual Dysfunction in the United States, Prevalance and Predictors, JAMA 1999; 281 (6): 3645 – 3652
35. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Cinsel Yaşam ve Sorunları Bilgilendirme Dosyası, 1. Baskı, 2007:21-44.
36. American Psychiatric Association-APA (2013). Highlights of Changes from DSM-IV TR to DSM-5.
37. Gürsoy R, Nas T. Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite. İçinde: Çağdaş Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi. Saraçoğlu F. Current Obstetrics and Gynecology, Diagnosis and Treatment, Miriam B, Rosenthal MD, Ralph C, Benson

MD. 2.cilt Obstetrik ve Jinekolojinin Psikolojik Yönleri. Ed: Pernoll M. Çeviri Ed. Saraçoğlu, F, Çağdaş Obstetrik-Jinekolojik Teşhis ve Tedavi, İstanbul, Barış Kitabevi, 1994:1283-1295.

38.American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th (DSM IV) Ed.Washington, DC 1994.

39. Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği. <http://www.cised.org.tr/sayfa165.html#>. Erişim tarihi: 22 Ocak 2019

40. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları, Klinik Psikiyatri Dergisi, 2004; 3-13.

41. Boyacıoğlu G. Kadın cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatri Dünyası, 1999; 2: 54-59.

42. Kulak H. Cinsel İşlev Bozukluğu Görülen Kadınlarda Geçmiş Travmatik Deneyimler, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2006.

43. Acar Z. (2008). Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlevleri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlevleri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

44. Johannes B, Judith A. Sexuality during pregnancy and the postpartum period. Journal of Sex Education & Theraphy 2000;25(1):49-59.

45. Naim M, Bhutto E. (2000). Sexuality during pregnancy in Pakistani women. Journal- Pakistan Medical Association, 50(1), 38-43.

46. Fok WY, Chan LY, Yuen PM.(2005). Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 84: 934-8. 66

47. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. (2006). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 46, 282-287.
48. Khamis MA, Mustafa MF, Mohamed SN, Toson MM. (2007). Influence of gestational period on sexual behavior. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 82(1-2), 65-90.
49. Adinma JI. (1995). Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 35, 290- 293.
50. Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. (2011). Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *ISRN Obstetrics and Gynecology*. DOI:10.5402/2011/856586,1-6.
51. DeJudibus MA, McCabe MP (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women *Journal of Sex Research* 39(2):94-103
52. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. (2009). The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Archives of Gynecology Obstetrics*, 279, 353-356.
53. Bermúdez MP, Sánchez AI, Buela-Casal G. (2001). Influence of the gestation period on sexual desire. *Psychology in Spain*, 5(1), 14-16.
54. Aslan G, Aslan D, Kızılyar A, Ispahi C, Esen A. (2005). A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research*, 17(2), 154-157.
55. Efe H. (2006). Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerindeki Etkileri. Uzmanlık Tezi, TC Sağlık Bakanlığı, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
56. Sydow KV. Sexuality during pregnancy and after childbrith: a metacontent analysis of 59 studies. *Journal Psychosomatic Research* 1999;47(1):27-49

57. Çalık K.Y. & Aktaş, S. (2011). “Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi” *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (142-162): 142-62.
58. Johnson, Sexual health during pregnancy and the postpartum, 2011: 1267-84.
59. Santiago vd. “Impact of Pregnancy on the Sex Life of Women: State of the Art” *International Journal of Clinical Medicine*, 2009, 4 (257-264).
60. Rados et al. Sexuality during pregnancy: what is important for sexual satisfaction in expectant fathers? 2015: 282-93.
61. WHO, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice 2015; H1-H4.
62. Dickason EJ, Schult MO, Silverman BL. Maternal- Infant Nursing Care. The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1990; 100:152-153.
63. Read J. ABC of Sexual health-sexual problems associated with infertility pregnancy and ageing. *BMJ* 1999; 318: 581-589.
64. Mahmoud A, Al Bustan, H.S.D., N.F. El Tomi, Faiwalla MF, Manav V. Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti Women. *Arch Sex Behav*, 1995;24:207-215.
65. Oruç S, Esin A, Laçın S, Adıgüzel H, Uyar Y, Koyuncu F. Sexual behavior during pregnancy. *Aust NZJ Obst. Gyn.* 1999;39: 48-50
66. Kozhimannil, K. B, Johnson, P. J. Attanasio, L. B. Gjerdingen, D. K. McGovern, P. M. (2013). “Use of nonmedical methods of labor induction and pain management among US women”. *Birth*, 40(4): 227-236.
67. Güleç C, Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara-1998, baskı 2.Cilt- 2, Sayfa:605-610.
68. Solberg DA. Butler J. Nathaniel N. Sexual Behavior in Pregnancy. *New England Journal of Med.* 1973; 288: 1098-1103.

69. Gökyıldız Ş, Beji NK(2001). Gebeliğin Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkileri. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
70. Karaçam Z (2008a) Normal postpartum dönem fizyolojisi ve bakımı, Kadın Sağlığı, Editör Şirin A, Kavlak O, Bedray Basım Yayıncılık LTDŞTİ, s: 708-756, İstanbul.
71. Baram AD (2014) Seksualite ve seks fonksiyonu ve seksüel saldırı, Berek SJ, Novak Jinekoloji, Baram B (Çeviri), 14. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, s: 280-317, İstanbul.
72. Ergöçmen BA, Eryurt MA (2004) Doğurganlığı belirleyen diğer ara değişkenler, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Merkezi, s:198, Ankara.
73. Barrett G, Peacock J, Victor C, Mayonda I (2006) Cesarean section and postnatal sexual health, Birth, 32 (4): 251-253.
74. Baram AD (2004) Seksualite ve seks fonksiyonu ve seksüel saldırı, Berek SJ, Novak Jinekoloji, Baram B (Çeviri), 13. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, s: 295-321, İstanbul.
75. Blackburn ST (2012) Maternal, Fetal & Neonatal Physiology :A Clinical Perspective, 4 th Ed., Saunders, pp: 145-167
76. Thompson JF, Roberts LC, Currie M, Ellwood DA (2002) Prevalence and persistence of health problems after childbirth associations with parity and method of birth, Birth, 29(2): 83-94
77. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM (2000) Maternity Women's Health Care. 7 nd Ed., Mosby Inc. Pp: 581–670. St. Louis
78. Wong DL, Perry SE (2006) Maternal Child Nursing Care, 3 nd Ed., Mosby Inc., Amerika.

79. Lydon-Rochelle MT, Holt VL, Martin DP (2001) Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women, *Paediatr Perinat Epidemiol*, 15: 232-40.
80. Arslan H, Potur DC, Bilgin ÇN (2004) Postpartum dispareuni gelişimini etkileyen faktörler ve koruyucu önlemler, *Androloji Bülteni*, 18: 266-268.
81. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT (2001) Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women, *Am J Obstet Gynecol*, 184 (5): 881-890.
82. Goetsch MF (2000) Postpartum dyspareunia: an explored problem.; *J Reprod Med.*, 45 (11): 963-968.
83. Olds SB, London ML, Ladewig PA, Davidson MR (2004) *Maternal-Newborn Nursing and Women's Health Care*, 7 nd Ed., Pearson Education Inc., New Jersey.
84. Baytur YB, Deveci A, Uyar Y, Özçakır HT, Kızılkaya S, Çağlar H (2005) Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after child birth, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 8: 276-280.
85. Aston G. (2005). *Sexuality During and After Pregnancy*. G. Andrews (Ed.). *Women's Sexual Health (Third Edition)*. (p. 169-198). London: Elsevier.
86. Avery M., Duckett, L., & Frantzich, C. (2000). The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 45(3), 227-201.
87. Hames CT (1980) Sexual needs and interests of postpartum couples, *JOGNN*, 9: 313-315
88. Frazier L, Rodriguez Garcia R (1995) Cultural paradoxes relating to sexuality and breastfeeding, *J Hum Lactation*, 11: 111-115.

89. Taşkın L, (2005) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 7. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
90. Small EC (1994) Psychosocial-sexual issue, Obstet Gynecol Clin North Am, 21: 773- 780.
91. LaMarre AK, Peterson LQ, Gorzalka BB (2003) Breastfeeding and postpartum maternal sexual functioning: a review, The Canadian Journal of Human Sexuality, 12 (3- 4): 151-165.
92. Cunningham F. G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth J.C., Rouse, D.J., Spong, C.Y. (2010). Williams Obstetrik (Twenty-Third Edition). USA: McGraw-Hill
93. Boardman A. (2001). The Puerperium. F. W. Ling & P. Duff (Eds.) Pocket Guide for Obstetrics & Gynecology (p. 411-433). USA: McGraw-Hill.
94. Öz F (2004) Sağlık Alanında Temel Kavramlar, İmaj İç ve Dış ticaret AŞ, s: 83-111, Ankara
95. Öztürk O (2002) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 9. Baskı, s; 48-56, Ankara
96. Ayaz S (2007) Stomalı bireylerin cinsel sorunlarının çözümünde PLISSIT modelinin etkinliğinin değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
97. Romeoville MZ, Benicia WV (2000) Postpartum body image and weight loss, New Beginning, 17 (6): 156- 59.
98. Rosenbawn TY Body image and sexuality in the postpartum period, [http://www.physioforwomen.com/Postpartum_sexuality.pdf]
99. Novak CS, Broom BL (1999) Maternal and Child Health Nursing, Mosby Inc, pp: 55-65, Missouri.
100. Taşkın L, (2017) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Baskı, s;78-83,

101. De Judicibus AM, McCabe MP (2002) Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum, *Journal of Sex Research*, 39 (2).
102. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak Ğ (2006) Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri, *Türk Psikiyatri Dergisi* 17 (4): 243-51.
103. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) (2000) Tanı Ölçütleri, Başvuru El Kitabı, 2. Baskı (DSM IV), Köroğlu E (Çeviri), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
104. Yıldırım SG, Kısa C, Aydemir Ç (2004) Postpartum depresyon, *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12 (Ek 4).
105. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Ğen FS, Ğçelli Ğ (2000) Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11: 204-211
106. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F (2001) Doğum sonrası depresyon, *Sted*, 10: 333.
107. Landy S, Montgomery J, Walsh S (1989) Postpartum depression: a clinical view, *Matern Child Nurse Journal*, 18: 1-29.
108. Hannah P, Adams D, Lee A (1992) Links between early postpartum mood and postnatal depression, *Br. J. Psychiatry*, 160: 777-780.
109. Beck CT (1996) A meta-analysis of predictors of postpartum depression, *Nurs Res*. 45: 297-303.
110. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N (2000) Postpartum hüzün ve depresyonlar, *Duygudurum Dizisi*, 2: 64-70.
111. Tezel A (2006) Postpartum depresyonun değerlendirilmesinde hemşirenin/ebenin sorumlulukları, *New/Yeni Symposium Journal*, 44 (1): 49-52.

112. Morof D, Barret G, Peacock J, Victor RC, Manyonda I (2003) Postnatal depression and sexual health after childbirth, The American Colloge of Obstetricians and Gynecologists, 102 (6): 1318-1325.
113. Crisp CC, Fellner AN, Pauls RN. Validation of the female sexual function index (FSFI) for web-based administration- Int Urogynecol J. 2015 Feb;26(2):219-22.
114. Shindel AW, Goldstein I. Sexual function and dysfunction in the female. In: Campbell-Walsh Urology. 11th ed. Elsevier; 2016:749-764.
115. Aygin D, Eti Aslan F. Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005; 25:393-399.
116. Lemack GE, Zimmern PE. Sexual function after vaginal surgery for stress incontinence: results of a mailed questionnaire. Urology 2000;56:223-7.
117. Witting K, Santtila P, Alanko K, Harlaar N, Jern P, Johansson A et al. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. J Sex Marital Ther, 34(2): 89–106.
118. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V et al. (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth. J Sex Med, 7: 2782-2790.
119. Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, Gauthier R. A comparison of urinary and sexual outcome in women experiencing vaginal and cesarean births. J Obstet Gynaecol Can 2005;27:332-339